

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Análise do Pacto pela Saúde como Política de Saúde no Brasil e da sua  
influência na estruturação do Sistema Único de Saúde em cinco estados  
brasileiros**

Leonardo Pimentel Berzoini

Brasília 2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LEONARDO PIMENTEL BERZOINI

**ANÁLISE DO PACTO PELA SAÚDE COMO POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E  
DA SUA INFLUÊNCIA NA ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM  
CINCO ESTADOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde na Universidade  
de Brasília – UnB como requisito  
parcial à obtenção do grau mestre

Orientadora: Professora Dra. Helena  
Eri Shimizu

Brasília  
2010

LEONARDO PIMENTEL BERZOINI

ANÁLISE DO PACTO PELA SAÚDE COMO POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E  
DA SUA INFLUÊNCIA NA ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM  
CINCO ESTADOS BRASILEIROS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.

Aprovado em 16/11/2010

BANCA EXAMINADORA:

Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Eri Shimizu - (Presidente)  
Universidade de Brasília - FCS

Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann  
Universidade de Brasília - FCS

Prof. Dr. Antonio José Costa Cardoso  
Universidade de Brasília - FCS

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Fatima de Sousa  
Universidade de Brasília - FCS

Brasília, 16 de novembro de 2010.

Dedico à minha avó:  
Delfina Pimentel Seleiro (*in memoriam*)

## **AGRADECIMENTOS**

A Helena Shimizu, pela paciência, disponibilidade e dedicação na orientação deste trabalho, pelas críticas e sugestões, e acima de tudo, por acreditar;

A minha esposa e companheira Rimena, pelo seu apoio e amor incondicionais e ao nosso filho Samuel, razão de nossas vidas;

Aos meus colegas de trabalho na PPI, pelo suporte e apoio de todos os dias.

Aos amigos do DEMAGS, pela gentileza e receptividade;

A minha família, pela energia necessária à superação e o ensinamento de nunca desistir. Nunca.

## RESUMO

Como uma nova etapa do processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto pela Saúde começou a ser implementado no ano de 2006 e traz no seu escopo o compartilhamento das responsabilidades sanitárias entre os entes federados, procurando garantir que as ações e serviços de saúde sejam ofertados à população de maneira solidária e cooperativa. O Pacto também estabelece indicadores de saúde, metas e diretrizes em busca da melhoria da qualidade dos serviços ofertados e das condições de saúde da população. O objetivo geral do estudo foi analisar a possível influência da adesão ao Pacto pela Saúde na construção da política estadual de saúde em cinco estados brasileiros. E os objetivos específicos: Identificar nos Planos Estaduais de Saúde dos Estados do Acre e Pernambuco as responsabilidades sanitárias contidas no Pacto pela Saúde antes de sua adesão formal; Verificar nos Planos Estaduais de Saúde dos Estados do Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio de Janeiro as responsabilidades sanitárias expressas no TCG e comparar em que medida o Pacto pela Saúde, por meio do TCG, contribui para a elaboração de um planejamento local consentâneo com as necessidades do aprimoramento do SUS. Ressalte-se foram selecionados dois estados (Acre e Pernambuco) que não haviam aderido ao Pacto quando construíram seus Planos Estaduais de Saúde e três estados (Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio de Janeiro) que já haviam aderido ao Pacto quando da publicação do Plano Estadual de Saúde. Realizou-se a análise dos Termos de Compromisso de Gestão e dos Planos Estaduais em três etapas. A primeira para identificar correspondências entre as responsabilidades sanitárias contidas no TCGE e as ações do PES. A segunda etapa buscou descobrir quais eixos do TCGE estavam sendo mais contemplados no planejamento dos estados. A terceira etapa analisou os TCGEs publicados no momento da adesão dos estados selecionados, que contém as responsabilidades declaradas e sua interface com os respectivos PES. Dentre os achados, os Planos anteriores à adesão ao Pacto contêm poucas ações relacionadas às responsabilidades presentes nos eixos do TCGE. Os Planos elaborados após a adesão ao Pacto possuem maior número de ações convergentes com as responsabilidades presentes no TCGE. Logo, conclui-se que a entrada da

política de saúde na agenda de governo por meio do Plano de Saúde contribui para o estabelecimento e implementação da política.

Palavras-chave: políticas de saúde; planejamento em saúde; Pacto pela Saúde; Sistema Único de Saúde; análise de políticas públicas.

### **ABSTRACT**

As a next step in the process of managing the Unified Health System (SUS), the Pact for Health began to be implemented in 2006 and brings within its scope the sharing of responsibilities between the health managers, while ensuring that the actions and health services are offered to the population in a supportive and cooperative way. The Health Pact also provides health indicators, objectives and guidelines towards improving the quality of services offered and health conditions of the population. The main objective of the study was to analyze the possible influence of adherence to the Health Pact in the construction of state health policy in five states. And the specific objectives: Identify in the State Health Planning (PES) of the states of Acre and Pernambuco health responsibilities contained in the Health Pact prior to its formal accession, Check State Health Planning of the states of Mato Grosso do Sul, Parana and Rio de Janeiro health responsibilities expressed in TCG and compare the extent to which the Health Pact, through the TCG, contributes to the development of a local planning commensurate with the needs of improving the public health system. There were selected two states (Acre and Pernambuco) that had not acceded to the Pact when they built their State Health Plans and three states (Mato Grosso do Sul, Parana and Rio de Janeiro) that had already acceded to the Pact after the publication of State Health Planning was held to review the Terms of Commitment Management and the State Plans in three stages. The first to identify matches between the responsibilities contained in TCGE health and the actions of the PES. The second stage sought to discover which TCGE shafts were being contemplated in the design of most states. The third step examined the TCGEs published at the time of accession of the states selected, which contains the stated responsibilities and its interface with the respective PES. Among the findings, the plans prior to accession to contain few lawsuits related to the responsibilities contained in the TCGE axes. Plans drawn up after the accession to the Covenant have a higher number of convergent

actions with responsibilities in the present TCGE. Therefore, we conclude that the entry of the health policy agenda in government through the Health Planning contributes to the establishment and implementation of the policy.

Keywords: health policy, health planning; Pact for Health, Health System, public policy analysis.

## **LISTA DE TABELAS E FIGURAS**

Tabela 01: UFs selecionadas e relação PES x TCG

Tabela 02 - PES x Elementos orientadores PlanejaSUS

Tabela 03 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado do Acre, por eixo

Tabela 04 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado de Pernambuco, por eixo

Tabela 05 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado do Rio de Janeiro, por eixo

Tabela 06 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado do Paraná, por eixo

Tabela 07 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado do Mato Grosso do Sul, por eixo

Tabela 08 – Comparativo entre os estados do % de correlação TCGE x PES por eixo

Figura 01 - Correlação PES x TCGE no Acre

Figura 02 - Correlação PES x TCGE em Pernambuco

Figura 03 - Correlação PES x TCGE no Rio de Janeiro

Figura 04 - Correlação PES x TCGE no Paraná

Figura 05 – Número de município dos estados brasileiros que aderiram ao Pacto pela Saúde até setembro de 2010



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CES - Conselho Estadual de Saúde  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CF/88 - Constituição Federal de 1988  
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
DCU - Declaração de Comando Único  
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias  
LOA - Lei Orçamentária Anual  
MAC - Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde  
PAB - Piso da Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAS - Programação Anual de Saúde  
PDI - Plano Diretor de Investimentos  
PDR - Planos Diretores de Regionalização  
PES - Planos Estaduais de Saúde  
PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde  
PPA - Plano Plurianual  
PPI - Programação Pactuada e Integrada  
PSF - Programa Saúde da Família  
RAG - Relatório Anual de Gestão  
SES - Secretaria Estadual de Saúde  
SIMPACTO - Sistema de Monitoramento do Pacto pela Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCEP - Termo de Cooperação entre Entes Públicos  
TCG - Termo de Compromisso de Gestão  
TCGE - Termo de Compromisso de Gestão Estadual  
TLFG - Termo do Limite Financeiro Global

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO.....  | 11  |
| OBJETIVOS.....   | 18  |
| MARCO TEÓRICO-HISTÓRICO.....   | 19  |
| Análise de Políticas Públicas.....   | 19  |
| Instrumentos gerais de Planejamento.....   | 26  |
| O Planejamento na Gestão da Saúde.....   | 30  |
| Breve Histórico das Normatizações que contribuíram para a descentralização político-administrativa do SUS.....   | 34  |
| Das normativas ao Pacto pela Saúde.....  | 42  |
| O Termo de Compromisso de Gestão Estadual.....   | 46  |
| METODOLOGIA.....   | 51  |
| Critérios de inclusão dos Estados no Estudo.....   | 51  |
| Procedimentos de Análise dos Dados.....  | 52  |
| Matriz de Análise dos PES.....   | 52  |
| Procedimento de organização e apresentação dos dados.....  | 55  |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO.....  | 56  |
| O Plano Estadual de Saúde do Estado do Acre.....   | 57  |
| O Plano Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco.....   | 60  |
| O Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....   | 64  |
| O Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná.....   | 67  |
| O Plano Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.....   | 69  |
| Análise Geral: os eixos de responsabilidade contidas no TCGE assumidos pelos estados de Acre, Pernambuco, Rio de Janeiro, Paraná e Mato Grosso do Sul..... | 72  |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 76  |
| REFERÊNCIAS.....   | 80  |
| APÊNDICES.....   | 85  |
| ANEXO.....   | 113 |

## INTRODUÇÃO

Transcorridas duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde (1), o que levou a sucessivas transformações na organização e gestão do sistema de saúde brasileiro.

No processo de consolidação do SUS, a realização de pactos intergestores destaca-se como fato inovador na gestão da saúde e resulta no Pacto pela Saúde 2006, baseado em um acordo assumido entre as três esferas gestoras.

A lógica de gestão pactuada representa uma proposta de ação pautada em princípios dialógicos que envolvem a responsabilização solidária e mecanismos que favorecem a transparência das ações, a *accountability* e a participação e controle social.(2)

Guerreiro (2) aponta que o Pacto pela Saúde está diretamente relacionado aos outros pactos existentes na sociedade: o sociopolítico e o federativo. No pacto sociopolítico estão envolvidos o Estado, os trabalhadores, a sociedade civil e a organizada, e sua finalidade é legitimar os governos, assegurar a governabilidade e a efetividade das políticas públicas, garantindo o funcionamento da sociedade através de seu instrumento máximo: a Constituição Federal.

O pacto federativo inclui a divisão de poder, de recursos e de competências entre os entes federados (União, estados e municípios), sua autonomia e interdependência, buscando-se uma parceria no alcance dos interesses nacionais, regionais e locais por meio de cooperação e solidariedade entre os entes governamentais, reconhecidas como a base para a efetivação do direito e equidade à saúde (2,3).

Seguindo o modelo estabelecido pelo pacto federativo, o Pacto pela Saúde traz no seu escopo o compartilhamento das responsabilidades sanitárias entre os entes federados, procurando garantir que as ações e serviços de saúde sejam ofertados à população de maneira solidária e cooperativa entre as esferas de governo, além de estabelecer indicadores de saúde, metas e diretrizes em busca da melhoria da qualidade dos serviços e da saúde dos brasileiros.

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde foi regido e moldado pela esfera federal através de normas e portarias. É interessante observar que neste movimento as responsabilidades e diretrizes do sistema público de saúde através da Constituição Federal de 1988 (4) são colocadas sem, no entanto, destacar as "vias de locomoção" para seu cumprimento.

Para chegar à motivação e circunstâncias que levaram os gestores da saúde no Brasil a conclamarem um pacto interfederativo pela saúde, é importante relembrar as diversas tentativas de orquestração e harmonização da gestão da saúde pública entre as esferas de governo, onde uma contextualização da situação política – administrativa do Estado brasileiro se faz pertinente.

O Brasil, no período pós-redemocratização, sofreu uma ampla reforma iniciada anos 1990, onde foram desencadeadas medidas para a reforma do Estado. Pelo fato do setor saúde inserir-se num projeto maior do Estado, são perceptíveis as influências pelas transformações que ocorrem no perfil e papel assumidos ao longo da história.

O contexto político do Estado brasileiro durante os anos 90 foi marcado por medidas para a reforma do Estado, que começaram a ser implantadas no governo Collor (1990- 1992), sob inspiração do Consenso de Washington. Formulado por economistas de instituições financeiras como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, este se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser "receitado" para promover o "ajustamento macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades.

No Brasil, tais reformas concretizaram-se a partir do início do processo de privatizações, da contração do gasto público, do recuo do Estado na regulamentação dos mercados e, por fim, da abertura comercial e financeira ao capital transnacional.

Segundo Santos, *as normas operacionais eram regras de organização e financiamento do SUS ditadas pelo Ministério da Saúde mediante portarias com anexos que detalhavam os procedimentos a ser observados pelos estados e municípios interessados nas transferências financeiras federais. As NOBs sempre se faziam acompanhar por um conjunto de outras portarias.* (5).

Os reflexos na gestão da saúde a partir destas medidas são absorvidos pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, que definiu que todos os serviços prestados, tanto públicos como privados conveniados e contratados seriam tratados como vendedores de serviços e pagos de acordo com a apresentação das faturas detalhando os serviços executados, da mesma forma que um prestador de serviços privado. Assim, a NOB 01/91 tentou manter uma estrutura de repasses por convênio, o que confluiu para um forte recuo nas transferências de recursos, e os municípios, que passaram a ter o encargo constitucional de cuidar da saúde com a cooperação técnica e financeira da esfera federal e estadual, ficaram com o encargo, mas sem os recursos necessários. (5)

Em 1992, com a renúncia do presidente Collor, a expectativa de avanço democrático e reformulação do aparelho do Estado criaram um ambiente de expectativas sobre um novo processo de condução do SUS. Neste mesmo ano foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde cujo relatório apontava que um dos obstáculos à descentralização do SUS estava sendo o governo federal, que não estaria cumprindo as regras constitucionais e legais que organizavam o SUS nem dotando a administração pública dos mecanismos necessários a essa implementação. Também foi explicitada a retração dos repasses de recursos do governo federal, o que gerou uma representação do CONASS e CONASEMS na Procuradoria Geral da República quando o SUS ficou mais de cem dias sem receber recursos da área econômica. (5)

Diante desta situação, foi lançada a NOB 01/93 cujo documento “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” apresenta alguns pressupostos básicos para a descentralização, a necessidade de construção de um novo modelo assistencial que superasse o modelo liberal privatista de influência norte-americana que desde a década de 60 havia se tornado hegemônico no país, buscando um modelo que fosse pautado nos princípios do SUS regidos pelas Lei 8.080/90 e 8.142/90. Essa NOB também apresentou o co-financiamento do sistema pelas três esferas de gestão, devendo ser assegurado o aporte de recursos aos fundos de saúde regularmente.

A partir de 1995, o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) aprofundou o processo iniciado pelo presidente Fernando Collor por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (6).

Este Plano seguiu a tendência das reformas ocorridas nos países centrais, adotando a concepção de um Estado que deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para tornar-se seu promotor e regulador. Um Estado cujas funções seriam estimular, coordenar e financiar as políticas públicas e não mais executá-las.

Um dos principais idealizadores e responsáveis pela implantação e implementação da Reforma, o então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado Bresser-Pereira (7), identifica quatro componentes básicos na proposta apresentada:

- (a) redução do tamanho do Estado: utilizando-se de programas de privatização, terceirização e "publicização", este último implicando na transferência para o setor público não estatal dos serviços sociais e científicos;
- (b) desregulação: redução do grau de interferência do Estado, por meio de programas que aumentam o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país internacionalmente ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional;
- (c) aumento da governança, que implica na capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, possibilitada pelo ajuste fiscal e pela reforma administrativa;
- (d) aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar.

A Reforma administrativa representou avanços na construção de uma agenda que priorizou questões como: a modernização administrativa, a participação do usuário, a descentralização das ações, o ajuste das contas públicas, a estabilidade da moeda e a transparência pública.

Como reflexo desta proposta de reforma, a NOB 96 deu um importante passo na descentralização da gestão da assistência à saúde, redefinindo os papéis dos estados e municípios, em especial no tocante à questão de comando único e na ampliação das transferências fundo a fundo, em substituição ao pagamento direto aos prestadores de serviços. Esta mudança no modelo de financiamento permanece até os dias de hoje, com a composição de tetos e pisos financeiros referentes ao custeio das ações.

Entretanto, durante a implementação da NOB 96, alguns problemas foram detectados, tais como a insuficiência de mecanismos de referência intermunicipal para a garantia de acesso a serviços assistenciais e a insuficiência de diagnósticos analíticos sobre o funcionamento dos sistemas estaduais e municipais, capazes de guiar a implantação de estratégias, cooperação técnica e decisões de investimento (8). Um re-ordenamento da assistência à saúde, então, mostrou-se necessário.

Em 2001, através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), foi feita uma tentativa de ordenamento da regionalização nos territórios através do estabelecimento de Planos Diretores de Regionalização (PDR); criação de microrregiões e Pólos regionais nos estados; habilitações das gestões estaduais e municipais. O principal objetivo desta NOAS era preencher as lacunas deixadas pela NOB 01/96. No entanto antes mesmo de começar sua implementação foi revogada pela criação da NOAS 01/2002.

Esta nova NOAS buscou o aperfeiçoamento e superação dos impasses apresentados na tentativa de implementação da primeira, através da manutenção das diretrizes de regionalização e organização da assistência; do fortalecimento da capacidade de gestão e da revisão dos critérios de habilitação de estados e municípios.

As normatizações instituídas pela esfera federal apresentaram alguns fatores limitantes para os avanços estruturais tais como: o esgotamento dos modelos de regulamentação da organização e funcionamento do SUS - pautando estados e municípios como gestores de projetos e programas federais com financiamento fragmentado – e a limitação da liberdade de orientar os gastos conforme as necessidades locais.

O fato é que os gestores e as lideranças que atuavam no controle social estavam diante de um sistema burocratizado com um elenco normativo inaplicável à sua realidade. Além disso, as diversas experiências de hierarquização e descentralização da gestão demonstraram problemática abrangente e indicaram a necessidade de mudanças no sistema nacional de gestão (9).

Com o início do Governo Lula em 2003, após a vitória de um conjunto de forças que representava a busca por mudanças nas eleições diretas de 2002, trouxe a expectativa de que seriam traçados outros caminhos, num processo de superações e rupturas suficientes para imprimir um novo padrão de governo e de

reforma ao Estado e à sociedade brasileira. A construção de uma aliança democrática em prol da governabilidade, da criação de um pacto sociopolítico dando as condições progressivas para a reforma social e a adoção de uma política de desenvolvimento sustentado eram iminentes. (10)

Neste contexto nacional de coalizão, as esferas de gestão passaram então a discutir um novo modelo de gestão compartilhada e de transferência de recursos de maneira mais ampla. Além disso, a responsabilização sobre as ações e serviços de saúde ofertados à população - que inclui os mecanismos de planejamento e execução das ações e o cumprimento de metas estabelecidas para melhoria das condições gerais de saúde; a *accountability* - prestação de contas sobre os recursos financeiros repassados (Art. 71 da CF/88); e também o fortalecimento dos espaços públicos da política participativa e Controle Social foram pautados na discussão deste novo modelo.

Assim, a discussão de um novo modelo de gestão entrou na pauta de discussão das Conferências de Saúde e do Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), realizado em 2004, o que resultou em profunda análise do SUS no contexto “pós-NOBs”.

Andrade cita (11) o respeito ao princípio federativo, autonomia de cada ente gestor do SUS; a qualificação da gestão considerando suas especificidades regionais; e a necessidade de articulação e cooperação entre as esferas de gestão como alguns pressupostos do contexto de *SUS pós-NOBs*. É notório que a absorção destes conceitos pelos fundamentos do Pacto pela Saúde em sua concepção, permitiria re-contextualizar este período como o *SUS pré-Pacto pela Saúde*.

Neste novo período conceitual e de amplos debates, foi estabelecida a criação de uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS. Tratou-se primeiramente de um diálogo entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o CONASEMS sobre suas respectivas responsabilidades enquanto esferas gestoras do sistema.

Assim, após dois anos de discussões foi editada a Portaria nº 399, de 22 de março de 2006, que "*Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto*". O Pacto visa estabelecer um novo patamar na forma de financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e termos de compromisso com metas e plano operativo.



Esta nova norma, pactuada de forma tripartite, por consenso na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) passou a ser o documento definidor do funcionamento do SUS em âmbito nacional, a partir de 2006 (5).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Analisar a possível influência da adesão ao Pacto pela Saúde na construção da política estadual de saúde em cinco estados brasileiros.

### **Objetivos específicos:**

Identificar nos Planos Estaduais de Saúde dos Estados do Acre e Pernambuco as responsabilidades sanitárias contidas no Pacto pela Saúde antes de sua adesão formal.

Verificar nos Planos Estaduais de Saúde dos Estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, e Rio de Janeiro as responsabilidades sanitárias expressas no TCG.

Comparar em que medida o Pacto pela Saúde, por meio do TCG, contribui para a elaboração de um planejamento local consentâneo com as necessidades do aprimoramento do SUS.

## MARCO TEÓRICO-HISTÓRICO

### **Análise de Políticas Públicas**

Segundo Souza (12), política pública é um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o “governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

Política pública é definida aqui como o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado brasileiro, nas escalas federal, estadual e municipal, com vistas ao bem coletivo. O setor saúde insere-se neste conceito agregando-se às Políticas Sociais, cujo desenvolvimento está relacionado à minimização das desigualdades sociais e a uma forma de regulação social. Nesse sentido, elas são formas indiretas de distribuição de renda e "determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado".

A literatura no campo da Análise de Políticas Públicas tem chamado a atenção sobre a centralidade dos problemas de implementação, pondo em cheque a visão clássica, segundo a qual a implementação é vista como uma das fases do ciclo das políticas públicas na qual se executam as atividades necessárias para obtenção de metas definidas no processo de formulação. (12)

Nessa perspectiva, não há uma relação direta entre o conteúdo das decisões que configuraram uma determinada política pública e os resultados da implementação que podem ser diferentes da concepção original. Seu sucesso está associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político dos afetados por ela. Além de ser um processo de adaptação em função das mudanças do contexto, a implementação envolve decisões e, nesse sentido, é um processo que pode criar novas políticas. (13)

No campo da saúde, segundo Paim e Teixeira (14) a Política de Saúde é a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Enquanto disciplina acadêmica, a

Política de Saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. Portanto, como outras Políticas Públicas, a Política de Saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública.

Dentro do campo específico da política pública, alguns modelos explicativos foram desenvolvidos para que entenda-se melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos. (12)

Dentre os principais modelos, encontra-se a Tipologia sobre política pública, de Theodor Lowi, cuja máxima é: a política pública faz a política. Para ele, a política pública pode assumir quatro formatos: o primeiro é a *política distributiva*, onde o governo, desconsiderando as limitações de recursos, privilegia certos grupos sociais ou regiões em detrimento do todo, gerando impactos mais individuais que universais; o segundo é a *política regulatória*, visível ao público e envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse; o terceiro formato é o da *política redistributiva*, onde encaixam-se as políticas universais sociais e são as de encaminhamento mais difícil; o quarto é o da *política constitutiva* que define as condições em que aplicarão-se as políticas anteriores.

O modelo Incrementalista percebe a política pública como um processo incremental, onde os recursos para um programa, órgão ou política propriamente dita não parte do zero, e sim de decisões marginais e incrementais que desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas governamentais, dando caráter decisório do governo incremental e pouco substantivo. Este modelo foi desenvolvido por Lindblom, Caiden e Wildavsky com base em pesquisas empíricas, mas perdeu parte do seu poder explicativo com as profundas reformas ocorridas em vários países provocadas pelo ajuste fiscal. Entretanto, é do incrementalismo a visão que as decisões tomadas no passado constroem decisões futuras e limitam a capacidade dos governos de adotar novas políticas ou de reverter a rota das políticas atuais.

O modelo de política pública cíclico traz uma abordagem dividida em estágios de um processo dinâmico. Os estágios são: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

Esta abordagem enfatiza principalmente a definição da agenda e pergunta por que algumas questões entram na agenda política e outras são ignoradas. Problemas entram na agenda quando são assumidas as responsabilidades sobre eles, a política entra quando existe a consciência da necessidade de enfrentamento dos problemas e os participantes (políticos, mídia, partidos, grupos sociais de pressão) fazem a política entrar na agenda.

O modelo *garbage can* ou “lata de lixo” foi desenvolvido por Cohen, March e Olsen, que argumentam que as escolhas de políticas públicas são feitas como se as alternativas estivessem em uma lata de lixo, interpretando-se em muitos problemas e poucas soluções. Segundo esse modelo, as organizações são formas anárquicas que constroem as preferências para a solução dos problemas – ação -, e não as preferências constroem a ação. A compreensão dos problemas e das soluções é limitada e as organizações operam em um sistema iterativo – por tentativa e erro. Outro modelo, de múltiplas correntes, foi construído combinando-se o *garbage can* com elementos do ciclo da política, em especial a fase da definição de agenda, resultando em um modelo de múltiplas correntes (*multiple streams*).

O modelo da coalizão de defesa, de Sabatier e Jenkins-Smith discorda da visão da política pública trazida pelo ciclo da política e pelo *garbage can* pela sua escassa capacidade explicativa sobre por que mudanças ocorrem nas políticas públicas. Neste modelo, crenças, valores e ideias são importantes dimensões do processo de formulação de políticas públicas, em geral ignorados nos modelos anteriores. Assim, cada subsistema que integra uma política pública é composto por um número de coalizões de defesa que se distinguem pelos seus valores, crenças, ideias e pelos recursos que dispõem.

O modelo de arenas sociais vê a política pública como uma iniciativa dos empreendedores políticos ou de políticas públicas. Isto porque, para que uma determinada circunstância ou evento se transforme em um problema, é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito. É quando os *policy makers* do governo passam a prestar atenção em algumas questões e a ignorar outras. Para chamar a atenção destes: a divulgação de indicadores que explicitam a dimensão do problema, desastres ou problemas persistentes e o *feedback* ou informações que apontam falhas na atual política. A existência de uma comunidade (*policy community*) que se relaciona através de redes sociais e trocam informações têm a

capacidade de constranger ações e estratégias, como também as constroem e reconstroem continuamente. A força deste modelo está na possibilidade de investigação dos padrões das relações entre indivíduos e grupos.

O modelo do “equilíbrio interrompido” foi elaborado por Baumgartner e Jones com base em noções de biologia e computação. Da biologia vem a noção de interrupção do equilíbrio, após longo tempo de estabilidade vem a instabilidade, que geram mudanças na política. Da computação vem a percepção que os seres humanos tem uma limitada capacidade de processar informações, daí as questões se processam paralelamente, e não de forma seriada. Assim, os subsistemas de uma política pública permitem ao sistema político-decisório processar as questões de forma paralela, ou seja, fazendo mudanças a partir da experiência de implementação de avaliação, e somente em períodos de instabilidade ocorre uma mudança serial mais profunda. Neste sistema é possível compreender porque um sistema político pode tanto agir de forma incremental (manutenção do *status quo*) como pode passar por mudanças radicais. A mídia responsável pela construção da imagem sobre a política pública tem papel fundamental nesta construção.

O modelo influenciado pelo gerencialismo público e pela política de ajuste fiscal do estado tornou a eficiência uma convergência nos modelos derivados destes. Assim, a ênfase na racionalidade da política e eficiência seriam alcançadas por novas políticas voltadas, por exemplo, para a desregulamentação, privatização e reformas no sistema social, as quais, segundo Olson, diminuiriam os riscos da ação coletiva. Concorrendo com a influência do “novo gerencialismo público” nas políticas públicas, existe uma tentativa, em vários países do mundo em desenvolvimento, de adotar políticas públicas de caráter participativo com interesses em acompanhamento e formulação das políticas, como o controle social em saúde e orçamentos participativos no Brasil.

Souza (12) sintetiza entre os diversos modelos e definições sobre políticas públicas que:

- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.

- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada nos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais também são importantes.
- A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.
- A política pública, embora tenha impactos a curto prazo, é uma política de longo prazo.
- A política pública envolve processos subsequentes após a sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.
- Estudos sobre política pública propriamente dita focalizam processos, atores e a construção de regras, distinguindo-se dos estudos sobre política social, cujo foco está nas consequências e nos resultados da política.

Depois de revisar os principais modelos de políticas públicas, cabe aqui distinguir o SUS como uma política social, onde sua avaliação e/ou análise é um desafio que perpassa os conceitos específicos destes termos. Arretche (15) tenta diferenciar avaliação de políticas públicas de outras modalidades de avaliação, que ela designa como avaliação política e análise de políticas públicas.

A avaliação política se preocupa menos em compreender o escopo ou funções, ou mesmo a composição de uma dada política social, e mais em explicar o processo decisório e os fundamentos políticos que explicam a existência de uma política social, constituindo um objeto de estudo próprio da ciência política.

A análise e avaliação de políticas sociais dedicam-se a conhecer e explicitar sua dimensão, significado, abrangência, funções, efeitos, enfim, todos os elementos que atribuem forma e significado às políticas sociais.

Esses parâmetros e distinção baseiam-se na compreensão de que avaliar pressupõe determinar a valia ou o valor de algo; exige apreciar ou estimar o merecimento, a grandeza, a intensidade ou força de uma política social diante da situação a que se destina. Avaliar significa estabelecer uma relação de causalidade

entre um programa e seu resultado e isso só poderá ser obtido mediante o estabelecimento de uma relação causal entre a modalidade da política social avaliada e seu sucesso e/ou fracasso, tendo como parâmetro a relação entre objetivos, intenção, desempenho e alcance dos objetivos

Assim, segundo Boschetti (16) a avaliação de uma política social pressupõe inseri-la na totalidade e dinamicidade da realidade. Para além do domínio de diferentes tipos, métodos e técnicas de avaliação, é importante reconhecer que as políticas sociais têm um papel imprescindível na consolidação do Estado democrático de direito e que, para exercer esta função, como seu objetivo primeiro, devem ser entendidas e avaliadas como um conjunto de ações que deve universalizar direitos. Para tanto, toda e qualquer avaliação de políticas sociais deve sobrepor-se à mera composição de técnicas e instrumentos e situar-se no âmbito da identificação da concepção de Estado e de política social que determina seu resultado.

Arretche (15) faz uma distinção sobre a análise de políticas sociais, pois, em sua compreensão, essa objetiva reconstituir as diversas características de uma política, como a relação entre público e privado, as formas de financiamento, as modalidades de prestação de serviços e as possibilidades de desenho institucional que atribuem corpo a uma política social. Analisar uma política social, nesta perspectiva, pressupõe examinar o quadro institucional, os traços constitutivos da política analisada, a fim de decompor o todo em suas partes componentes; observar e examinar com minúcia e submeter à crítica. Em tal definição, a análise de políticas sociais contenta-se em apreender sua conformação e estrutura, sem se preocupar com seus efeitos e implicações na realidade. Entretanto a autora explicita que: *“ainda que a análise de uma política pública possa atribuir a um determinado desenho institucional alguns resultados prováveis, somente a avaliação desta política poderá atribuir uma relação de causalidade entre um programa x um resultado”*. (15)

Reitera-se, a política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento. (17)



As mudanças decorrentes do movimento de compartilhamento de responsabilidades sanitárias e co-gestão representam, sem dúvida, um grande avanço na política de saúde e na condução da gestão do SUS. Mesmo assim, é fato que tais avanços isoladamente não garantam a sustentação e os objetivos dessa política, o alcance das metas e dos indicadores pactuados e muito menos o uso do Pacto pela Saúde de maneira dinamizadora.

Guerreiro (2) traz que a consolidação da política de pactuação, assim como de qualquer política pública em países democráticos, é um processo dinâmico, que envolve negociação e articulação permanentes entre os atores e as instâncias envolvidas. A capacidade de articulação entre essas forças é que irá indicar os avanços e recuos durante a implementação desta política no Brasil.

No estudo do Pacto pela Saúde, a avaliação política, conforme apontada por Arretche, torna-se quase inviável. Primeiro pelo caráter da construção da política, que foi um consenso tripartite aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde não caracterizando uma decisão meramente política e sim um amplo debate com diversos atores sociais com o intuito de estabelecer a Política de Saúde nacional. Segundo, pelo pouco tempo de sua implantação e implementação - dada a necessidade de se articular os processos de planejamento e cumprimento de responsabilidades sanitárias nas gestões em curso.

Além disso, fazer uma análise do Pacto categorizada pela efetividade, que segundo Arretche (15) é *"o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados"*, apresentaria uma série de dificuldades operacionais, que dizem respeito tanto ao custo financeiro e organizativo da pesquisa de campo quanto às dificuldades metodológicas em isolar variáveis em um sistema aberto.

Desta forma, um critério inicial de análise do Pacto pela Saúde como política social está relacionada à incorporação de suas diretrizes ao planejamento em saúde, expresso pelo Plano de Saúde. A priorização da política nos planos estaduais de saúde seria, portanto, um indicativo de que a política do Pacto teria sido absorvida pelas esferas gestoras do SUS e estaria incluída na agenda da gestão da saúde.

## **Instrumentos gerais de Planejamento**

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos em ordenação que possibilite interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. O planejamento então materializa-se e torna-se público através dos planos de saúde.

O ponto de partida para referenciar o planejamento no SUS está na observação das normas constitucionais a respeito do planejamento público, expressos essencialmente pelo Plano Plurianual (PPA) e pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

O PPA estabelece os projetos e os programas de longa duração dos governos federal, estadual e municipal, definindo objetivos e metas da ação pública para um período de quatro anos.

A LDO tem a finalidade precípua de orientar a elaboração dos orçamentos fiscal e da seguridade social e de investimento das empresas estatais. Busca sintonizar a Lei Orçamentária Anual (LOA) com as diretrizes, objetivos e metas da administração pública, estabelecidas no PPA.

De acordo com o parágrafo 2º do art. 165 da CF/88, a LDO: compreenderá as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente; orientará a elaboração da LOA para o planejamento dos gastos pelo período de um ano; disporá sobre as alterações na legislação tributária; e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

Sob este aparato legal, o planejamento torna-se um processo do qual resultam instrumentos estratégicos para a gestão em todas as esferas de governo, sendo responsabilidade dos dirigentes públicos a sua construção e execução. Nos

termos da Lei Complementar 101/200 (18), também chamada de Lei de Responsabilidade Fiscal, a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas.

O artigo 165 da CF/88 estabelece que: *"... leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I – o plano plurianual; II – as diretrizes orçamentárias; III – os orçamentos anuais, dispondo, ainda, que a lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública."* (4).

Neste sentido, a elaboração do plano de saúde – base de todas as atividades e programações do SUS em cada esfera de governo – deve ser compatível com o Plano Plurianual e com as anuais LDO e LOA. (19) Por conseqüência, o plano de saúde é também plurianual, sendo operacionalizado e executado pelo instrumento de planejamento de período menor que é a programação anual.

