

CONASS

para entender a gestão do SUS

2015

A GESTÃO DO SUS



Brasília, 2015 | 1.ª edição

A GESTÃO DO SUS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

© 2015 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

A coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* está disponível gratuitamente para *download* no site www.conass.org.br.

Tiragem: 8 mil exemplares.

ISBN 978-85-8071-027-4

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. –
Brasília: CONASS, 2015.

133 p.

ISBN 978-85-8071-027-4

Sistema de Saúde I.

NLM WA 525

Secretários de Estado da Saúde 2015

AC Francisco Armando Melo	PB Roberta Abath
AL Rozângela Wyszomirska	PE José Iran Costa Júnior
AM Wilson Duarte Alecrim	PI Francisco Costa
AP Pedro Rodrigues Gonçalves Leite	PR Michele Caputo Neto
BA Fábio Vilas Boas	RJ Felipe Peixoto
CE Carlile Lavor	RN José Ricardo Lagreca
DF João Batista de Sousa	RO Williames Pimentel
ES Ricardo de Oliveira	RR Kalil Gibran Linhares Coelho
GO Leonardo Vilela	RS João Gabbardo dos Reis
MA Marcos Pacheco	SC João Paulo Kleinubing
MG Fausto Pereira dos Santos	SE José Macêdo Sobral
MS Nelson Barbosa Tavares	SP David Uip
MT Marco Aurélio Bertulio	TO Samuel Braga Bonilha
PA Heloísa Maria Melo e Silva Guimarães	

Diretoria do CONASS 2014/2015

Presidente

Wilson Duarte Alecrim (AM)

Vice-Presidentes

Região Centro-Oeste

Halim Antonio Girade (GO)

Região Nordeste

Jorge Villas Boas (AL)

Região Norte

Hélio Franco de Macedo Júnior (PA)

Região Sudeste

Marcos Esner Musafir (RJ)

Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

Equipe Técnica do CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso

Assessoria de Relações Internacionais

Fernando Cupertino

Assessoria Jurídica

Alethele de Oliveira Santos

Assessoria de Comunicação Social

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

Coordenação de Núcleos Técnicos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação de Desenvolvimento Institucional

Ricardo F. Scotti

Assessoria Técnica

Alessandra Schneider

Beatriz Figueiredo Dobashi

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Lídia Tonon

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

René Santos

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha De Luiz

Organização da Coleção

René Santos

Elaboração do Livro

Lourdes Almeida

Viviane Rocha de Luiz

Revisão Técnica

René Santos

Revisão Ortográfica

Sem Fronteira Idiomas

Edição

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

Projeto Gráfico e Diagramação

Marcus Carvalho

Como usar o QR Code

Para fazer a leitura dos códigos é preciso ter um *smartphone* ou *tablet* equipado com câmera, acesso à internet e um aplicativo leitor de *QR Code*. Acesse os conteúdos complementares de forma dinâmica e fique sempre atualizado!



Abra o aplicativo e aponte a câmera para o *QR Code*

Aguarde o aplicativo escanear o *QR Code*

O aplicativo irá processar o código

Você será direcionado ao conteúdo online.

Sumário

- 8** APRESENTAÇÃO
- 10** INTRODUÇÃO
- 16** CAPÍTULO 1 – LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DO SUS
- 24** CAPÍTULO 2 – GESTÃO E PLANEJAMENTO
- 86** CAPÍTULO 3 – FINANCIAMENTO
- 120** REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- 126** ANEXOS

Apresentação

Após 21 anos de promulgação da Lei n. 8.080/1990, denominada de Lei Orgânica da Saúde, foi publicado o Decreto n. 7.508/2011, que a regulamenta em alguns aspectos, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Em 2012, de igual forma, foi regulamentada a Emenda Constitucional n. 29/2000, por meio da Lei Complementar n. 141/2012, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e para estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Essas duas normas, entre outras publicadas no período de 2011 a 2014, têm gerado novas discussões nos fóruns de gestores do SUS, pois estabelecem dispositivos importantes sobre os temas da organização e da gestão do SUS e seu financiamento tripartite.

Nesse contexto, o CONASS entendeu que seria oportuno consolidar as informações e as análises sobre estes temas, já contempladas em Notas Técnicas elaboradas neste período e apresentadas em assembleias para os gestores estaduais, transformando-as em uma publicação, com o intuito de registrar essa trajetória e reunir as orientações básicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A expectativa do CONASS é de que essa publicação apoie o trabalho dos técnicos e dos gestores das secretarias estaduais e municipais de saúde, em especial aqueles que no cotidiano do seu trabalho têm a responsabilidade de aproximar cada vez mais o SUS dos cidadãos brasileiros.

Wilson Duarte Alecrim
Presidente do CONASS

Introdução

Ao observar as normas constitucionais e infraconstitucionais do SUS e a prática cotidiana da aplicação dessas normas, transformadas em regulamentos infralegais, isto é, decretos, portarias e resoluções, percebe-se a pluralidade de composição desse sistema. Da mesma forma é inegável que alguns componentes como a organização dos serviços, o modelo de atenção, o financiamento, a gestão, a governança e a regulação sempre estarão presentes, entre outros, como elementos importantes nessa composição.

Ao analisar o sistema de saúde no Brasil percebe-se que um dos grandes desafios tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Para enfrentá-lo têm sido elaborados muitos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde.

Essa realidade está exigindo cada vez mais a implantação de mecanismos de cogestão em que a tomada de decisão caracteriza-se pela negociação permanente para a construção de consensos e compromissos entre os gestores do SUS, nos espaços das comissões intergestores, no intuito de fortalecer a articulação interfederativa.

