

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO FEDERAL

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

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

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DA UNIÃO

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

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

- 1.1 Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- 1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- 1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- 1.4 Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso de Gestão;
- 1.5 Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;
- 1.6 Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- 1.7 Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;
- 1.8 Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;
- 1.9 Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

- 1.10 Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- 1.11 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- 1.12 Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;
- 1.13 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- 1.14 Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;
- 1.15 Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;
- 1.16 Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;
- 1.17 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;
- 1.18 Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- 1.19 Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

- 2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- 2.2 Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;
- 2.3 Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;

- 2.4 Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- 2.5 Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

3 – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

- 3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- 3.2 Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- 3.3 Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- 3.4 Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;
- 3.5 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;
- 3.6 Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;
- 3.7 Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

4 – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

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

- 4.2 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- 4.3 Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- 4.4 Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;
- 4.5 Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- 4.6 Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
- 4.7 Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;
- 4.8 Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
- 4.9 Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;
- 4.10 Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
- 4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
- 4.12 Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
- 4.13 Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;
- 4.14 Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;
- 4.15 Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- 4.16 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

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

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

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

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

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

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

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

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

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

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
1. Saúde do idoso	i. Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	
	ii. Disponibilizar Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa.	
	iii. Apoiar estados e municípios na reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.	
	iv. Apoiar estados e municípios na implementação do programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.	
	v. Apoiar estados e municípios para qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.	
	vi. Apoiar estados e municípios na instituição da avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.	
	vii. Apoiar estados e municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.	
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama	i. Apoiar os estados e municípios na realização de exames preventivos do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%
	ii. Incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório	
	iii. Apoiar estados e municípios na ampliação da cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60%

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
	iv. Apoiar os estados e municípios para a realização de punção para os casos necessários, de acordo com o protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100%
3. Redução da mortalidade infantil e materna	i. Reduzir a mortalidade neonatal.	5%
	ii. Reduzir os óbitos por doença diarreica.	50%
	iii. Reduzir os óbitos por pneumonia.	20%
	iv. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.	
	v. Apoiar estados e municípios na implantação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%
	vi. Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%
	vii. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.	
	viii. Apoiar estados e municípios na qualificação dos pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.	
4. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	i. Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%
	ii. Reduzir a < 1% a infestação predial por Aedes aegypti nos municípios prioritários.	30%
	iii. Apoiar os estados e municípios na implantação de ações para a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	100%
	iv. Apoiar os estados e municípios na implantação de ações para a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%
	v. Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
	vi. Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE nos estados e capitais.	100%
5. Promoção da saúde	i. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.	
	ii. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;	
	iii. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;	
	iv. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;	
6. Fortalecimento da atenção básica	i. Estimular e apoiar estados e municípios a assumirem a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.	
	ii. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.	
	iii. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.	
	iv. Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.	
	v. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.	

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
	vi. Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.	
	vii. Incentivar os municípios a aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.	
	viii. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.	
	ix. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.	
7. Regulação da atenção e regulação assistencial	i. Apoiar os municípios e estados na contratualização dos prestadores de serviços;	100%
	ii. Apoiar os municípios e estados na regulação dos leitos e serviços ambulatoriais contratualizados;	100%
	iii. Apoiar os municípios e estados na extinção do pagamento dos serviços de profissionais médicos por meio do código 7.	100%
PRIORIDADES ESTABELECIDAS PELO CNS		
8. Saúde da Pessoa com Deficiência	i. Implantar núcleos de reabilitação para o atendimento da pessoa com deficiência;	52 núcleos implantados
	ii. Capacitar as equipes da Saúde da Família e ACS para o atendimento às pessoas com deficiência e na prevenção de deficiências;	620 pessoas capacitadas
	iii. Realizar um Encontro Nacional de gestores da Saúde, Gestão e Assistência Social;	120 pessoas
	iv. Instituir a Política de Reabilitação Visual;	Publicação de Portaria
	v. Implantar leitos de reabilitação em hospitais gerais e de reabilitação.	