O art. 36 da Lei 8080/90 dispõe mais especificamente sobre o planejamento e a previsão financeira da saúde quando estabelece que *"O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvido seus órgãos deliberativos, compatibilizando as necessidades da política de saúde com as disponibilidades de recursos em planos de saúde dos Municípios, Estados e Distritos Federais."* Além disso, afirma que *"os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária"*. (20)

No art. 37 dispõe sobre a competência do Conselho Nacional de Saúde para fixar as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e de organização de serviços em cada esfera administrativa.

A Conferência de Saúde, regulamentada pela Lei 8.142, é um instrumento de diagnóstico para o planejamento da saúde, uma vez que, a cada quatro anos, devem reunir-se representantes dos diversos segmentos e movimentos sociais para uma avaliação conjunta da situação da saúde nas esferas municipais, estaduais e

nacional e propor diretrizes para a formulação de políticas públicas de saúde nos respectivos níveis.

Segundo Comparato (21), *"a planificação do desenvolvimento é função de eminente interesse público. Ela não pode ficar confiada exclusivamente a agentes estatais, sem ligação com grupos ou categorias que formam a sociedade. Importa, pois, que os planos de desenvolvimento – nacionais, regionais e estaduais contem, em sua elaboração, com a participação obrigatória de representantes da comunidade. É somente assim que a política de desenvolvimento deixa de ser tarefa estritamente burocrática, para se tornar função de interesse coletivo."*

Por sua vez, os Conselhos de Saúde atuam como co-formuladores do planejamento, aprovando os planos de saúde elaborados pelas secretarias de saúde e Ministério da Saúde, sendo, ainda, agentes fiscalizadores de sua execução.

No tocante ao rateio dos recursos da União para estados e municípios e dos estados para seus municípios vigoram as regras expressas no art. 35 da Lei 8.080/90: *"Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:*

*I - perfil demográfico da região;*

*II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;*

*III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;*

*IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;*

*V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;*

*VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;*

*VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo."*

É importante certificar que os Planos de Saúde e seu orçamento devem estar em sintonia com o PPA e previstos na LOA. O Plano de Saúde não pode propor metas à revelia, sem previsão na lei orçamentária. Também não pode distanciar-se do que foi previsto no Plano Plurianual.

Desta forma, o Plano de Saúde é um documento que sintetiza a intencionalidade política, o diagnóstico situacional em saúde, as estratégias e prioridades referentes a este diagnóstico, bem como o estabelecimento de metas para seu cumprimento. É um instrumento referencial primordial para a gestão do SUS, pois tem como função explicitar a condição de saúde da população e propor estratégias de enfrentamento dos problemas evidenciados, com base nos limites financeiros impostos pela lei.

A Lei nº 8142/90 define, no seu Art. 4º, que para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão *“que permitam o controle de que trata o §4º do Art. 33 da Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990”*. Esse parágrafo refere-se ao acompanhamento da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). (22)

Com relação aos prazos para a elaboração dos planos de saúde, das programações anuais e respectivos relatórios de gestão, o Poder Executivo deve elaborar o PPA até o dia 30 de Agosto do primeiro ano de governo, cabendo ao Poder Legislativo a sua aprovação até o dia 15 de Dezembro do mesmo ano. A LDO deve ser apresentada pelo Governo até o dia 30 de Abril de cada ano. A LOA deve ser apresentada, anualmente, pelo Executivo Federal ao Legislativo, até o dia 30 de Agosto; estados e municípios devem fazê-lo até 30 de Setembro.

Assim, os prazos e as decisões das Conferências e Conselhos devem guardar compatibilidade como os prazos citados, sob pena de os Planos de Saúde e as programações anuais não fazerem parte do PPA, da LDO e da LOA, sendo, portanto, inócuos.

## O Planejamento na Gestão da Saúde

Gestão é a 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, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. (23)

Segundo a NOB 01/96, o conceito de gestão é a administração de um sistema de saúde, através das funções de direção ou comando, coordenação, planejamento, controle auditoria. A mesma norma diferencia a gerência como a administração de um serviço ou órgão de saúde – relacionados à oferta direta de serviços.

O Relatório da X Conferência Nacional de Saúde aponta que, entre outras atribuições, os gestores do SUS devem garantir a implementação e a continuidade dos programas e projetos referentes à saúde avaliados e aprovados nos Conselhos de Saúde e incluídos nos Planos de Saúde, mesmo quando houver mudança dos dirigentes.

Segundo Carvalho (24), o termo gestão em saúde reflete a incorporação das funções de condução política (tomada de decisão e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de políticas, programas, serviços e atividades.

O Pacto pela Saúde reforça que processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Ele estabelece o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS) baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, conforme previsto nos TCG, incluindo a definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS. Agregado a esse sistema o Pacto também convoca o monitoramento e avaliação. (25)

A regulamentação do PlanejaSUS e as orientações gerais acerca dos seus instrumentos de apoio à gestão, (26,27), que estabelecem que “*o Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS*”.

No Plano de Saúde precisam estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, constituindo referencial para a execução, o

acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. Isto estabelece que os Termos de Compromisso de Gestão devem ser construídos em sintonia com os respectivos Planos de Saúde (28). Ou seguindo a lógica inversa, que os Planos de Saúde construídos posteriormente à adesão ao Pacto pela Saúde devem contemplar as responsabilidades assumidas no TCG.

De um modo geral, o PlanejaSUS orienta que a elaboração de um Plano de Saúde seja feita com base em dois momentos: a análise situacional; e a definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

Na análise situacional e na formulação dos objetivos, diretrizes e metas, são propostos os seguintes eixos:

- condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;
- determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e
- gestão em saúde.

Os objetivos expressam o que pretende-se fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados; diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas; e as metas são as expressões quantitativas de um objetivo.

Por tratar-se de instrumento técnico-político, e seguindo o que preconiza a legislação anteriormente citada, a construção do Plano de Saúde deve ser feita de forma participativa, tomando como subsídio privilegiado as proposições das Conferências de Saúde. Ao Conselho de Saúde respectivo, cabe aprovar o Plano de Saúde.

Ao final da vigência de um plano é feita uma avaliação geral, dada a sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão e a efetividade dos serviços e das ações desenvolvidas, contribuindo assim para a consolidação do sistema de saúde.

Como instrumento de orientação e planejamento no período de um ano, a Programação Anual de Saúde (PAS) é *“o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.”*

Como instrumento que operacionaliza o Plano, a PAS deve conter a definição:

- das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- das metas anuais pretendidas; e
- dos recursos orçamentários necessários.

As ações e metas anuais estabelecidas serão utilizadas para o monitoramento e a avaliação da PAS, cujo elenco contemplará aquelas constantes do respectivo TCG, inclusive as prioridades do Pacto pela Saúde. Cabe assinalar que as ações são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é *“o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários”*. (27) Esses resultados constituem o cerne do RAG que, portanto, deve ser elaborado na conformidade da PAS e indicar os ajustes necessários no Plano de Saúde.

O RAG estabelece uma correlação entre as metas, os resultados obtidos e os recursos utilizados, que serão sistematizados e divulgados, fornecendo subsídios para a tomada de decisão e contribuindo para a visibilidade da gestão. Representa também uma demonstração do que se alcançou em relação ao que está explicitado no PS, além de ser um instrumento que viabiliza o controle social. Os resultados alcançados serão apresentados a partir das ações e metas definidas na PAS, entre as quais as constantes do TCG.

Como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, o RAG deve permitir igualmente a verificação da aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS, subsidiando as atividades dos órgãos de controle interno e externo. No caso dos recursos federais, segundo a Portaria Nº 204/GM/2007 (29), a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo



Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios dará-se mediante relatório de gestão.

Esses instrumentos de Gestão da Saúde e o planejamento das políticas públicas têm uma dimensão técnica e uma dimensão política. A dimensão técnica implica no domínio de uma metodologia de trabalho própria, no acesso a informações atualizadas, sistematizadas e agregadas e, freqüentemente, o apoio dos conhecimentos especializados de profissionais de diferentes áreas.

A dimensão Política é, antes de tudo, um processo de negociação no intuito de conciliar os interesses dos vários segmentos da sociedade que disputam os benefícios da ação governamental.

É importante destacar que os três instrumentos de planejamento e gestão da saúde, o Plano de Saúde, a PAS e o RAG, são interdependentes, articulados e contínuos. Além disso, sua elaboração é concomitante à pactuação de indicadores do Pacto pela Vida, realizada pelas três esferas de gestão do SUS, o que possibilita a inserção de indicadores estaduais e municipais, mediante o estabelecimento de novas prioridades, de acordo com a realidade local, bem como a correlação TCG x Plano de Saúde.

Desta forma, os instrumentos de Gestão são complementares entre si e visam dar maior eficiência e eficácia ao processo de planejamento em saúde nas três esferas gestoras.

### **Breve Histórico das Normatizações que contribuíram para a descentralização político-administrativa do SUS.**

O Sistema Único de Saúde vigente hoje no Brasil decorre, segundo LUCCHESI (30) de um arranjo político-institucional que tomou conta do cenário setorial-saúde a partir do início da década de 80, no âmbito do processo de redemocratização do Estado brasileiro. Este movimento, que culminou nas bases da reforma sanitária, teve início no final dos anos 60, em movimentos dos profissionais de saúde engajados nos mais diversos setores, dos partidos políticos progressistas, dos sindicatos, dos movimentos populares e dos municipalistas, em decorrência de seu descontentamento com o sistema de saúde então existente.

Anteriormente à CF/88, as ações de saúde e previdência eram integradas. Numa tentativa de racionalização de gastos e enfrentamento de uma crise econômica no período de 1981 a 1984, surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde, que ficou conhecido como AIS. Esse programa tinha por objetivo integrar os serviços que prestavam assistência à saúde da população de uma região, buscando superar a duplicidade dos serviços e a dicotomia prevenção-cura, tal como descentralizar as ações à esfera municipal. Os governos estaduais, através de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam através de adesão formal ao convênio (31).

Esta forma de agregar os municípios na construção do incipiente sistema único mostra uma ampliação da sua governança em prol do funcionamento adequado deste sistema. Aqui cabe por definição de governança a descrita por Santos (32): “refere-se ao *modus operandi* das políticas governamentais – que inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional do processo decisório, à definição do *mix* apropriado de financiamento de políticas e ao alcance geral dos programas”.

No começo da década de 80, o movimento da reforma sanitária influencia o debate acerca da redefinição do Estado democrático e suas funções públicas, reivindicando a saúde como direito de todos devida pelo Estado. Esta nova ótica dos direitos sociais converge em um novo pacto sociopolítico e posteriormente na elaboração de uma nova Carta Magna para o país no período 1986-1988.

É historicamente determinante a influência da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que uniu esforços para assegurar na Constituição o texto da saúde no Capítulo referente à Ordem Social, recomendando estratégias para a reforma do setor. Esta Conferência, em seu relatório final, "... consagra o princípio do direito à saúde como um direito de cidadania universal, garantida pelo Estado..." (33).

A CF/88 afirma que o Estado brasileiro é uma federação de tripla soberania, e considera os municípios como entes federativos soberanos (CF/88, Art. 18). De acordo com Abrucio (34), a questão dos municípios constitui uma característica diferencial do federalismo brasileiro, distinguindo-o de outras formas de organização federativa em relação a sua estrutura e funcionamento. Essa situação federativa é consoante com a história dos municípios em sua trajetória de poder e evidencia a dificuldade posta aos estados para o exercício do controle de questões locais.

A Carta Magna, além de determinar como princípio da República a promoção do bem de todos os cidadãos sem qualquer discriminação, afirma que a saúde é direito social e dever do Estado, não mais significando tão somente a assistência, mas também, segundo Carvalho (35), o resultado de políticas públicas advindas do Governo.

Os princípios doutrinários do SUS estabelecidos na CF/88 são: a universalização da atenção à saúde, a equidade no acesso às ações e serviços e a integralidade do atendimento. Como princípios organizativos: a participação de usuários, trabalhadores e prestadores para o controle social, a descentralização das ações e serviços – regionalização e hierarquização, e a direção única em cada esfera de governo.

Segue-se então uma busca pela regulamentação dos princípios constitucionais que estavam definidos para que o SUS fosse efetivamente funcional e cumpridor de seus princípios. Em 19 de setembro de 1990 é assinada a Lei 8.080, que regula as ações e serviços públicos e privados de saúde no que concerne a sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo. A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, vem complementá-la em decorrência dos vetos efetuados, estabelecendo, agora legalmente, o controle social através da criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, além de normatizar o repasse de recursos desde o Governo Federal até os Estados, Distrito Federal e Municípios.

Desta forma, a implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro em 1987, surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, aprofundando os princípios das AIS e preparando a etapa da unificação, depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (36). Por fim a Lei nº 8.080 instituiu o SUS e seus princípios doutrinários e organizativos e a Lei nº 8.142 imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social.

Criada a legislação que determina como função do Estado a garantia da saúde em seu conceito ampliado para toda a sua população, ao mesmo tempo determina-se sua governabilidade no que se refere à dimensão estatal do exercício do poder. De acordo com Diniz (37), as dimensões envolvidas no conceito de governabilidade como a capacidade do governo para identificar problemas críticos e formular políticas adequadas ao seu enfrentamento; a capacidade governamental de mobilizar os meios e recursos necessários à execução dessas políticas, bem como à sua implementação; e a capacidade de liderança do Estado, sem a qual as decisões tornam-se inócuas, mostra que a gestão do SUS necessitaria de uma maior especificidade operacional e direcionalidade em relação aos princípios e diretrizes apresentados constitucionalmente.

Coube ao gestor nacional do SUS determinar e estabelecer, com base nas atribuições inerentes ao exercício do poder, a elaboração de instrumentos que teriam por função orientar a gestão do sistema. Surgem então as Normas Operacionais Básicas - NOBs a partir de 1991, que visavam operacionalizar, ou tentar operacionalizar a dinâmica de funcionamento do SUS.

Segundo Almeida, Castro e Vieira (38) *“as normas operacionais são instrumentos jurídico-institucionais formulados pelos gestores do SUS (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais da saúde) e publicados pelo Ministério da Saúde, após aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, para aprofundar a implementação do SUS, definindo seus objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, normatizando, estabelecendo e definindo as relações entre seus gestores.”*

A primeira delas, editada ainda pelo INAMPS criou a unidade da cobertura ambulatorial, os critérios para transferir recursos federais a estados e municípios e os critérios para acompanhamento, controle e avaliação (39).

A NOB nº 01/91 definiu que todos os serviços prestados, tanto públicos como privados conveniados e contratados seriam tratados como vendedores de serviços e pagos de acordo com a apresentação das faturas detalhando os serviços executados, da mesma forma que um prestador de serviços privado. Em suma, o município atendia a população, emitia um relatório ao Ministério da Saúde como um simples prestador para receber, através de uma tabela, os valores referentes ao serviço efetuado, caracterizando uma gestão altamente centralizada. De acordo com Arretche, considerando que o repasse de recursos está concentrado no governo federal pode-se dizer que existiu naquele momento uma “descentralização tutelada” na qual apresentava-se um rígido controle de repasse de recursos de responsabilidade da União e em contrapartida uma falta de instrumentos de avaliação dos serviços prestados (23).

Com o fim do INAMPS, a publicação normativa passa a ser responsabilidade do Ministério da Saúde, que editou as NOBs-SUS 01/93 e 01/96, instituindo instrumentos operacionais, normas para o financiamento das ações e serviços de saúde e os requisitos para a habilitação dos Estados e municípios às condições de gestão da saúde (40).

Em busca de uma descentralização efetiva do sistema, a NOB 01/93 veio dar maior amplitude à questão da descentralização, estabeleceu a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, na esfera estadual, que contribuiu para o fortalecimento da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, que já havia sido criada em 1991. Além disso, apresentou formas de gestão para estados e municípios e possibilitou repasses financeiros fundo a fundo. Segundo Levcovitz *et al.*(41), esta norma foi marcada principalmente pelos seguintes aspectos e eventos associados à política de saúde no início da década de 1990: o avanço da municipalização propiciada pela NOB SUS 01/91 e expressivo envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde; as críticas e dificuldades no processo de descentralização da política de saúde; e, finalmente, o desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992.

As portarias publicadas em 1991 e em 1993 (NOBs 91 e 93) iniciaram o processo incipiente de descentralização do SUS, e, como Pellegrini (42) aponta, ao final de quatro anos da publicação, apenas 144 municípios haviam sido habilitados, nas condições da NOB 93, para recebimento de recursos diretamente em seus

fundos de saúde. Evidencia-se, portanto, que apesar de todo o aparato normativo em prol da descentralização, ainda não foi suficiente naquele momento a real descentralização da gestão da saúde.

Em 1996 foi publicada a NOB 01/96 que alterou os níveis de gestão para estados e municípios presentes na NOB anterior, regulando a transferência de recursos com a utilização de critérios populacionais e oferta de serviços, bem como redefinindo a prática do acompanhamento, controle e avaliação do SUS. A isso, acrescenta-se a tentativa de reorganização do modelo assistencial mediante o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (42).

Dentre as principais inovações trazidas pela NOB 96, destacam-se: a implantação de um valor *per capita* para financiamento das ações de atenção básica, o Piso da Atenção Básica (PAB), o qual promoveu a reversão da lógica de alocação de recursos e aumento da equidade no financiamento; a mudança do modelo assistencial, tendo como estratégias o PACS e PSF; e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que veio a ser um dos principais instrumentos de organização do sistema e estruturação da atenção à saúde.

A NOB também reordenou o modelo de atenção à saúde estabelecendo duas habilitações para as gestões municipais: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Ambas recebiam recursos de forma regular e automática para o atendimento básico, na forma do PAB. Recebiam também recursos, na forma de incentivo, para assistência farmacêutica básica, saúde da família, agentes comunitários, carência nutricional, vigilância sanitária e epidemiológica. Na Gestão Plena do Sistema, os municípios habilitados recebiam os recursos de assistência especializada ambulatorial e hospitalar fundo a fundo, além dos recursos da assistência básica.

A NOB 01/96 permitiu estabelecer o princípio constitucional de comando único em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e caracterizou as respectivas responsabilidades, definindo os municípios como principais gerenciadores do sistema de saúde. Sendo o município a base do sistema de saúde, os gestores da esfera federal e esfera estadual precisavam desempenhar um papel importante para auxiliar e promover as condições necessárias para que os municípios pudessem gerenciar seus sistemas municipais de saúde.

De acordo com Dias (43), os Gestores Federal e Estadual necessitam desempenhar quatro papéis básicos. Para os estados, *“o primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual. O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios. [...] O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade. [...] Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo assim, o SUS-Estadual”*.

Quanto ao gestor federal, os papéis a serem desempenhados são: *“exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual; fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS”*.

Sabendo-se que o financiamento do SUS é de responsabilidade dos três níveis de governo e que cada um deve assegurar ao seu respectivo Fundo de Saúde os recursos necessários ao setor, Dias (43) aponta a função de macro-sustentação do SUS-Nacional pela esfera federal o que contribuiria para a manutenção da centralidade do financiamento do SUS pela esfera federal.

Bueno e Merhy (44) apontam um retrocesso nos princípios organizativos do SUS, e sua submissão ao projeto de cunho neoliberal proposto pelo governo daquele período: *“os hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal.”*

Os autores também questionam o financiamento do sistema por produção, no qual pode-se prever a lógica de mercado como indutora da organização e distribuição de serviços e procedimentos de maior lucratividade aos prestadores. Concluem que a NOB 01/96, em termos de modelo de atenção e gestão do sistema, é favorável ao projeto neoliberal de reforma do Estado vigente naquela época.

Mendes (45) aponta uma série de dificuldades para o exercício de uma gestão eficaz do sistema, a difusão das responsabilidades pela saúde dos cidadãos, o incremento dos custos de administração do SUS, a atomização dos serviços com deseconomias de escala e de escopo, a incorporação tecnológica irracional, a imposição de barreira de acesso a usuários e a baixa qualidade dos serviços.

Na tentativa de superar os problemas apresentados pelas NOBs anteriores, foi publicada mais uma Norma Operacional – desta vez a da Assistência à Saúde, a NOAS SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001 (46), que tinha por objetivo *“promover maior eqüidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”*. Também estabeleceu que *“a macroestratégia deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas e dotadas de mecanismos de comunicação e inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis”*.

Nesta linha de diretrizes para a gestão, a NOAS 01/01 estabeleceu critérios para o processo de regionalização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e promoveu a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Assim, Souza (47) aponta que foram instituídas pela norma três estratégias que transferiram o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a instituição de módulos assistenciais, micro e macrorregiões, e do Plano Diretor de Investimentos (PDI); o fortalecimento da gestão pública estadual e municipal e do comando único em cada nível de governo; e a instituição de novos critérios e de novas formas de habilitação de estados e municípios.

As novas formas de habilitação estabelecidas foram: a gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal - para os municípios; e a gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual - para a esfera estadual. Concomitante a estas classificações, também foram definidas algumas áreas de atuação estratégicas mínimas, de acordo com o perfil epidemiológico de cada território, como o controle da tuberculose, diabetes,



hipertensão arterial, saúde da mulher e da criança, entre outros. Também houve acréscimo do elenco de serviços financiados pelo PAB, ampliando o conceito de atenção básica à saúde e incrementando o espectro dos recursos federais transferidos *per capita* aos estados e municípios.

A NOAS 01/01 visou preencher lacunas apresentadas pela NOB 01/96 em relação à área assistencial. Entretanto foi revogada pela NOAS 2002, tendo sua implementação interrompida em mais um movimento normativo do Ministério da Saúde.

As dificuldades de implementação da NOAS 01/2001 levaram a uma nova etapa de debates e negociações no nível tripartite, o que resultou na publicação da NOAS 2002 pela Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Nesta destaca-se a ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica e a criação de mecanismos para a regionalização baseada na hierarquização dos serviços. Entretanto não havia grandes novidades na publicação desta norma, pois foram mantidas as diretrizes definidas na NOAS 2001. Exceto por um conjunto de anexos e instruções normativas que visavam superar as dificuldades de implantação da mesma, o conteúdo de ambas as normas era bastante semelhante.

O período que se segue à publicação das NOAS foi marcado pelo excessivo uso de normas infralegais - ou portarias – quando o Ministério da Saúde publicava aproximadamente cem portarias por mês. (5) Com base neste fato, e dando um leve toque de ironia, Carvalho (48) associou este momento à uma doença, a *Portariofilia* - síndrome que leva os governos a administrarem por uma profusão de portarias.

Até este momento, o processo de descentralização estabelecido pela legislação do SUS apresentava-se em movimento com um amplo amparo normativo. Entretanto, durante as primeiras análises deste processo, Lima (49) identificou que a realidade estava, até então, muito distante do preconizado nas formulações legais e oficiais. *“Entre a definição de valores e regras gerais de funcionamento da rede de serviços de saúde e sua real operacionalização, residem certamente grandes conflitos de interesses que só, ou principalmente, se manifestam quando da decisão se passa para a ação.”*

O excesso das normas utilizadas para a gestão do sistema de saúde exigiu um movimento constante de mudanças, obtidas por meio de reformas normativas

incrementais. O modelo representado pelas NOBs e NOAS apresentou-se esgotado, quer pela dificuldade de impor normas gerais a um país com tantas especificidades, quer pelos conteúdos de caráter técnico-processuais e burocráticos com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

### **Das normativas ao Pacto pela Saúde**

Segundo Pellegrini (42), a legislação setorial da saúde dá relevo à “cooperação” entre as três esferas de governo: “participação”, “articulação”, “conjugação de esforços”, “evitar duplicidade” são expressões insistentemente referidas para definir a relação intergestores e a relação dos gestores com os demais setores governamentais e com a sociedade.

Desde a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, aguardava-se a criação dos mecanismos operacionais para o cumprimento das determinações legais. As ações de competência municipal, até aquele momento, ainda concentravam-se nas esferas de gestão federal e estadual.

A autora (42) aponta que as NOBs definiram objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de relações entre as esferas de governo. Por serem normas infraconstitucionais poderiam ser reeditadas, alteradas ou revogadas em qualquer circunstância.

As críticas à esfera federal quanto ao *modus operandi* de gestão da saúde impositivo e excessivamente normativo ganharam força quando foram reformuladas as regras e as condições para a descentralização através da NOB 01/96. A portaria foi publicada exatamente no dia da abertura da X Conferência Nacional de Saúde, sem validação naquela instância colegiada de representação social. A iniciativa custou ao Ministério da Saúde uma enérgica repreensão da plenária da Conferência, registrada em carta com incisiva determinação para a sua revisão. Dessa forma, uma segunda versão da NOB 01/96 teve que ser publicada.

A publicação da NOAS/01 em 2002 deu novo vigor ao poder de interferência das esferas federal e estadual na política de saúde local. As semelhanças encontradas no discurso da NOAS 01/02 e da NOB 96 indicavam uma sincronia

ideológica e, mesmo, retórica entre as enunciações: ambas apresentaram a mesma estrutura e recorreram a argumentos da legislação orgânica para validar as alterações introduzidas e referiram-se, à importância da “experiência” acumulada para o aprofundamento da descentralização. Da mesma forma, as duas normas valorizaram o papel de mediação do Estado e da União sobre os municípios e foram publicadas sem regulamentações complementares imprescindíveis à sua implementação. (42)

Notadamente, as duas normas receberam críticas de diversas áreas de representação social por terem sido elaboradas no âmbito do Ministério da Saúde com pouca ou desprezível participação social. A NOAS 01/01 enfatizava a regionalização da “assistência” à saúde desde o próprio título. A iniciativa do gestor nacional do SUS para montar o sistema regionalizado e hierarquizado baseou-se na estratégia de dividir o território em microrregiões/regiões de saúde e essas em módulos assistenciais, geograficamente e demograficamente definidos em processo liderado pelas secretarias estaduais, devendo as microrregiões/regiões serem, posteriormente, aprovadas pelo Ministério da Saúde.

Tal estratégia intensificou a centralização não apenas nas esferas Estadual e Federal – o que já restringia e dificultava a gestão local – mas, também, em determinados municípios que vieram a assumir atribuições-chave nos módulos assistenciais e nas microrregiões de saúde, visto que foram investidos de um poder sobre os seus pares e substancialmente mais guarnecidos de recursos. (42)

As diversas experiências de hierarquização e descentralização da gestão demonstraram problemática abrangente e indicaram a necessidade de mudanças no sistema nacional de gestão. Além disso, o trabalho em um sistema burocratizado e amplamente normativo mostrou-se inaplicável à realidade da gestão. (9)

A partir do exposto nota-se que a existência de um conjunto de dificuldades operacionais para efetiva descentralização da saúde acelerou a demanda por um “pacto de gestão” (50) entre as esferas gestoras do SUS.

Desta forma, buscando superar as dificuldades encontradas pelos gestores do SUS, e após quase três anos de insistentes debates, a construção do Pacto pela Saúde em 2006 obteve êxito, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população.

O Pacto promove o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão, no qual cada ente federativo tem o registro das prioridades e responsabilidades pactuadas.

O Pacto pela Saúde é formado simultaneamente por três Pactos: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida estabelece compromissos de atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS, com base na definição de prioridades que resultem em real impacto no nível de vida e saúde da população brasileira.

O Pacto em defesa do SUS estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado - governo e a sociedade civil, a fim de consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária Brasileira, nos moldes em que foi inscrito na Constituição Federal.

O Pacto de Gestão define as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social.

A implantação destes pactos propõe inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Carvalho (24) aponta que o Pacto pela Saúde substituiu o processo de habilitação contido nas NOBs e NOAS, que por apresentar critérios difíceis de serem alcançados, contemplou poucos municípios com a modalidade de gestão plena do sistema. Dados da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) mostram que 427 municípios estavam habilitados em Gestão Plena do Sistema conforme a NOB/96 e 255 conforme a NOAS 01/02.

O Pacto pela Saúde prevê a substituição do processo de habilitação pela adesão de Municípios, Estados, Distrito Federal e União aos Termos de

Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, orientando a descentralização das ações e serviços de saúde; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais em blocos de financiamento; a reorientação do processo de planejamento e programação e a unificação da pactuação de indicadores são mecanismos que fortalecem a gestão do sistema e ampliam a possibilidade de construção da equidade, e o respeito às especificidades loco regionais.

A implantação do Pacto objetiva o alcance de maior efetividade, eficiência e qualidade das respostas do sistema de saúde, estabelecendo responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população.

São diretrizes da implantação e monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão (1):

- a) Ser um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;
- b) Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;
- c) Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados, nas situações onde municípios, Distrito Federal e estados não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;
- d) Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.
- e) Ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Desta maneira, o Pacto pela Saúde configura-se como uma nova alternativa à gestão do SUS, contrapondo-se à normatização verticalizada das NOBs e NOAS, tendo como grande diferencial a sua construção tripartite, além da liberdade de adesão por estados e municípios.

## **O Termo de Compromisso de Gestão Estadual**

O documento publicado pelo Ministério da Saúde composto pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006 (28) e seus anexos é o marco regulatório do Pacto pela Saúde para todos os níveis federativos. É neste conjunto de normas, que regulam as relações entre os gestores do SUS, que os gestores municipais e estaduais se apóiam no momento da adesão à política nacional de saúde. Além do componente responsabilizador, a portaria também apresenta os fluxos, diretrizes e instrumentos propostos para adesão ao Pacto pela Saúde e seu monitoramento pelas esferas gestoras.

Os instrumentos apresentados como anexos são: os Termos de Compromisso de Gestão (Municipal, Estadual, do Distrito Federal e Federal), o Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, Declaração da CIB de Comando Único pelo Gestor Municipal e Termo do Limite Financeiro Global (Municipal, Estadual, do Distrito Federal e Federal).

O TCG é o instrumento central da adesão por explicitar as responsabilidades sanitárias e os compromissos assumidos por cada esfera. Os outros instrumentos que compõem seus anexos definem e limitam o movimento de descentralização das ações e serviços através de documentos descritores da pactuação, como o Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP) e Declaração de Comando Único (DCU).

O TCEP tem a função de definir quando unidades públicas de saúde situadas no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, formalizando a cooperação e financiamento para a prestação do serviço.

A DCU apresenta a responsabilização efetiva do gestor municipal sobre as unidades de saúde em seu território. Sua principal característica é a pactuação firmada entre as esferas estadual e municipal acerca do movimento de descentralização das ações e serviços.

No Termo do Limite Financeiro Global (TLFG), são explicitados os valores repassados aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde nos blocos de

financiamento descritos pela Portaria MS nº204, de 29 de janeiro de 2007 (29) – PAB, MAC/FAEC, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão.

No TCG, as Responsabilidades Sanitárias estão divididas em sete eixos:

- Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;
- Responsabilidades na Regionalização;
- Responsabilidades no Planejamento e Programação;
- Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
- Responsabilidades na Gestão do Trabalho;
- Responsabilidades na Educação na Saúde e;
- Responsabilidades na Participação e Controle Social.

Para expressar o cumprimento ou não das Responsabilidades Sanitárias, o TCG apresenta, para cada responsabilidade, a opção simples “Realiza” ou “Não realiza” e “Prazo para Realizar”, que possibilita ao gestor determinar, de acordo com sua realidade, as suas prioridades, bem como estimar outras ações a serem incluídas no planejamento da gestão em saúde.

Os sete eixos de Responsabilidades do TCG

A responsabilidade do gestor da saúde sobre a saúde da população em seu território consiste no princípio *pétreo* do Pacto. Em consonância com este princípio, foram definidas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS para os três entes federados, que dizem respeito ao detalhamento das atribuições na gestão do sistema como garantia da integralidade da atenção à saúde; participação no financiamento; reconhecimento das necessidades da população; planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde; estruturação da assistência farmacêutica; vigilância em saúde; promoção da saúde, entre outras.

O Pacto pela Saúde revigora uma diretriz estruturante do SUS que é a Regionalização. A partir da implantação da NOAS/SUS 01/2002, esse processo estabeleceu inúmeras regiões de saúde no país, registradas pelo instrumento Plano Diretor de Regionalização (PDR). Entretanto, o Pacto pela Saúde propõe uma reavaliação estrutural, mas não propõe um modelo padrão de Região de Saúde.

Entende-se aqui que as Regiões de Saúde são recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais, tendo como base identidades culturais, econômicas e sociais, assim como as redes instaladas de comunicação e infraestrutura de transporte. Nessas regiões, os gestores de saúde devem organizar uma rede regionalizada de ações e serviços capaz de prestar atendimento a toda população local.

As regiões de saúde preconizadas pelo Pacto podem apresentar diferentes desenhos em função da diversidade nacional. Estes desenhos são expressos nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) dos estados.

As regiões de saúde podem ser dos seguintes tipos: Regiões Intramunicipais – organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; Regiões Intra-estaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado. Regiões Interestaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a diferentes estados. Regiões Fronteiriças – compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um ou mais estados e a países vizinhos.

Este conceito traz elementos de auxílio à identificação de um desenho regional apropriado com o intuito de orientar os gestores locais na formação de uma rede regionalizada com o intuito de ofertar ações e serviços de acordo com as necessidades e a capacidade instalada de oferta da própria região. (51)

Nesta Regionalização “Solidária e Cooperativa” surge o Colegiado de Gestão Regional, que é o espaço deliberativo regional proposto pelo Pacto. É uma instituição local formada pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios que integram a região e por representantes do gestor estadual. No colegiado as decisões sobre a gestão do espaço regional em questão são tomadas buscando o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

As Responsabilidades no Planejamento e Programação a serem pactuadas referem-se ao planejamento como ferramenta permanente da gestão e sua orientação através das informações epidemiológicas e sanitárias como referência situacional das necessidades locais.



Uma incursão pelas diversas proposições de planejamento em saúde que ocorreram na América Latina mostra a existência de proposições com alto teor prescritivo e com orientações apuradas em relação ao agir em planejamento.

Nesta visão, Schraiber (52) delimita que Planejar pressupõe características de ação técnica, estratégica, racionalizadora e saber prescritivo, da perspectiva de tal ou qual política a realizar ação estratégica para interesses do Estado.

O planejamento, então, é o braço da política de saúde que opera práticas racionalizadoras para fazer com que realizem-se projetos sociais dados, através da produção social, em que se inclui, entre outros, a assistência, a incorporação de práticas de prevenção, e o ordenamento do sistema - “uma technicalização da política”.

As Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria constituem um eixo abrangente, com 35 responsabilidades distribuídas entre as áreas propostas. Estas responsabilidades são estruturais para a gestão qualificada do SUS, tanto ao estabelecimento de fluxos, utilização dos recursos financeiros quanto ao *accountability*. Nesta dimensão, *accountability* significa que a função gestora em saúde deve regularmente apresentar o que faz, como faz, por que faz, quanto gasta e o que irá fazer posteriormente. Não se trata, portanto, apenas de prestar contas em termos quantitativos, mas também realizar uma auto-avaliação, apresentar resultados positivos e negativos às instâncias de controle, como conselhos e tribunais de contas.

A Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria são desafios persistentes da implementação do SUS. A Regulação visa dar respostas às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, respaldados por protocolos clínicos e de regulação. Isto significa que a proposta de um sistema de saúde regulado apresentaria rapidamente ao usuário os fluxos de encaminhamentos e propiciaria a resolução de seu problema de maneira mais eficaz (53). A Regulação está diretamente relacionada ao Controle de fluxos e sistemas e à Avaliação, que fornecem subsídios necessários para a realização da “regulação da Regulação”. O Controle e Avaliação buscam o aperfeiçoamento dos fluxos no sistema de atenção e a melhoria da qualidade do serviço.

A Auditoria é responsável pela avaliação das ações gerenciais e dos procedimentos relacionados à assistência ambulatorial e hospitalar, dos programas estratégicos, dos projetos, das atividades ou dos segmentos destes, com a finalidade de emitir parecer tanto sobre a promoção da assistência à saúde ofertada à população, quanto ao aspecto da eficiência, eficácia e economicidade. Objetiva, também, constatar a regularidade das contas, da execução de contratos, acordos, convênios e a probidade na aplicação do dinheiro público. (51)

A Política Nacional de Gestão do Trabalho em saúde é fortalecida por estar incluída no Pacto pela Saúde. As principais responsabilidades apresentadas no TCG compreendem uma proposta de diretrizes para um Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS; a desprecarização dos vínculos de trabalho no sistema de saúde; a retomada dos trabalhos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; a formação e desenvolvimento profissional entre outros.

Com relação à Educação na Saúde são focados os processos de trabalho das equipes de atenção, gestão, participação e controle social. A análise coletiva dos processos de trabalho permite a identificação dos "nós críticos" enfrentados na atenção ou na gestão e a construção de estratégias contextualizadas para sua superação. O Pacto pela Saúde considerou as principais diretrizes da Política de Educação para o SUS aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, pactuadas na CIT e publicadas na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

A Participação e Controle Social é o último eixo de responsabilidades presentes no TCG, visto que os gestores são responsáveis pelo aprimoramento da gestão participativa em saúde. Dentre as responsabilidades presentes neste eixo estão a garantia de realização de Conferências de Saúde e qualificação dos conselheiros, entre outras.

## METODOLOGIA

Por se tratar de um estudo empírico que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos e, portanto requerem a análise de várias fontes de evidências, este estudo caracteriza-se como um estudo descritivo.

Segundo Santos (54), o estudo descritivo é um levantamento das características conhecidas que são componentes do fato, do problema ou do fenômeno em estudo. Andrade (55) aponta que nesse tipo de pesquisa, os dados são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador sobre eles, ou seja, sem a sua manipulação. Para Santos e Parra Filho (56), o estudo descritivo possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação. É utilizado como avaliação inicial de problemas pouco conhecidos ou que ainda não possuem detalhes suficientes. (57)

Dado que o Pacto pela Saúde começou a ser implementado no ano de 2006 e ainda não existem evidências nem estudos significativos que revelem a sua amplitude, a escolha deste tipo de estudo se justifica neste caso.

### **Critérios de inclusão dos Estados no Estudo**

Para a seleção dos estados participantes foi considerado o processo de adesão ao Pacto pela Saúde. Assim, buscou-se selecionar um estado de cada região do Brasil que tinham os Planos Estaduais de Saúde 2008-2011 publicados e disponibilizados nos *sites* das Secretarias Estaduais de Saúde. Destes, foram selecionados dois estados (Acre e Pernambuco) que não haviam aderido ao Pacto e três estados (Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio de Janeiro) que já haviam aderido ao Pacto quando da publicação do PES.

Têm-se assim duas situações: uma quando o Plano Estadual de Saúde foi construído após a adesão ao Pacto (pós-pacto) e outra quando o Plano Estadual de Saúde foi construído anteriormente à adesão.

A Tabela 01 apresenta os estados selecionados, sua região e o período de adesão ao Pacto.

Tabela 01: UFs selecionadas e relação PES x TCG

| Região - Estado                   | Período de Adesão ao Pacto    | Situação               |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Norte – Acre                      | Portaria nº 3.045, 19/12/2008 | PES anterior ao Pacto  |
| Nordeste – Pernambuco             | Portaria nº 2.921, 02/12/2008 |                        |
| Sul – Paraná                      | Portaria nº 3.208, 19/12/07   | PES posterior ao Pacto |
| Sudeste – Rio de Janeiro          | Portaria nº 3.093, 04/12/07   |                        |
| Centro-Oeste – Mato Grosso do Sul | Portaria nº 2.252, 12/09/07   |                        |

Fonte: CIT, 2010

### Procedimentos de Análise dos Dados

Foi realizada análise documental dos PES e TCGs, de cada um destes estados e procurou-se verificar as correlações entre o planejamento estadual e as responsabilidades sanitárias pactuadas no TCG, com o propósito de analisar a sua incorporação no processo de gestão do SUS.

### Matriz de Análise dos PES

Buscando-se uma análise de política pública sob a perspectiva da sua inserção no instrumento de planejamento, foram realizadas três etapas, sempre correlacionando os PES com o respectivo TCG para cada estado.

Segundo a publicação: *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização* (23), para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário primeiramente identificar problemas e situações de saúde que requerem a implementação de soluções; bem como os fatores que, direta ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória. Posteriormente estipulam-se as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas relatados, definindo-se os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se os resultados obtidos estão dentro do esperado.

Para determinar um parâmetro para analisar os Planos Estaduais de Saúde, buscou-se o Art. 5º da Portaria nº 3.332/2006 (27) onde são indicadas como eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde e o planejamento da gestão em saúde como um todo.

Portanto, inicialmente foi feita uma análise dos PES de cada estado tendo como referencial a tabela matriz de planejamento, onde foram detectados os fatores referentes à aprovação e publicação do plano, eixos prioritários, Objetivos, Diretrizes e Metas.

A seguir, como uma primeira etapa de análise, foram separados os Objetivos e Diretrizes apresentados nos PES e feita uma correspondência com as responsabilidades contidas no TCG, sem levar em consideração se a responsabilidade estava sendo declarada cumprida ou não pelo estado.

Esta correlação foi realizada com base nas responsabilidades do TCGE que apresentavam alguma correspondência com as ações planejadas no PES. Por exemplo, o PES do Estado de Pernambuco apresentou o seguinte planejamento para a Assistência Farmacêutica:

*"Objetivo: Implantar a nova Política de Assistência Farmacêutica, garantindo o acesso racional e humanizado da população aos medicamentos básicos, estratégicos, de média e alta complexidade, visando promoção à saúde, compreendendo a prevenção, recuperação e tratamento de doenças e a redução de danos. Diretrizes: Revisão do processo de abastecimento de medicamentos às unidades de dispensação para estabelecimento de dinâmica ágil e eficiente; Empreendimento de ações junto às Secretarias de Saúde dos Municípios e Hospitais, em busca da estruturação dos serviços de assistência farmacêutica para sua melhor operacionalização; Orientação, atualização e capacitação de profissionais de saúde e usuários quanto à utilização racional e humanizada dos medicamentos e produtos farmacêuticos para garantia do acesso; Normatização do uso de medicamentos, a partir de sua seleção, padronização e protocolização nos diversos níveis de atenção à saúde, estimulando e orientando quanto à implantação de Comitês de Farmácia e Terapêutica e estabelecimento das Relações de Medicamentos Essenciais; Monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica nas Farmácias de Pernambuco, Hospitais e Unidades Municipais e Estímulo à participação social para discussão e avaliação das ações desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica."*

Este tópico apresenta uma relação direta com a responsabilidade 1.13 do TCGE:

*"Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas."*

Com base em relações próximas entre os Objetivos, Diretrizes e Ações apresentadas pelo PES e as responsabilidades sanitárias do TCGE, como mostrado no exemplo acima, foram estabelecidas as correspondências entre os instrumentos, que compõem o apêndice deste estudo.

Na segunda etapa da análise, foram verificados quais eixos constantes no Pacto pela Saúde estavam presentes em maior proporção no PES, buscando-se associar quais áreas estavam sendo contempladas no planejamento.

Depois de feita esta correlação, a terceira etapa da análise contou com uma mesma sistemática de análise, só que neste momento com os TCGEs oficializados e formalizados à CIT, com as responsabilidades dos estados. Estes dados foram obtidos por meio de solicitação (ANEXO A) ao Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. O referido departamento conta com o aplicativo Sistema de Monitoramento do Pacto pela Saúde (SIMPACTO) que sintetiza as informações contidas nos TCGEs de todos os estados que aderiram ao Pacto pela Saúde. O SIMPACTO apresenta no seu relatório de monitoramento as responsabilidades que foram declaradas como não realizadas pelos estados, juntamente com a data proposta para início de sua realização. As responsabilidades declaradas como realizadas não são listadas pelo sistema.

Nesta terceira etapa de análise, buscou-se verificar se as responsabilidades declaradas como "não realizadas", através dos relatórios gerados pelo SIMPACTO estavam presentes nos PES.

Nesta condição, parte-se da premissa que se o estado declarou que a responsabilidade ainda não estava sendo cumprida, que esta deve estar incluída no planejamento para que sejam desenvolvidas ações que resultarão então no seu cumprimento efetivo.

Por fim é feita uma comparação com dados publicados pela CIT referentes às adesões municipais ao Pacto pela Saúde, enfatizando-se os resultados das análises de cada estado com a situação apresentada sobre a publicação de TCGs municipais.

## Procedimento de organização e apresentação dos dados

Foi construída uma tabela, modelo apresentado abaixo, com a finalidade de organizar e demonstrar a síntese dos dados obtidos nas três etapas de análise, que estão apresentadas de forma mais detalhada nos apêndices.

Modelo de Tabela – Número e Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado, por eixo

| Eixos do TCGE  | Nº Total de Responsabilidades apresentadas no TCGE | Nº de Responsabilidades do TCGE contidas no PES | % de correlação TCGE x PES no eixo | Nº e % de Responsabilidades não assumidas |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| 1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS                       |  |   |                                    |   |
| 2. Responsabilidades na regionalização                             |  |   |                                    |   |
| 3. Responsabilidades no planejamento e programação                 |  |   |                                    |   |
| 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria |  |   |                                    |   |
| 5. Responsabilidades na gestão do trabalho                         |  |   |                                    |   |
| 6. Responsabilidades na educação na saúde                          |  |   |                                    |   |
| 7. Responsabilidades na participação e controle social             |  |   |                                    |   |
| Total  |  |   |                                    |   |

A coluna "Eixos do TCGE" mostra os sete eixos de responsabilidades apresentados no TCGE (*ver pág 45*), e a coluna "Nº Total de Responsabilidades apresentadas no TCGE" aponta a quantidade de responsabilidades sanitárias presentes em cada eixo, de maneira padrão para todos os estados. A coluna "Nº de Responsabilidades do TCGE contidas no PES" refere-se ao número de correspondências entre as responsabilidades sanitárias e as ações no PES, de maneira não repetida, ou seja, mesmo que uma responsabilidade tenha mais de uma correspondência, ela foi contabilizada uma única vez. Desta maneira pode-se qualificar, dentre todas as responsabilidades presentes nos eixos, quantas apresentam correspondências no PES, por eixo. Este dado é apresentado percentualmente na coluna "% de correlação TCGE x PES no eixo". Estas duas colunas buscam responder o seguinte questionamento: "do total de responsabilidades do eixo, quantas apresentam correspondência no PES, sem estarem repetidas?". Por fim, a coluna " Nº e % de Responsabilidades não assumidas" apresenta o mesmo recorte por eixo dos dados do SIMPACTO, onde

são apresentadas as responsabilidades não assumidas pelo estado e que subsidiam a terceira etapa de análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente será apresentada a tabela comparativo dos PES em relação à metodologia preconizada pelo PlanejaSUS para todos os estados. A seguir, são apresentadas e discutidas as correlações encontradas entre o PES e TCGE, por eixo de responsabilidade e por responsabilidade declarada como não realizada, por estado.

De acordo com as especificidades de cada Unidade Federada selecionada para este estudo, as análises são individualizadas, não sendo feitas comparações entre os estados estudados. Portanto, não foi possível agrupar ou classificar os estados sob uma mesma situação de gestão, além do critério estabelecido na metodologia que é o PES ter sido feito antes ou depois da adesão ao Pacto pela Saúde.

A partir dos eixos orientadores para construção do PES preconizados pelo PlanejaSUS, foi elaborada uma tabela comparativa para apontar, nos cinco PES estudados, quais estavam em consonância com o recomendado.

Tabela 02 - PES x Elementos orientadores PlanejaSUS

| Presença no PES   | AC  | PE  | RJ  | MS  | PR  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| Condições de saúde da população local                     | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Identificação dos Determinantes e Condicionantes de saúde | Sim | Sim | Sim | Sim | Não |
| Presença do planejamento da gestão em saúde               | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Objetivos   | Sim | Sim | Sim | Não | Sim |
| Diretrizes  | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Metas   | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que, os únicos estados que não cumpriram na totalidade as recomendações propostas pelo PlanejaSUS foram o Paraná e Mato Grosso do Sul.



O PES do Paraná apresentou um diagnóstico situacional extenso, porém não foi possível uma identificação específica dos condicionantes e determinantes em saúde no documento.

O PES do Mato Grosso do Sul não apresentou uma descrição dos Objetivos de seu planejamento, conforme recomendado pelo PlanejaSUS.

### **O Plano Estadual de Saúde do Estado do Acre**

O PES do estado do Acre 2008 – 2011 foi formulado anteriormente à adesão do estado ao Pacto pela Saúde.

Este documento apresenta a sua construção baseada no diagnóstico situacional de saúde com diretrizes, objetivos e metas estipuladas para o saneamento dos principais problemas encontrados.

Segundo seu texto introdutório, o PES *"foi elaborado considerando as diretrizes do Ministério da Saúde, o Diagnóstico de Saúde, as propostas da V Conferência Estadual de Saúde/2007, o Planejamento Estratégico do Governo, o Plano de Saúde para a Amazônia Legal, as Oficinas de Planejamento da SESACRE/MS, planejamento das áreas técnicas e o plano prioritário do governo – PRO-ACRE."*

Foi possível observar que todas as recomendações do PlanejaSUS foram contempladas na elaboração do PES. Entretanto, apesar do documento informar que as diretrizes do Ministério da Saúde também foram consideradas em sua construção, o PES do Acre não destacou as responsabilidades apresentadas pelo TCGE.

O PES do estado do Acre apresenta três Eixos: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Intersetorialidade. Cada um dos eixos descreve seus Objetivos de maneira geral. Cada eixo também apresenta um conjunto de Diretrizes que totalizam de 188 ações planejadas para os seus quatro anos de vigência.

O Eixo Atenção à Saúde tem como objetivos gerais: Garantir o acesso às ações e serviços de atenção à saúde; Fortalecer as ações de vigilância em saúde; Garantir o acesso aos serviços de apoio diagnóstico; Melhorar a qualidade da rede de atenção básica; Fortalecer os serviços de média e alta complexidade; Qualificar a

assistência farmacêutica e o acesso aos insumos estratégicos, observando as especificidades locais.

O Eixo Gestão em Saúde apresenta como objetivos gerais: Modernizar a gestão do sistema criando mecanismo de regulação, monitoramento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde; Fortalecer as instâncias de controle social; Apoiar técnica e financeiramente os municípios e as regionais de saúde; Aprimorar os processos de pactuação dos serviços; Fortalecer a rede de cuidados do SUS; Assegurar a destinação de incentivos financeiros para investimentos e custeio das ações e serviços de saúde.

O Eixo Intersetorialidade não aponta os objetivos de modo geral. Neste eixo encontram-se ações intersetoriais e parcerias da SESACRE com áreas de educação e segurança pública para o desenvolvimento de projetos específicos.

Assim, conclui-se que, através do documento apresentado como o Plano Estadual de Saúde do estado, as ações e objetivos apresentados determinam um sistema público de saúde em franco processo de implementação, com objetivos visando à garantia do acesso, estruturação e expansão de serviços e busca por qualificação da oferta, tanto da Atenção Básica, quanto a modernização da SESACRE.

Ao realizar a primeira etapa da análise, referente às correlações entre o PES x TCGE (APÊNDICE - A) indicou que o percentual de correspondência entre os instrumentos é notadamente baixo, aproximadamente 15%.

Partindo do princípio que as responsabilidades presentes no TCGE dizem respeito aos dispositivos e à dinâmica relativa à gestão estadual, poderia se esperar numa presença maior das responsabilidades do TCGE no PES.

No PES do Acre, a maioria das ações planejadas tem relação direta com a assistência e estruturação do serviço de saúde, tendo poucas que apresentam componentes amplamente estratégicos para a macro-gestão.

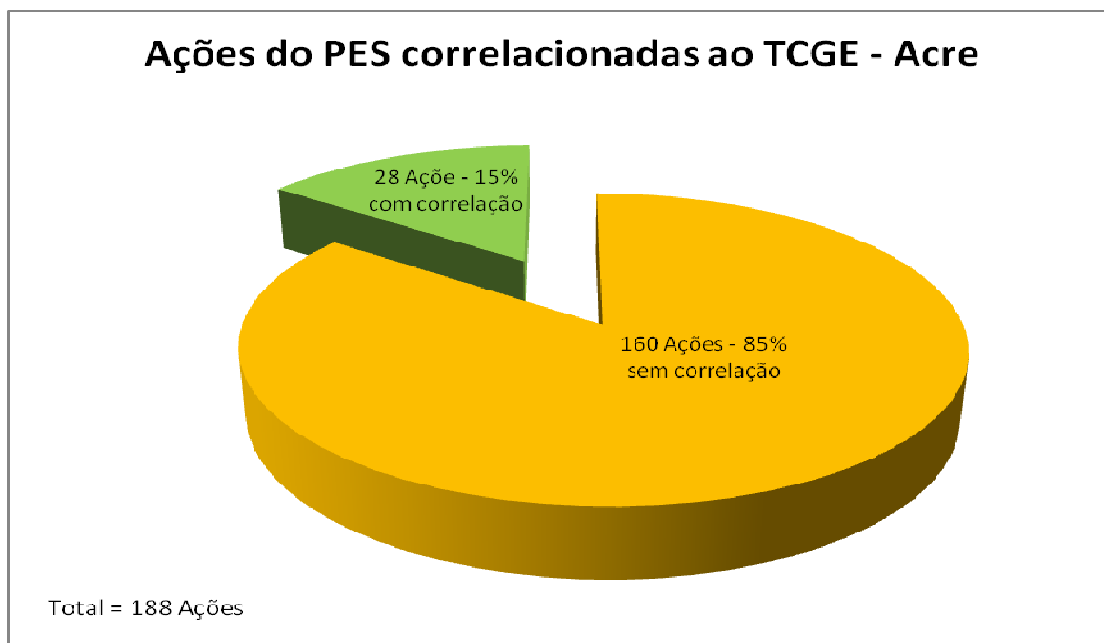


Figura 01 - Correlação PES x TCGE no Acre

O baixo percentual de correlação PES x TCGE e um planejamento voltado para a assistência indicam que o sistema de saúde no estado está em estruturação, pois as prioridades da gestão local correspondem à garantia da oferta de serviços e ao estabelecimento da rede assistencial.

Estes dados remetem a questionamentos sobre o estado incipiente do sistema de saúde local, situando-se o planejamento em saúde no Estado do Acre em um passo anterior às estratégias de consolidação e expansão do SUS.

Inicialmente vale destacar que no PES, o eixo Gestão em Saúde apresenta ações de cunho estruturante, tais como a implantação de controle unificado e centralizado dos bens patrimoniais da SESACRE e a ampliação e reforma de unidades integrantes da rede estadual de saúde. Esta característica pode explicar porque menos de 30% das Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS no TCGE tenham correspondências no PES.

A tabela 03 permite observar que os eixos que tiveram proporcionalmente maior presença de responsabilidades no PES foram a Participação e Controle Social e Educação em Saúde. A menor presença deu-se nos eixos de responsabilidades na Regionalização e Gestão do Trabalho.

Na terceira etapa de análise, o relatório gerado pelo SIMPACTO contendo o TCGE do Estado do Acre apresenta 38 responsabilidades declaradas como "Não Realiza". E destas, 30 não apresentam correspondências no PES, conforme

demonstrado na tabela 03. Destaca-se ainda que o eixo de Responsabilidades na Participação e Controle Social composto por oito responsabilidades apresentou seis correlações no PES, entretanto, ao declarar suas responsabilidades no TCGE, o estado apontou quatro responsabilidades como não realizadas.

Tabela 03 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado do Acre, por eixo

| Eixos do TCGE  | Nº Total de Responsabilidades apresentadas no TCGE | Nº de Responsabilidades do TCGE contidas no PES | % de correlação TCGE x PES no eixo | Nº e % de Responsabilidades não assumidas |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| 1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS                       | 25   | 7   | 28,0                               | 12 (48%)                                  |
| 2. Responsabilidades na regionalização                             | 7  | 1   | 14,3                               | 1 (15%)                                   |
| 3. Responsabilidades no planejamento e programação                 | 8  | 2   | 25,0                               | 4 (50%)                                   |
| 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria | 34   | 7   | 20,6                               | 11 (33%)                                  |
| 5. Responsabilidades na gestão do trabalho                         | 6  | 1   | 16,7                               | 5 (84%)                                   |
| 6. Responsabilidades na educação na saúde                          | 7  | 4   | 57,1                               | 1 (15%)                                   |
| 7. Responsabilidades na participação e controle social             | 8  | 6   | 75,0                               | 4 (50%)                                   |
| Total  | 95   | 28  | 29,5                               | 38  |

Fonte: Elaboração própria.

Estes dados permitem questionar sobre uma falta de integração das ferramentas de planejamento e de gestão por parte do gestor estadual, que parece tratar de maneira distinta estes instrumentos.

A partir da análise do PES e do TCGE do Acre, pode-se perceber que no processo de construção do TCGE não houve a devida consideração do PES, indicando um distanciamento entre os processos de planejamento e responsabilização na gestão em saúde.

### **O Plano Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco**

O PES do Estado de Pernambuco 2008 – 2011 foi formulado anteriormente à adesão do estado ao Pacto pela Saúde.

A estruturação do PES-PE está sistematizada de acordo com as orientações do PlanejaSUS, tendo sido a sua metodologia utilizada para o planejamento no

estado. O PES apresenta a análise situacional do Estado envolvendo aspectos demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e organizacionais.

Ao todo são detalhados seis eixos prioritários: Condições de Saúde da População; Condicionantes de Determinantes; Gestão em Saúde; Gestão do Trabalho; Vigilância em Saúde; e Controle Social. Para cada um destes eixos são descritas linhas de ação, com respectivos objetivos, diretrizes e metas para o período de 2008 a 2011. A parte final do plano apresenta os compromissos quanto ao monitoramento e avaliação da execução do PES e as considerações finais acerca do trabalho desenvolvido pelo estado.

O Eixo Condições de Saúde da População apresenta programas específicos para os grupos considerados vulneráveis no estado. Seguem as áreas estratégicas de planejamento, como saúde da mulher, da criança, pessoa com deficiência, saúde do trabalhador, populações indígenas, negras, quilombolas, ciganas, assentados, saúde do idoso, entre outros. Neste eixo também são apresentadas diretrizes para o controle de doenças e agravos crônicos e transmissíveis e para a organização das ações e serviços de saúde, como Atenção Básica, rede de Média e Alta Complexidade, Hemorrede, Assistência Farmacêutica e Laboratório de Saúde Pública.

O Eixo: Condicionantes e Determinantes prevê dois programas que abrangem ações intersetoriais, o “Programa Mãe Coruja Pernambucana” e o “Programa Chapéu de Palha”.

O Eixo Gestão em Saúde apresenta a diretriz *Planejamento*, que contém uma parte específica sobre o Pacto pela Saúde. Neste sentido questiona-se se o estado estava em processo de adesão quando planejou a formalização das responsabilidades em âmbito estadual e municipal. Além do Pacto pela Saúde, este eixo também apresenta o planejamento da PPI, Regulação, Controle e Avaliação, Auditoria e Monitoramento da Atenção Primária, Descentralização e Regionalização e Investimento em Saúde como diretrizes.

Os Eixos Vigilância em Saúde e Controle Social apresentam objetivos referentes ao fortalecimento e implantação de serviços destas áreas.

Voltando à primeira etapa de análise, não foi detectada no PES de Pernambuco uma grande incorporação das responsabilidades presentes no TCGE, porém é planejada a cooperação para que os municípios do estado realizem a adesão ao pacto.

A tabela de correlação PES x TCGE do Estado de Pernambuco (APÊNDICE - B) indicou que o percentual de correspondências entre os instrumentos chega a 49% como mostrado na Figura 02.

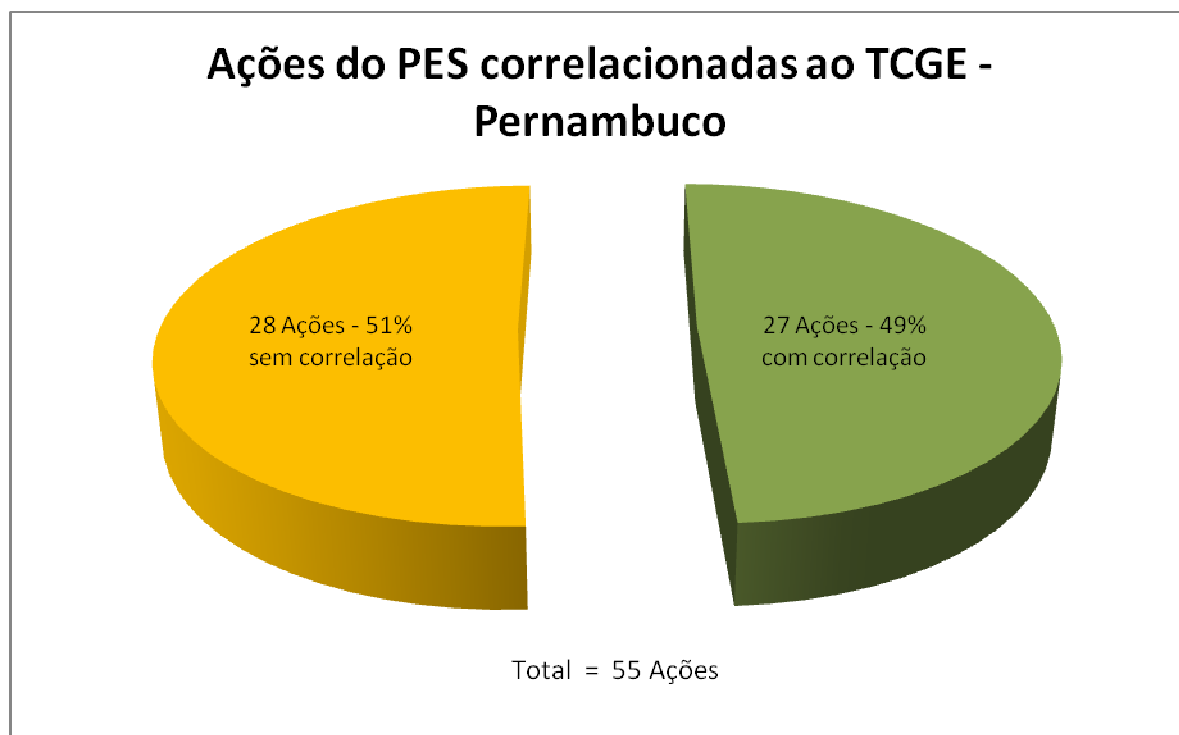


Figura 02 - Correlação PES x TCGE em Pernambuco

Apesar de uma parte das ações planejadas ter relação com a assistência à saúde, a maioria das ações do PES tem como proposta a organização do sistema, a promoção da saúde e a descentralização e regionalização das ações e serviços. Estas características demonstram um amadurecimento do sistema de saúde no estado, onde questões como fortalecimento do planejamento e programação e gestão do trabalho aparecem como eixos prioritários no PES.

Na segunda etapa de análise a partir da Tabela 04, é possível observar que o eixo de responsabilidades com maior presença no PES, com 62,4% de correspondências, é a Responsabilidade na Participação e Controle Social. O eixo sobre a Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria apresentou menor presença, ficando proporcionalmente com 17,6% de correlação no PES.

Na terceira etapa desta análise, cujos resultados estão demonstrados na tabela 4, ao aderir ao Pacto pela Saúde, o estado de Pernambuco declarou 24 responsabilidades não realizadas. Entretanto, dentre estas, nenhuma está presente

no PES. Ou seja, apesar da aprovação do PES ter sido posterior à adesão ao pacto, esta não levou em consideração o TCGE pactuado afim de planejar e programar o cumprimento das responsabilidades não realizadas pelo estado.

Tabela 04 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado de Pernambuco, por eixo

| Eixos do TCGE  | Nº Total de Responsabilidades apresentadas no TCGE | Nº de Responsabilidades do TCGE contidas no PES | % de correlação TCGE x PES no eixo | Nº e % de Responsabilidades não assumidas |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| 1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS                       | 25   | 7   | 28,0                               | 2 (8%)                                    |
| 2. Responsabilidades na regionalização                             | 7  | 2   | 28,6                               | 2 (29%)                                   |
| 3. Responsabilidades no planejamento e programação                 | 8  | 3   | 37,5                               | 1 (13%)                                   |
| 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria | 34   | 6   | 17,6                               | 12 (36%)                                  |
| 5. Responsabilidades na gestão do trabalho                         | 6  | 2   | 33,3                               | 3 (50%)                                   |
| 6. Responsabilidades na educação na saúde                          | 7  | 2   | 28,6                               | 2 (29%)                                   |
| 7. Responsabilidades na participação e controle social             | 8  | 5   | 62,5                               | 2 (25%)                                   |
| Total  | 95   | 27  | 28,4                               | 24  |

Fonte: Elaboração própria.

Há que se considerar que, no estado de Pernambuco, houve um atraso entre a elaboração e aprovação no Conselho Estadual de Saúde, o que pode ter aumentado a interface positiva entre o PES e TCG no estado, já que este foi aprovado pela *Resolução CES-PE Nº420 de 16 de fevereiro de 2009*. Tendo em vista que a adesão ao Pacto pela Saúde foi formalizada pela Portaria nº 2.921/GM, de 02/12/2008 e a aprovação no CES alguns meses depois, existe a possibilidade de inserção da adesão à política como prioridade do controle social no estado, entretanto não foi possível confirmar esta hipótese.

Mais uma vez ressalta-se o distanciamento entre as ferramentas de planejamento e de gestão, tanto por parte do gestor estadual quanto por parte do CES, neste caso.

## **O Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**

O PES do Estado do Rio de Janeiro 2008 – 2011 foi formulado posteriormente à adesão do estado ao Pacto pela Saúde.

O PES-RJ 2008-2011 foi elaborado de acordo com as orientações do PlanejaSUS. O documento segue as orientações gerais de planejamento, onde os problemas de saúde são destacados a partir da análise situacional (diagnóstico em saúde), e apresentação de diretrizes e metas.

No documento são consideradas como Diretrizes Estratégicas os seguintes Eixos Prioritários: Eixo I: Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificação das ações de saúde, que engloba a expansão e qualificação da Atenção Básica; o fortalecimento das ações de saúde em consonância com os eixos prioritários do Pacto pela Vida – que traz os indicadores e metas pactuados pelo estado; ampliação e organização do acesso, monitoramento e melhoria da qualidade da Assistência de Média e Alta Complexidade nos âmbitos Ambulatorial e Hospitalar; revisão da Política Estadual de Atenção à Urgência e Emergência; integração das ações conformando a Política Estadual de Assistência Farmacêutica; fortalecimento da Vigilância em Saúde; humanização em Saúde; investimento e melhoria dos serviços próprios estaduais.

No Eixo II o Plano Estadual apresenta como diretriz o fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão estadual, prevendo a reorientação do modelo de gestão da atenção para Linhas de Cuidado; a implantação de Sistema Integrado de Informação Gerencial e de Saúde; a implementação da política de Programação, Controle, Avaliação e Regulação; a redefinição e implantação da Política de Regionalização – seguindo as orientações da Regionalização Solidária e Cooperativa elencadas pelo pacto; a estruturação e qualificação da capacidade de resposta às demandas judiciais.

No Eixo III são destacadas a Educação e gestão participativa, com o fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social na Gestão do SUS; a implementação de práticas de Educação em Saúde e de Gestão Participativa e o fortalecimento das Ouvidorias

Por fim, no Eixo IV Gestões do trabalho são planejadas ações que visam o fortalecimento da área de Gestão do Trabalho; a desprecarização e motivação da Força de Trabalho bem como a abertura de Mesa de Negociação.



Além disso, o PES-RJ apresenta um avanço em sua estruturação, que estabelece uma previsão para elaboração das Programações Anuais de Saúde e o acompanhamento da sua execução.

Na primeira etapa de análise, a tabela de correlação PES x TCGE do Estado do Rio de Janeiro (APÊNDICE - E) indicou correspondência entre os instrumentos de aproximadamente 80% (Figura 03). Isto significa que a maior parte das ações contidas no PES absorveram as responsabilidades constantes no TCGE.

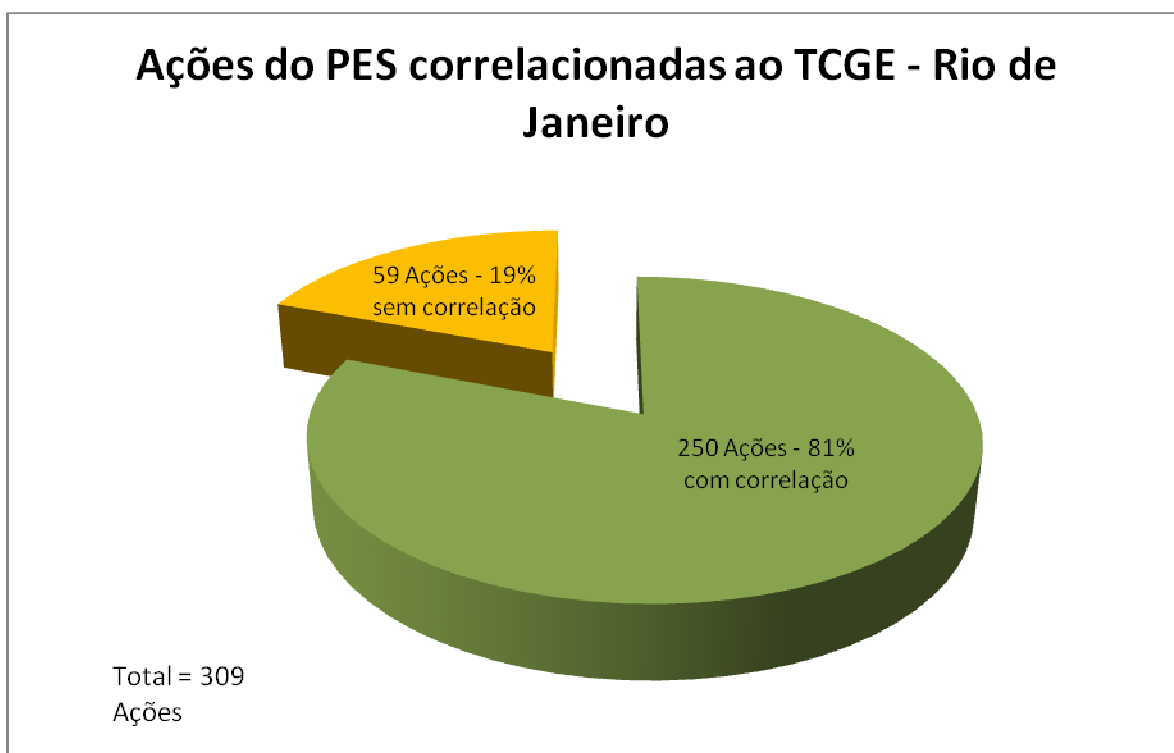


Figura 03 - Correlação PES x TCGE no Rio de Janeiro

Na segunda etapa da análise observa-se na Tabela 05 que dois eixos tiveram todas as responsabilidades mais presentes PES: as responsabilidades na Regionalização e Educação em Saúde. Proporcionalmente, as responsabilidades menos presentes são Planejamento e Programação.