A Região de Saúde tem se configurado como o território no qual é exercida a governança do sistema de saúde, nos vários fóruns de discussão, inclusive no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR), em que se reúnem gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para a tomada de decisão. Nessa comissão, os gestores municipais e o gestor estadual pactuam e deliberam questões

importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e a força de trabalho para superação dos problemas de saúde daquele território, em exercício permanente de planejamento integrado.

O processo de planejamento está mencionado no art. 165 da Constituição Federal, dando responsabilidades ao Poder Executivo de elaborar planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais. Da mesma forma, a Lei n. 8.080/1990 define que União, estados, Distrito Federal e municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: i) elaboração e atualização periódica do plano de saúde; ii) elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; e, além disso, devem promover a articulação da política e dos planos de saúde.

A lei estabelece, ainda, que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Os planos de saúde serão a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

A Lei Complementar (LC) n. 141/2012 acrescenta que aos Conselhos de Saúde cabe deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, isto é, a todos os conselhos: nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, e não apenas ao Conselho Nacional de Saúde como está no art. 37 da Lei n. 8.080/1990 e no §3º do art. 15 do Decreto n. 7.508/2011. Dessa forma, entende-se que o Conselho Nacional definirá diretrizes nacionais e os demais

conselhos definirão as diretrizes locais, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. Essa mudança na legislação a partir de 2012 reforça o conceito do planejamento ascendente e indica a importância da participação da sociedade na formulação das políticas para a saúde.

Pode-se concluir, então, que planejar é tarefa das três esferas de governo e tem papel importante na organização desse sistema e na oferta dos serviços à população. Como consequência, os gestores do SUS estão sentindo cada vez mais a necessidade de organizar, internamente nas secretarias de saúde, as rotinas e os processos de trabalho, a descentralização de tarefas, bem como a formação de equipes para as questões de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação.

No que se refere ao financiamento, o SUS é financiado por meio do Orçamento da Seguridade Social, que engloba a saúde, a previdência e a assistência social e, no caso da saúde, as principais fontes de recursos são a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), pagas pelas empresas à União.

Após a aprovação da Emenda Constitucional n. 29, em 2000, e a sua regulamentação em 2012, por meio da LC n. 141/2012 e do Decreto n. 7.827/2012, foram definidos os percentuais de aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo no SUS e o que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para efeito de apuração desses recursos mínimos.

O financiamento tem se constituído preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do SUS, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras, tendo em vista que esse sistema desde a sua concepção está inserido no Sistema de Seguridade Social, inspirado em padrões conceituais do estado de bem-estar social. O

seu financiamento é competência dos três Entes federados – União, estados e municípios –, assegurado por recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e contribuições, tendo neste o grande aporte de recursos.

Ao longo do processo de implantação do SUS está se comprovando que os gastos com serviços de saúde têm seus gastos crescentes. A Organização Mundial da Saúde registra que em 1997 os serviços de saúde representavam 8% do PIB mundial ou U\$ 3 trilhões e em 2009 totalizavam 9,4% do PIB mundial.

Alguns estudos prospectivos dos gastos em saúde para o período de 2002 a 2020, realizados por institutos renomados, demonstram que em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estes crescerão de U\$ 2,7 trilhões (8,5% do PIB) para U\$ 10 trilhões (16% do PIB). Nos Estados Unidos da América, as projeções são de gastos superiores a 20% do PIB americano em 2020.

Um levantamento sobre a evolução do total dos gastos públicos em saúde no Brasil, por esfera de governo, demonstra que em 1993 a União aplicava 72%, os estados 12% e os municípios 16%; em 2013, em cenário diferente, a União aplicava 42,59%, os estados 26,67% e os municípios 30,74%.

O SUS é subfinanciado e para melhoria da gestão da saúde pública são necessários mais recursos financeiros. O contingenciamento de recursos para a saúde e sua corriqueira inscrição como restos a pagar afeta significativamente a administração da saúde pública, especialmente de estados e municípios. O fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) trouxe muitos transtornos para a gestão do SUS e, atualmente, os gestores convivem com um déficit de alguns bilhões de reais no seu financiamento.

Considerando que estados e municípios já investem em saúde mais do que é exigido pela Emenda Constitucional n. 29/2000, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) defende

que haja mais recursos para a saúde e que esse incremento contemple três componentes fundamentais: custeio, investimento e capacitação. E deve contemplar, ainda, uma metodologia que vise à redução das desigualdades regionais – seja dentro dos estados, seja entre os estados e as regiões brasileiras.

O incremento de recursos financeiros federais deve, portanto: ampliar as Redes de Atenção à Saúde para além das regiões metropolitanas; aumentar recursos para a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, buscando a equalização do *per capita* entre os estados, a fim de reduzir as desigualdades regionais.

A necessidade de mais recursos para a saúde não se refletiu na Emenda Constitucional n. 86, promulgada em 17 de março de 2015, que alterou o valor mínimo e as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. Pelo contrário, pois o ganho com recursos pela exploração de petróleo e gás natural destinados para a área de saúde, pela Lei n. 12.858, de 9 de setembro de 2013, não será mais acrescidos ao montante mínimo, podendo ser avaliado somente como substituição de fonte. E as emendas individuais com obrigatoriedade de execução, que montam em 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) também serão computadas para fins do cumprimento mínimo. Portanto, poderá acarretar diminuição dos recursos aplicados pela União.

1

Legislação estruturante do SUS

Legislação estruturante do SUS

Os fundamentos do SUS estão expressos na seção II do capítulo II do título VIII da Constituição Federal de 1988, que trata da Seguridade Social¹. Essa seção estabelece: os direitos dos usuários, os deveres do estado e as diretrizes da organização do sistema; como será financiado esse sistema; a participação da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde; as atribuições do sistema; e a admissão de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias.