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
09. Saúde Mental	i. Credenciar Centros de Atenção Psicossocial – CAPS;	1000 CAPS credenciados até o final de 2006
	ii. Habilitar Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs;	600 SRTs habilitadas até o final de 2006
	iii. Implantar Serviços Hospitalares de Referência em Álcool e Drogas (SHRad);	50 SHRad implantados até o final de 2006
	iv. Reduzir leitos em hospitais psiquiátricos;	2600 leitos reduzidos em hospitais psiquiátricos somente em 2006
	v. Implantar iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho	420 iniciativas de inclusão social implantadas até o final de 2006
	vi. Beneficiar pacientes de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos por meio do Programa de Volta para Casa;	3000 beneficiários até o final de 2006
	vii. Implantar projetos de redução de danos vinculados aos CAPSad.	30 projetos de redução de danos vinculados a CAPSad implantados

10. Saúde do Trabalhador	i. Apoiar estados e municípios nas ações de saúde do trabalhador, incluindo as curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação;	Notificar Agravos à Saúde do Trabalhador e Acidentes no Trabalho em todos os níveis de atenção do SUS, a partir de Unidades Sentinelas, conforme disposto nas Portarias GM/MS 777, de 28/04/2004 e 2.437, de 07/12/2005.
	ii. Ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais, disposta na Portaria GM nº 2.437 de 07/12/2006;	Habilitar 90 novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Implantar 300 Unidades Sentinelas
	iii. Apoiar estados e municípios na sistematização das informações em Saúde do Trabalhador, na implantação da Portaria GM nº 777 de 28/04/2004;	Implantação do SINAN-NET nos 27 estados
	iv. Apoiar estados e municípios na educação permanente em Saúde do Trabalhador, segundo a Política de Formação de Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS.	Implementar Curso de Especialização a Distância em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana para 960 profissionais de Saúde de 14 estados, em parceria com a ENSP/Fiocruz.

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

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

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

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

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Valor apurado / valor mínimo	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS	PACTO PELA SAÚDE	Igual ou maior 1	O cálculo da União não possui percentual de receita definido, de acordo com o Art. 6 da EC 29, como ocorre para os estados e os municípios. O valor anual a ser aplicado é calculado com base no "valor apurado no ano anterior", corrigido pela variação nominal do PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária. A variação nominal é o valor real + a variação de preço. O valor apurado no ano anterior é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde ou o valor mínimo, o que for

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
					maior.
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPPI)	PACTO PELA SAÚDE	—	(*) UF que não usam o SISPPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%	

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%	
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100	PDR/SES	PACTO PELA SAÚDE	—	
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%	Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEPI em parceria com a ENSP-FIOCRUZ	PACTO PELA SAÚDE	—	*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local	SISCAM	PACTO PELA SAÚDE	10%	

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
	e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100				

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

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

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

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

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS	UF com proporção de cura de 85% ou mais de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados na coorte de 2005 (de abril/2004 a março/2005): manter em pelo menos 85% na coorte de 2006 (de abril/2005 a março/2006); UF com proporção maior ou igual a 80% e menor que 85%, atingir, no mínimo, 85%; UF com proporção maior ou igual a 75% e menor que 80%, incrementar, no mínimo,	

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
				6%; UF com proporção menor que 75%, incrementar, no mínimo, 10%; UF com proporção menor que 50%; incrementar para, no mínimo, 50%.	
Incidência Parasitária Anual de malária	Número de Lâminas positivas para malária, no ano / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de <i>Aedes aegypti</i>	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS	90%	
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS	UF com percentual de causas definidas >30%, reduzir para menos de 25%; UF com percentual de >23 a 30% reduzir para 20% ou menos; UF com percentual de >16 a 23 % reduzir para 15% ou menos; UF com percentual de >13 a 16 % reduzir para 12% ou menos;	

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
				UF com percentual de >10 a 13% reduzir para 10% ou menos; Demais estados (<=10%): manter percentual abaixo de 10%	
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100%	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

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

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo será publicado no Diário Oficial da União.

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

APROVAÇÃO NO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E HOMOLOGAÇÃO NA CIT

Aprovação na Reunião do CNS de:09 de fevereiro 2006.

Homologado na Reunião da CIT de:

Resolução nº:

Brasília, / /

Ministro da Estado da Saúde