Apesar disso é observada a priorização sobre a alimentação dos sistemas de informação em saúde, tido como um ponto crítico na qualidade dos dados de incidência epidemiológica e de produção de serviços no estado. A alimentação dos sistemas de informação é componente único do eixo de Planejamento e Programação.

Na terceira etapa de análise, também demonstradas na tabela 5, ao verificar o TCGE do estado ao aderir ao Pacto pela Saúde, o Rio de Janeiro declarou 75

responsabilidades não realizadas, e dentre estas 15 não estão correlacionadas no PES. Neste sentido ainda é observado, em menor escala, a divergência entre os instrumentos de planejamento e de gestão.

Tabela 05 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado do Rio de Janeiro, por eixo

| Eixos do TCGE  | Nº Total de Responsabilidades apresentadas no TCGE | Nº de Responsabilidades do TCGE contidas no PES | % de correlação TCGE x PES no eixo | Nº e % de Responsabilidades não assumidas |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| 1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS                       | 25   | 16  | 64,0                               | 19 (76%)                                  |
| 2. Responsabilidades na regionalização                             | 7  | 7   | 100,0                              | 7 (100%)                                  |
| 3. Responsabilidades no planejamento e programação                 | 8  | 3   | 37,5                               | 7 (88%)                                   |
| 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria | 34   | 17  | 50,0                               | 23 (68%)                                  |
| 5. Responsabilidades na gestão do trabalho                         | 6  | 3   | 50,0                               | 4 (66%)                                   |
| 6. Responsabilidades na educação na saúde                          | 7  | 7   | 100,0                              | 7 (100%)                                  |
| 7. Responsabilidades na participação e controle social             | 8  | 7   | 87,5                               | 8 (100%)                                  |
| Total  | 95   | 60  | 63,2                               | 75  |

Fonte: Elaboração própria.

## O Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná

O PES do Estado do Paraná 2008 – 2011 foi formulado posteriormente à adesão do estado ao Pacto pela Saúde.

Este PES contempla, em sua apresentação, o Pacto pela Saúde, qualificando-o como um novo momento no SUS na busca por seu aperfeiçoamento.

O documento também faz referências às Portarias do PlanejaSUS e às Portarias do Pacto, e cita o TCGE como seu instrumento formalizador.

O PES é descrito como "*expressão concreta do processo de planejamento, instrumento básico cuja formulação e implementação possibilita a qualificação da gerência e gestão do SUS.*"

No documento, são descritas as macro-definições do governo estadual e apontadas as suas prioridades. Além disso, os Objetivos e Metas elencados por critérios técnicos e diagnósticos de saúde estão dispostos de maneira harmônica com os compromissos políticos do gestor estadual.

Um avanço apresentado pelo PES do Paraná é que, além de Diretrizes, Objetivos e Metas, também foram descritos e apresentados indicadores específicos para cada ação do plano, estabelecendo critérios de monitoramento e cumprimento das metas estabelecidas.

O PES apresenta dois grandes eixos que são descritos como: Condições de Saúde da População e Gestão em Saúde. No primeiro são apresentados subeixos com prioridades e Objetivos para a Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Rede Estadual de Laboratórios, Redes Assistenciais, Assistência Farmacêutica, Transplantes, Produção e Pesquisa de Imunobiológicos, entre outros.

O eixo Gestão em Saúde apresenta como subeixos a Formação e Educação Permanente, Gestão do Trabalho, Reequipamento da rede assistencial e implementação de novas unidades, Financiamento, Participação e Controle Social, Planejamento, Programação e Informação em Saúde, Reorganização da Gestão do Sistema, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria.

Destaca-se que alguns dos subeixos apresentados no eixo Gestão em Saúde do PES são descritos *ipsis litteris* aos eixos de responsabilidades apresentados no TCGE, o que aponta aproximação dos instrumentos.

Na primeira etapa da análise a tabela de correlação PES x TCGE para o estado do Paraná (APÊNDICE - C) demonstra que existe um total de 94% de

correlação entre as ações do PES e as responsabilidades do TCGE (Figura 04). Neste caso, além das ações que não tiveram correspondências, houve em algumas situações, um conjunto de ações do PES que tinham correlação com uma responsabilidade, o que contribuiu para este percentual.

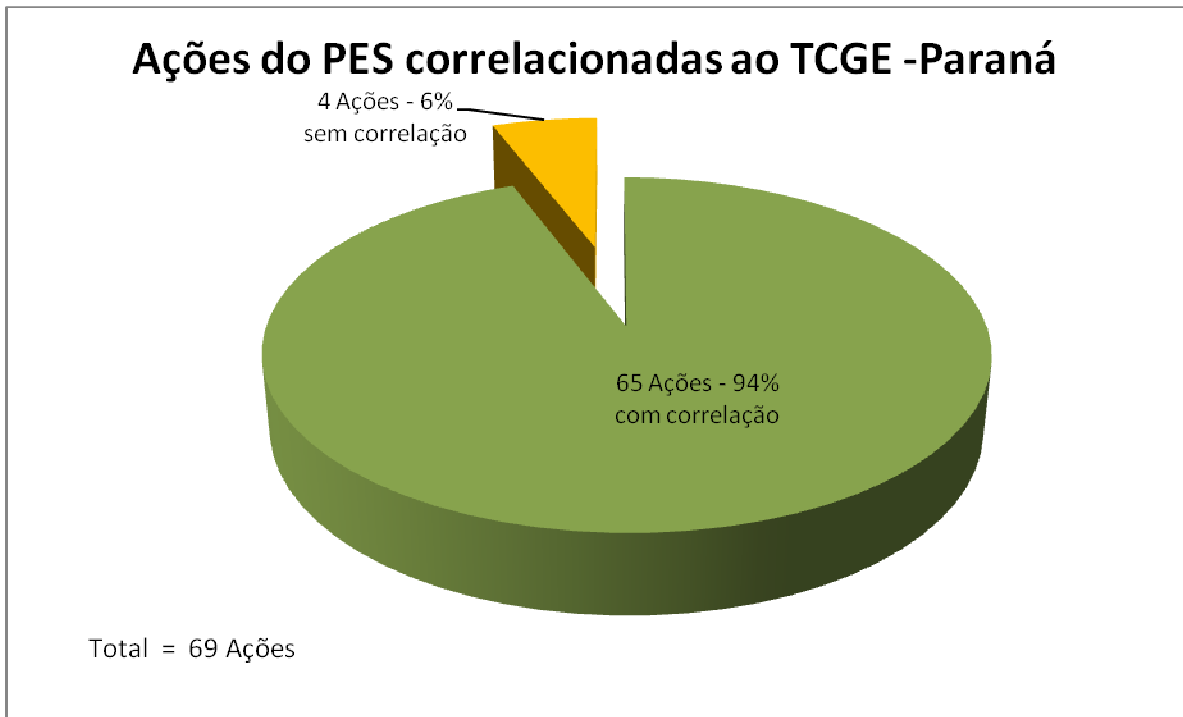


Figura 04 - Correlação PES x TCGE no Paraná

A segunda etapa da análise mostra, conforme observado na Tabela 10, que os eixos de responsabilidades mais presentes no PES são as Responsabilidades na Educação em Saúde e Participação e Controle Social. Proporcionalmente, os eixos menos presentes recaem na Regionalização e Gestão do Trabalho. Na terceira etapa, ao analisar o TCGE do Estado do Paraná, apenas três responsabilidades são declaradas como não realizadas (tabela 10). Destas, duas estão contempladas no PES e a última, que trata da "*fixação de profissionais em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica*" não está planejada.

Tabela 06 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado do Paraná, por eixo

| Eixos do TCGE  | Nº Total de Responsabilidades apresentadas no TCGE | Nº de Responsabilidades do TCGE contidas no PES | % de correlação TCGE x PES no eixo | Nº e % de Responsabilidades não assumidas |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| 1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS                       | 25   | 14  | 56,0                               | 0   |
| 2. Responsabilidades na regionalização                             | 7  | 1   | 14,3                               | 0   |
| 3. Responsabilidades no planejamento e programação                 | 8  | 3   | 37,5                               | 0   |
| 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria | 34   | 17  | 50,0                               | 0   |
| 5. Responsabilidades na gestão do trabalho                         | 6  | 2   | 33,3                               | 3 (50%)                                   |
| 6. Responsabilidades na educação na saúde                          | 7  | 6   | 85,7                               | 0   |
| 7. Responsabilidades na participação e controle social             | 8  | 7   | 87,5                               | 0   |
| Total  | 95   | 50  | 52,6                               |   |

Fonte: Elaboração própria

Este indicativo, em conjunto com uma grande correspondência entre as responsabilidades no TCGE e ações do PES, determinam um alto grau de absorção da política de saúde no planejamento estadual e a aproximação destes instrumentos em prol da gestão da saúde no território.

### **O Plano Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul**

O PES do Estado do Mato Grosso do Sul 2008 – 2011 foi formulado posteriormente à adesão do estado ao Pacto pela Saúde.

Não há referência no PES do Estado de Mato Grosso do Sul sobre a metodologia de construção do mesmo, se foram seguidas ou não as orientações do PlanejaSUS. No entanto, a estrutura do documento segue os padrões sugeridos, exceto pelo fato de não haver, no Plano de Ações, uma descrição dos Objetivos de cada diretriz sendo dividido em Eixos, Diretrizes, Ações e Metas.

O Plano de Ação é dividido em cinco eixos: gestão do sistema, assistência à saúde, vigilância em saúde, capacidade administrativa e gestão do trabalho.

O eixo gestão do sistema apresenta como diretrizes principais o fortalecimento regional e do Controle Social das ações e serviços de saúde. O eixo assistência à saúde tem como única diretriz a Atenção integral à saúde da população sul-mato-grossense. O eixo vigilância em saúde apresenta, também, como única diretriz, o fortalecimento do sistema estadual de vigilância em saúde como instrumento de intervenção e tomada de decisão, bem como mola propulsora da construção de novos modelos de atenção à saúde. Já o eixo capacidade administrativa prevê um incremento da capacidade administrativa e gerencial da SESMS. Por fim, o eixo gestão do trabalho apresenta como única diretriz o desenvolvimento da política de gestão do trabalho que garanta o desenvolvimento dos trabalhadores e favoreça a integração, cooperação e o compromisso com a ética.

Vale destacar que o documento apresenta como um diferencial a presença da projeção orçamentária para a execução das ações no quadriênio. Isto não garante a execução de todas as ações e metas previstas, mas pelo fato de estar presente no planejamento percebe-se a importância do desenvolvimento de uma cultura orçamentária para que a execução das ações possa ser monitorada ou mesmo repensada a partir de informações oriundas deste.

Na primeira etapa de análise foi detectada a seguinte situação: são planejadas 44 ações, das quais nove não apresentam interface com o TCGE. Apesar deste resultado similar ao encontrado nas outras análises, no PES do Mato Grosso do Sul a abrangência de algumas ações planejadas é tem relação com mais de uma responsabilidade, o que ao final correspondeu a 49 correlações. Deste modo não foi possível construir um percentual mais preciso de correlação, entre as ações e as responsabilidades.

Na segunda etapa da análise, como mostra a Tabela 07, mostra que os eixos de responsabilidades mais presentes no PES são as Responsabilidades na Regionalização, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, e proporcionalmente, os eixos menos presentes recaem no Planejamento e Programação e Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.

Ao final, na terceira etapa, ao analisar o TCGE do estado, observa-se que são declaradas 11 responsabilidades como não realizadas. Destas, apenas três não foram correlacionadas no PES.

É cabível observar que houve um maior grau de aproximação entre os instrumentos de planejamento e gestão neste estado.

Tabela 07 – Percentual de responsabilidades do TCGE no PES do Estado do Mato Grosso do Sul, por eixo

| Eixos do TCGE  | Nº Total de Responsabilidades apresentadas no TCGE | Nº de Responsabilidades do TCGE contidas no PES | % de correlação TCGE x PES no eixo | Nº e % de Responsabilidades não assumidas |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| 1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS                       | 25   | 15  | 60,0                               | 1 (4%)                                    |
| 2. Responsabilidades na regionalização                             | 7  | 5   | 71,4                               | 0   |
| 3. Responsabilidades no planejamento e programação                 | 8  | 2   | 25,0                               | 2 (25%)                                   |
| 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria | 34   | 11  | 32,4                               | 5 (15%)                                   |
| 5. Responsabilidades na gestão do trabalho                         | 6  | 5   | 83,3                               | 3 (50%)                                   |
| 6. Responsabilidades na educação na saúde                          | 7  | 7   | 100,0                              | 0   |
| 7. Responsabilidades na participação e controle social             | 8  | 4   | 50,0                               | 0   |
| Total  | 95   | 49  | 51,6                               | 11  |

Fonte: Elaboração própria

## **Análise Geral: os eixos de responsabilidade contidas no TCGE assumidos pelos estados de Acre, Pernambuco, Rio de Janeiro, Paraná e Mato Grosso do Sul**

Ao fazer uma comparação entre as correspondências das ações contidas nos PES com os eixos do TCGE nos estados estudados, como mostra a Tabela 08, observa-se que os estados que tiveram o PES construído quando já havia a adesão ao Pacto pela Saúde (RJ, PR e MS) mostram uma maior correspondência dos eixos apresentados no TCGE com as ações planejadas no PES do que os estados que não se encontravam aderidos à política do Pacto no momento de construção de seu PES (AC e PE).

O Eixo de Responsabilidades Gerais da Gestão teve maior correspondência nos PES dos estados que aderiram ao Pacto antes de sua publicação (RJ, PR e MS). Neste eixo encontram-se responsabilidades que abrangem uma gama de áreas da gestão da saúde (como vigilância, assistência farmacêutica, co-financiamento, atenção básica, entre outras), sendo pertinente apontar quais estados, deste estudo, apresentaram maior correspondência no seu planejamento.

O Eixo de Responsabilidades na regionalização apresentou uma situação parecida com o eixo anterior, com uma maior correspondência nos estados que aderiram ao Pacto antes da elaboração do PES, exceto pelo Estado do Paraná. Entretanto há que se distinguir a regionalização deste estado, que encontra-se em estágio bastante avançado. Por exemplo, a compra de medicamentos se dá por Consórcio Intermunicipal desde 1999, visando a economia de escala e escopo. Assim, a correlação referente à regionalização no PES deste estado pode estar aquém devido aos avanços na regionalização local.

O Eixo Responsabilidades no Planejamento e Programação tem as correspondências no PES similares, tanto nos estados que aderiram ao Pacto antes quanto nos estados que aderiram após a sua publicação. Este dado permite o questionamento e reflexão sobre a real instauração da cultura de planejamento em saúde no Brasil. Pois, apesar dos PES terem sido orientados pelo PlanejaSUS na sua construção, a baixa correspondência entre o "plano" documento e as responsabilidades inerentes ao ato de planejar trazidas pelo Pacto, para todos os estados estudados, aponta para a necessidade de rever as estratégias de qualificação e consolidação do planejamento em saúde.



O Eixo Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria teve maior correspondência nos PES dos estados que aderiram ao Pacto antes de sua publicação. Vale lembrar que a regulação é um processo ainda incipiente no SUS, e que talvez por isso nenhum estado apresentou um percentual de correspondências acima de 50% das responsabilidades.

O Eixo Responsabilidades na gestão do trabalho apresentou maior correspondência no estado do Mato Grosso do Sul, que apresentou em seu plano de Saúde ações para efetivação de uma política local de desprecarização do trabalho e capacitação dos trabalhadores da saúde. Os outros estados apresentaram menor correspondência neste eixo.

O Eixo de Responsabilidades na Educação na Saúde teve maior correspondência nos PES dos estados que aderiram ao Pacto antes de sua publicação (RJ, PR e MS), mesmo tendo o Pacto considerado as Diretrizes para a Educação no SUS do ano de 2004 entre estas responsabilidades.

O Eixo Responsabilidades na Participação e Controle Social tem as correspondências no PES similares, tanto nos estados que aderiram ao Pacto antes quanto nos estados que aderiram após a sua publicação. O alto percentual de correspondências para todos os estados estudados aponta o fortalecimento desta modalidade de gestão e sua consolidação nos planos e responsabilidades assumidas.

Tabela 08 – Correlação dos Eixos do TCGE nos PES 2008 - 2011 em cinco estados

| Eixos do TCGE  | % de correlação TCGE x PES no eixo |            |                |        |                    |
|--|------------------------------------|------------|----------------|--------|--------------------|
|  | Acre                               | Pernambuco | Rio de Janeiro | Paraná | Mato Grosso do Sul |
| 1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS                       | 28                                 | 28         | 64             | 56     | 60                 |
| 2. Responsabilidades na regionalização                             | 14,3                               | 28,6       | 100            | 14,3   | 71,4               |
| 3. Responsabilidades no planejamento e programação                 | 25                                 | 37,5       | 37,5           | 37,5   | 25                 |
| 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria | 20,6                               | 17,6       | 50             | 50     | 32,4               |
| 5. Responsabilidades na gestão do trabalho                         | 16,7                               | 33,3       | 50             | 33,3   | 83,3               |
| 6. Responsabilidades na educação na saúde                          | 57,1                               | 28,6       | 100            | 85,7   | 100                |
| 7. Responsabilidades na participação e controle social             | 75                                 | 62,5       | 87,5           | 87,5   | 50                 |
| Total  | 29,5                               | 28,4       | 63,2           | 52,6   | 51,6               |

Fonte: Elaboração própria

O impacto da política de saúde ser incluída na agenda dos governos do RJ, PR e MS é observado na figura 05, que apresenta dados recentes sobre a adesão ao Pacto pela Saúde, disponibilizados pela Secretaria Técnica da CIT. Para os cinco estados analisados, os que tinham maior grau de aproximação entre PES x TCG (MS, PR e RJ), a adesão ao Pacto pela Saúde em âmbito municipal é visivelmente maior que nos estados que tiveram pouca aproximação destes instrumentos (AC e PE).

Esta observação ajuda a perceber a importância de uma estreita relação entre os instrumentos de gestão e planejamento na construção das políticas públicas de saúde.

Uma das responsabilidades fundamentais dos estados é induzir que os municípios façam a adesão ao Pacto. Na figura 09 são destacados os estados que contemplaram as responsabilidades no seu PES e os que não o fizeram. Os percentuais de adesão municipal chegam a 100% para os estados do Paraná e Mato Grosso do Sul, que tiveram ampla incorporação das responsabilidades no seu PES, e em 50% no Rio de Janeiro, com esta mesma característica.

Os estados do Acre e Pernambuco, que aderiram ao Pacto posteriormente à publicação de seu planejamento apresentaram percentuais de adesão municipal abaixo de 20%.

Fica claro que, para a consolidação do Pacto pela Saúde como política de estado é fundamental a sua inclusão na agenda dos governos através da sua integração ao instrumento de planejamento, cujo caráter permanente na administração pública poderia garantir a sua continuidade, por pelo menos quatro anos subsequentes.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA-EXECUTIVA  
SECRETARIA TÉCNICA - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

Atualizado em 30/09/2010

**Quadro 1 - Municípios aguardando homologação ou publicação e publicados**

| Adesões Municipais por UF e Total |              |              |             | Adesões Municipais por UF e Total |              |              |             |
|-----------------------------------|--------------|--------------|-------------|-----------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| Ordem alfabética                  |              |              |             | Ordem decrescente (%)             |              |              |             |
| UF                                | Nº Munic     | Nº Adesões   | %           | UF                                | Nº Munic     | Nº Adesões   | %           |
| AC                                | 22           | 4            | 18,2        | MS                                | 78           | 78           | 100,0       |
| AL                                | 102          | 85           | 83,3        | PR                                | 399          | 399          | 100,0       |
| AM                                | 62           | 2            | 3,2         | RN                                | 167          | 167          | 100,0       |
| AP                                | 16           | 6            | 37,5        | CE                                | 184          | 184          | 100,0       |
| BA                                | 417          | 202          | 48,4        | SP                                | 645          | 644          | 99,8        |
| CE                                | 184          | 184          | 100,0       | SC                                | 293          | 279          | 95,2        |
| ES                                | 78           | 67           | 85,9        | RO                                | 52           | 49           | 94,2        |
| GO                                | 246          | 189          | 76,8        | MG                                | 853          | 798          | 93,6        |
| MA                                | 217          | 121          | 55,8        | ES                                | 78           | 67           | 85,9        |
| MG                                | 853          | 798          | 93,6        | PA                                | 143          | 121          | 84,6        |
| MS                                | 78           | 78           | 100,0       | MT                                | 141          | 119          | 84,4        |
| MT                                | 141          | 119          | 84,4        | AL                                | 102          | 85           | 83,3        |
| PA                                | 143          | 121          | 84,6        | GO                                | 246          | 189          | 76,8        |
| PB                                | 223          | 130          | 58,3        | RR                                | 15           | 9            | 60,0        |
| PE*                               | 184          | 30           | 16,2        | PB                                | 223          | 130          | 58,3        |
| PI                                | 224          | 36           | 16,2        | MA                                | 217          | 121          | 55,8        |
| PR                                | 399          | 399          | 100,0       | RJ                                | 92           | 45           | 48,9        |
| RJ                                | 92           | 45           | 48,9        | BA                                | 417          | 202          | 48,4        |
| RN                                | 167          | 167          | 100,0       | TO                                | 139          | 63           | 45,3        |
| RO                                | 52           | 49           | 94,2        | AP                                | 16           | 6            | 37,5        |
| RR                                | 15           | 9            | 60,0        | AC                                | 22           | 4            | 18,2        |
| RS                                | 496          | 5            | 1,0         | PE*                               | 184          | 30           | 16,3        |
| SC                                | 293          | 279          | 95,2        | PI                                | 224          | 36           | 16,1        |
| SE                                | 75           | 0            | 0,0         | AM                                | 62           | 2            | 3,2         |
| SP                                | 645          | 644          | 99,8        | RS                                | 496          | 5            | 1,0         |
| TO                                | 139          | 63           | 45,3        | SE                                | 75           | 0            | 0,0         |
| <b>Total</b>                      | <b>5.563</b> | <b>3.832</b> | <b>68,9</b> | <b>Total</b>                      | <b>5.563</b> | <b>3.832</b> | <b>68,9</b> |

\* Neste Quadro não são contabilizados Brasília e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha/PE.

Fonte: Secretaria Técnica - Comissão Intergestores Tripartite / Secretaria-Executiva / Ministério da Saúde  
CIB estaduais, Secretarias de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde

Figura 05 – Número de município dos estados brasileiros que aderiram ao Pacto pela Saúde até setembro de 2010

Fonte: Secretaria Técnica - Comissão Intergestores Tripartite/Secretaria Executiva / Ministério da Saúde

Em uma avaliação do Pacto pela Saúde apresentada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em Abril de 2010 (58) demonstrou-se que até aquele mês a União, todos os Estados, incluindo o Distrito Federal e 3.345 municípios (60,11%) já haviam aderido ao Pacto, tendo seus respectivos termos homologados pela CIT e publicados. Essa avaliação apontou como um dos principais aspectos positivos da implementação do Pacto pela Saúde, a substituição da habilitação de estados e municípios em determinada condição de gestão, que era muito rígida e

verticalizada, por um processo que passou a considerar as especificidades loco regionais, mediante a celebração do Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

A avaliação da CIT, que foi realizada em conjunto por representantes das três esferas de gestão, destacou como principais avanços do Pacto pela Saúde a constituição de 411 Colegiados de Gestão Regional - CGR, englobando 5.270 municípios, o que representa uma nova dinâmica no processo de regionalização. Os Colegiados são apontados como “importantes elementos na superação da fragmentação sistêmica, na aproximação do diálogo e da pactuação para o espaço regional e no estabelecimento de ação cooperativa entre os gestores do SUS”.

Na Tabela 09, publicada seis meses depois da avaliação tripartite do Pacto pela Saúde, o percentual de adesão municipal já havia subido para 68,9%, mostrando um processo gradual de implementação da política e sua incorporação nas agendas dos governos estadual e municipal, fazendo-se cada vez mais necessário o seu monitoramento e avaliação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar das grandes limitações encontradas neste estudo, como a impossibilidade de se fazer uma avaliação de efetividade do Pacto pela Saúde e a análise ter sido feita exclusivamente por meio de documentos publicados pelos estados, os achados permitem tecer algumas considerações e abrem espaço para novas reflexões, para discussões e para futuras avaliações sobre o planejamento de novas políticas públicas, em especial das políticas de saúde

Verificou-se que os estados que aderiram ao Pacto pela saúde anteriormente à elaboração do seu Plano Estadual de Saúde tiveram as responsabilidades sanitárias contempladas contidas no TCGE na agenda da saúde local convergindo para a incorporação da política. Entretanto os estados que já haviam publicado seu PES no momento da adesão apresentaram apenas algumas responsabilidades contidas no TCGE contempladas na agenda local.

O Estado do Acre aderiu ao Pacto pela Saúde em um momento posterior à publicação de seu PES, neste caso seria possível observar, dentro de certos limites, um plano de saúde sem influência das responsabilidades sanitárias estabelecidas no TCGE. No entanto, partindo-se do pressuposto que ao publicar o Plano Estadual de Saúde o gestor apresenta as propostas para a condução do sistema de saúde sob sua responsabilidade para um período de quatro anos, alguma interface com as responsabilidades sanitárias do Pacto foi encontrada.

O desenho do PES, no caso do Acre, é característico de um sistema de saúde em processo de construção e consolidação, visto que no planejamento ficam marcadas as diretrizes para implantação de serviços que ainda não são plenamente ofertados, desde a Atenção Básica até a estruturação das equipes técnicas da SES.

No Estado de Pernambuco o PES foi construído em um momento anterior à adesão ao pacto, mas só foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde dois meses depois da publicação da portaria de adesão do estado. Neste caso, é possível que, por estar em análise no CES ao mesmo tempo em que estava em processo de adesão ao Pacto e construindo o TCGE, o PES do estado tenha como primeiro objetivo do eixo Gestão em Saúde - Planejamento a implantação do Pacto pela Saúde em âmbito estadual e municipal.

Porém, ao verificar o TCGE assinado pelo estado, nota-se que nenhuma das responsabilidades declaradas como não realizadas estão contempladas no PES, mostrando um tratamento diferenciado para os instrumentos estudados.

Desta forma, para os estados do Acre e Pernambuco fica evidente o distanciamento dos instrumentos de planejamento e gestão quando, ao comparar as responsabilidades do estado constantes no TCGE com as responsabilidades correlatas no PES.

Porém, o fato de ter que se respeitar as especificidades locais e o tempo de evolução do sistema de saúde nesses estados - pelo princípio da equidade - faz-se necessária uma maior cooperação da esfera federal em busca da qualificação técnica dos gestores locais para a melhoria da qualidade do sistema saúde daquelas populações, pela promoção e atenção à saúde.

A análise dos Planos Estaduais de Saúde dos Estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, e Rio de Janeiro apontou resultados bastante similares.

A adesão ao Pacto pela Saúde influenciou fortemente as diretrizes adotadas nos PES desses estados, ao ponto de mais de 80% das ações planejadas terem correspondências com as responsabilidades sanitárias pactuadas contidas no TCGE.

Este dado aponta que a inserção da política na agenda de governo - que são os PES estudados - aumenta as chances de execução e implementação da Política, pelo menos pelo período quadrienal referente ao PPA e PES.

Dentre os avanços trazidos pelo Pacto pela Saúde aponta-se a organização das transferências federais em Blocos de Financiamento, que reduziu a fragmentação dos repasses financeiros e priorizou as transferências fundo a fundo para os gestores estaduais e municipais, pois permitiu a flexibilização da aplicação de recursos, o que superou as diretrizes rígidas do financiamento dos programas de saúde.

Outro avanço trazido pelo Pacto, desta vez em um movimento de qualificação da gestão, é a definição de diretrizes nacionais para os processos de gestão do SUS, com o estabelecimento de responsabilidades sanitárias e indicadores de saúde com prioridades, objetivos e metas a serem observadas.

Neste contexto, o TCG é um expoente dentre as inovações trazidas pelo Pacto pela Saúde, pois é o instrumento que, além de legitimar a responsabilidade sanitária do gestor, tem, entre outras potencialidades, a sua utilização também como orientador do planejamento e da situação da gestão local.

Entretanto, como instrumento de gestão pública da saúde, a concepção deste documento apresenta deficiências estruturais, tanto que o aprimoramento do TCG foi demandado pelos representantes estaduais (CONASS) ao Ministério da Saúde. Entretanto, este se refere apenas à revisão textual das responsabilidades, sem indicar a necessidade de se alterar a forma de registro de formalização da pactuação.

A forma de pactuação segue a seguinte estrutura de formalização: para cada responsabilidade pactuada o gestor opta por declarar que “Realiza”, “Não Realiza” e “Prazo para Realizar”. Assim, algumas responsabilidades podem ser cumpridas parcialmente, ou estar em curso para a sua efetiva realização no momento da adesão ao Pacto. Essa situação leva o gestor a optar, de acordo com sua visão

interpretativa do sistema que administra, e do texto/conteúdo da responsabilidade que pretende assumir, entre o “sim” e o “não”.

Falta a este instrumento um dispositivo de mensuração que permita ao gestor qualificar o grau de execução das responsabilidades que estão sendo pactuadas, em prol de um diagnóstico situacional da gestão local mais próximo da real situação.

A oportunidade de se graduar o cumprimento das responsabilidades parciais é relevante no momento da adesão e pode também permitir que o planejamento seja mais preciso quanto aos esforços necessários para o pleno cumprimento das responsabilidades por parte dos gestores. Este recurso pode reduzir o fator interpretativo, tanto por parte do gestor quanto por parte dos respectivos Conselheiros de Saúde, que devem aprovar a formalização das responsabilidades antes de sua publicação. É importante ressaltar que a busca por informações sobre a gestão da saúde por meio do TCG, composto de declarações dos próprios gestores, ou seja, informações auto-referidas que podem conter vieses de diversos tipos, traz algumas limitações.

Não obstante as limitações apresentadas pelo TCG, o Pacto pela Saúde, como a política de saúde do estado brasileiro, deve resistir às alternâncias políticas da gestão e atualizar-se, em busca do aprimoramento de seus instrumentos e mecanismos.

Por fim, ressalta-se a necessidade de aprimoramento deste estudo, e mais do que isso, acompanhar a evolução do Sistema Único de Saúde sob a ótica da gestão do sistema e da administração pública. As políticas são definidas e direcionadas pelos atores sociais e políticos envolvidos com a saúde pública, porém o estabelecimento, a execução e a consolidação destas perpassam pelos dispositivos técnico-administrativos do planejamento e previsão orçamentária.

Apesar das restrições observadas no estudo, a análise dos dados leva a crer que mesmo com todas as especificidades dos diversos estados que compõe o Estado brasileiro, o estreitamento das relações entre o Governo Federal, os Estados e os Municípios é fundamental para a superação das desigualdades entre os múltiplos sistemas do Sistema Único de Saúde para garantir o direito à saúde em todos os seus aspectos, como estabelece a CF/88.

## REFERÊNCIAS

- 1 – Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília. 2006.
- 2 - Guerreiro, J. V. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Acesso em: 10 de jun. 2009. 0257/2008. Disponível em: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1874](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1874)
- 3 - Nascimento, V. B. SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 4 – Presidência da República [Internet]. Brasília. Constituição da República Federativa do Brasil. Acesso em 29/10/2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm).
- 5 - Santos, L; Andrade, L. O. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2007.
- 6 - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília, 1995. Acesso em 19/11/2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/publi\\_04/colecao/plandi.htm](http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm)
- 7 – Pereira, L.C.B. A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Cadernos MARE nº 1. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997.
- 8 - Portal SISREG.[homepage na internet] Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 26 de julho de 2010. Disponível em: <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/noas.htm>.
- 9 - Centro de Educação e Assessoramento Popular. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE; 2007.
- 10 - Guerreiro, JV. A informação na Política dos Pactos na Saúde [Tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2009
- 11 – Andrade, L. O. M. O SUS pós-NOB II. Revista do CONASEMS. 2004; v.1 (4); 14-16.
- 12 - Souza C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, org. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 398p.
- 13 – Menicucci T.M.G. A Implementação Da Reforma Sanitária: A Formação De Uma Política. Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte; 2009



14 – Paim, J. S.; Teixeira C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2006 Ago; 40(spe): 73-78.

15 - Arretche, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In Rico, E. Avaliação de Políticas: uma questão em debate. 4ª Ed. São Paulo:Cortez Editora & IEE/PUC/SP.1998. 29-39.

16 – Boschetti, I. Questões Correntes no Debate sobre Metodologias de Avaliação de Políticas Públicas. Texto preparado como material didático para a disciplina Análise de Política Social. Programa de Pós-graduação em Política Social. UnB. Brasília, 2006.

17 - Levcovitz E, Baptista TWF, Uchôa SAC, Nesploli G, Mariani M. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília: OPAS; 2003. p. 74. [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2]

18 - Presidência da República [Internet]. Brasília. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Acesso em 29/10/2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm)

19 - Presidência da República [Internet]. Brasília. Lei nº 10.933, de 11 de agosto de 2004. Acesso em 29/10/2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.933.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.933.htm)

20 - Presidência da República [Internet]. Brasília. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Acesso em 29/05/2010. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

21 – Comparato, F. K. Para Viver a Democracia. São Paulo: Editora Brasiliense; 1989

22 - Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva : instrumentos básicos. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 2ª. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

23 – Arretche, M.; Rodriguez, V. Descentralizar e Universalizar a Atenção à Saúde. In: Arretche, M; Rodriguez V (Org.). Descentralização das Políticas Sociais no Brasil. 1ª Ed. São Paulo/Brasília;1999. 126-158.