A Constituição Federal remeteu a regulamentação do SUS à aprovação de leis complementares e ordinárias e, desde então, foram aprovadas pelo Congresso Nacional as seguintes leis sobre o tema: 1) Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências²; 2) Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências³; e 3) LC n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga disposi-

1 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

2 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

3 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>.

tivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.689 de 27 de julho de 1993; e dá outras providências⁴.

Ao longo do tempo, a Lei n. 8.080/1990 foi alterada pelas Leis n. 9.836, de 23 de setembro de 1999⁵; n. 10.424, de 15 de abril de 2002⁶; n. 11.108, de 7 de abril de 2005⁷; n. 12.401, de 12 de abril de 2011⁸; n. 12.466, de 24 de agosto de 2011⁹; n. 12.895, de 18 de dezembro de 2013¹⁰; e pela LC n. 141, de 13 de janeiro de 2012¹¹.

Essas leis mencionadas incluíram novos capítulos na Lei n. 8.080/1990, que tratam do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; do Subsistema de atendimento e internação domiciliar; do Subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde; e do reconhecimento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores. Foi incluída ainda nessa lei a declaração de utilidade pública e de relevante função social do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), bem como seu reconhecimento como entidades representativas dos Entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde.

4 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>.

5 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9836.htm>.

6 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10424.htm>.

7 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm>.

8 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Lei/L12401.htm>.

9 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>.

10 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-014/2013/Lei/L12895.htm>.

11 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>.

Após a publicação das Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 e o início do processo de implantação do SUS, foi publicada a Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993¹², que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia federal criada em 1977, no âmbito do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social para prestar assistência médica aos beneficiários daquele Sistema e vinculada ao Ministério da Saúde desde março de 1990. As funções, as competências, as atividades e as atribuições do Inamps foram, então, absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das mencionadas leis que regulamentam o SUS.

Para viabilizar a operacionalização do SUS e regulamentar as leis já publicadas, foram editados o Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994¹³, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e o Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995¹⁴, que regula o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

Além das leis ordinárias e complementares já citadas, foram aprovadas pelo Congresso Nacional cinco emendas constitucionais: a EC n. 29, de 13 de setembro de 2000¹⁵, a EC n. 42, de 19 de dezembro de 2003¹⁶, a EC n. 51, de 14 de fevereiro de 2006¹⁷,

12 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm>.

13 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>.

14 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm>.

15 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>.

16 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc42.htm>.

17 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc51.htm>.

a EC n. 63, de 4 de fevereiro de 2010¹⁸ e a EC n. 86, de 17 de março de 2015¹⁹ que alteraram ou complementaram o capítulo da Seguridade Social na Constituição Federal.

A EC n. 29 acrescenta artigos na Constituição Federal para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde; a EC n. 42 altera o Sistema Tributário Nacional e dispõe sobre a vinculação de receita de impostos para ações e serviços públicos de saúde; a EC n. 51 estabelece a contratação dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias por estados, Distrito Federal ou municípios; a EC n. 63 dispõe sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os planos de carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias; a EC 86 altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária.

A Lei n. 8.080/1990²⁰, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011²¹ nos aspectos da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.

Constata-se que houve longo período de tempo entre a aprovação dessa lei e sua regulamentação por meio de decreto, ou seja,

18 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc63.htm>.

19 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>.

20 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

21 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>.

passaram-se 20 anos, durante os quais o SUS foi operacionalizado por meio de portarias, que são atos administrativos normativos, de responsabilidade dos ministérios. Dessa forma, por meio desses atos foram editadas as Normas Operacionais Básicas durante os anos 1990, a Norma Operacional de Assistência à Saúde e o Pacto pela Saúde nos anos 2000, que se constituíram, sem dúvida, regulamentos importantes para a implantação do SUS ao longo desse tempo.

Ocorre, entretanto, que essas portarias mencionadas que ajudaram a estruturar o SUS foram debatidas, ao longo desses 20 anos, com os gestores do SUS, nos fóruns de representação dos gestores e da sociedade civil, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde, o que não sucedeu com o decreto de regulamentação publicado em 2011, cuja versão final foi debatida internamente no Ministério da Saúde e na Casa Civil da Presidência da República, sem a participação dos demais gestores do SUS nem do Conselho Nacional de Saúde.

A publicação do Decreto n. 7.508/2011 no fim do mês de junho de 2011 impôs uma nova pauta de discussão para a CIT, que na reunião ordinária de 28 de julho de 2011 já discutiu uma agenda estratégica para implantação dos seus dispositivos, conforme consta no Anexo 1.

A LC n. 141/2012²² estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo foi regulamentada pelo Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012²³, que estabelece os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a”

22 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>.

23 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-014/2012/Decreto/D7827.htm>.

e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição²⁴, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a LC n. 141/2012.

De forma semelhante ao que aconteceu em 2011 com a publicação do Decreto n. 7.508, a publicação da LC n. 141 em janeiro de 2012 impôs uma nova pauta de discussão nos Grupos de Trabalho da CIT e na sua plenária, durante o ano de 2012, conforme consta no Anexo 2.

No intuito de viabilizar a sua implantação e operacionalização e de uniformizar procedimentos nas três esferas de gestão do SUS, essa legislação tem sido desdobrada, desde a sua publicação, em outras normas de competência do Ministério da Saúde como as portarias²⁵ ou em resoluções da CIT²⁶, em geral discutidas e aprovadas naquele fórum de negociação e pactuação entre os gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

24 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

25 Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/legislacao/alertalegis.html#>>.

26 Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=309&catid=7&Itemid=15>.