24 - Carvalho, A. L. B.. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva. 2009; v.3, (3).16-30.

25 - Ministério da Saúde. [Internet]. Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006. Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006. Acesso em 26/07/2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)

26 - Ministério da Saúde. [Internet]. Portaria 3.085 de 01 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Acesso em 27/07/2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3085\\_cria\\_planejasus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3085_cria_planejasus.pdf)

27 - Ministério da Saúde. [Internet]. Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Acesso em 27/07/2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3332\\_instrumentos\\_planejasus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3332_instrumentos_planejasus.pdf)

28 - Ministério da Saúde. [Internet]. Portaria 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Acesso em 29/10/2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_699\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_699_2006.pdf)

29 - Ministério da Saúde. [Internet]. Portaria 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Acesso em 27/05/2010. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>

30 – Lucchese, P. T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. Revista Planejamento e Políticas Públicas. 1996; n.14:75-156.

31 – Bertolli Filho, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática; 1996.

32 - Santos, M. H.C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós Constituinte. Dados-Revista de Ciências Sociais. 1997; v. 40(3).

33 - Cordeiro, H. A estratégia de mudança. In: Cordeiro, H. Sistema Único de saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial. 1991.

34 - Abrucio, F.L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. Revista de Sociologia e Política. 2005; nº24. 41-67.

35 - Carvalho, G. I.; Santos, L. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) - Sistema Único de Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec. 1995.

36 - Presidência da República [Internet]. Brasília. Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990. Acesso em 29/10/2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D99060.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99060.htm).

37 - Diniz, E. Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90. Dados – Revista de Ciências Sociais. 1995; v.38 (3).

38 - Almeida, E. S.; Castro, C.G. J. e Vieira, C.A. L. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis. 1998.

39 - Mendes, E.V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Mendes, E. V. A Organização da Saúde no Nível Local. São Paulo: Ed. Hucitec;1998.17-55.

40 – Ministério da Saúde. [Internet]. Portaria 2.203 de 05 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96. Acesso em 29/10/2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)

41 – Levcovitz, E. Lima, L. D; Machado, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. Saúde Coletiva, 2001;v. 6 (2). 269-291 .

42 – Pellegrini, B. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. Ciênc. saúde coletiva. 2007; v. 12 (2). 325-333.

43 – Dias, H P. Direitos e Obrigações em Saúde. Brasília: ANVISA, 2002. 81- 82

44 - Bueno, W. S.; Merhy, E. E. 1997. Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde Online [Internet].Temas para Debate II Descentralização da Gestão da Saúde. Maio de 1997. Acesso em 12 de junho de 2010. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>

45 - Mendes, E. V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [Internet]. Novembro de 2003. Acesso em 12 de junho de 2010. Disponível em: [www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc).

46 - Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Série A - Normas e Manuais técnicos, n. 116. . [Internet]. Portaria 95 de 26 de janeiro de 2001. Acesso em 12/05/2010. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>

47 – Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Cien Saude Colet 2001; 6(2):451-455.

48 – Carvalho, G. Epidemia de portariefilia – III.Fórum popular de saúde PR [Internet]. Acesso em 20 de setembro de 2010. Disponível em: <http://fopspr.files.wordpress.com/2010/10/gc-2010-portariefilia-2010.doc>

49 - Lima, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. Revista de Administração Pública. 1996; v. 5.101-138.

50 - Trevisan, L. N.; Junqueira, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. Ciênc. saúde coletiva. 2007; v. 12 (4). 893-902.

51 - BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

52 - Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 1999.

53 - Organização Pan-Americana da Saúde. A política regulação do Brasil. Brasília: OPAS; 2006

54 - Santos, A. R. Metodologia Científica: A Construção do Conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A editora, 1999.

55 - Andrade, M.M. Introdução à Metodologia do trabalho científico. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

56 - Santos, J.A., Parra Filho, D. Metodologia Científica. São Paulo: Futura, 1998.

57 – Gil, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

58 - BRASIL. Documento Avaliação do Pacto pela Saúde: Síntese das apresentações e discussões. Abril/2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sintese\\_cit\\_300410.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sintese_cit_300410.pdf)

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A - Correlação PES x TCGE do Estado do Acre

APÊNDICE B - Correlação PES x TCGE do Estado de Pernambuco

APÊNDICE C - Correlação PES x TCGE do Estado do Paraná

APÊNDICE D - Correlação PES x TCGE do Estado do Mato Grosso do Sul

APÊNDICE E - Correlação PES x TCGE do Estado do Rio de Janeiro

| <b>APÊNDICE A - Correlação PES x TCGE do Estado do Acre</b>  |   |  |
|--|---|--|
| Eixo 1: Atenção à Saúde - Acre   |   |  |
| <b>OBJETIVOS</b>   |   |  |
| Garantir o acesso às ações e serviços de atenção à saúde;  |   |  |
| Fortalecer as ações de vigilância em saúde;  |   |  |
| Garantir o acesso aos serviços de apoio diagnóstico;   |   |  |
| Melhorar a qualidade da rede de atenção básica;  |   |  |
| Fortalecer os serviços de média e alta complexidade;   |   |  |
| Qualificar a assistência farmacêutica e o acesso aos insumos estratégicos, observando as especificidades locais. |   |  |
| <b>DIRETRIZES PES</b>  |   | <b>TCG</b>   |
| <b>1.1. EXPANSÃO E EFETIVAÇÃO DAS AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE PARA TODOS</b>  | <b>Objetivos</b>  | <b>Responsabilidades</b>   |
|  | Ampliação da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde;   | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Implementação de rotina de monitoramento e avaliação nas ações de atenção básica nos municípios;  | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Assessoramento às Secretarias Municipais de Saúde nas diversas áreas técnicas com vista ao fortalecimento e qualificação da atenção básica;           | 1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípes; |
|  | Efetivação da atenção a saúde de pessoas com deficiência em todo o Estado;  | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Implantação e implementação nas regionais do Estado do programa de redução de danos ao usuário de drogas, com formação de agentes redutores de danos; | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Assessoramento aos municípios visando à implantação da rede de atenção à saúde mental;  | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Publicação de dados sobre mortalidade relacionadas a acidentes e violências que possam servir de subsídios para a redução de acidentes e violência;   | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Execução da política de saúde do trabalhador definida no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador;  | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Ampliação da oferta dos serviços de laqueadura tubária e vasectomia nas regionais do Estado;  | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Implantação das comissões institucionais de mortalidade materna e infantil nas unidades hospitalares;   | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;   |
|  | Execução das ações do plano operativo estadual para os  | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | adolescentes em conflito com a lei;   | integralidade da atenção à saúde da população;   |
|   | Implementação das ações do plano de saúde escolar;  | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Realização do PCCU em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos;   | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Realização de tratamento NIC I e NIC II aos portadores das lâminas positivas                                | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Desenvolvimento de ações que garanta a alimentação saudável para crianças menores de 5 anos com baixo peso; | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Realização de ações que garantam a saúde bucal nos aspectos preventivos e curativos;                        | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Realização de ações de media e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no Estado;                       | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Elaboração e Implementação da Política Estadual de Saúde do Idoso;  | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Divulgação de todas as Ações e Serviços de Saúde ofertados pelo Estado;                                     | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Implantação da Rede Amamenta Brasil   | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
|   | Elaboração do Plano Estadual de Prevenção da gravidez na adolescência.                                      | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;                           |
| 1.2. FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. | Redução do índice de infestação predial nos municípios prioritários para o controle e combate a Dengue;     | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica; |
|   | Intensificação do cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos no Estado do Acre;             | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica; |
|   | Realização de tratamento dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana                                     | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica; |
|   | Manutenção da proporção de abandono do tratamento de tuberculose;   | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica; |

|   |   |
|---|---|
| Manutenção da proporção de cura de casos novos de tuberculose                                       | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Redução do Índice Parasitário Anual – IPA nos municípios prioritários para o combate a Malária;     | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Redução da prevalência de Hanseníase no Estado do Acre;   | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Redução da incidência de HIV/AIDS;  | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Redução da incidência de Hepatite B em menores de 20 anos;  | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Redução da taxa de mortalidade por hepatite crônica;  | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Estruturação e descentralização dos serviços de vigilância em saúde;                                | 1.15 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;  |
| Implantação da vigilância de óbito materno e infantil nos municípios do Estado;                     | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Viabilização da distribuição de preservativos masculinos para todos os municípios acreanos;         | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Realização de campanhas de vacinação contra influenza para a população de idade superior a 59 anos; | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Alcançar a cobertura vacinal do calendário básico e febre amarela em todos os municípios do Estado; | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Apoio a estruturação das vigilâncias sanitárias municipais;   | 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; |
| Implantação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SINAVISA nos municípios;                  | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Implantação do Núcleo de Toxicologia na Gerência Estadual de Vigilância Sanitária;   | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;   |
|  | Implantação do programa de gerenciamento de resíduos sólidos em todas as Unidades de Saúde;  | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;   |
|  | Ampliação das ações de Divisão de Imunização e Rede de Frio em todo o Estado;  | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;   |
|  | Implantação e implementação de parceria com os municípios, Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE, nas regionais do Juruá e Alto Acre; | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;   |
|  | Assessoramento técnico na Área de Vigilância em Saúde Ambiental no Estado;   | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;   |
|  | Realização de monitoramento e avaliação das ações de vigilância ambiental no Estado;   | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;   |
|  | Implantação do Programa de Tabagismo com foco na abordagem intensiva e ambientes livres de tabaco em todo o Estado.                                      | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;   |
| 1.3. EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, APOIO AO DIAGNOSTICO E HEMODERIVADOS | Elaboração de padrão básico de infraestrutura para atendimento aos municípios sem serviço de apoio ao diagnóstico;                                       | 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. |
|  | Implantação da rede assistencial para hemofílico, visando o atendimento regular dos pacientes diagnosticados com essa doença;                            |  |
|  | Implantação de padrão básico nos municípios sem apoio ao diagnóstico;  |  |
|  | Realização de procedimentos de apoio ao diagnóstico em análises clínicas e diagnóstico por radiologia;   |  |
|  | Ampliação dos serviços existentes de apoio ao diagnóstico de média e alta complexidade;  |  |
|  | Implantação do laboratório de doenças tropicais com profissionais capacitados, insumos e materiais nas regionais de saúde;                               |  |
|  | Ampliação da oferta de serviços de apoio diagnóstico nos municípios que possuem estrutura;   |  |
|  | Descentralização das ações de hemoterapia e hematologia no Estado.   |  |
|  | Contratação de recursos humanos suficientes para a hemorrede do Estado;  |  |
|  | Implantação do serviço de controle de qualidade interna em todos os setores técnicos do HEMOACRE;  |  |

|  |  |
|--|--|
| <p>Implantação do Laboratório de Imunohematologia do paciente com os testes de Fenotipagem Eritrocitária e Imunofenotipagem</p> <p>Implantação do serviço de coleta por aférese;</p> <p>Implantação do serviço de cadastro de doador de medula óssea;</p> <p>Elevação do número de doações de sangue no Acre;</p> <p>Construção do Núcleo de Hemoterapia de Cruzeiro do Sul;</p> <p>Aquisição de equipamentos para reaparelhamento da Agencia Transfusional de Xapurí;</p> <p>Construção do bloco de hematologia no HEMOACRE;</p> <p>Aquisição de equipamentos para o laboratório de biologia molecular;</p> <p>Elaboração e execução de um projeto para gerenciamento de resíduos sólidos para os Núcleos de Hemoterapia do Estado;</p> <p>Implantação do serviço de medicina transfusional em Unidades Hospitalares da rede pública do Estado;</p> <p>Criação da Gerência de Risco no HEMOACRE.</p>  |  |
| <p>Estruturação e organização do serviço de assistência farmacêutica;</p> <p>Implantação e implementação do programa para o monitoramento por meio de indicadores da Assistência Farmacêutica;</p> <p>Assessoramento às Secretarias Municipais de Saúde quanto às ações previstas na Política Nacional de Medicamentos - PNM;</p> <p>Elaboração da relação estadual de medicamentos por Unidade de Saúde;</p> <p>Implantação da Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica para realizar análise da inserção de itens na Relação Estadual de Medicamentos;</p> <p>Avaliação semestral da Relação Estadual de Medicamentos;</p> <p>Elaboração e atualização do catálogo contendo especificações técnicas e referencia a ser especificadas em Edital. (Programação e Aquisição);</p> <p>Elaboração do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão para armazenamento, distribuição e transporte de medicamentos e insumos (Armazenamento/Distribuição /Transporte);</p> | <p>1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;</p> |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | Implantação e estruturação física para o atendimento de pacientes cadastrados no CMDE;  |   |
|   | Elaboração e implantação de padrão básico de infra-estrutura para atendimento aos municípios sem serviço de apoio ao diagnóstico;                                 |   |
| <b>EIXO 2 – GESTÃO EM SAÚDE</b>   |   |   |
| <b>OBJETIVOS</b>  |   |   |
| Modernizar a gestão do sistema criando mecanismo de regulação, monitoramento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde; |   |   |
| Fortalecer as instancias de controle social;  |   |   |
| Apoiar técnica e financeiramente os municípios e as regionais de saúde;   |   |   |
| Aprimorar os processos de pactuação dos serviços;   |   |   |
| Fortalecer a rede de cuidados do SUS;   |   |   |
| Assegurar a destinação de incentivos financeiros para investimentos e custeio das ações e serviços de saúde.                      |   |   |
| <b>DIRETRIZES</b>   |   |   |
| <b>2.1 - REGULAR A REDE DE CUIDADOS DO SUS</b>  | Identificação das condições físicas de equipamentos e de recursos humanos nos serviços de saúde dos 22 municípios;  |   |
|   | Estruturação e implantação do Complexo Regulador no Estado;   | 4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;   |
|   | Elaboração dos protocolos clínicos para regulação do acesso;  | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;                         |
|   | Realização de transferência intermunicipal e interestadual dos pacientes em TDF;  |   |
|   | Formalização do sistema de referência e contra-referência dos 22 (vinte e dois) municípios.   | 4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;<br>4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação; |
| <b>2.2 – MODERNIZAR A GESTÃO DA SAÚDE ESTADUAL</b>  | Implantação de controle unificado e centralizado dos bens patrimoniais da SESACRE;  |   |
|   | Disponibilização de acesso a internet, via satélite, às Unidades de Saúde em todos os municípios do Estado;   |   |
|   | Repasse de recursos financeiros para Conselhos Gestores das Unidades de Rede Estadual de Saúde;   |   |
|   | Implementação de padrões básicos de medicamentos, material médico-hospitalar, alimentação, material laboratorial e de equipamentos nas unidades descentralizadas; |   |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | Monitoramento dos indicadores das unidades pactuados entre a SESACRE e os Conselhos Gestores;  |  |
|   | Elaboração de Instrução Normativa regulamentando o padrão de funcionamento (instalação e equipamentos) das unidades de saúde da rede;    |  |
|   | Implementação de padrão básico de funcionamento de unidades hospitalares da rede estadual de saúde;                                      |  |
|   | Implementação de padrão mínimo de funcionamento (adequação) de Unidades Mistas de Saúde;   |  |
|   | Elaboração de Instrução Normativa regulamentando quadro básico de profissionais para as unidades de saúde;                               |  |
|   | Implantação de ações eficientes de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e estrutura física nas unidades de saúde do estado; |  |
|   | Implementação e divulgação dos Sistemas Oficiais em Informação em Saúde;   |  |
|   | Criação de uma página no portal da saúde referente as ações e serviços ofertados pelo Estado por unidade.                                |  |
| 2.3 – FORTALECER A REDE DE CUIDADOS ESTRUTURANDO A ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR | Implantação de Casa de Parto nos municípios que não dispõe de Unidade Hospitalar;  |  |
|   | Implantação e implementação do atendimento de emergência odontológica em todas as Unidades Hospitalares do estado;                       |  |
|   | Implantação do serviço de transplante de córnea;   |  |
|   | Habilitação dos Hospitais da rede SUS para realização de captação de múltiplos órgãos;   |  |
|   | Ampliação da oferta de leitos de UTI nos Hospitais próprios e nos vinculados ao SUS;   |  |
|   | Organização da rede ambulatorial de média complexidade em consonância com o PDR;   |  |
|   | Implantação das Unidades de Pronto Atendimento às Urgências Psiquiátricas;   |  |
|   | Disponibilização de leitos de urgência e emergência com suficiência na rede hospitalar credenciada ao SUS;                               |  |
|   | Mobilização de equipes técnicas nos eventos de calamidades e desastres;  |  |
|   | Implantação de Unidades de Pronto Atendimento – UPAS no Estado;  |  |
|   | Implantação de Salas de Estabilização nos municípios com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;                                       |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | Construção de Unidade para funcionamento do INTO/ACRE;   |   |
|  | Ampliação e reforma de unidades integrantes da rede estadual de saúde;   |   |
|  | Construção da sede da Unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;  |   |
|  | Estruturação do serviço de transporte fluvial dos municípios de Porto Walter, Jordão, Tarauacá e Mâncio Lima com ambulanchas;  |   |
|  | Estruturação das unidades da rede assistencial de saúde;   |   |
|  | Estruturação das unidades que oferecem serviços na área materno infantil;  |   |
|  | Reforma das unidades para oferta de serviços na área materno infantil;   |   |
|  | Construção de unidades mistas de saúde nos municípios de Porto Acre, Bujari, Capixaba e Epitaciolândia;  |   |
|  | Desenvolvimento de serviço de atenção materno infantil de alta complexidade com distribuição regional para garantia da assistência neonatal e da gestante de alto risco; |   |
|  | Construção de Unidade Hospitalar no município de Assis Brasil.   |   |
|  | Criação e implantação do Serviço de Hemodinâmica   |   |
|  | Cadastrar a Maternidade de Cruzeiro do Sul como hospital Amigo da Criança.   |   |
| 2.4 – FORTALECIMENTO DAS INSTÂNCIAS COLEGIADAS | Estruturação e implantação dos Colegiados de Gestão Regional;  | 2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;   |
|  | Proposição da realização da Conferência Estadual de Saúde;   | 7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;  |
|  | Acompanhamento do funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), visando garantir o exercício do controle social;  | 7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;   |
|  | Realização do cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) para inclusão no cadastro nacional de conselheiros;   | 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; |
|  | Produção de informativo para conselheiros e gerentes de unidade de saúde;  | 7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;  |
|  | Assessorar e acompanhar o funcionamento dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde.  |   |
|  | Produzir informativo para conselheiros e gerentes das unidades de saúde descentralizadas;  | 7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 2.5 – GARANTIR ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA A A POPULAÇÃO DE DIFÍCIL ACESSO                | Disponibilização de equipe multiprofissional especializada para prestar assistência itinerante aos municípios de difícil acesso;   |   |
|   | Disponibilização de equipamentos portáteis de apoio diagnóstico e instrumentais para realização de procedimentos;  |   |
| 2.6 – EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000   | Cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000;  | 1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;   |
| 2.7 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL | Implementação da Política Nacional de Humanização do SUS nas Unidades Hospitalares da rede;  | 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;                                     |
|   | Realização de residência multiprofissional integrada em saúde da família e comunidade;   | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;   |
|   | Realização de Cursos de Pós-Graduação – Lato Sensu (especialização) nas áreas de Urgência e Emergência, Saúde Mental, Gestão Hospitalar, Ambulatorial e Saúde da Família e Comunidade, Auditoria no SUS, Idoso e outras; | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;   |
|   | Realização de Curso de Aperfeiçoamento, Atualização e Capacitação nas áreas de Saúde Mental na Atenção Básica, Gestão de Unidades de Saúde, Humanização, Idoso e outras;   | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;   |
|   | Elaboração e implementação da normatização para regular a oferta e padrões de estágios supervisionados em Rede Assistencial vinculados a SESACRE;  | 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; |
|   | Elaboração do Plano de Integração das ações de pesquisa na área de saúde da Universidade Federal do Acre – UFAC e Programa de Residência da Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE;                              | 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; |
|   | Realização de oficinas para qualificação dos gestores municipais 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; |
|   | Implementação da Política Estadual de Educação Permanente no âmbito da gestão e da atenção à saúde.  | 6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;  |
|   | Capacitação dos técnicos de nível médio e superior das áreas da gestão, atenção à saúde, vigilância em saúde, controle social e outras.  | 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;  |
| Capacitação de médicos no programa de residência médica em medicina da família e comunidade;  | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;       |
| Capacitação dos profissionais de saúde de nível superior no programa de residência multiprofissional em saúde da família;   | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;       |
| Qualificação de profissionais da rede SUS para atendimento a pessoas com deficiência em todos os municípios;  | 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; |
| Capacitação as parteiras na atenção ao parto domiciliar, dentro das técnicas de higiene e segurança;  | 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; |
| Realização de capacitação por regional para profissionais que trabalham em área de reabilitação, sobre o sistema de assistência a reabilitação;                     | 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; |
| Qualificação e fortalecimento dos centros de atenção psicossocial - CAPS;   | 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; |
| Capacitação de profissionais das áreas técnicas da atenção básica;  | 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; |
| Capacitação de técnicos dos municípios nos Programas VIGIDESASTRES e VIGISOLO e demais programas de vigilância em saúde ambiental.                                  | 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; |
| Capacitação de profissionais da hemorrede do Estado;  | 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; |
| Realização de oficinas, para formação de conselheiros municipais de saúde, visando garantir o exercício do controle social;   | 7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;  |
| Capacitação dos conselheiros e gerentes das unidades descentralizadas sobre o funcionamento dos Conselhos, Sistema Único de Saúde e o exercício do controle social. | 7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 2.8 – PRÁTICAS DE GESTÃO PARTICIPATIVA, AVALIAÇÃO CONTROLE E AUDITORIA  | Implantação e Funcionamento do Sistema de Ouvidoria Estadual;  | 7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.   |
|   | Contratação de Equipe Técnica para estruturação e funcionamento do Serviço de Auditoria Estadual;  | 4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.   |
|   | Contratação de profissionais de nível superior para Implementação das ações de controle e avaliação;   | 4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;  |
|   | Contratação de técnicos programadores com vistas a operacionalização eficaz dos Sistemas de Informação em Saúde;   | 3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;   |
|   | Implementação da Mesa de Negociação Permanente do SUS;   | 5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;  |
|   | Avaliação e monitoramento das ações da gestão e da atenção à saúde.  | 4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde; |
|   | Implantação e implementação da política de gestão estratégica e participativa do SUS no Estado.  |   |
| <b>EIXO 3: INTERSETORIALIDADE</b>   |  |   |
| <b>3.1 - AÇÕES INTERSETORIAIS.</b>  |  |   |
| Proposição ao Governo do Estado/Departamento Estadual de Água e Saneamento – DEAS, a melhoria e a expansão na infra-estrutura de abastecimento de água para todos os municípios do Estado;                  | 3.2 Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; |   |
| Proposição ao Governo do Estado/Departamento de Estradas de Rodagem, a construção da estrada Porto Walter/Cruzeiro do Sul e realizar melhorias e conservação dos ramais em todos os municípios do Estado;   |  |   |
| Construção de centro de referência para os idosos em todos municípios do estado;  |  |   |
| Intercessão junto ao Governo do Estado e Prefeituras Municipais para a construção e ampliação de estações de tratamento d' água e poços artesianos nas comunidades rurais em todos os municípios do Estado; |  |   |
| Efetivação de parceria com instituições não governamentais que desenvolvam ações na área de controle e prevenção de doenças no Estado;  |  |   |
| Estabelecimento de parceria com a Secretaria de Segurança Pública, visando o desenvolvimento de ações de combate a violência especificamente a domestica e sexual (mulher, criança e adolescente);          |  |   |



|   |
|---|
| Estabelecimento de parceria com a Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha – ETSUS, para anualmente, realizar Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, observando a demanda e a necessidade de cada município;                         |
| Construção de políticas intersetoriais entre todas as esferas de governo voltadas para a área de saúde;   |
| Promoção de ações intersetoriais para discussão e formulação de propostas para melhoria da coleta e destinação do lixo gerado nos municípios que integram a Regional do Juruá;  |
| Criação de espaços de cultura e lazer nos bairros, abrindo os ambientes existentes nas escolas nos finais de semana para o desenvolvimento de práticas culturais e esportivas;  |
| Proposição à Secretaria Estadual de Educação da inclusão da disciplina educação ambiental no currículo das escolas de ensino infantil e fundamental;  |
| Discussão e divulgação da necessidade de implementar ações para recuperação dos recursos hídricos existentes no Estado;   |
| Estabelecimento de parcerias intersetoriais envolvendo saúde, assistência social, educação, pastoral da criança e outros para abordar temas como: alimentação saudável, higiene pessoal, etc;   |
| Proposição ao Governo do Estado/Departamento Estadual de Água e Saneamento do Estado o fornecimento de água de boa qualidade para a população, realizando o monitoramento da qualidade, em todos os municípios do Estado;                         |
| Estabelecimento de parcerias com a FUNASA para construção de fossas sépticas para a população de baixa renda (melhoria sanitária) em todos os municípios;   |
| Identificação de soluções para os problemas intersetoriais relacionados à saúde, dentre eles a qualidade dos alimentos, habitação, etc;   |
| Implantação do Programa Saúde na Escola em todos os municípios do Estado;   |
| Proposição à Assessoria de Comunicação do Estado da implantação de uma emissora de rádio no município de Santa Rosa do Purus;   |
| Incentivo ao manejo florestal tanto na fauna quanto na flora existente no território do Estado;   |
| Inclusão nos currículos escolares, estadual e municipal, a disciplina saúde preventiva;   |
| Proposição às operadoras de telefonia a instalação de antena para celular com cobertura para o municípios que não dispõem desse serviço;  |
| Intensificação da Educação Ambiental nas escolas, instituições públicas e privadas e nos grupos comunitários;   |
| Melhoramento da assistência técnica na área da agricultura e distribuição de sementes;  |
| Estabelecimento de parcerias entre a Fundação Nacional de Saúde, Governo do Estado e Prefeituras Municipais, visando viabilizar recursos para serem investidos em projetos de implantação e ampliação da rede de esgoto dos municípios do Estado; |
| Proposição da inclusão do tema educação sexual na estrutura curricular das escolas de ensino fundamental  |

|   |
|---|
| envolvendo os familiares dos alunos;  |
| Realização das ações integradas de combate às queimadas urbanas e rurais, com orientações ao desenvolvimento de compostagem de materiais orgânicos, reaproveitamento e reciclagem de materiais inorgânicos e punição aos infratores de acordo com a legislação vigente; |
| Implantar uma rede de comunicação entre zona urbana e as comunidades rurais dos municípios do Estado;   |
| Integração com instituições de ensino existentes no Estado ao sistema de saúde visando à adequação dos currículos dos cursos de graduação à área de saúde;  |
| Proposição à Secretaria de Estado de Segurança Pública - SESP, quanto a contratação de médico legista para as sedes das regionais de saúde;   |
| Proposição à Secretaria de Estado de Segurança Pública - SESP quanto a implantação de box da PM na sede do município de Porto Acre, na Vila do V e nos Projetos Caquetá e Tocantins;  |
| Solicitação à Secretaria de Estado de Segurança Pública - SESP quanto a implantação das ações do Instituto Médico Legal na sede das regionais de saúde do Estado;   |
| Proposição ao Comando do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Acre para a implantação de uma unidade do Corpo de Bombeiros nos municípios que necessitem desse serviço;  |
| Participação na elaboração e co-execução do Plano Estadual de Medidas Socioeducativas;  |
| Participação na elaboração do Plano Estadual de Enfrentamento à drogadição, com os conselhos afins;   |
| Criação de espaço nas maternidades dos municípios onde tiver perito, para realização de exame de corpo de delito protegido para vítimas de abuso sexual.  |

| APÊNDICE B - Correlação PES x TCGE do Estado de Pernambuco |   |  |
|--|---|--|
| Políticas Específicas                                      |   | TCG  |
| Grupos Vulneráveis   |   | Responsabilidades  |
| a) Saúde da Mulher   | <p>Objetivo: Planejar, promover, coordenar, apoiar e supervisionar, no âmbito estadual, a garantia da execução das ações previstas e programadas para a Saúde da Mulher e executar algumas ações do Programa Mãe Coruja Pernambucana referente a mulheres em idade fértil e gestantes. Diretrizes: Redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, mediante estratégias de planejamento familiar e direitos sexuais e reprodutivos; humanização do pré-natal, parto e puerpério; assistência à gestação de alto risco; controle do câncer de colo do útero e mama; implantação e fortalecimento dos Comitês Regionais de Estudos da Mortalidade Materna; fortalecimento do Programa Estadual de Parteiras Tradicionais; enfrentamento à Violência contra a Mulher e Atenção ao Climatério, além de treinamentos e sensibilizações para os profissionais dos serviços existentes na rede.</p>  | <p>1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;</p> |
| b) Saúde da Criança  | <p>Objetivo: Fortalecer e melhorar as ações desenvolvidas para promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência, com o intuito de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil e fortalecer o Plano Estadual de Registro Civil de Nascimento e Documentação Básica – SEDSDH, bem como, o Programa Mãe Coruja Pernambucana, contribuindo com a Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento. Diretrizes: Monitoramento da criança de risco menor de 1 ano, através do acompanhamento e avaliação dos indicadores da atenção básica; Implementação das ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno; Implantação e/ou implementação de comitês para investigação dos óbitos ocorridos em menores de 1 ano; Ampliação da cobertura do teste do pezinho – Programa de Triagem Neonatal; Implantação de Postos de Atendimento de Registro Civil de Nascimento nas maternidades públicas e conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS); Implementação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI.</p> |  |
| c) Saúde da Pessoa com Deficiência                         | <p>Objetivo: Propor políticas de saúde, assim como coordenar, apoiar e supervisionar, no âmbito do Estado, a execução das políticas voltadas para a pessoa com deficiência, envolvendo a implantação/implementação de modelos de atenção com foco na vigilância da saúde abrangendo grupos populacionais específicos, agravos e ciclos de vida. Diretrizes: Promoção, prevenção e assistência à saúde da pessoa com deficiência, com ênfase para a ampliação de ações na atenção primária; execução, em caráter suplementar, de ações de saúde articuladas com os municípios, outras secretaria e áreas da Secretaria Estadual de Saúde; e fortalecimento dos processos de integração com representantes da sociedade civil e segmento de pessoas com deficiência.</p>  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| d) Saúde do Trabalhador  | <p>Objetivo: Coordenar, apoiar e supervisionar em todo território estadual a execução da Política de Saúde do Trabalhador, garantindo ações de prevenção, promoção, vigilância e assistência, bem como a captação da informação relacionada aos agravos à saúde do Trabalhador executando, ampliando e fortalecendo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-RENAST. Diretrizes: - Implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST em todo Estado; - Fortalecimento das ações de saúde do trabalhador em todo Estado; -estruturação e expansão do Controle Social através do fortalecimento do Conselho Institucional de Saúde do Trabalhador - CIST Estadual e estímulo para criação dessas instâncias em nível municipal.</p> |  |
| e) Saúde da População - Indígena, Negra, Cigana, Assentamentos Rurais e Quilombolas. | <p>Objetivo: Atuar de maneira equânime junto às populações vulneráveis adscritas e em seus respectivos territórios, na promoção integral de atenção à saúde. Diretrizes: Desenvolvimento de ações de atenção à saúde voltadas para as populações vulneráveis; Constituição de evidências como base de informações e dados para qualificação da gestão estadual de saúde; Instrumentalização da gestão estadual para atuação acerca das especificidades e necessidades dos grupos populacionais estratégicos.</p>   |  |
| f) Saúde do Jovem e Adolescente  | <p>Objetivo: Implantar e implementar as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens, através da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária em consonância com o Pacto pela Vida, Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas e o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Diretrizes: Planejamento, execução e avaliação das ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de forma articulada infra e intergovernamentais, intersetorial e interdisciplinar, constituindo um conjunto integrado.</p>  |  |
| g) Saúde do Homem  | <p>Objetivo: Estruturar e coordenar a Política Estadual para a Saúde do Homem, estimulando a criação e o fortalecimento de unidades regionais de Saúde do Homem. Diretrizes: Implantação da Política Estadual para a Saúde do Homem; acolhimento à população masculina através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; definição de indicadores que subsidiem tomadas de decisões e o monitoramento da saúde do homem, a partir de estudos epidemiológicos.</p>  |  |

|                                  |  |   |
|----------------------------------|--|---|
| h) Saúde do Idoso                | Objetivo: Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do Estado, os serviços oferecidos com base na Política Nacional e a implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de garantir a atenção integral e melhoria da qualidade de vida na perspectiva da promoção, prevenção e manutenção da saúde desta população, nos diversos níveis de assistência, objetivando o envelhecimento ativo e a participação social. Diretrizes: Implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, apoio a estudos e pesquisas na área do envelhecimento e promoção do envelhecimento ativo, bem como, a qualificação da rede de saúde nos diversos níveis de assistência de forma integrada, estabelecendo parcerias com o segmento do idoso, universidades, municípios e secretarias do Estado.                               |   |
| i) Saúde da População Carcerária | Objetivo: Orientar, apoiar, assessorar e monitorar no âmbito do Estado a execução das Políticas de Saúde da população carcerária envolvendo a implementação de Modelos de Atenção com foco na vigilância da saúde abrangendo grupos populacionais específicos, agravos e ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como executar em caráter suplementar ações de saúde articuladas com os municípios e outras secretarias. Diretrizes: Assessoramento à Secretaria de Ressocialização e monitoramento da execução das Políticas de Saúde da população carcerária; Organização da atenção primária na própria Unidade Prisional e do fluxo de referência e contra-referência das média e alta complexidades em Unidades de Saúde; Regulação dos atendimentos de urgência/emergência no sistema penitenciário.  |   |
| <b>Intervenções Específicas</b>  |  |   |
| a) Saúde Mental                  | Objetivo: Garantir a atenção em saúde mental, nos diferentes níveis de promoção da saúde, com o redirecionamento do modelo centrado na atenção hospitalar para a consolidação e expansão de uma rede substitutiva de cuidados de caráter psicossocial, comunitária e que conte com diversos dispositivos hierarquizados e territorializados. Diretrizes: Promoção à Saúde Mental nos diversos níveis de assistência, com destaque à expansão da rede de assistência à saúde mental, substitutiva à internação hospitalar, visando à redução progressiva de leitos psiquiátricos, expansão de ações de desinstitucionalização e ênfase para a inclusão de ações de saúde mental na atenção primária. Consolidação da política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Fortalecimento e implementação de ações de Controle Social. | 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação; |

|  |   |   |
|--|---|---|
| b) Saúde Bucal   | Objetivo: Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde com qualidade nas ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal, assegurando a equidade, integralidade da atenção e resolubilidade dos serviços. Diretrizes: Reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), além da implantação de novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento da rede pública do Estado, conforme o art. 169 da Constituição Estadual.  |   |
| c) Programa Nacional de Imunização - PNI                         | Objetivo: Coordenar, apoiar e supervisionar no âmbito do Estado a execução das Políticas de Saúde envolvendo a implementação de modelos de atenção com foco na vigilância da saúde abrangendo grupos populacionais específicos, agravos e ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como executar em caráter suplementar ações de saúde articuladas com os municípios e outras secretarias. Diretrizes: Controle ou erradicação de doenças imunopreveníveis, bem como, promoção à Vigilância dos Eventos Pós-Vacinação, coordenando a utilização e o suprimento de alguns imunobiológicos com indicação para situações ou para grupos populacionais específicos. |   |
| d) Alimentação e Nutrição  | Objetivo: Implementar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), no contexto do fortalecimento da Atenção Primária e no desenvolvimento dos Programas Mãe Coruja Pernambucana e Chapéu de Palha. Diretrizes: Desenvolvimento das Políticas de Saúde nos Programas de Prevenção e Combate às Carências Nutricionais e Promoção da Alimentação Saudável e Segurança Alimentar.   |   |
| <b>Controle de Doenças e Agravos – Crônicas e Transmissíveis</b> |   |   |
| a) Hipertensão e Diabetes  | Objetivo: Implementar ações de prevenção, detecção precoce e controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Diretrizes: Promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenindo a instalação da diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica, diagnosticando e tratando todos os casos identificados através de rastreamento e cadastrados, nas Unidades de Atenção Primária em Saúde.   |   |
| b) DST's/HIV/Aids/HTLV/Sífilis Congênita                         | Objetivo: Manter o controle das DST/HIV/AIDS/HTLV Sífilis Congênita através de ações que visem à redução da morbimortalidade no Estado de Pernambuco. Diretrizes: prevenção, assistência e vigilância epidemiológica, com vistas ao controle das DST/HIV/AIDS/HTLV/Sífilis Congênita e redução da morbimortalidade no Estado de Pernambuco, levando em consideração especificidades de grupos populacionais, situação de vulnerabilidade, gênero, direitos humanos e controle social.   | 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação; |

|  |   |   |
|--|---|---|
| c) Hepatites Virais  | Objetivo: Manter o controle das Hepatites Virais, através de ações que visem à redução da morbimortalidade do estado de Pernambuco. Diretrizes: Prevenção, controle, assistência e vigilância epidemiológica das Hepatites no Estado de Pernambuco, levando em consideração especificidades de grupos populacionais e vulnerabilidades.   |   |
| d) Hanseníase  | Objetivo: Coordenar, apoiar e supervisionar no âmbito do Estado a execução das Políticas de Saúde, envolvendo a implementação de Modelos de atenção com foco na vigilância da saúde, abrangendo grupos populacionais específicos, agravos e ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como executar em caráter suplementar ações de saúde articuladas com os municípios e outras secretarias. Diretrizes: Definição de estratégias que propiciem o controle da Hanseníase no Estado, subsidiando às GERES e Municípios na execução das ações do Programa, visando à redução da sua magnitude e transcendência.   |   |
| e) Tuberculose   | Objetivo: Integrar as ações do Programa de Controle da Tuberculose aos eixos prioritários das Políticas de Saúde do Estado de Pernambuco, visando reduzir a morbimortalidade e a transmissão desse agravo nos 185 municípios do Estado. Diretrizes: Promoção do diagnóstico precoce, do tratamento, do controle e da cura da Tuberculose, buscando o controle da doença com a interrupção da sua transmissão e a consequente diminuição dos riscos de adoecer e morrer por ela.   |   |
| <b>Organização das Ações e Serviços de Saúde</b>                   |   |   |
| Fortalecimento da Atenção Básica                                   | Objetivo: Propor, coordenar, qualificar e supervisionar no âmbito do Estado a execução da Política de Atenção Primária em Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, pautada no modelo de atenção da vigilância à saúde, priorizando grupos populacionais vivendo em condições precárias de vida, agravos e ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como, executar em caráter suplementar ações de saúde articuladas com os Municípios, Regionais de Saúde e outras Secretarias, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Diretrizes: Ampliação da cobertura da atenção básica através do Programa Saúde da Família; Construção do plano diretor da rede de atenção primária para municípios prioritários; Qualificação da estratégia saúde da família através da implantação de plano de educação permanente para profissionais da rede de atenção primária e incorporação de tecnologias na prática das equipes (genoma, escala de risco, protocolos) e estruturação das USFs e UBSS para atendimento de pequenas urgências clínicas. | 1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; |
|  |   | 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;  |
| Rede de Média e Alta Complexidade / Humanização da Rede Hospitalar | Objetivo: Estruturar a Rede de Assistência de Média e Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), incluindo o atendimento às urgências e emergências, em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada e Integrada, articulando os vários níveis da atenção, visando à equidade do acesso e a integralidade do atendimento. Diretrizes: Estruturação da Atenção à Saúde em Média e Alta  | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na   |

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
|                          | Complexidade perpassando pela adequação da estrutura física, humana e de equipamentos, como também pelo processo de trabalho e tecnologia da informação; Ordenamento do atendimento às urgências e emergências, garantindo acolhimento em primeira atenção qualificada e resolutiva; Implantação da Política Estadual de Urgência e Emergência e Reorganização da rede de referência e contra-referência.  | implementação dos mesmos;<br><br>4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;  |
| Assistência Farmacêutica | Objetivo: Implantar a nova Política de Assistência Farmacêutica, garantindo o acesso racional e humanizado da população aos medicamentos básicos, estratégicos, de média e alta complexidade, visando promoção à saúde, compreendendo a prevenção, recuperação e tratamento de doenças e a redução de danos. Diretrizes: Revisão do processo de abastecimento de medicamentos às unidades de dispensação para estabelecimento de dinâmica ágil e eficiente; Empreendimento de ações junto às Secretarias de Saúde dos Municípios e Hospitais, em busca da estruturação dos serviços de assistência farmacêutica para sua melhor operacionalização; Orientação, atualização e capacitação de profissionais de saúde e usuários quanto à utilização racional e humanizada dos medicamentos e produtos farmacêuticos para garantia do acesso; Normatização do uso de medicamentos, a partir de sua seleção, padronização e protocolização nos diversos níveis de atenção à saúde, estimulando e orientando quanto à implantação de Comitês de Farmácia e Terapêutica e estabelecimento das Relações de Medicamentos Essenciais; Monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica nas Farmácias de Pernambuco, Hospitais e Unidades Municipais e Estímulo à participação social para discussão e avaliação das ações desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica. | 1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; |
| Central de Transplantes  | Objetivo: Aumentar a doação de órgãos e tecidos no Estado de Pernambuco, visando reduzir as listas de espera e, conseqüentemente, o tempo para realização do transplante. Diretrizes: A Central de Transplantes de Pernambuco visa o crescimento nas doações de órgãos e tecidos mediante a descentralização de ações, divulgação de material explicativo, capacitação de pessoal e implementação do gerenciamento de acesso e da qualidade dos procedimentos, com vistas à eliminação/redução das listas de espera e melhoria da assistência na rede.   |   |



|   |   |  |
|---|---|--|
| Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco<br>Dr. Milton Bezerra Sobral – LACEN | Objetivo: Oferecer serviços de qualidade, com foco na população e nos diagnósticos dos agravos de importância em Saúde Pública para promoção, prevenção e recuperação da saúde, em consonância com as ações prioritárias de assistência e vigilância à saúde, no âmbito do SUS. Diretrizes: Reestruturação do LACEN no âmbito administrativo, organizacional, político e financeiro para manter as referências estadual, regional e nacional, atendendo as portarias ministeriais e recomendações do Tribunal de Contas do Estado, visando o seu aperfeiçoamento e desenvolvimento tecnológico, aprimorando sua contribuição na melhoria da saúde do homem e do seu ambiente.<br>Acompanhamento técnico – científico, junto a Engenharia, na construção do NOVO LACEN.<br>Fortalecimento da Rede Estadual de Laboratórios para atender as metas pactuadas no processo de modernização e descentralização das ações e serviços do LACEN de acordo com o que preconiza o SUS. | 1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;   |
| Sangue e Hemoderivados / Fundação HEMOPE  | Objetivo: Melhorar a satisfação dos clientes, fornecedores e funcionários, garantindo a oferta de serviços, o atendimento às demandas, o cumprimento dos compromissos e a melhoria de infraestrutura de trabalho. Diretrizes: Desenvolvimento com qualidade da assistência hematológica e hemoterápica, atividades de ensino e pesquisa com inovação tecnológica, modernização e eficiência da gestão 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. |
|   |   |  |
| <b>CONDICIONANTES E DETERMINANTES</b>   |   |  |
| <b>Ações Governamentais / Intersetorialidade</b>  |   |  |
| Programa Mãe Coruja Pernambuco  | Objetivo: Garantir atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Público de Saúde, bem como aos seus filhos e famílias, incentivando o fortalecimento dos vínculos afetivos e criando uma rede solidária para redução da mortalidade infantil e materna, além da melhoria de outros indicadores sociais, através de ações articuladas nos eixos da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social. Diretrizes: Implantação da Política de Direitos Reprodutivos; Implantação da Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal; Redução do número de internações de crianças de 0 a 5 anos por doenças diarreicas, respiratórias e por acidentes; Mobilização de agentes sociais em defesa dos direitos de crianças e mulheres.  |  |
| Programa Chapéu de Palha  | Objetivo: Articular ações de promoção à saúde e prevenção de agravos que acometem os trabalhadores rurais da Zona da Mata, nos 52 municípios contemplados pelo Programa Chapéu de Palha. Diretrizes: Coordenação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações programadas por áreas estratégicas da Gerência de Atenção Primária  |  |
|   |   |  |

| GESTÃO EM SAÚDE                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| Planejamento                         |   |  |
| Pacto pela Saúde                     | Objetivo: Formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal e estadual, na condução do processo de aprimoramento e consolidação do SUS. Diretrizes: Coordenação, assessoramento e monitoramento do processo do Pacto pela Saúde do Estado e Municípios, de acordo com a Regionalização da Programação de Assistência.  |  |
| Programação Pactuada Integrada – PPI | Objetivo: Organizar a rede de serviços de saúde, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, buscando a equidade de acesso da população pernambucana às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade bem como fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso. Diretrizes: Integração do processo geral de planejamento em saúde do Estado e dos municípios, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão; Definição das prioridades e dos modelos de atenção, com ênfase em redes hierarquizadas e integradas de saúde, a partir do diagnóstico dos principais problemas; Definição dos fluxos de usuários no sistema de saúde mantendo consonância com o processo de construção da regionalização, considerando inclusive, as regiões interestaduais e a conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços. | 4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;<br>3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual; |
| PlanejaSUS                           | Objetivo: Coordenar o processo de implantação e implementação do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS no âmbito do Estado de Pernambuco, levando em consideração as diversidades existentes, de modo a contribuir, de forma resolutiva e qualitativa com a gestão, nas suas ações e/ou nos serviços prestados. Diretrizes: Sensibilização de técnicos das áreas estratégicas da SES (Nível Central e GERES) e outros parceiros; Capacitação de técnicos das áreas de planejamento do Estado, municípios, COSEMS, CES e Universidades; Divulgação sistemática do PlanejaSUS; Orientação e acompanhamento às áreas estratégicas da SES e aos municípios na elaboração dos instrumentos de gestão; Monitoramento e Avaliação dos instrumentos de gestão.  | 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:   |
| Convênios / Orçamento                | Objetivo: Nortear a programação, orçamentação e convênios de forma compatível com as metas estabelecidas, com os recursos orçamentários e dos convênios firmados junto ao Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos financiadores das ações de saúde. Diretrizes: Implementação das ações de programação, orçamentação e execução de convênios.  | 4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária        | Objetivo: Desenvolver um sistema de monitoramento, supervisão integrada e avaliação das ações de saúde, visando à melhoria da qualidade da atenção primária prestada aos usuários do SUS e certificar as equipes de saúde da família para credenciamento e recebimento de incentivo financeiro fixado através da Portaria 720 da SES – PE. Diretrizes: Coleta e avaliação de dados em todas as Equipes de Saúde da Família; Certificação das equipes para credenciamento e recebimento de incentivo financeiro fixado através da Portaria 720- SES e descentralização das ações de monitoramento e avaliação da atenção primária.   | 1.11 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;            |
| Regulação, Controle e Avaliação                      | Objetivo: Melhorar o acesso da população as clínicas especializadas através do fortalecimento e descentralização da regulação, controle e avaliação. Diretrizes: Fortalecimento da descentralização do processo de controle e avaliação, bem como dos módulos de regulação da UTI, urgência e emergência, obstétrica e neonatal.  | 4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;                                 |
| Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria | Objetivo: Otimizar as ações de auditoria do SUS e apoiar tecnicamente aos Sistemas Municipais de Saúde. Diretrizes: Fortalecimento do Componente Estadual do Sistema de Auditoria do SUS para, através de procedimentos analíticos e operativos, atuando de forma preventiva ou saneadora, assegurar a conformidade das ações e serviços de saúde às normas pertinentes, colaborando para a corporificação da tríade Universalidade, Igualdade e Integralidade que constitui os princípios basilares do Sistema Único de Saúde. Especificamente, em cumprimento ao DECRETO Número 30.382/2007, do Governador do Estado, apreciação e julgamento de atos, despesas, investimentos e obrigações verificados no âmbito do SUS ou alcançados pelos recursos a ele vinculados ou que lhe devem prestar contas; acompanhamento e execução do desempenho de programas tanto em serviços quanto nos sistemas municipais; colaboração aos projetos e programas de melhoria de qualidade, avaliação em saúde e avaliação da satisfação do usuário quanto à qualidade do serviço ofertado. | 4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão. |
|  |   |   |
| <b>Descentralização e Regionalização</b>             |   |   |
| Fortalecimento das GERES                             | Objetivo: Contribuir no processo de descentralização e regionalização da saúde, através das GERES, apoiando e monitorando os municípios na execução das ações de saúde. Diretrizes: Fortalecimento da estrutura física, operacional e organizacional das GERES com ênfase ao acompanhamento e desenvolvimento das políticas de saúde de forma descentralizada.  |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Fortalecimento dos Hospitais Regionais. | Objetivo: Melhorar a assistência prestada aos usuários do SUS, através da organização da rede assistencial, incluindo o atendimento de urgência e emergência em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada, visando à equidade do acesso e a integralidade do atendimento em saúde. Diretrizes: Reestruturação dos hospitais regionais e definição de seus perfis; reorganização da rede assistencial e avaliação de desempenho dos hospitais regionais.   |   |
| Plano Diretor de Regionalização – PDR   | Objetivo: Identificar e reconhecer as regiões de saúde, em suas diferentes formas, visando expressar um desenho final, com a finalidade de promover o acesso à saúde com equidade e a qualificação do processo de descentralização, na perspectiva de uma assistência integral de saúde Diretrizes: 1 - Revisão do Plano Diretor de Regionalização – PDR; 2- Organização e pactuação com os Municípios, do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde; 3 - Qualificação do processo de regionalização, fortalecendo o funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional. | 2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização;                                  |
| Tecnologia em Saúde                     | Objetivo: Adequar e modernizar os Sistemas de Informação da Secretaria de Saúde, possibilitando um melhor controle dos processos, diminuindo as filas de atendimento e melhorando a qualidade do serviço prestado à população. Diretrizes: Promoção de estratégias que possibilitem a descentralização de processos a partir da utilização de sistemas tecnológicos de gestão pública para a rede estadual de saúde, sistema de controle de frequência e Sistema de Gestão Eletrônica de Documentos (GED).  |   |
| Informação em Saúde                     | Objetivo: Tratar a informação em saúde buscando a sua excelência, sua democratização e acessibilidade, através da descentralização e atualização sistemática das bases de dados dos Sistemas de Informação em Saúde bem como, promover a qualificação das equipes através de capacitação e formação de uma rede propiciando a intersetorialidade. Diretrizes: Aplicação de procedimentos e ações que possibilitem a consolidação de forma sistemática dos dados das informações em saúde do estado de Pernambuco, facilitando seu acesso e democratização.  | 3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde; |
| Financiamento                           | Objetivo: Incentivar, acompanhar e fiscalizar o cumprimento da EC-29 pelos Municípios e pelo Estado. Diretrizes: Cumprimento da EC 29 pelos municípios e pelo Estado de Pernambuco a partir da sensibilização e monitoramento   | 1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Ouvidoria do SUS                                      | Objetivo: Implantar e implementar Ouvidorias. Estimular os setores que fazem parte do processo a ter um maior comprometimento, colaborando desta forma para o exercício deste instrumento de Gestão Pública. Divulgar os serviços oferecidos fortalecendo, assim, a imagem da Ouvidoria perante a população. Diretrizes: Divulgação em nível estadual acerca do papel da ouvidoria; descentralização e fortalecimento da ouvidoria no SUS.  | 7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.   |
| <b>Investimento em Saúde</b>                          |   |   |
| Melhoria Funcional da Sede, GERES e Unidades de Saúde | Objetivo: Adequar as estruturas físicas das unidades administrativas e rede assistencial à legislação vigente, buscando a melhoria da qualidade das ações e serviços prestados à população pelo SUS e realizar, em parceria com órgãos afins, ações de saneamento, abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias omiciliares vinculadas ao Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social visando reduzir a morbimortalidade por doenças de veiculação hídricas e parasitárias. Diretrizes: Construção, reforma e ampliação nas Unidades Hospitalares da Rede Estadual de Saúde, LACEN, Pontos de Distribuição de Medicamentos, SVO'S, sede da SES e GERES do Estado de Pernambuco.           | 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 Diretor de Investimento. |
| Plano Diretor de Investimento - PDI                   | Objetivo: Direcionar os recursos de investimentos para a construção de redes assistenciais de saúde, de forma que estas possam tornar-se resolutivas e coerentes ao Plano Diretor de Regionalização. Diretrizes: Integração do processo geral de planejamento em saúde do estado e dos municípios, de forma ascendente, coerente com PDR e com a PPI; Definição dos recursos de investimentos para a construção de redes assistenciais de saúde;  |   |
| Laboratório Farmacêutico de Pernambuco - LAFEPE       | Objetivo: Participar efetivamente das ações para melhoria da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde, em todos os segmentos de abrangência do LAFEPE, buscando melhorar o acesso do usuário do SUS aos serviços de farmácia. Diretrizes: Aprimoramento dos serviços oferecidos pelo LAFEPE de modo a torná-lo referência na cadeia produtiva farmacêutica no âmbito do SUS, alinhado às necessidades de abastecimento das Políticas Nacional e Estadual de Saúde Pública, através dos programas de assistência farmacêutica e Prioridade no atendimento ao Estado de Pernambuco com garantia no suprimento de 31 produtos constantes no elenco da Farmácia Básica. |   |
| Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde   | Objetivo: Modernizar e monitorar a Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade. Diretrizes: Adequação da rede de serviços de saúde estadual às novas tecnologias, promoção do desenvolvimento organizacional da SES e monitoramento dos indicadores de acompanhamento da assistência à saúde.  |   |
| <b>GESTÃO DO TRABALHO</b>                             |   |   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Política de Desenvolvimento de Pessoas</p>  | <p>Objetivo: Elaborar e executar políticas de desenvolvimento de pessoas no âmbito da SES. Diretrizes: Conclusão da implantação do Plano de Cargos e Carreiras e vencimentos existente e seu aperfeiçoamento, garantindo o crescimento dos servidores dentro do SUS; Revisão da Lei de Produtividade tornando um instrumento de valorização dos que efetivamente produzem; Criação de comitês de avaliação e proposição de ações que venham a contribuir com a melhoria das condições de trabalho nas unidades hospitalares, GERES e nível central; Definição das ações de assistência ao servidor que possibilitem o seu crescimento e o enfrentamento de situações adversas no âmbito do trabalho e valiação do desempenho dos servidores da SES.</p>  | <p>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;</p> |
| <p>Estágios para Qualificação, Formação Profissional e Residência na Área de Saúde</p> | <p>Objetivo: Estabelecer e executar política de estágio e residência que atenda à necessidade de formação de pessoal para o SUS em Pernambuco. Diretrizes: Otimização e qualificação do processo de formação profissional (Residência e Estágios) em parceria com as diversas esferas do SUS e Instituições formadoras; Definição de necessidades de formação de especialistas no SUS, baseando-se em estudos de demandas no mercado, para financiamento das residências médicas e multiprofissionais; Regulamentação de oferta de estágios nas unidades hospitalares, nível central e GERES buscando equilíbrio entre demanda do mercado e capacidade de oferta da SES, levando em consideração a legislação atual e as diretrizes curriculares. Estímulo à interiorização da Residência para expandir serviços no interior. Mapeamento das Instituições formadoras nas áreas de saúde para nortear as definições de políticas de estágio e residência.</p> | <p>6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;</p>  |
| <p>Escola Técnica de Saúde Pública – ETESP/ Educação Permanente em Saúde</p>           | <p>Objetivo: Executar ações de formação/capacitação de trabalhadores em saúde em consonância com a política nacional de educação em saúde e os princípios e diretrizes do SUS. Diretrizes: Elaboração de políticas e programas de educação em saúde, que atendam às necessidades de formação para o trabalho em saúde e promova a superação das desigualdades regionais; Garantia da integração ensino-serviço por meio da articulação com gestores, trabalhadores, instituições de ensino e controle social em saúde; Desenvolvimento de programas de Educação Permanente para o conjunto de trabalhadores do Sistema que possibilitem o fortalecimento das competências requeridas nos diferentes serviços;</p>  |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Adequação do Quadro de Pessoal da SES  | Objetivo: Manter o quadro de pessoal das unidades hospitalares, GERES e nível central adequado às reais necessidades de atendimento à população e às atividades meio da SES, visando a eficácia dos processos de trabalho e o cumprimento do papel do SUS. Diretrizes: Dimensionamento e adequação do quadro de pessoal das unidades hospitalares e nível central da SES visando bom andamento do atendimento à população; Atendimento das necessidades urgentes de reposição de mão-de-obra nas unidades hospitalares, de forma a garantir o atendimento à população. Aperfeiçoamento do atendimento ao usuário SUS nas unidades hospitalares através do acolhimento humanizado; perfeiçoamento das formas de contratação nos cargos de livre provimento. | 5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. |
| <b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>   |  |   |
| Objetivo: Implantar e implementar medidas que visem à redução de risco e danos à população através do conhecimento da situação de saúde. Diretrizes: Indução e coordenação de medidas de promoção, prevenção e redução de risco à saúde, de forma descentralizada, a partir da identificação de fatores determinantes de agravos e doenças, bem como, o fortalecimento da capacidade técnica das equipes de Vigilância em Saúde. |  |   |
| Vigilância Ambiental   | Diretrizes: monitoramento dos fatores biológicos e não biológicos de contaminantes ambientais na água, ar e solo de importância e repercussão na saúde pública, bem como a vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos desastres naturais e acidentes com produtos nocivos à saúde humana, além de apoio a estudos e pesquisas aplicadas na área de Vigilância Ambiental à Saúde; análise e divulgação de informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de risco à saúde; prestação de assessoria técnica em Vigilância em Saúde aos municípios.  | 1.14 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;   |
| Vigilância Sanitária   | Diretrizes: Promoção à saúde da população, através do controle sanitário da produção, fabricação, embalagem, fracionamento, reembalagem, transporte, armazenamento, distribuição e comercialização de produtos e serviços submetidos ao regime de vigilância sanitária, inclusive dos fatores ambientais de risco que interferem na saúde humana, advindos dos processos, insumos e tecnologias relacionados a essas atividades.   |   |
| <b>CONTROLE SOCIAL</b>   |  |   |
| Objetivo: Formular e deliberar permanentemente sobre a política estadual de saúde, acompanhar e fiscalizar a sua execução, sempre perseguindo a equidade, integralidade e universalidade das ações.  |  |   |
| Fortalecimento dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde  | Diretrizes: Acompanhamento, supervisão, fiscalização, capacitação, e assessoramento dos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, visando consolidar os mecanismos de gestão participativa e propor estratégias para formulação das políticas de saúde no Estado.   | 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;   |
| Conferências / Plenárias de Conselhos de Saúde   | Diretrizes: Promoção e organização, em parceria com a SES, de Conferências e Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde e participação nas Plenárias Nacionais e/ou Congressos.   | 7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais  |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | de Saúde;   |
| Manutenção do Conselho Estadual de Saúde | Diretrizes: Fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde assegurando o orçamento para o cumprimento da sua missão incluindo assessorias e consultorias especializadas principalmente nas áreas jurídica, contábil e de comunicação. | 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; |
| Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde  | Diretrizes: Implantação da Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde em conformidade com o Regimento Interno do CES, seção V, artigo 23.  | 7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.   |



| <b>APÊNDICE C - Correlação PES x TCGE do Estado do Paraná</b>   |   |   |
|---|---|---|
| <b>OBJETIVOS, AÇÕES ESTRATÉGICAS, INDICADORES - Paraná</b>  |   |   |
| <b>EIXO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO</b>  |   |   |
| <b>Subeixo: Atenção Primária</b>  |   |   |
| <b>Prioridade</b>   | <b>Objetivo</b>   | <b>Correlação com o TCGE</b>  |
| Redução da Mortalidade Materna e Infantil   | Reduzir a Razão de Mortalidade Materna e o Coeficiente de Mortalidade Infantil.   | 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;   |
| Redução dos Agravos Prevalentes de Atenção à Saúde e suas Complicações.   | Reduzir a morbi-mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por neoplasias, por doenças endócrinas, por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, por doenças respiratórias, por transtornos mentais, e agravos por causas externas.                           |   |
| <b>Subeixo: Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos não Transmissíveis</b>   |   |   |
| Fortalecimento da Capacidade de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos não Transmissíveis   | Investigar os óbitos infantis (em menores de 01 ano) e de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).  | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| Fortalecimento da Capacidade de Vigilância, Prevenção e Controle Eliminação e/ou Erradicação de Doenças transmissíveis e Operacionalização do Programa Estadual de Imunizações. | Controlar, eliminar e ou erradicar as doenças transmissíveis,   | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
|   | Gerenciar e operacionalizar o Programa Estadual de imunizações.   | 1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;                            |
| Fortalecimento de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos considerados estratégicos.  | Controlar e monitorar as doenças e agravos considerados estratégicos (hanseníase, tuberculose, hepatites virais, HIV/Aids, influenza pandêmica) e outros inusitados de interesse da saúde coletiva, com o objetivo de reduzir o número de casos e suas conseqüências à população. | 1.14 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas; |
| Fortalecimento de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis  | Implantar e/ou implementar a vigilância epidemiológica das doenças não transmissíveis (DANTs), especialmente ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes.   | 1.15 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no              |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | menor prazo possível, sua responsabilidade;   |
| Fortalecimento de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses e Doenças transmitidas por vetores.                             | Manter e aprimorar a vigilância epidemiológica e o controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores.  | 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; |
| Subeixo: Controle De Riscos à Saúde Humana   |  |   |
| Fortalecimento Da Capacidade De Controle De Riscos à Saúde Humana.   | Manter e aprimorar a vigilância ambiental em saúde no SUS do Paraná.   | 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; |
| Subeixo: Prevenção e Controle de Riscos à Saúde Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços                        |  |   |
| Fortalecimento da capacidade de prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços | Prevenir, eliminar ou minimizar o risco sanitário a que está exposta a população, em decorrência do consumo de bens e serviços, promovendo e protegendo dessa forma, a saúde coletiva. | 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; |
| Subeixo: Vigilância Prevenção e Controle de Agravos relacionados ao Trabalho   |  |   |
| Aprovar e Implantar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador no Paraná.   | Estruturar e manter a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Paraná.   | 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; |
| Subeixo: Rede Estadual de Laboratórios (REDELAB)   |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Estruturação da REDE ESTADUAL de Laboratórios de Saúde Pública do Paraná (REDELAB) e manutenção das ações desenvolvidas pelo LACEN.    | Estruturar e ampliar a capacidade de execução de exames pela Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública do Paraná. | 1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;<br>4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;            |
| Subeixo: Atenção Primária e Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas. |  |   |
| Organização da assistência à Saúde do Trabalhador no SUS do Paraná, incluindo ações na rede básica, de média e de alta complexidade.   | Prestar atenção integral à saúde do trabalhador no SUS do Paraná.  |   |
| Subeixo: Redes Assistenciais   |  |   |
| Organização das Redes Assistenciais por Grupo de Atendimento e Níveis de Complexidade  | Reestruturar a Rede Estadual de Hospitais de Urgências (15 hospitais).   | 4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;                     |
|  | Ampliar a Rede Especializada de Gestação de Alto Risco, conforme as necessidades estratégicas do Estado.               | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos; |
|  | Reestruturar a Rede Estadual de Alta Complexidade em Oncologia.  |   |
|  | Reestruturar a Rede de Alta Complexidade em Neurologia.  |   |
|  | Implantar a Rede Estadual de Alta Complexidade em Oftalmologia.  |   |
|  | Reestruturar a Rede Estadual de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Mental.   |   |
|  | Implantar a Rede de Atenção aos doentes com afecções da vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço.      |   |
|  | Re-estruturar a Rede Estadual de Terapia Nutricional.  |   |
|  | Re-estruturar a Rede Estadual de Alta Complexidade em Tratamento da Obesidade (Cirurgias Bariátricas).                 |   |
|  | Ampliar a Rede Especializada de Assistência em Vídeo Cirurgia.   |   |
| Organizar a Rede Estadual de Serviços de óbitos e esclarecimento da Causa Mortis.  |  |   |
| Subeixo: Assistência Farmacêutica  |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas  | Melhorar a qualidade dos serviços de oferta de medicamentos aos pacientes do SUS.  | 1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; |
|  | Fortalecer as ações e serviços de Assistência Farmacêutica no Estado, de acordo com as políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica nacional e estadual.  |   |
|  | Regular a oferta do elenco de medicamentos dos programas de saúde de responsabilidade do CEMEPAR no âmbito da SESA/PR.   |   |
|  | Promover o Uso Racional de Medicamentos.   |   |
| Subeixo: Sangue e Hemoderivados  |  |   |
| Políticas de desenvolvimento de programas assistenciais de média e alta complexidade de áreas específicas. | Definir uma política de sangue e hemoderivados para o Estado que garanta a sua disponibilidade, segurança e qualidade no fornecimento de hemocomponentes e hemoderivados aos hospitais conveniados ao SUS e prestar assistência ambulatorial aos portadores de doenças hematológicas congênitas. | 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.              |
| Subeixo: Produção e Pesquisa de Imunobiológicos  |  |   |
| Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas. | Pesquisar, desenvolver e produzir Insumos (CPPI) e elaborar e definir normas técnicas, manuais de procedimentos juntamente com a comunidade científica.  | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;   |
|  |  | 4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;  |
| Subeixo: Transplantes  |  |   |
| Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas. | Assegurar a distribuição de órgãos e tecidos desenvolvendo o princípio da distribuição equitativa, através da regulamentação da procura e captação de órgãos e tecidos no Paraná.  |   |
|  | Realizar ações visando diminuir a sub-notificação de Mortes Encefálicas e de Mortes por Coração Parado, para aumentar  |   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | o número de doações e de transplantes de órgãos e tecidos no Estado.   |  |
| Subeixo: Leitos de UTI   |  |  |
| Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas.   | Ampliar o credenciamento de leitos de UTI e/ou a contratação de leitos não credenciados ao SUS em situações excepcionais, utilizando-se critérios rigorosos de seleção de necessidades estratégicas e de obediência às normativas existentes para habilitação de UTIs. | 4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;  |
|  | Regular a porta de entrada das internações em UTIs para otimização do uso das vagas nos leitos existentes.   | 4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;<br>4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados; |
| Subeixo: Saúde Visual  |  |  |
| Políticas de Desenvolvimento de Programas Assistenciais de Média e Alta Complexidade de Áreas Específicas.   | 1. Implantar o Projeto Olhar Brasil.   | 4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;  |
|  | 2. Implantar o Projeto de Acuidade Visual na Alfabetização de Adultos.   |  |
|  | 3. Implantar Serviços para a realização de procedimentos de Implante Cloclear.   |  |
|  | 4. Garantir a atenção integral ao portador de Glaucoma.  |  |
| EIXO: GESTÃO EM SAÚDE  |  |  |
| Subeixo: Formação e Educação Permanente.   |  |  |
| Fortalecimento e Aperfeiçoamento dos Processos de Educação em Saúde com Foco na Formação e na Educação Permanente, com Vistas à Melhoria do Desempenho nos Serviços e da Situação de Saúde das Pessoas do Paraná, por Meio da Reorientação das Práticas e Ações de Saúde de Forma Integral, Contínua e Permanente. | Manter e fortalecer os Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde.  | 6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;   |
|  | Monitorar e avaliar as ações estratégicas de Educação Permanente em Saúde.   | 6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | Qualificar os profissionais para a implementação das Políticas de Saúde segundo a necessidade.  | 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;   |
|  | Contribuir para a ampliação das informações em Saúde para os profissionais e para a população.  | 6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;  |
|  | Implantar a metodologia da Educação à distância segundo a necessidade.  | 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;                                  |
|  | Desenvolver estudos e pesquisas específicas para a adequação e expansão das habilitações, atendendo às exigências de preparação dos profissionais de saúde. | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;   |
| Subeixo: Gestão do Trabalho  |   |   |
| Democratizar a gestão das relações de trabalho no SUS-PR   | Estabelecer política de incentivo e valorização dos servidores efetivos;  | 5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;  |
|  | Desenvolver gestão democrática e participativa no trabalho;   | 5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;  |
| Subeixo: Reequipamento da rede assistencial existente e implementação de novas unidades                      |   |   |
| Estruturação, Consolidação e Reequipamento da Rede Assistencial Existente e Implementação de Novas Unidades. | Reestruturar as Unidades próprias do Estado, já existentes.   | 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 Diretor de Investimento. |
|  | Implantar e implementar novas unidades próprias do Estado.  |   |
|  | Concluir e operacionalizar novas Unidades em construção.  |   |
|  | Readequar o Plano Diretor de Investimentos - PDI.   |   |
|  | Estruturar a rede de atenção à saúde do deficiente conforme   |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | Portaria MS n.º 818.   |   |
| Subeixo: Financiamento   |  |   |
| Cumprimento da EC- 29  | Aplicar a receita própria do Estado em saúde, conforme preconizada na EC 29 e sua regulamentação.  | 1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;   |
| Subeixo: Participação e Controle Social  |  |   |
| Fortalecimento do Controle Social no SUS no âmbito estadual                          | Consolidar o efetivo exercício do controle social, garantindo que os Conselhos de Saúde deliberem sobre a formulação e sobre o acompanhamento da política de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros.  | 7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;   |
|  | Definir calendário de atividades do CES/PR que garanta a formação permanente dos conselheiros/as de saúde, no âmbito estadual e municipal.   | 7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;  |
|  | Garantir que a representação nos Conselhos de Saúde seja paritária entre os segmentos, sendo que entidades que recebam recursos públicos para a prestação de serviços no SUS componha o segmento prestadores de serviços ao SUS.   | 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; |
|  | Prover condições necessárias financeiras, de infra estrutura, de logística e outras p/ realização da Conferência Estadual de Saúde, Conferências temáticas, Plenárias e outros eventos que sejam necessários para a consolidação e fortalecimento do controle social no SUS. | 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; |
|  | Estabelecer a integração da Ouvidoria Estadual do SUS ao CES-PR, com apresentação sistemática de relatórios detalhados.  | 7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.   |
|  | Utilizar os meios de comunicação para divulgar a importância do Controle Social no SUS, bem como, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.  | 7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;  |
|  | Ampliar o controle social, formando conselhos locais e conselhos gestores.   | 7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;   |
| Subeixo: Planejamento, Programação e Informação em Saúde.                            |  |   |
| Implementação do Processo de Planejamento, Programação e Informação em Saúde no SUS. | Qualificar os processos de planejamento e elaboração de instrumentos de gestão do SUS e  | 3.2 Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | a produção e disseminação de informações em saúde, em nível estadual e municipal.  | Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;  |
|  | Estabelecer uma rede de atuação contínua, articulada, integrada e solidária das ações de planejamento das três esferas de gestão, de forma a fortalecer e consolidar os princípios e diretrizes do SUS, contemplando as necessidades e a realidade locais/regionais. | 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: |
| Subeixo: Reorganização da Gestão do Sistema.           |  |  |
| Reorganização da Gestão do SUS                         | Consolidar a nova estrutura organizacional da SESA-PR.   |  |
|  | Aprimorar o Banco de Dados e Sistema de Informações SCNES, para implantação da Tabela Unificada.   | 4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;   |
|  | Descentralizar os dados referentes aos estabelecimentos de gestão municipal no SCNES.  | 3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;  |
|  | Contratualizar os estabelecimentos de saúde da Rede SUS sob gestão estadual.   | 4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;   |
| Subeixo: Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.   |  |  |
| Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. | Reestruturar o Complexo Regulador Estadual.  | 4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;  |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | 4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;   |
|  | Incrementar o Sistema Estadual de Auditoria.   | 4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.               |
|  |  | 4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.   |
|  | Articular as Centrais de Atenção Pré-hospitalar, de urgências, de internações e de consultas e exames.   | 4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;                     |
|  | Estabelecer protocolos para internações em leitos de UTI, para contratualização e utilização de leitos psiquiátricos para adolescentes e outros protocolos assistenciais e de regulação. | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos; |