2

Gestão e Planejamento

2.1 A organização do SUS

O Decreto n. 7.508, publicado em 2011, regulamenta alguns aspectos da Lei n. 8.080/1990, entre eles: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É o dispositivo legal que está sendo observado pelos gestores na organização do SUS, em um processo que dá continuidade ao que foi conquistado em termos de organização, com a implantação do Pacto pela Saúde editado em 2006.

O capítulo II do Decreto, que trata da organização do SUS, dispõe sobre: 1) a instituição das Regiões de Saúde, 2) as Redes de Atenção à Saúde na região e 3) o acesso universal às ações e aos serviços de saúde.

2.1.1 A instituição das Regiões de Saúde

De acordo com a o art. 4º da Lei n. 8.080/1990, o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS. De forma semelhante, o art. 3º do decreto define que o SUS é constituído pela conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos Entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

No art. 198 da CF, está expresso que as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e o art. 14A da Lei n. 8.080/1990 estabelece que as Comissões Intergestores devem definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços

de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e dos serviços dos Entes federados; e fixar diretrizes sobre as Regiões de Saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os Entes federados.

Sobre este assunto, conforme a citada lei, à direção estadual do SUS compete: identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; e participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual.

Conforme o art. 35 dessa Lei, para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação de alguns critérios, entre eles o perfil demográfico da região.

Conforme o Decreto n. 7.508/2011, que regulamenta a lei nesse aspecto, a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

As Regiões de Saúde serão instituídas pelo estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na CIT. Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos estados em articulação com os municípios e a sua instituição observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

São introduzidos na regulamentação da Lei os requisitos mínimos para a instituição de Região de Saúde. A Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

1. atenção primária;
2. urgência e emergência;
3. atenção psicossocial;
4. atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
5. vigilância em saúde.

As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os Entes federativos, portanto é necessário que as responsabilidades de cada Ente na prestação de serviços na região estejam bem definidas e pactuadas tanto na CIR, quanto na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os planos e as metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais devem promover a equidade inter-regional. A LC n. 141/2012 acrescenta que essas transferências de recursos entre Entes devem se dar preferencialmente, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Os Entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

1. seus limites geográficos;
2. população usuária das ações e dos serviços;
3. rol de ações e serviços que serão ofertados; e
4. respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Estes elementos deverão fazer parte do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap), como está no capítulo V do decreto.

A Resolução/CIT n. 1 de 29 de setembro de 2011 estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto n. 7.508/2011 e resume as pactuações

intergestores para sua operacionalização. Entre elas, consta que cada município poderá compor apenas uma única Região de Saúde.

Essa resolução define também os objetivos para organização das Regiões de Saúde, sem prejuízo de outros que venham a ser definidos:

1. garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em Redes de Atenção à Saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;
2. efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os Entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e
3. buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e a eficiência na Rede de Atenção à Saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, a fim de reduzir as desigualdades locais e regionais.

A resolução estabelece as seguintes diretrizes gerais para organização das Regiões de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser definidas:

1. avaliação do funcionamento das atuais Regiões de Saúde por estados e municípios, a ser pactuada na CIB, no tocante aos requisitos previstos no art. 5º do Decreto n. 7.508, de 2011, devendo a CIB levar as conclusões ao conhecimento da CIT;
2. delimitação das Regiões de Saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, a fim de imprimir unicidade ao território regional;
3. observância das políticas de saúde na organização e na execução das ações e dos serviços de saúde de atenção básica,

- vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de outros que venham a ser pactuados, que garantam o acesso resolutivo e em tempo oportuno;
4. reconhecimento de necessidades econômicas, sociais e de saúde da população da região para o processo de pactuação dos fluxos assistenciais;
 5. instituição, quanto à composição político-administrativa, de Regiões de Saúde intraestaduais, quando dentro de um mesmo estado, e interestaduais, quando os partícipes se situarem em dois ou mais estados; e
 6. constituição da CIR como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em Rede de Atenção à Saúde, composta por todos os gestores municipais da Região de Saúde e o(s) gestor(es) estadual(is) ou seu(s) representante(s).

No que se refere à saúde indígena, nas Regiões de Saúde em que houver população indígena, deverão ser criadas condições para a prestação de assistência à saúde dessa população, no âmbito do SUS. A Resolução/CIT n. 10 de 17 de dezembro de 2013 estabelece, inclusive, que deve ser garantida a participação dos representantes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena na qualidade de convidados, nas reuniões e nas atividades realizadas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e pelas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), a fim de promover a articulação e a integração dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus) com os gestores estaduais e municipais do SUS em torno de temas afetos à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e na organização do SUS

nas regiões em que residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

O decreto também menciona que norma do Ministério da Saúde deve definir regramentos diferenciados de acesso a esta população, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde.

2.1.2 As Redes de Atenção à Saúde na região

A Rede de Atenção à Saúde é definida na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e no Decreto n. 7.508/2011 como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I – de atenção primária;
- II – de atenção de urgência e emergência;
- III – de atenção psicossocial; e
- IV – especiais de acesso aberto.

Considerando as características da Região de Saúde e após pactuação nas Comissões Intergestores, os Entes federativos poderão criar novas portas de entrada.

Ao usuário do SUS será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, nos hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da

respectiva região. A integralidade da assistência à saúde inicia-se e completa-se na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

No livro “A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde”, desta Coleção, estão contidas informações mais detalhadas sobre o tema.

A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde *Coleção para entender a gestão do SUS 2015*

Acesse usando o QR CODE ao lado ou pelo link goo.gl/Xl3u7P



2.1.3 O acesso universal às ações e aos serviços de saúde

A Lei n. 8.080/1990 estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e na execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS e a regulamentação da lei estabelece que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Para cumprir esse papel, a atenção primária à saúde deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, e significa o

primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Dessa forma, cabe à atenção primária integrar verticalmente os serviços que normalmente são ofertados, de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

O acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser universal, igualitário e ordenado e para assegurá-lo caberão as seguintes atribuições aos Entes federativos:

1. garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
2. orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
3. monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
4. ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

O §1º do artigo 35 do Decreto n. 7.508/2011 menciona que o Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde.