| APÊNDICE D - Correlação PES x TCGE do Estado do Mato Grosso do Sul          |   |  |
|---|---|--|
| Plano de Ação - Mato Grosso do Sul  |   |  |
| Em relação à gestão do sistema  |   | Correlação com o TCGE  |
| Diretrizes  | Ações e Metas   |  |
| <b>Gestão descentralizada do sistema através do fortalecimento regional</b> | Otimizar a infra-estrutura (prédios e equipamentos) dos Núcleos Regionais e promover o trabalho em equipe com caráter multiprofissional e multidisciplinar, realizando capacitações setoriais – <b>09 Núcleos otimizados – ao longo dos 04 anos.</b>  | 2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;  |
|   | Implantar e/ou capacitar as Câmaras Técnicas das CIB Regionais e Estadual – <b>03 CIB Regionais e 01 CIB Estadual com atuação adequada ao longo dos 04 anos.</b>  | 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;   |
|   | Apoiar a implantação dos complexos reguladores regionais e implementar o complexo estadual, promovendo a articulação entre eles e buscando o fortalecimento das redes regionais de serviços de saúde – <b>04 complexos reguladores instalados e atuantes ao longo dos 04 anos.</b>  | 4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;  |
|   | Implantar um processo de planejamento ascendente, a partir do reconhecimento das necessidades dos diversos territórios municipais (relatórios de gestão e planos municipais de saúde), desenhado em nível regional e consolidado em nível estadual) – <b>equipes municipais apoiadas e planos regionais construídos e monitorados ao longo dos 04 anos.</b> | 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: |
|   | Incrementar a cooperação técnica e financeira entre estado e municípios, além de fortalecer o processo de pactuação intergestores – <b>manutenção dos incentivos estaduais atuais e implantação de novas linhas de co-financiamento, com crescimento de 50% além de monitoramento dos indicadores da portaria 91/07, ao longo dos 04 anos.</b>              | 1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;<br><br>1.4 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | 1.12 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;  |
|  | Implantar a política de educação permanente a partir das diretrizes estabelecidas pelas CIB regionais e através de estratégias construídas de forma interinstitucional – <b>fortalecimento da Escola de Saúde Pública e da ETSUS – ao longo dos 04 anos.</b> | 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;  |
| <b>Fortalecimento do Controle Social das ações e serviços de saúde</b> | Implantar a Ouvidoria Estadual – em 2008   | 7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.   |
|  | Otimizar as condições de funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (equipamentos, materiais e pessoal) – em 2008   | 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; |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | Implementar o processo de formação de Conselheiros – <b>nos 04 anos</b>   | 7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;  |
|   | Apoiar a construção de agenda por segmento (usuários, trabalhadores e gestores) e intersetorial (interface com conselhos de outros setores – <b>realização de eventos anuais ao longo dos 04 anos.</b>  | 7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;  |
| <b>Em relação à assistência à saúde</b>                         |   |   |
| <b>Diretrizes</b>   | <b>Ações e Metas</b>  |   |
| <b>Atenção integral à saúde da população sul-mato-grossense</b> | Apoiar efetivamente aos municípios na construção de um modelo de atenção voltado para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida - <b>incremento dos incentivos da atenção básica pautado pelas ações de promoção da saúde; elaboração e implantação da política estadual de promoção da saúde; realização de eventos com características intersetoriais – ao longo dos 04 anos.</b>   | 3.2 Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;  |
|   | Implantar o programa de qualificação e acreditação da atenção básica, apontando critérios e valores para o repasse de recursos aos Fundos Municipais de Saúde e baseado na promoção da humanização do atendimento, através do acolhimento, da intervenção oportuna e resolutive, bem como da criação de vínculos entre equipes e comunidades – <b>capacitação de equipes; supervisão e monitoramento; co-financiamento para melhoria de infra-estrutura - ao longo dos 04 anos.</b> | 1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; |
|   | Incrementar as políticas estaduais voltadas para grupos especiais da população (mulher, criança, idoso, adolescente), baseando-se nas redes de atenção e linhas de cuidado – <b>realizar encontros estaduais e regionais anualmente; capacitar equipes; pactuar formas de co-financiamento para ampliação de serviços; realizar supervisões regulares como forma de educação</b>  | 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <b>continuada – ao longo dos 04 anos.</b>  |   |
|  | Incrementar as políticas voltadas para a atenção à pessoa portadora de necessidades especiais, saúde indígena, saúde nas fronteiras e à população carcerária – <b>operacionalização transversal no setor saúde e interface com outros setores e instituições; capacitação de equipes e monitoramento de resultados – ao longo dos 04 anos.</b>     | 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;   |
|  | Revisar constantemente e otimizar o plano diretor de regionalização, com vistas à organização das referências e da elaboração e pactuação de protocolos assistenciais e de regulação, principalmente no que diz respeito à distribuição homogênea dos serviços – <b>ao longo dos 04 anos.</b>  | 2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização;  |
|  | Implantar serviços regionais de especialidades e apoiar os atualmente existentes, incrementando-os com tecnologias inovadoras – <b>02 novos CRE em Jardim e Paranaíba – utilização de videoconferências com especialistas – instalação de procedimentos de telemedicina – co-financiamento em todos os pólos regionais – ao longo dos 04 anos.</b> | 2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;   |
|  | Qualificar as redes de atendimento em alta complexidade (oncologia, nefrologia, traumatologia-ortopedia, cardio-vascular) – <b>apoio técnico e financeiro para cumprimento dos requisitos legais atualmente estabelecidos – ao longo dos 04 anos.</b>  | 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 Diretor de Investimento. |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <p>Fortalecer o sistema de urgência e emergência – <b>co-financiamento dos SAMU; aparelhamento do Corpo de Bombeiros, implantação do sistema de resgate pré-hospitalar intermunicipal com assistência médica; capacitação das equipes do PSF e dos hospitais de pequeno porte; co-financiamento das unidades fixas, em especial os leitos de terapia intensiva – ao longo dos 04 anos.</b></p>            |   |
|  | <p>Fortalecer a rede hospitalar pública e filantrópica, através do incremento contínuo do processo de contratualização, a fim de promover o saneamento financeiro dos hospitais e permitir o investimento voltado, para melhoria da qualidade do atendimento – <b>implementação do processo de monitoramento e avaliação; incremento dos incentivos estaduais – ao longo dos 04 anos.</b></p>             | <p>4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;</p>   |
|  | <p>Promover a modernização da gestão e a otimização da infraestrutura, bem como a qualificação da equipe de profissionais do Hospital Rosa Pedrossian, de modo a melhorar sua inserção no SUS e qualificar seu atendimento – <b>convênio assinado com a UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo com esse objetivo; projetos de investimentos em andamento; demais ações ao longo dos 04 anos.</b></p> |   |
|  | <p>Reorganizar a hemorrede de Mato Grosso do Sul – <b>promover reformas e adequações nos prédios dos hemonúcleos regionais, bem como ampliar o número de profissionais e garantir capacitação a toda a força de trabalho – ao longo dos 04 anos.</b></p>  | <p>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.</p> |
|  | <p>Garantir o tratamento fora de domicílio quando necessário, bem como o fornecimento de órteses e próteses – <b>otimização da regulação e garantia de estoque, ao longo dos 04</b></p>   |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | <b>anos.</b>  |   |
|   | Qualificar a assistência farmacêutica - <b>incrementar o incentivo dado aos municípios quanto à farmácia básica; implantar e monitorar o plano estadual de assistência farmacêutica; otimizar a regulação e os controles de estoque na dispensação de medicamentos de uso excepcional; garantir o fornecimento de medicamentos estratégicos – ao longo dos 04 anos.</b>   | 1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; |
|   |   |   |
| <b>Em relação à vigilância em saúde</b>   |   |   |
| <b>Diretrizes</b>   | <b>Ações e Metas</b>  |   |
| <b>Fortalecimento do sistema estadual de vigilância em saúde, como instrumento de intervenção e tomada de decisão, bem como mola propulsora da construção de novos modelos de atenção à saúde</b> | Implantar e implementar estratégias de apoio aos municípios no enfrentamento de doenças e agravos – <b>capacitações locais e regionais, com desenvolvimento de habilidades para análise da situação de saúde e desenho de estratégias de intervenção nos fatores de risco e nos determinantes sociais da doença; pactuação de co-financiamento para ampliação de ações e serviços; estímulo à criação de comitês de mortalidade materno-infantil; divulgação e debates a respeito das informações sobre ocorrências de doenças; estímulo ao envolvimento de grupos da sociedade e escolas – ao longo dos 04 anos.</b> | 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;                                       |
|   | Promover a integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e delas com a assistência, a partir do reconhecimento conjunto dos territórios de intervenção, no que diz respeito aos fatores de risco e determinantes da doença – <b>realização de eventos estaduais e regionais para desenho do perfil epidemiológico e de estratégias de intervenção – ao longo dos 04 anos.</b>   |   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <p>Promover a integração da rede básica com os hospitais, no que diz respeito à notificação de casos de doenças transmissíveis – <b>incluir este requisito nos critérios de certificação dos hospitais; otimizar monitoramento; apoiar técnica e financeiramente a implantação – ao longo dos 04 anos.</b></p>  | <p>1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;</p>   |
|  | <p>Otimizar o banco de dados sobre a situação das doenças e agravos – <b>capacitar equipes locais, regionais e estadual; sistematizar a divulgação e o retorno das informações aos usuários e aos profissionais de saúde (informativos, sites etc) – ao longo dos 04 anos.</b></p>  |   |
|  | <p>Otimizar a atuação do LACEN como instrumento da vigilância em saúde – <b>melhorias na infraestrutura; aperfeiçoamento da equipe; garantia regular dos insumos; ampliação do rol de procedimentos – ao longo dos 04 anos.</b></p>   | <p>1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;</p>   |
|  | <p>Descentralizar as ações de vigilância sanitária, de modo a transformá-la em instrumento local de qualificação de serviços de saúde – <b>descentralização de recursos; capacitação de equipes locais – ao longo dos 04 anos.</b></p>  | <p>1.15 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;</p> |
|  | <p>Apoiar o incremento das ações locais de controle dos vetores ligados à dengue, à leishmaniose, à doença de Chagas e à malária – <b>capacitação de equipes; pactuação de co-financiamento; estímulo à criação de CCZ ou UCZ; supervisão para educação continuada em relação às atividades de campo; otimização do banco de dados; remodelação dos laboratórios de entomologia – ao longo dos 04 anos.</b></p> | <p>1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;</p>   |
|  | <p>Desenvolver e incrementar o processo de monitoramento e avaliação do cumprimento das ações da PAP-VS – <b>capacitação de equipes locais e estadual, de forma integrada, tanto entre os</b></p>   | <p>1.14 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;</p>                              |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <b>componentes da vigilância em saúde, como com a assistência em saúde – ao longo dos 04 anos.</b>   |   |
|  | Buscar, de forma sistemática, a homogeneidade nas coberturas vacinais – <b>capacitação de equipes; realização de estudos; divulgação de resultados – ao longo dos 04 anos.</b>   |   |
|  | Aprimorar a política de saúde do trabalhador – <b>revisão do papel dos CEREST; intensificação da articulação intersetorial; implantação do incentivo estadual; regulação dos atendimentos regionais; capacitação de equipes regionais e estadual – ao longo dos 04 anos.</b>   |   |
|  | Implantar o programa estadual de controle das intoxicações por agrotóxicos – <b>otimizar o funcionamento do CIVITOX para estes e outros agravos; promover a integração intersetorial para orientação do produtor rural, fiscalização do descarte de embalagens; orientação aos trabalhadores; capacitação de equipes gestoras e da atenção básica; combate à sub-notificação dos casos e monitoramento pelo SINAN; realização de estudos e pesquisas – ao longo dos 04 anos.</b> |   |
|  |  |   |
| <b>Em relação à capacidade administrativa</b>                        |  |   |
| <b>Diretrizes</b>  | <b>Ações e Metas</b>   |   |
| <b>Incremento da capacidade administrativa e gerencial da SES/MS</b> | Agilização dos processos de compras e contratação de serviços – <b>capacitação das equipes regionais e central, com incremento do número de profissionais – ao longo dos 04 anos</b>   | 4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS; |
|  | Articulação com o Poder Judiciário no sentido de minorar o impacto das ações judiciais - <b>realização de eventos intersetoriais; aprimoramento dos pareceres técnicos; estímulo à criação da Promotoria da Saúde – ao longo dos 04 anos.</b>  |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | <p>Otimização do desempenho das equipes administrativas no que diz respeito aos controles e monitoramentos – <b>sistematização e divulgação das normas e rotinas; capacitação de equipes; estabelecimento de metas por setor – ao longo dos 04 anos.</b></p>  | <p>4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;</p> <p>4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;</p> <p>4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;</p> <p>4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;</p> |
|   | <p>Racionalização dos tempos e custos administrativos – <b>capacitação das equipes administrativas para atuação integrada; implantação do plano diretor de administração com estabelecimento de metas e cronogramas – ao longo dos 04 anos.</b></p>   |   |
| <b>Em relação à gestão do trabalho</b>  |   |   |
| <b>Diretrizes</b>   | <b>Ações e Metas</b>  |   |
| <p><b>Desenvolver a política de gestão do trabalho que garanta o desenvolvimento dos trabalhadores e favoreça a integração, a cooperação e o compromisso com a ética.</b></p> | <p>Promover a integração dos servidores estaduais e federais cedidos aos municípios – <b>otimizar as formas de comunicação; rever dispositivos legais que porventura levem à discriminação dos servidores cedidos, no que diz respeito a direitos e vantagens; pactuar processos de integração local entre os servidores federais, estaduais e municipais – ao longo dos 04 anos.</b></p> |   |
|   | <p>Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores – <b>incrementar a Mesa Estadual de Negociação e Participação; estimular a implantação das Mesas municipais – ao longo dos 04 anos.</b></p>   | <p>5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;</p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>Ampliar e otimizar o quadro funcional da SES/MS de acordo com as funções da gestão estadual e os compromissos estabelecidos no Pacto pela Saúde – <b>realização de concurso público e/ou aproveitamento dos já existentes; criação de banco de dados fidedigno e atualizado com o perfil de formação e capacitação dos servidores – ao longo dos 04 anos.</b></p> | <p>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;</p> |
|  | <p>Implantar mecanismos de valorização dos servidores – <b>implantação do PCCS; resgate do cumprimento fiel e oportuno em relação aos direitos e vantagens dos servidores; criação do setor de saúde ocupacional em articulação com o CEREST e a CASSEMS – ao longo dos 04 anos.</b></p>   | <p>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;</p>   |
|  | <p>Desenvolver estratégias de capacitação que fortaleçam o trabalho em equipe e sensibilizem os profissionais para os compromissos éticos e de defesa da vida – <b>ao longo dos 04 anos.</b></p>   | <p>5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;</p>  |
|  | <p>Fortalecer a atuação da Escola de Saúde Pública e da Escola Técnica do SUS como pólos irradiadores da qualificação do desempenho em saúde, inserida na política de educação permanente – <b>ao longo dos 04 anos.</b></p>   | <p>6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;</p>  |

| APÊNDICE E - Correlação PES x TCGE do Estado do Rio de Janeiro  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 3.1 Eixo I: Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificação das ações de saúde  |   |  | TCG   |
| Diretrizes Estratégicas:  |   |  |   |
| 3.1.1. Expansão e Qualificação da Atenção Básica  |   |  |   |
| Objetivo 1: Aperfeiçoar a política estadual para ampliação e qualificação da Atenção Básica como orientadora dos Cuidados Integrals em Saúde. | 1 | Apoiar a gestão técnica, política e financeira dos municípios para a organização da Atenção Básica, incentivando a implantação de novas equipes da Estratégia                | 1.12 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;  |
|   | 2 | Monitorar, anualmente, 100% dos contratos do co-financiamento da atenção básica.   | 4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;  |
|   | 3 | Implantar Câmaras Técnicas em 100% das regiões para discussão e acompanhamento da Atenção Básica junto aos municípios  | 2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;   |
|   | 4 | Ampliar em 30% dos municípios a Terapia Comunitária como estratégia de mobilização social.   | 7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;   |
|   | 5 | Assessorar os municípios na formulação e implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, acompanhando o desenvolvimento dessa iniciativa em 100% dos municípios. | 1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;   |
|   | 6 | Elaborar o plano estadual de assistência farmacêutica básica contemplando medicamentos homeopáticos e fitoterápicos.   | 1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; |
|   |   | Apoiar a implantação, inicialmente, de 06 equipes de saúde da família na comunidade da Rocinha, por meio do PAC Urbanização – componente estadual.                           |   |

|   |    |   |   |   |
|---|----|---|---|---|
|   |    | Apoiar a implantação de 04 equipes de saúde da família na comunidade do Alemão, por meio do PAC Urbanização - componente estadual.  |   |   |
| Objetivo 2: Estruturar e qualificar serviços de assistência à saúde de pessoas vítimas de violência intrafamiliar e auto-infligida.   | 7  | Construir e fortalecer redes de apoio em 100% das regiões   | 7 | 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação; |
|   | 8  | Implementar a notificação compulsória de casos suspeitos e/ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes dos 92 municípios, integrando os sistemas.  |   |   |
|   | 9  | Implantar o Sistema Nacional de Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA) e a notificação compulsória em 100% dos municípios.  |   |   |
| Objetivo 3: Estabelecer ações intersetoriais e integradas nas políticas públicas governamentais para os seguintes segmentos populacionais: quilombolas, assentados e acampados rurais, pescadores artesanais, população em situação de rua, população privada de liberdade, povos indígenas, população negra e população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT). | 10 | Ampliar o acesso à saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a implantação de 38 equipes nos municípios contemplados pela Portaria GM nº 90, de 17/01/2008, considerando a vulnerabilidade e desigualdades culturais e regionais de quilombolas e assentados rurais. |   |   |
|   | 11 | Divulgar e fortalecer o Programa Rio sem Homofobia em 100% das regiões de saúde.  |   |   |
|   | 12 | Sensibilizar e qualificar os profissionais de saúde para o correto preenchimento do quesito cor nos dados oficiais de 50% das unidades públicas de saúde.   |   |   |
|   | 13 | Implantar Política Estadual de Atenção Integral à População em Situação de Rua.   |   |   |
|   | 14 | Implementar o Plano Operativo Estadual de Saúde integral para a população privada de liberdade em 100% dos municípios.  |   |   |
| Objetivo 4: Desenvolver a Política Estadual de Alimentação e nutrição   | 15 | Ampliar o monitoramento dos condicionantes de saúde do Programa Bolsa Família de 15% para 30%.  |   |   |
|   | 16 | Reduzir para 3% a desnutrição infantil.   |   |   |
|   | 17 | Implantar o monitoramento da situação alimentar e nutricional em todas as fases do ciclo de vida em 100% dos municípios.  |   |   |

|   |    |   |    |   |
|---|----|---|----|---|
|   | 18 | Formular e Implantar Política de Atenção a pessoas obesas nos diversos ciclos de vida em 100% das regiões.  |    |   |
| Objetivo 5: Apoiar e qualificar as práticas integrativas e complementares                             | 19 | Apoiar e acompanhar 100% dos municípios que desenvolvam práticas Integrativas e Complementares.   | 8  | 1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; |
|   | 20 | Implantar Câmaras Técnicas em 100% das regiões que possuam serviços de Práticas Integrativas e Complementares.  | 9  | 2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;   |
| 3.1.2. Fortalecimento das ações de saúde em consonância com os eixos prioritários do Pacto pela Vida. |    |   |    |   |
| Objetivo 1: Desenvolver a atenção à Saúde da Criança  | 21 | Promover, proteger e apoiar as ações de incentivo ao aleitamento materno em 100% das regiões.   | 10 | 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;   |
|   | 22 | Investigar, no mínimo, 50% dos óbitos infantis.   |    |   |
|   | 23 | Apoiar as ações voltadas para o crescimento e o desenvolvimento infantil, tendo como estratégia a distribuição e o uso da Caderneta da Criança em 100% das regiões. |    |   |
| Objetivo 2: Desenvolver a atenção Integral à Saúde do Adolescente                                     | 24 | Implementar o Programa Saúde nas Escolas em 100% das regiões conforme Portaria GM 1.861/2008.   |    |   |
|   | 25 | Apoiar a implantação de 09 Centros Regionais de Atendimento à Mulher Adolescente (CEAMA).   |    |   |
|   | 26 | Ampliar para 50% o número de municípios participantes dos pólos regionais de Saúde do Adolescente.  |    |   |

|   |    |  |  |
|---|----|--|--|
|   | 27 | Apoiar a implementação do Plano Operativo Estadual para adolescentes privados de liberdade em, no mínimo, 80% das unidades de internação e/ou internação provisória garantindo assistência multidisciplinar. |  |
|   | 28 | Apoiar a implantação da Caderneta do Adolescente em 100% das regiões.  |  |
| Objetivo 3: Desenvolver a atenção à Saúde da Mulher | 29 | Ampliar a oferta de exames citopatológicos para atingir a cobertura de 80% das mulheres entre 25 e 59 anos.  |  |
|   | 30 | Acompanhar e monitorar 100% das lesões precursoras de alto grau do colo do útero em nível ambulatorial.  |  |
|   | 31 | Qualificar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério através das estratégias de formação continuada em 100% das regiões.   |  |
|   | 32 | Ampliar de 70% para 90% a proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal.   |  |
|   | 33 | Investigar 100% dos óbitos maternos e 75% do número de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade).   |  |
|   | 34 | Garantir em 100% das regiões a oferta de métodos cirúrgicos (laqueadura tubária / vasectomia) e não-cirúrgicos garantindo atenção integral ao planejamento familiar.   |  |
|   | 35 | Implantar serviços de atenção integral à mulher em situação de violência doméstica e sexual (SOS Mulher) nas 9 regiões do Estado em cumprimento à Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340/06.                     |  |
|   | 36 | Garantir a aplicação da legislação do código penal de 1947, que determina a realização do aborto em casos de estupro e risco de vida da mãe.   |  |
|   | 37 | Garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento de 100% das lesões precursoras de câncer de colo uterino.  |  |
|   | 38 | Garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento de 100% dos casos de câncer de mama.   |  |

|  |    |  |  |
|--|----|--|--|
| Objetivo 4: Desenvolver a atenção à Saúde do Idoso | 39 | Criar ambulatórios especializados em 50% dos municípios com mais de 100.000 habitantes.  |  |
|  | 40 | Implantar Câmara Técnica de Saúde e Envelhecimento em 100% das regiões e uma de âmbito estadual.   |  |
|  | 41 | Criar 1 Centro Regional de Referência em Saúde do Idoso para Formação, Pesquisa e Assistência Especializada ao Idoso em 100% das regiões.                            |  |
|  | 42 | Implantar a Caderneta de Saúde do Idoso em 100% dos municípios.  |  |
| Objetivo 5: Desenvolver a atenção à Saúde Bucal    | 43 | Ampliar a cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família na proporção de 2:1.   |  |
|  | 44 | Realizar e registrar a “escovação dental supervisionada” em 100% das unidades básicas de saúde dos municípios.   |  |
|  | 45 | Implantar 50 Centros de Especialidades Odontológicas, 10 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.   |  |
|  | 46 | Assessorar e Monitorar o cumprimento da legislação vigente para a realização de fluoretação em, no mínimo, 50% da rede oficial de abastecimento de água.             |  |
|  | 47 | Realizar o levantamento epidemiológico de saúde bucal em 50% dos municípios.   |  |
|  | 48 | Implementar o atendimento odontológico para paciente hematológico em 100% dos centros especializados em odontologia de referência regional.                          |  |
|  | 49 | Implementar o atendimento odontológico para pacientes portadores de necessidades especiais em 100% dos centros especializados em odontologia de referência regional. |  |
|  | 50 | Monitorar e avaliar as ações de saúde bucal, em 100% dos municípios, através de indicadores e de visitas técnicas.   |  |
| Objetivo 6: Desenvolver a atenção em Saúde Mental  | 51 | Fechar 50% dos leitos de longa permanência ocupados.   |  |
|  | 52 | Criar 50 centros de atenção psicossocial (CAPS) contemplando todas as tipologias.  |  |



|  |    |  |  |  |
|--|----|--|--|--|
|  | 53 | Reduzir em 11% o coeficiente de hospitalização por doença psiquiátrica.  |  |  |
|  | 54 | Ampliar a cobertura do Programa de Volta para a Casa para 100% da população de longa permanência desinstitucionalizada.  |  |  |
|  | 55 | Ampliar em 30% o número de leitos de curta permanência em hospital geral para acolhimento à crise, incluindo leitos para crianças e adolescentes.  |  |  |
|  | 56 | Implantar 40 leitos de atenção a usuários de álcool e drogas em unidades gerais conforme critérios técnicos.   |  |  |
|  | 57 | Garantir que 100% dos programas municipais de saúde mental formulem e implantem a política para usuários com transtornos psíquicos em situação de rua.   |  |  |
|  | 58 | Desenvolver em 100% do Estado estratégias para constituição de uma política de geração de trabalho e renda para usuários com transtornos psíquicos e transtornos decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, conforme portaria GM 1169/2004. |  |  |
|  | 59 | Implementar 09 Câmaras Técnicas de saúde mental, a fim de estabelecer estratégias regionais para o fortalecimento da política nacional e estadual de saúde mental.   |  |  |
|  | 60 | Garantir a moradia para 100% da clientela de longa permanência desinstitucionalizada e sem vínculo sócio-familiar através da implantação de serviços residenciais terapêuticos em estreita parceria com a Secretaria de Ação Social.                   |  |  |
|  | 61 | Construir 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS 3 – na comunidade do Alemão, por meio do PAC Urbanização – componente estadual.   |  |  |
| Objetivo 7: Desenvolver a atenção aos agravos prioritários e doenças prevalentes | 62 | Curar 85% de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.  |  |  |
|  | 63 | Curar 90% dos casos novos de hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamento preconizados.   |  |  |
|  | 64 | Reduzir para 12/10.000 hab. a taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações.  |  |  |

|   |    |   |    |   |
|---|----|---|----|---|
|   | 65 | Ampliar de 12% para 50% o cadastramento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na população com mais de 40 anos.                                     |    |   |
|   | 66 | Aumentar em 50% o cadastramento de pacientes com Diabetes Mellitus na população com mais de 40 anos.  |    |   |
|   | 67 | Reduzir para 21/10.000 hab. a taxa de internação por complicações da hipertensão arterial.  |    |   |
|   | 68 | Aplicar os protocolos clínicos para 100% das doenças cobertas pelos Programas Estratégicos.   |    |   |
|   | 69 | Implantar 03 Laboratórios Macro-regionais de Saúde Pública.   |    |   |
|   | 70 | Reduzir em 50% a taxa de letalidade por febre hemorrágica da dengue.  |    |   |
|   | 71 | Implementar 100% da rede de pólos regionais de exames de alta complexidade para pacientes soropositivos.  |    |   |
|   | 72 | Garantir acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade para 100% dos portadores de AIDS e/ou hepatite B e C, em acompanhamento ambulatorial. |    |   |
|   | 73 | Garantir acesso aos medicamentos para infecções oportunistas e anti-retrovirais para 100% dos portadores de AIDS, em acompanhamento ambulatorial.             |    |   |
| Objetivo 8: Desenvolver a atenção à Saúde do Homem  | 74 | Definir e implantar a Política de Atenção à Saúde do Homem.   |    |   |
| Objetivo 9: Desenvolver a atenção à Saúde da Pessoa com Necessidades Especiais  | 75 | Definir e implantar a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Necessidades Especiais.   |    |   |
| 3.1.3. Ampliação e organização do acesso, monitoramento e melhoria da qualidade da Assistência de Média e Alta Complexidade nos âmbitos Ambulatorial e Hospitalar |    |   |    |   |
| Objetivo 1: Implantar e monitorar as redes de assistência de média e alta complexidades integradas à atenção básica   | 76 | Monitorar e avaliar 100% dos serviços habilitados na Rede de Saúde Auditiva.  | 11 | 4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais; |
|   | 77 | Monitorar e avaliar 100% dos serviços habilitados na Rede de Terapia Renal Substitutiva.  |    |   |

|   |    |   |    |  |
|---|----|---|----|--|
|   | 78 | Monitorar e avaliar 100% dos serviços habilitados na Rede de Cardiologia.                                   |    |  |
|   | 79 | Monitorar e avaliar 100% dos serviços habilitados na Rede de Atenção Oncológica                             |    |  |
|   | 80 | Implantar as redes de Neurocirurgia, UTI, Oftalmologia e de Cirurgias Eletivas.                             | 12 | 4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;  |
|   | 81 | Ampliar e implementar as redes de Gestação de Alto Risco, Reabilita o e Traumatologia com 100% de regula o. | 13 | 1.9 Coordenar o processo de configura o do desenho da rede de aten o   saúde, nas rela es intermunicipais, com a participa o dos municípios da região;   |
|   | 82 | Contratualizar 100% dos serviços que compõem as redes de m dia e alta complexidades.                        | 14 | 4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;   |
|   | 83 | Regular 100% dos serviços que compõem as redes de alta complexidade.  | 15 | 1.10 Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das a es e serviços de m dia e alta complexidade a partir da aten o básica, de acordo com a programa o pactuada e integrada da aten o   saúde; |
| Objetivo 2: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de m dia e alta complexidade | 84 | Elaborar e Implantar a Política Estadual de Aten o Hospitalar.  | 16 | 1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da aten o   saúde da popula o;   |
|   | 85 | Implantar a Política de Hospitais de Pequeno Porte.   | 17 | 1.9 Coordenar o processo de configura o do desenho da rede de aten o   saúde, nas rela es intermunicipais, com a participa o dos municípios da região;   |
|   | 86 | - Regular 60% dos leitos universitários.  | 18 | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regula o de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementa o dos mesmos;                                |
|   | 87 | - Regular 100% dos leitos dos hospitais da rede própria estadual.   |    |  |

|   |     |   |    |   |
|---|-----|---|----|---|
|   | 88  | - Contratar e regular 100% dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade.                                   | 19 | 4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção à saúde;              |
|   | 89  | - Regular 100% das internações psiquiátricas.   | 20 | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos; |
|   | 90  | - Implantar sistema de referência e contra-referência em Hematologia em 100% dos municípios.                                      |    |   |
|   | 91  | - Garantir atendimento ambulatorial a 100% das pessoas portadoras de DST/AIDS e/ou hepatite B e C.                                | 21 | 4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;   |
|   | 92  | - Aumentar em 50% o número de leitos de internação de AIDS.   |    |   |
| Objetivo 3: Ampliar a oferta de serviços de atenção especializada | 93  | Implantar 01 centro de tratamento para trombofilia em Hospital Geral.   | 22 | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos; |
|   | 94  | Implantar 09 ambulatórios regionais de especialidades prioritárias, integrados a atenção básica.                                  |    |   |
|   | 95  | Implantar 01 centro de diagnóstico de trombofilia.  |    |   |
|   | 96  | Ampliar em 50% a oferta dos procedimentos de diagnóstico por imagem e patologia clínica.  |    |   |
|   | 97  | Ampliar em 20% a oferta de vagas em Terapia Renal Substitutiva  |    |   |
|   | 98  | Credenciar 06 Hospitais Amigo da Criança.   |    |   |
|   | 99  | Ampliar em 50% o número de leitos de UTI Neonatal.  |    |   |
|   | 100 | Ampliar em 20% o número de leitos de UTI Adulto   |    |   |
|   | 101 | Ampliar em 80% o número de leitos de UTI Pediátrico.  |    |   |
|   | 102 | Ampliar em, no mínimo, 50% o número de leitos de Centro de Tratamento de Queimados, priorizando as áreas com pólos petroquímicos. |    |   |