A Lei n. 8.080/1990 estabelece que o SUS deve executar ações de assistência terapêutica integral, até mesmo farmacêutica, e na regulamentação da lei foi dado destaque ao acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica, que pressupõe, cumulativamente:

1. estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
2. ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
3. estar a prescrição em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação especí-

fica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

4. ter a dispensação ocorrida em unidades indicadas pela direção do SUS.

Os Entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem. Sobre essa questão foi publicada Portaria/MS n. 2.928 de 12 de dezembro de 2011, dispondo que poderão ser aceitas documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do SUS, desde que respeitadas as regulamentações dos Componentes da Assistência Farmacêutica definidas pelo SUS e as pactuações realizadas na CIT e na CIB. As documentações oriundas de serviços privados de saúde também serão aceitas no caso de dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil.

A partir da regulamentação da lei ficou definido que os usuários do SUS terão acesso garantido à assistência farmacêutica conforme o que consta na Rename que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS que será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional e consolidará e publicará as suas atualizações e do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. O estado, o Distrito Federal e o município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a Rename, e serão responsáveis pelo financiamento desses medicamentos. A Rename e as relações complementares citadas somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O decreto, na verdade, deu um novo conceito à Rename vigente à época, que relacionava os medicamentos considerados es-

senciais para proporcionar racionalidade não só na aquisição pelo SUS, ou de medicamentos de programas do Ministério da Saúde, mas também na identificação de outros medicamentos que não são utilizados no SUS, com base no conceito de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde. A partir da publicação do decreto, a Rename passou a compreender a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, aos quais deve ser garantido o acesso aos usuários do SUS.



Rename 2014

Acesse usando o QR CODE ao lado ou pelo link goo.gl/CPlKy9

2.2 O processo de planejamento no SUS

A Lei n. 8.080/1990 estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Dessa forma, os planos de saúde serão a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Dispõe ainda a lei que o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

O capítulo III do Decreto n. 7.508/2011 de forma semelhante estabelece que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respec-

tivos Conselhos de Saúde, mas acrescenta que as necessidades das políticas de saúde devem ser compatibilizadas com a disponibilidade de recursos financeiros e será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos Entes federativos e deverão conter metas de saúde.

Essa observação sobre a compatibilidade entre necessidades de saúde da população e recursos financeiros suficientes para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde remete a um debate sobre o qual ainda não há consenso. A acepção da saúde como um bem social, ou seja, direito do cidadão e dever do Estado pode gerar importantes impactos na sua oferta e consumo, devendo ser considerado, ainda, que os gastos com a saúde dos indivíduos alteram-se ao longo da vida e com o passar dos anos o seu consumo e os seus custos tendem a aumentar.

Considerando que a saúde é um dos principais setores na economia dos países e a sua gestão é complexa, é necessário considerar no processo de planejamento do SUS os recursos financeiros que irão manter o sistema funcionando de forma regular e sustentável. No capítulo III deste livro, este tema será mais detalhado e comentado.

O planejamento da saúde é obrigatório para os Entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada, e o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos Entes federativos e nas Regiões de Saúde. No planejamento, devem ser considerados os serviços e as ações de saúde prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

O Mapa da Saúde, uma ferramenta eletrônica que o Ministério da Saúde está disponibilizando para os gestores do SUS, poderá ser utilizada na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos Entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. Compete à CIB pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Com base no que estabelecem o Decreto n. 7.508/2011 e a LC n. 141/2012, a Portaria n. 2.135 de 25 de setembro de 2013 estabelece diretrizes para o processo de planejamento no SUS e indica alguns pressupostos:

1. configurar como responsabilidade individual dos três Entes federados a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo;
2. respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais, Bipartite e Tripartite;
3. contemplar o monitoramento e a avaliação e integrar a gestão do SUS;
4. ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção de Diretrizes, Objetivos e Metas;
5. compatibilizar os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão com instrumentos de planejamento e orçamento de governo – Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão);
6. assegurar a transparência e a visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;
7. partir das necessidades de saúde da população em cada região; e
8. ser elaborado de forma integrada.

2.2.1 Instrumentos de Planejamento no SUS

Os instrumentos para o planejamento e a gestão no âmbito do SUS são: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Plano de Saúde

O Plano de Saúde norteia a elaboração do orçamento do governo no tocante à saúde. Este entendimento vale tanto para os Planos de Saúde quanto para as Programações Anuais de Saúde, pois conforme o §2º do art. 36 da LC n. 141/2012, antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, os Entes da federação deverão encaminhar a Programação Anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação. Isso significa que o orçamento deriva do processo de planejamento da gestão.

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, a fim de garantir a integralidade desta atenção e é elaborado observando os prazos do PPA conforme definido nas Leis Orgânicas dos Entes.

A elaboração do Plano de Saúde deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

1. análise situacional, orientada, entre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde; Redes de Atenção à Saúde; condições socio sanitá-

rias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e gestão;

2. definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores;
3. processo de monitoramento e avaliação.

Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde, conforme estabelece o parágrafo único do art. 31 da LC n. 141/2012.

O Plano de Saúde considera as diretrizes definidas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e à aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus)²⁷.

Programação Anual de Saúde (PAS)

A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Para estados e municípios, a PAS deve conter:

1. a definição das ações, que no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
2. a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS;

27 Disponível em: <www.saude.gov.br/sargsus>.

3. previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. O horizonte temporal da PAS coincide com o ano-calendário, mesmo período definido para o exercício orçamentário.

A elaboração e a execução da PAS devem observar:

1. elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes do encaminhamento da LDO do exercício correspondente;
2. execução no ano subsequente.

Sobre o cumprimento desse artigo da LC n. 141/2012, o CO-NASS preparou a Nota Técnica n. 5, em março de 2013, orientando os estados para a elaboração da PAS em 2013. A partir de então, os estados estão adotando a elaboração e o encaminhamento da PAS em duas etapas distintas, conforme expostas abaixo:

A primeira etapa, com a finalidade de orientar a lei de diretrizes orçamentárias deve expressar especialmente a análise das diretrizes do Plano de Saúde e suas respectivas ações aplicáveis ao ano subsequente ao do exercício, indicando as diretrizes e as prioridades definidas. Deve ser elaborado, então, um documento simplificado com a programação resumida contendo as prioridades para o ano. Para a elaboração dessa 1ª etapa da PAS, os gestores ainda não contarão com o resultado da análise do Relatório de Gestão do ano anterior a ser realizada pelo Conselho de Saúde/Tribunais de Contas, assim como não disporão das estimativas de receitas do Ente estadual, dada a coincidência do prazo para sua análise/apresentação em Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO).

Há de se interpretar que a intenção da LC n. 141/2012 foi que a setorial saúde estivesse contemplada nas regras expostas na LDO

aplicáveis ao ano subsequente. A partir dessa premissa, sugere-se que essa Programação seja apresentada, no mais tardar, até o fim de março e uma vez analisada pelo Conselho Estadual, seja imediatamente remetida à Secretaria de Planejamento ou equivalente, para a elaboração do PLDO do respectivo governo, que em geral, durante o mês de abril precisa enviá-lo ao Poder Legislativo.

Essa interpretação deu-se especialmente pelo fato de que já há casos em que Secretarias Estaduais de Saúde submetem o PLDO aos respectivos Conselhos Estaduais, no que diz respeito à setorial saúde, indicando assim que este era o espírito da lei ao especificar que a PAS deve preceder a elaboração da LDO.

Na segunda etapa, realizada após a aprovação da LDO, deve ser elaborada a PAS detalhando o que foi previamente apresentado na 1ª etapa, isto é, das diretrizes e das prioridades, a fim de conter a quantificação de metas e estimativa de gasto orçamentário/financeiro – apresentado no formato que já é praticado no processo de planejamento do SUS: detalhamento das ações e serviços de saúde, as metas para o ano, os indicadores e os recursos orçamentários.

Essa fase, de elaboração do documento mais detalhado, já contará com os subsídios oriundos da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, as estimativas de receitas do Governo, a análise do primeiro quadriênio e, portanto, propiciará a demonstração de dados e informações necessárias à programação e sua posterior aferição de execução. Em verdade, esta etapa pode ser vista também como atualização/complementação da programação resumida elaborada anteriormente à LDO, na primeira etapa.

Os prazos para elaboração do PPA, LDO e LOA devem observar o disposto nas Constituições e nas Leis Orgânicas dos Entes federados.

Relatório de Gestão

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcança-

dos com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

A estrutura do Relatório de Gestão deve conter:

1. diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
2. metas da PAS previstas e executadas;
3. análise da execução orçamentária;
4. recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde;
5. os Entes que assinarem o Coap deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos no contrato.

Os resultados das metas da PAS previstas e executadas que devem constar do Relatório de Gestão serão monitorados e acompanhados a cada quadrimestre no Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ) anterior, documento introduzido pela LC n. 141/2012, como instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde e deve ser apresentado pelo gestor do SUS, até o fim dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo Ente da Federação. As informações acumuladas quadrimestralmente nesse relatório ajudarão na elaboração do Relatório de Gestão no fim do exercício.

A elaboração do RDQ está baseada nos seguintes pressupostos:

- a. A estrutura do Relatório Detalhado do Quadrimestre deve guardar similaridade com a do Relatório de Gestão, visto que o conteúdo dos itens I, II e III do art. 36 está presente na estrutura atual do RAG.
- b. O conteúdo do item I – montante e fonte dos recursos aplicados no período: informações oriundas dos relatórios gerenciais do Siops, que versam sobre o tema.
- c. O conteúdo do item II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determi-

nações expressas e informações sobre: UF / Município / Demandante / Órgão responsável pela auditoria / N. auditoria / Finalidade / Unidade auditada / Encaminhamentos (recomendações e determinações).

- d. O conteúdo do item III referente à oferta e à produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada observa:
- dados de oferta de serviços oriundos do SCNES, evidenciando quantitativo, tipo de estabelecimento na esfera administrativa;
 - dados de produção de serviços, oriundos do SIA e do SIH/SUS, contemplando aspectos relativos à Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde;
 - o conteúdo do item III, referente aos indicadores de saúde da população, considera indicadores de oferta, cobertura, produção de serviços e de saúde, passíveis de apuração quadrimestral, que possibilitem o monitoramento das ações da Programação Anual de Saúde.

O RDQ está estruturado em quatro itens: 1 – Introdução; 2 – Demonstrativo do montante e fonte dos recursos aplicados no período; 3 – Informações sobre auditorias; 4 – Rede física de serviços públicos de saúde – próprios e privados contratados – e indicadores de saúde.

1. Introdução: apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente; ato ou reunião que aprovou o respectivo Plano de Saúde; e registro de compromissos técnico-político julgados necessários, que evidenciam as prioridades da gestão.