|  |     |   |    |   |
|--|-----|---|----|---|
|  | 103 | Implantar 3 UNACONS com Radioterapia e/ou CACONS com abrangência macro-regional.  |    |   |
|  | 104 | Construir 01 Centro Integrado de Atenção em Saúde – CIAS – ambulatório de especialidades, serviço de imagem, cirurgia ambulatorial, serviço de reabilitação, centro de especialidade odontológica, laboratório de análises clínicas, na comunidade do Alemão, |    |   |
|  | 105 | Construir 01 Centro Integrado de Atenção em Saúde – CIAS – ambulatório de especialidades, serviço de imagem, cirurgia ambulatorial, serviço de reabilitação, laboratório de análises clínicas, na comunidade da Rocinha, por meio do PAC Urbanização – compon |    |   |
|  | 106 | Implantar 01 Maternidade Regional na Região Centro-Sul.   |    |   |
|  | 107 | Instituir co-financiamento para o custeio de Leitos de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal para unidades públicas e filantrópicas à luz do Plano Diretor de Assistência Hospitalar.   |    |   |
| Objetivo 4: Desenvolver e implantar a Política de Transplantes   |     | Instituir a Política Estadual de Transplante.   |    |   |
|  |     | Criar 5 Organizações de Procura de Órgãos.  |    |   |
|  |     | Criar 1 Banco de Olhos.   |    |   |
|  |     | Atingir a cada ano a média nacional de doações/milhão de habitantes.  |    |   |
|  |     | Aumentar em 50% os transplantes de córnea em relação ao ano de 2007.  |    |   |
|  |     | Habilitar/autorizar 2 novos serviços para realização de transplantes de órgãos.   |    |   |
|  |     | Aumentar em 20% o número de leitos públicos de transplante de medula óssea autólogo e alogênico.  |    |   |
| Objetivo 5: Ampliar o acesso e garantir a qualidade do sangue, hemocomponentes e dos serviços fornecidos à população | 108 | Atender a 100% da demanda hemoterápica pública.   | 23 | 1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica |
|  | 109 | Fidelizar 2% da população como doadora de sangue.   |    |   |
|  | 110 | Controlar a qualidade do produto final em 100% dos serviços de hemoterapia.   |    |   |

|   |     |   |    |   |
|---|-----|---|----|---|
|   | 111 | Concluir 100% das obras de construção e reforma da Hemorrede pública.   |    | e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.  |
|   | 112 | Atender a 20% da necessidade de atualização tecnológica do parque de equipamentos hemoterápicos da Hemorrede pública.   |    |   |
|   | 113 | Informatizar 100% dos Serviços públicos integrantes da Hemorrede.   |    |   |
|   | 114 | Implantar 100% dos ambulatórios de doença falciforme pactuados na CIB.  |    |   |
| 3.1.4. Revisão da Política Estadual de Atenção à Urgência e Emergência  |     |   |    |   |
| Objetivo 1: Organizar Redes Regionais de Atenção às Urgências.  | 115 | Elaborar o Plano Estadual de Urgência/Emergência  | 24 | 4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;   |
| Objetivo 2: Otimizar o atendimento hospitalar visando a organização da rede de respostas locais, microrregionais, regionais e macrorregionais às condições agudas | 116 | Implantar/implementar 40 UPA 24h na rede de urgência pré-hospitalar fixa de acordo com as necessidades regionais.   |    |   |
|   | 117 | Implantar o SAMU REGIONAL em 100% das regiões.  |    |   |
|   | 118 | Redefinir o perfil de 100% dos Serviços de Pronto Atendimento adequando-os às modalidades Centro Integrado de Atenção à Saúde, segundo tipologia, por área de abrangência.                      |    |   |
|   | 119 | Adquirir 01 aeronave para transferências inter-hospitalares reguladas e para o Sistema de Transplantes.   |    |   |
| 3.1.5. Integração das ações conformando a Política Estadual de Assistência Farmacêutica   |     |   |    |   |
| Objetivo 1: Garantir o acesso dos usuários do SUS à assistência farmacêutica qualificada  | 120 | Elaborar e Implementar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica em consonância com a reorientação do modelo assistencial por linha de cuidado com ênfase no uso racional de medicamento. | 25 | 1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as |
|   | 121 | Implantar a Farmácia Central de medicamentos Excepcionais.  |    |   |

|  |     |   |    |   |
|--|-----|---|----|---|
|  | 122 | Descentralizar a execução do CMDE/RJ (Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional) mediante a implantação de 10 núcleos regionais.  |    | normas vigentes e pactuações estabelecidas;   |
|  | 123 | Elaborar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais, contemplando medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.   |    |   |
|  | 124 | Estruturar o serviço de assistência farmacêutica em 100% dos municípios.  |    |   |
|  | 125 | Implantar a Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica, com o objetivo de formular e acompanhar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica.   |    |   |
|  | 126 | Constituir Câmara técnica Assessora à Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica para discussão da implantação da Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos e Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares. |    |   |
|  | 127 | Promover a migração de 16 unidades da Farmácia Popular Estadual para o Programa Farmácia Popular do Brasil.   |    |   |
|  | 128 | Apoiar a estruturação, em 100% dos municípios, com programas de homeopatia, a implantação de farmácia de manipulação de medicamentos homeopáticos.  |    |   |
|  | 129 | Apoiar a implementação da produção de medicamentos fitoterápicos em escala industrial por Laboratórios oficiais no Estado do Rio de Janeiro.  |    |   |
| 3.1.6. Fortalecimento da Vigilância em Saúde   |     |   |    |   |
| Objetivo 1: Aprimorar e aperfeiçoar as ações de promoção, controle de riscos, doenças e agravos prioritários | 130 | Implantar Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA – em 100% dos Municípios.  | 26 | 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; |

|     |   |    |   |
|-----|---|----|---|
| 131 | Cobrir 80% dos imóveis, em cinco ciclos de inspeção, para eliminação de focos e/ou criadouros do <i>Aedes aegypti</i> e/ou <i>Aedes albopictus</i> dos municípios infestados.                         | 27 | 1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;  |
| 132 | Aumentar o percentual de notificação dos casos de sífilis congênita para 60% dos casos estimados - Manter 95% de cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade.                     |    |   |
| 133 | Realizar 100% das ações de fiscalização sanitária programadas.  | 28 | 1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;  |
| 134 | Implementar em 100% dos municípios o Plano de Contingência para Assistência a pacientes com dengue.   |    | 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; |
| 135 | Implantar o fluxo de agravos à saúde relacionados ao trabalho em 100% das Unidades Sentinelas Regionais (CERESTs).  |    |   |
| 136 | Estruturar, em 100% dos municípios, o Programa de Saúde do Trabalhador.   |    |   |
| 137 | Implantar Câmaras Técnicas de Vigilância em Saúde nas 9 regiões.  |    |   |
| 138 | Monitorar e avaliar a realização do tratamento/seguimento no nível ambulatorial de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de alto grau do câncer de colo de útero (NIC I, II e III). | 29 |   |
| 139 | Monitorar e avaliar o alcance da cobertura de exames citopatológicos cérvico-vaginais na população de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.   |    |   |
| 140 | Desenvolver instrumentos de monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde em 100% das Secretarias Municipais de Saúde.   |    |   |
|     |   |    |   |



|   |     |  |    |   |
|---|-----|--|----|---|
|   | 141 | Apoiar a implantação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de AIDS e Hepatites em 100% dos municípios com mais 100.000 habitantes.   |    |   |
|   | 142 | Garantir o estabelecimento de centros de referência para atendimento aos profissionais vítimas de acidentes de trabalho com material biológico em 100% das regiões.                              |    |   |
| 3.1.7. Humanização em Saúde   |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Estimular, disseminar e implantar a política de humanização nos serviços próprios da SESDEC     | 143 | Implantar e acompanhar o acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização em 100% dos hospitais da rede própria com serviços de urgência e emergência e UPAs 24 horas. | 30 | 4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos; |
|   |     | Implantar e acompanhar o dispositivo da Ambiência em 100% das unidades com serviços de urgência e emergência e UPAs 24 horas.  |    |   |
|   |     | Implantar a Visita Aberta em 100% das unidades.  |    |   |
|   |     | Implantar o Direito a Acompanhante em 100% dos Hospitais da Rede Própria conforme a legislação vigente.  |    |   |
| Objetivo 2: Estimular a transversalização da humanização nas políticas de saúde do Estado do Rio de Janeiro |     | Implantar Câmaras Técnicas de Humanização nas nove Regiões do Estado.  |    |   |
|   |     | Apoiar a implantação dos planos municipais de humanização em, no mínimo, 40 municípios.  |    |   |
|   |     | Promover 01 Seminário de Humanização em cada região.   |    |   |
|   |     | Implantar a Política de Humanização no atendimento em 100% das Unidades da Rede de Urgência/Emergência.  |    |   |
|   |     | Implantar o Programa de Humanização do Parto e Nascimento em 100% dos municípios.  |    |   |
| 3.1.8. Investimento e melhoria dos serviços próprios estaduais  |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Investir na ampliação dos serviços da rede própria estadual e na modernização de seu parque     |     | Concluir e adequar a obra do Hospital de São João de Meriti para se transformar no Hospital Estadual da Mulher.  |    |   |

|             |     |  |    |   |
|-------------|-----|--|----|---|
| tecnológico | 144 | Criar um grupo de trabalho com gestores estaduais, universidades públicas, centros de pesquisa públicas e representantes do CES para elaborar projeto que atenda as necessidades de ensino, pesquisa e também a prestação de serviços correspondentes. | 31 | 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; |
|             |     | Reativar o prédio clínico do antigo "IASERJ" como uma unidade de referência para outras unidades estaduais.  |    |   |
|             |     | Reestruturar e equipar 100% das unidades de terapia intensiva existentes atendendo a Portaria do Ministério da Saúde.  |    |   |
|             |     | Ampliar em 50% o quantitativo de leitos nas unidades de terapia intensiva.   |    |   |
|             |     | Ampliar e equipar 100% dos Serviços de Imagem das unidades.  |    |   |
|             |     | Modernizar e equipar 100% das salas de cirurgia e de recuperação pós-anestésica existentes.  |    |   |
|             |     | Implantar 03 Centros de Imagem – Rio Imagem – em áreas estratégicas.   |    |   |
|             |     | Capacitar as unidades para ocupação de sua totalidade de leitos, com meta de ampliar 180 novos leitos, de acordo com as necessidades de cada unidade, integrados à Central de Regulação.   |    |   |
|             |     | Fazer reforma geral nos Hospitais Estaduais Pedro II, Albert Schweitzer e Rocha Faria, garantindo a manutenção do espaço físico e de equipamentos.   |    |   |
|             | 145 | Fazer reforma geral no LACENN.   | 32 | 1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;  |
|             |     | Reformar a antiga unidade do Hospital Olivério Kraemer, anexa ao Albert Schweitzer, transformando-o numa unidade ambulatorial de média complexidade.   |    |   |
|             |     | Adquirir equipamentos e fazer reformas gerais em todos os demais serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme a necessidade desses.   |    |   |
|             |     | Adaptar o antigo Hospital Anchieta para uma unidade ambulatorial de média complexidade.  |    |   |

|   |     |   |    |  |
|---|-----|---|----|--|
|   |     | Consolidar o Hospital Eduardo Rabelo como unidade de referência gerontológica.  |    |  |
|   |     | Adequar o perfil do Hospital Prefeito João Batista Cáffaro às necessidades de atendimento da região em conformidade com o PDR e com o PDI, com o desenvolvimento previsto do pólo petroquímico. |    |  |
|   |     | Implantar banco de Leite Humano em 100% das unidades hospitalares com Maternidade.  |    |  |
|   |     | Implantar a agência transfusional no Hospital Vereador Melquíades Calazans.   |    |  |
|   |     | Implantar núcleo de Testagem anônima de AIDS em uma das unidades da Zona Oeste - Hospital Albert Schweitzer.  |    |  |
|   |     | Implantar unidade de coleta de sangue na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.   |    |  |
|   |     | Adequar a estrutura física em 100% das unidades para o rompimento das barreiras de acesso às pessoas com deficiência.   |    |  |
|   | 146 | Adequar a estrutura física e administrativa da Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS).  | 33 | 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; |
|   |     | Implantar 01 Centro de Imagens de Odontologia constituindo Referência Estadual.   |    |  |
|   |     | Reestruturar o Instituto Vital Brasil através de sua adequação e modernização física e tecnológica.   |    |  |
|   |     | Adequar a estrutura física de 100% dos serviços estaduais com programas de homeopatia.  |    |  |
| Objetivo 2: Apoiar a gestão administrativa e assistencial das unidades próprias |     | Implantar a Comissão Intra hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOT – em 100% das unidades hospitalares.   |    |  |
|   |     | Reorientar a Assistência pela lógica da gestão do cuidado.  |    |  |

|  |     |   |    |  |
|--|-----|---|----|--|
|  | 147 | Realizar a supervisão, monitoramento, controle e avaliação em 100% dos contratos de gestão, que serão firmados entre a Secretaria e cada Fundação Estatal previamente aprovados pelo CES.   | 34 | 4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção à saúde;                     |
|  | 148 |   | 35 | 4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;   |
| Objetivo 3: Melhorar o atendimento ao usuário e profissionalizar a gestão hospitalar. Promover a melhoria do desempenho, por meio da qualidade e segurança na assistência hospitalar, com o uso eficiente dos recursos. Desenvolver a sustentabilidade política, legal e econômica |     | Implantar 03 Fundações Estatais – FE – autorizadas pela Lei nº 5.164 de 17/12/2007, D.O.E. 18/12/2007, a saber: Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Fundação Estatal dos Institutos de Saúde. |    |  |
|  | 149 | Criar no âmbito da SESDEC instância responsável pela supervisão, monitoramento, controle e avaliação dos contratos de gestão que serão firmados entre a Secretaria e cada Fundação Estatal.   | 36 | 4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;   |
|  |     | Incorporar as unidades da Rede Própria gradativamente, de acordo com a organização das unidades.  |    |  |
| Objetivo 4: Melhorar a qualidade e eficiência dos serviços próprios estaduais  |     | Informatizar processos de trabalho em 100% das unidades.  |    |  |
|  | 150 | Otimizar a produção de informações nos sistemas oficiais em 100% das unidades próprias.   | 37 | 3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;                                  |
|  | 151 | Elaborar relatórios com indicadores de produção, desempenho, qualidade e economicidade com periodicidade trimestral.  | 38 | 3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal. |
|  |     | Implantar Política de segurança do paciente.  |    |  |

|  |     |  |    |   |
|--|-----|--|----|---|
|  | 152 | Implantar o sistema de dispensação de medicamentos por dose individualizada em 100% das unidades hospitalares.   | 39 | 1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; |
|  |     | Implantar Núcleos de Atenção à Saúde do Trabalhador (NUAPSS) em 100% das unidades hospitalares.  |    |   |
| Objetivo 5: Integrar o atendimento das unidades estaduais com os Institutos do Ministério da Saúde   |     | Promover a integração administrativa e assistencial do Instituto Estadual de Cardiologia Aluisio de Castro com o Instituto nacional de Cardiologia de Laranjeiras. |    |   |
|  |     | Promover a integração assistencial das unidades estaduais que oferecem atendimento ortopédico com o Instituto nacional de Traumatologia Ortopedia.                 |    |   |
| 3.2 Eixo II: Fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão estadual   |     |  |    |   |
| 3.2.1. Reorientação do modelo de gestão da atenção para Linhas de Cuidado como forma de construir a integralidade.   |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Garantir a integralidade da atenção para doenças prevalentes e ciclos de vida.   | 153 | Implantar as linhas de cuidado para hipertensão arterial, diabetes, câncer do colo uterino e da mama em 100% das regiões.  | 40 | 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;   |
|  | 154 | Implantar as linhas de cuidado para a saúde materno-infantil, do adolescente e do idoso em 100% das regiões.   |    |   |
| 3.2.2. Implantação de Sistema Integrado de Informação Gerencial e de Saúde   |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Integrar as bases de dados dos Sistemas de Informações do SUS e desenvolver uma ferramenta de geoprocessamento, criando um sistema de informações que permita a utilização dos dados | 155 | Implementar um sistema informatizado que permita o acompanhamento de 100% dos indicadores de gestão.   | 41 | 1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades,   |

|   |  |  |     |  |
|---|--|--|-----|--|
| para planejamento, acompanhamento, avaliação e desenvolvimento do Sistema de Saúde                        |  |  |     | oportunidades e recursos;  |
| 156   | Integrar as bases de dados do SIA, SIH, SIM, SINASC e SINAN.                       | 42   | 1.7 | a) Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual   |
| 157   | Implantar o Laboratório de Geoprocessamento.                                       | 43   |     | b) cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;   |
| 158   | Implantar o Cadsus em 100% Municípios.   |  | 1.8 | Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:   |
| 159   | Otimizar a alimentação do SIOPS por 100% dos Municípios e pela SESDEC.             | 44   |     | a) planejamento,   |
| 160   | Implantar 06 Serviços de Verificação de Óbito - SVO.                               | 45   |     | b) regulação,  |
| 161   | Reduzir a proporção de registros de óbitos por causas mal definidas a menos de 5%. | 46   |     | c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,  |
| 162   | Manter 100% de cobertura na alimentação do SINASC.                                 | 47   |     | d) monitoramento e avaliação;  |
| 163   | Manter 100% de cobertura na alimentação do SINAN.                                  | 48   | 3.5 | Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;                                  |
| 164   | Implantar 01 Sala de Situação Estadual.  | 49   | 3.6 | Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal. |
| 3.2.3. Implementação da política de Programação, Controle, Avaliação e Regulação                          |  |  |     |  |
| Objetivo 1: Integrar os recursos aplicados na saúde pelas três esferas de governo à lógica da organização | 165  | Acompanhar a aplicação dos recursos financeiros informados no SIOPS por 100% dos municípios. | 50  | 4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;  |

|   |     |   |    |   |
|---|-----|---|----|---|
| da rede   | 166 | Garantir que 100% dos recursos alocados na PPI assistencial sejam programados de acordo com a lógica da organização da rede e de acordo com os Termos de Compromisso para Garantia de Acesso.                                     | 51 | 3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;  |
|   | 167 | Possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de programação pactuada e integrada da assistência, e assegurar que estejam explicitados em 100% dos Termos de Compromisso para Garantia de Acesso. | 52 | 4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;  |
|   | 168 | Reestruturar e qualificar o processo de credenciamento de serviços no SUS.  | 53 | 4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;   |
|   | 169 |   | 54 | 4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;  |
|   | 170 | Elaborar e Implantar o Plano Estadual de Controle e Avaliação.  | 55 | 4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS; |
|   |     | Monitorar trimestralmente 100% dos indicadores definidos para os procedimentos de alta complexidade: TRS, Oncologia, Cardiologia e UTI Neonatal.  |    |   |
| Objetivo 2: Reformular e implantar a Política Estadual de Regulação | 171 | Adequar, ampliar e integrar 100% das Centrais Municipais e Regionais de Regulação e a Central Estadual de Regulação.  | 56 | 4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;   |
|   | 172 | Implantar sistema de informação integrado, em 100% das Centrais de Regulação, via WEB.  | 57 | 4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;   |
|   | 173 | Integrar 100% das Unidades Hospitalares Federais, Estaduais e Municipais ao Sistema Estadual de Regulação.  | 58 | 4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;   |
| 3.2.4. Redefinição e implantação da Política de Regionalização      |     |   |    |   |

|   |     |  |    |   |
|---|-----|--|----|---|
| Objetivo 1: Aperfeiçoar e consolidar o processo de implementação do Pacto pela Saúde                              | 174 | Transferir a gestão de, no mínimo, 02 unidades de saúde estaduais, com perfil de atuação municipal, para os municípios competentes.  | 59 | 1.4 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;   |
|   | 175 | Apoiar a implantação das fundações públicas de saúde em 100% dos municípios que demandarem.  |    |   |
|   | 176 | Implantar o Pacto pela Saúde nos 92 municípios do Estado.  |    |   |
|   | 177 | Elaborar e aplicar instrumentos que permitam monitorar e avaliar 100% dos Termos de Compromisso de Gestão e dos Relatórios de Indicadores do Pacto pela Saúde.                           |    | 1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes;  |
|   | 178 | Fortalecer a capacidade de gestão estadual e municipal mediante a institucionalização e adoção de 100% dos instrumentos de planejamento do SUS, organizando uma rede de apoio gerencial. | 60 |   |
|   | 179 | Institucionalizar o Sistema de Planejamento do SUS em 100% dos Municípios.   |    |   |
| Objetivo 2: Implantar os princípios da regionalização solidária do SUS, considerando as especificidades regionais | 180 | Atualizar o Plano Diretor de Regionalização em consonância com as redes de Atenção e linhas de cuidado.  | 61 | 2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização;  |
|   | 181 | Atualizar o Plano Diretor de Investimentos à luz das diretrizes do Plano Diretor de Regionalização.  | 62 | 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 Diretor de Investimento. |
|   | 182 | Implantar 100% dos colegiados de gestão regional.  | 63 | 2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;   |
|   | 183 | Implantar e fortalecer os Comitês Regionais de Urgência e Emergência em 100% das regiões.  | 64 | 2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;   |
|   | 184 | Consolidar e agregar todas as interfaces regionais da SESDEC em uma mesma estrutura em 100% das regiões.   | 65 | 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;   |
|   | 185 | Promover o alinhamento de 100% dos Consórcios existentes à legislação atual, em conformidade com a lei 11.107 de 2006.       | 66 | 4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;   |
|   | 186 | Apoiar técnica, jurídica e financeiramente os consórcios públicos de acordo com as diretrizes da lei 11.107 de 2006.         |    |   |
|   | 187 | Apoiar a implantação de consórcios públicos nas Regiões da Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea.                          |    |   |
|   |     | Promover a realização de visitas anuais a 100% das regiões, com garantia de apoio integrado.                                 |    |   |
|   |     | Projeto Saúde na Área.   |    |   |
|   | 188 | Implantar incentivo financeiro à qualidade da gestão – Projeto Qualigest.  | 67 | 1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios; |
|   | 189 | Promover a ascensão de 100% dos Municípios ao 1º patamar do ranking de indicadores de qualidade de gestão.                   |    |   |
| 3.2.5. Estruturação e qualificação da capacidade de resposta às demandas judiciais                  |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Qualificar a resposta às demandas judiciais no âmbito do Estado do Rio de Janeiro       |     | Definir os critérios para racionalizar e Otimizar o atendimento às demandas judiciais através de protocolos.                 |    |   |
|   |     | Dar suporte técnico a 100% dos municípios que possuam demandas judiciais.  |    |   |
|   |     | Implantar e disponibilizar para os municípios o sistema de informações para monitoramento e Controle das demandas judiciais. |    |   |
| Objetivo 2: Reduzir o número de ações judiciais de medicamentos, materiais, insumos e procedimentos |     | Reduzir em 50% o número de ações de fornecimento.  |    |   |
|   |     | Instituir Comitê técnico Assessor ao Poder Judiciário nas questões relativas às ações judiciais.                             |    |   |

|   |     |   |    |   |
|---|-----|---|----|---|
| que possuem cobertura do SUS  |     | Realizar 01 Seminário Anual entre COSEMS, PJ, MP, DP e SESDEC.  |    |   |
| 3.3 Eixo III: Educação e gestão participativa   |     |   |    |   |
| 3.3.1. Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social na Gestão do SUS   |     |   |    |   |
| Objetivo 1: Oferecer as condições materiais, técnicas, administrativas e financeiras para o funcionamento regular do Conselho Estadual de Saúde (CES) | 190 | Realizar anualmente Oficina de Planejamento do Conselho Estadual de Saúde, com ampla participação dos conselheiros.   | 68 | 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; |
|   | 191 | Implementar a política estadual de educação permanente para os conselheiros estaduais e apoiar o processo de formação dos conselheiros municipais, através da realização de programas anuais de formação e capacitação para todos os Conselheiros de Saúde do | 69 | 7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;  |
|   | 192 | Realizar a Conferência Estadual de Saúde de acordo com o que estabelece a legislação.   | 70 | 7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;  |
|   | 193 | Apoiar a realização anual da Plenária Estadual de conselheiros de Saúde.  | 71 | 7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;   |
|   | 194 | Acompanhar e avaliar o funcionamento de 100% dos Conselhos Municipais de Saúde, visando fortalecer a participação social no SUS.  | 72 | 7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;  |
|   | 195 | Apoiar e acompanhar a implantação e funcionamento do Programa de Inclusão Digital para 100% dos conselhos municipais e estadual de saúde, para busca de informações e análise de dados.   | 73 | 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; |
| 3.3.2. Implementação de práticas de Educação em Saúde e de Gestão Participativa   |     |   |    |   |
| Objetivo 1: Apoiar o desenvolvimento da Política Nacional de Educação na Saúde e implantar as comissões de  | 196 | Implantar a CIES Estadual.  | 74 | 6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito  |
|   | 197 | Implantar CIES em 100% das regiões.   |    |   |

|                                       |     |   |    |   |
|---------------------------------------|-----|---|----|---|
| integração de ensino e serviço (CIES) | 198 | Elaborar Planos Regionais e Estadual de Educação Permanente em saúde em 100% das regiões.   |    | estadual;   |
|                                       | 199 | Avaliar e monitorar a execução de 100% dos projetos aprovados nos Planos de Ação Regionais e no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.   |    |   |
|                                       | 200 | Instalar 100% das Câmaras Técnicas de Apoio vinculadas à Comissão de Integração Ensino - Serviço Estadual e CIES Regionais.   | 75 | 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; |
|                                       | 201 | Garantir o acesso de 100% dos profissionais da rede de saúde mental às ações de formação permanente, contribuindo para a constituição de serviços-escola, expansão dos cursos de média e longa duração e apoio à pesquisa no campo da saúde mental.           | 76 | 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;                |
|                                       | 202 | Implantar 03 NEUS (Núcleos de Educação em Urgências) em parceria com as instituições de Ensino vinculadas às CIES.  | 77 | 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;                                     |
|                                       | 203 | Implantar 01 Núcleo de Educação Permanente por SAMU regional, em 100% das regiões, vinculados às CIES Regionais.  |    |   |
|                                       | 204 | Qualificar 100% dos profissionais de Controle e Avaliação das SMS através dos cursos RCAA/MS e de outros que se fizerem necessários com base nas carências identificadas no Plano Estadual de Controle e Avaliação, ampliando sua oferta para conselheiros es |    |   |
|                                       | 205 | Apoiar e monitorar a implantação de ações de Educação em Saúde em 100% dos municípios através de indicadores e visita técnica.  | 78 | 6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;   |
|                                       | 206 | Apoiar a implantação de Curso de Aperfeiçoamento em gestão de redes e serviços de Saúde.  | 79 | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;   |

|   |     |   |    |  |
|---|-----|---|----|--|
|   | 207 | Promover educação permanente em serviço para 80% dos profissionais de saúde lotados em serviços de emergência dos hospitais estaduais e 40% daqueles lotados nas demais emergências.  | 80 | 6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;             |
| Objetivo 2: Implantar Conselhos Gestores nas Unidades da Rede Pública Estadual de Saúde   |     | Realizar Oficinas de Sensibilização em 100% das unidades hospitalares próprias.   |    |  |
|   |     | Implantar Conselhos Gestores em 100% das unidades hospitalares próprias.  |    |  |
|   |     | Apoiar a implantação de Conselhos Gestores em 100% das Unidades públicas.   |    |  |
| Objetivo 3: Ampliação e fortalecimento do acesso da população às informações sobre SUS e direitos sociais, através de processos de organização social | 208 | Realizar 01 Seminário Estadual e oficinas, em 100% das regiões, para divulgação da Carta de Direitos dos Usuários do SUS.   | 81 | 7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;   |
|   | 209 | Instalar Câmaras Técnicas de educação Popular vinculadas à CIES Estadual e Regionais como Estratégia de transversalidade da metodologia da educação Popular às Práticas educacionais. | 82 | 7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;  |
| Objetivo 4: Articular os componentes: Gestão Participativa, ouvidoria, auditoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS com o Controle Social    | 210 | Criar e Instalar o Colegiado Gestor da Política Estadual de gestão Estratégica e Participativa.   | 83 | 7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.          |
| Objetivo 5: Apoiar o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Profissional dos Trabalhadores de nível médio em saúde para o SUS               | 211 | Realizar Curso Técnico de Enfermagem (Módulo II) em 100% das Regiões.   | 84 | 6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual; |
|   | 212 | Realizar Curso Técnico de Vigilância em Saúde em 100% das regiões.  |    |  |
|   | 213 | Realizar Curso Técnico em Higiene Dental (Módulo I e II) em 100% das regiões.   |    |  |
|   | 214 | Realizar Curso de Agente Comunitário de Saúde em 100% das regiões.  |    |  |
|   | 215 | Realizar Curso de Atualização em Manejo Clínico da Dengue para a rede própria e em 100% das regiões.  |    |  |
|   | 216 | Realizar curso de Cuidador do Idoso em 100% das regiões.  |    |  |

|   |     |   |    |   |
|---|-----|---|----|---|
|   | 217 | Realizar curso de Patologia Clínica em 100% das regiões.  |    |   |
|   | 218 | Realizar a Qualificação de 100% dos Instrutores pedagógicos (docentes) da ETIS.   |    |   |
|   | 219 | Implantar um ponto de atendimento do Telessaúde na ETIS.  |    |   |
|   | 220 | Implantar a Biblioteca Virtual em Saúde.  |    |   |
|   | 221 | Ampliar em 50% a capacidade de execução da ETIS.  |    |   |
| Objetivo 6: Estruturar a Política de Apoio a Programas de Residência Multiprofissional em Saúde         | 222 | Implantar Programas de Residência Multiprofissional nas áreas de saúde da família, saúde mental, gestão em saúde e atenção hospitalar.  | 85 | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde; |
|   | 223 | Implantar Programas de Residência em Saúde da Família em 100% das regiões.  |    |   |
| Objetivo 7: Apoiar a Certificação de Hospitais da Rede Própria da SESDEC como Hospitais de Ensino       | 224 | Definir marco normativo/regulatório.  | 86 | 6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;                        |
|   | 225 | Implantar a Comissão de Certificação de Hospitais de Ensino da SESDEC.  |    |   |
|   | 226 | Certificar 02 (duas) unidades hospitalares e 02 (dois) Institutos especializados.   |    |   |
| Objetivo 8: Reestruturar os Programas de Estágio e Residência nas unidades da rede própria da SESDEC    | 227 | Definir novo marco normativo/regulatório.   |    |   |
|   | 228 | Adotar instrumentos jurídicos de cooperação para 100% das concessões de estágio entre a SESDEC e as instituições de ensino. Realizar concurso público anual para provimento de vagas de estágio e residência. |    |   |
| Objetivo 9: Reestruturar os Centros de Estudos e Aperfeiçoamento das Unidades da Rede Própria da SESDEC | 229 | Definir marco normativo/regulatório.  |    |   |
|   | 230 | Reestruturar e qualificar 100% dos Centros de Estudos da Rede Própria.  |    |   |
| Objetivo 10: Apoiar a Estruturação da Rede Estadual de Telemedicina, Telessaúde e Educação à Distância  | 231 | Instalar a Câmara Técnica de Telemedicina, Telessaúde e Educação à Distância, vinculada à Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual.   |    |   |

|   |     |  |    |   |
|---|-----|--|----|---|
| Objetivo 11: Qualificar a Atenção Básica e Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família                              | 232 | Ofertar Cursos de Especialização para 1.000 profissionais das equipes de Saúde da Família em 100% das regiões, através do UNASUS em parceria com a UERJ.   |    |   |
|   | 233 | Qualificar a Estratégia de Saúde da Família através da capacitação de 100% das equipes na realização de “Curso Introdutório” em parceria com instituições de ensino.   |    |   |
|   | 234 | Promover e assessorar a qualificação dos profissionais de saúde dos municípios para a prevenção, o diagnóstico e o manejo das situações de violência intrafamiliar, atenção integral às doenças prevalentes na Infância e para as situações de urgência. |    |   |
|   | 235 | Promover a qualificação de profissionais de saúde das 38 equipes de PSF para atuar junto às populações tradicionais e específicas.   |    |   |
|   | 236 | Promover a capacitação de 50% profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) para atendimento adequado a população idosa.   |    |   |
|   | 237 | Apoiar a implantação da AMQ (Avaliação de Melhoria da Qualidade) para avaliação das Equipes de Saúde da Família, em 40% dos municípios com população menor que 100.000 habitantes, conforme diretrizes da educação permanente.                           |    |   |
| Objetivo 12: Apoiar as Iniciativas de Reorientação Curricular para a Formação em Saúde                              | 238 | Instalar Câmara Técnica de Apoio e Acompanhamento do Programa Pró-Saúde, vinculada à Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual.   | 87 | 6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde; |
| 3.3.3. Fortalecimento das Ouvidorias  |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Implantar e implementar a Ouvidoria em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, conforme diretrizes nacionais | 239 | Implantar o Serviço de Ouvidoria em 100% das Unidades da Rede Própria de Assistência Hospitalar.   | 88 | 7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.                     |
|   | 240 | Apoiar a implantação de serviços de Ouvidoria em 100% dos municípios.  |    |   |
| 3.4 Eixo IV: Gestão do trabalho   |     |  |    |   |
| 3.4.1. Fortalecimento da área de Gestão do Trabalho   |     |  |    |   |

|   |     |  |    |   |
|---|-----|--|----|---|
| Objetivo 1: Formular e implementar a Política Estadual de Gestão do Trabalho  | 241 | Formular Política de gestão do Trabalho.   | 89 | 5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;  |
|   | 242 | Apoiar 100% dos municípios na formulação e implantação da Política de Gestão do Trabalho.  |    |   |
| Objetivo 2: Adotar um Sistema informatizado e integrado visando coletar e migrar dados sobre a força de trabalho local, para o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS | 243 | Apoiar a adoção do Sistema de Informações de Gestão do trabalho por 100% dos municípios.   |    |   |
| 3.4.2. Desprecarização do Trabalho  |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Estimular a desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde   | 244 | Criar Comitês Regionais de Desprecarização de Trabalho em 100% das regiões.  | 90 | 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; |
|   | 245 | Reduzir em 50% o número de trabalhadores do SUS com vínculos precários.  |    |   |
| 3.4.3. Motivação da Força de Trabalho   |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Estimular a valorização da força de trabalho do SUS   | 246 | Desenvolver e implantar sistema de avaliação de desempenho para 30% dos servidores públicos integrantes do SUS.                              | 91 | 5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;  |
|   | 247 | Desenvolver e implantar programas de reconhecimento do profissional para 100% dos trabalhadores do SUS submetidos à avaliação de desempenho. |    |   |
| 3.4.4. Mesa de Negociação   |     |  |    |   |
| Objetivo 1: Implementar espaços de  | 248 | Reativar plenamente a Mesa de Negociação Estadual.   | 92 | 5.3 Promover espaços de negociação  |

|   |     |   |  |   |
|---|-----|---|--|---|
| negociação permanente entre trabalhadores e gestores no âmbito regional | 249 | Estimular, apoiar e subsidiar a instalação das mesas de negociação de acordo com o protocolo instituído em 100% dos fóruns pertinentes. |  | permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional; |
|   | 250 | Implementar 70% das decisões pactuadas em cada mesa de negociação.  |  |   |



**ANEXO**

ANEXO A - Solicitação ao DEMAGS/SGEP/MS e Dados do SIMPACTO