Figura 1 Introdução do RDQ / Identificação

Identificação
UF: Município: Quadrimestre a que se refere o relatório:
Secretaria de Saúde
Razão Social da Secretaria de Saúde: CNPJ: Endereço da Secretaria de Saúde (Logradouro, n.): CEP: Telefone: FAX: E-mail: Site da Secretaria (URL se houver):
Secretário(a) de Saúde
Nome: Data da Posse: A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o RAG?
Plano de Saúde
A Secretaria de Saúde tem plano de saúde? Período a que se refere o plano de saúde: Status: [] Aprovado [] Em Análise Data da entrega no Conselho de Saúde:
Introdução – Considerações Finais

Fonte: Resolução CNS n. 459/2012.

2. Demonstrativo do montante e fonte dos recursos aplicados no período: serão utilizados relatórios do Siops, os quais estão em processo de adequação para atender ao disposto na LC n. 141/2012:
 - Relatório Resumido da Execução Orçamentária – Demonstrativo da Receita de Impostos Líquida e das Despesas Próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde – Orçamento Fiscal e da Seguridade Social.
 - Relatório da Execução Financeira por Bloco de Financiamento.

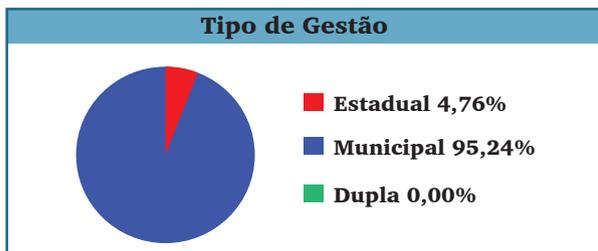
Análise sobre a Utilização dos Recursos

Fonte: Resolução CNS n. 459/2012.

3. Informações sobre auditorias
 - UF / Município / Demandante / Órgão responsável pela auditoria / N. auditoria / Finalidade.
 - Unidade auditada / Encaminhamentos (recomendações e determinações).
4. Rede física de serviços públicos de saúde – próprios e privados contratados – e indicadores de saúde
 - Rede física de serviços de saúde (Fonte: SCNES): tipo de estabelecimento, tipo de administração e tipo de gestão.

Figura 2 Rede Física, Produção e Indicadores

Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão	
		Municipal	Estadual
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	1	0	1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPIA E OU HEMATOLÓGICA	1	0	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	6	6	0
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	57	57	0
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	17	17	0
FARMÁCIA	1	0	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO	4	4	0
HOSPITAL GERAL	5	5	0
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA (LACEN)	1	0	1
POLICLÍNICA	12	12	0
PRONTO ATENDIMENTO	9	9	0
SECRETARIA DE SAÚDE	3	1	2
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	25	24	1
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	2	2	0
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	3	3	0
TOTAL	147	140	7



Esfera Administrativa (Gerência)	Total	Tipo de Gestão	
		Municipal	Estadual
PRIVADA	43	42	1
FEDERAL	1	1	0
ESTADUAL	8	2	6
MUNICIPAL	95	95	0
TOTAL	147	140	7



Fonte: Resolução CNS n. 459/2012.

Indicador:	Meta Anual	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre

ANÁLISE / AVALIAÇÃO COM INDICAÇÃO DE MEDIDAS A SEREM ADOTADAS PARA ADEQUAÇÃO/CORREÇÃO DAS AÇÕES, QUANDO NECESSÁRIO.
Obs.: O resultado no quadrimestre será cumulativo.

Fonte: Resolução CNS n. 459/2012.

- Produção dos serviços de saúde, oriundos do SIA e do SIH/SUS e outros sistemas locais de informação que expressem aspectos relativos à Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde.
- Indicadores de saúde, contemplando os de oferta, cobertura e produção de serviços estratégicos ao monitoramento das ações da Programação Anual de Saúde de cada Ente federado.

O RDQ procura utilizar os sistemas já existentes no SUS para a consolidação das informações solicitadas na LC n. 141/2012. As informações do módulo do Relatório do Quadrimestre no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus) são obtidas nos seguintes sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Os gestores poderão apresentar outras informações nos seus relatórios quadrimestrais, sendo que esse modelo explicita o que determina a lei e o conteúdo mínimo que deve ser apresentado nas audiências públicas.

O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do Sargsus²⁸.

O modelo padronizado do RDQ está disponível em meio eletrônico no Sargsus. O Manual do Usuário para o RDQ está disponível no endereço: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/documentos!carregarPagina.action?idTipoLink=54>>.

2.2.2 Planejamento regional integrado

O planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR.

O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolve os três Entes federados. Este planejamento expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção.

28 Disponível em: <www.saude.gov.br/sargsus>.

Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional.

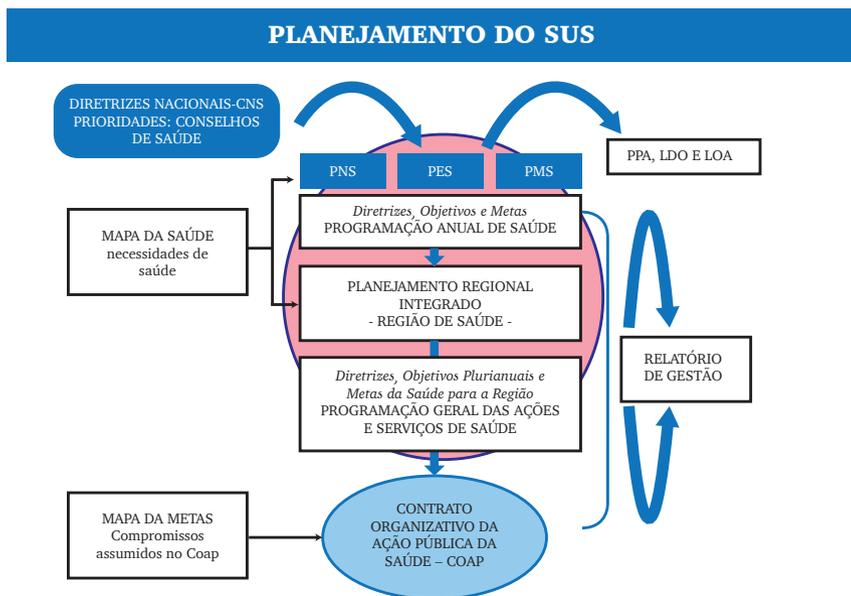
A produção resultante do processo de planejamento regional integrado, realizado no âmbito da Região de Saúde, compõe o Coap e expressa:

1. a identificação das necessidades de saúde da população da região e a análise da situação de saúde desse território;
2. as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos Entes federados;
3. a Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde (PGASS).

Os planos de ação regional das Redes de Atenção à Saúde, bem como os planos de ação e de aplicação de recursos de promoção e vigilância à saúde, de assistência farmacêutica, da gestão do trabalho e da educação na saúde dos três Entes federados, após a publicação da Portaria n. 2.135/2013 passaram a compor e a integrar os produtos do planejamento regional integrado.

A Figura 3 apresenta os elementos do processo de planejamento no SUS e suas inter-relações, aprovados na CIT, a partir das novas normativas no período de 2011 a 2013.

Figura 3 Elementos do processo de planejamento no SUS e suas inter-relações



Fonte: SGEP/MS/2011.

Com a publicação da Portaria n. 2.135/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, foram revogadas todas as portarias editadas entre 2006 e 2010 referentes ao PlanejaSUS: Portaria GM/MS n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, Portaria GM/MS n. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, Portaria GM/MS n. 1.510, de 25 de junho de 2007, Portaria GM/MS n. 376, de 16 de fevereiro de 2007, Portaria GM/MS n. 1.885, de 9 de setembro de 2008, Portaria GM/MS n. 3.176 de 24 de dezembro de 2008, Portaria GM/MS n. 2.327 de 6 de outubro de 2009, Portaria GM/MS n. 1.964 de 23 de julho de 2010.

2.3 A articulação interfederativa

O capítulo V do Decreto n. 7.508/2011 trata da articulação interfederativa e define o que são as Comissões Intergestores no âmbito da União, do estado e da região.

Essas Comissões foram criadas no contexto do gerenciamento do processo de descentralização no SUS, por meio da Norma Operacional Básica (NOB) SUS/1993, atendendo a alguns pressupostos: redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional e reformulação de práticas e processos de trabalho.

Em 1993, a CIT foi criada para assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e a operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde; e a CIB foi criada para ser a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Conforme a NOB-SUS/1993:

O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação.

Alguns anos depois a NOB-SUS/1996 estabelecia que:

As instâncias básicas para a viabilização dos propósitos integradores e harmonizadores no SUS são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal à CIT, e pelos gestores estadual e municipal à CIB.

Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, seriam viabilizados os princípios de unicidade e de equidade. A CIB poderia operar com subcomissões regionais.

Nas CIB e CIT, deveriam ser apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibili-

dades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais.

O Pacto pela Saúde em 2006 reafirma a CIT e a CIB como colegiados de negociação em que deve ocorrer o processo de articulação entre os gestores nos diferentes níveis do sistema e estabelece que pactuarão sobre organização, direção e gestão da saúde.

Como parte do processo de constituição das Regiões de Saúde, foram constituídos os Colegiados de Gestão Regionais. A principal agenda desses colegiados era a instituição do processo de planejamento regional, definindo as prioridades, as responsabilidades de cada Ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

Em 2011, o Decreto n. 7.508 define que as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde, sendo:

1. a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
2. a CIB, no âmbito do estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
3. a CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. O novo nome a ser adotado, portanto, pelos Colegiados de Gestão Regionais instituídos no Pacto pela Saúde passa a ser CIR.

No decreto foi reafirmada a representação dos gestores públicos nas Comissões Intergestores pelo CONASS, pelo Conasems e pelo Cosems.

São estabelecidos, também, os temas que serão objeto de pactuação nas Comissões Intergestores e é dada ênfase: às questões que

dizem respeito à gestão compartilhada do SUS, às diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde e aos aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os Entes federativos; às diretrizes a respeito da organização das Redes de Atenção à Saúde; às responsabilidades dos Entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e às referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

São de competência exclusiva da CIT a pactuação das diretrizes gerais para a composição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); os critérios para o planejamento integrado das ações e dos serviços de saúde da Região de Saúde; as diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países.

A Resolução/CIT n. 1 de 29 de setembro de 2011 estabelece as seguintes competências para as CIR:

1. pactuar sobre:

- rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases);
- elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename);
- critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços;
- planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de cada Ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- diretrizes regionais a respeito da organização das Redes de Atenção à Saúde, de acordo com a Portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010, principalmente no

tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos Entes federativos na Região de Saúde;

- responsabilidades individuais e solidárias de cada Ente federativo na Região de Saúde, a serem incluídas no Coap, definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro;
 - diretrizes complementares às nacionais e às estaduais para o fortalecimento da cogestão regional.
2. monitorar e avaliar a execução do Coap e em particular o acesso às ações e aos serviços de saúde;
 3. incentivar a participação da comunidade, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto n. 7.508 de 2011;
 4. elaborar seu regimento interno; e
 5. criar câmaras técnicas permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da CIR.

A Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011, que altera a Lei n. 8.080/1990 para dispor sobre as comissões intergestores do SUS, o CONASS, o Conasems e suas respectivas composições, reconhece as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Além disso, estabelece que a atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

1. decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
2. definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e dos serviços dos Entes federados;

3. fixar diretrizes sobre Regiões de Saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os Entes federados.

No §1º do art. 17 da LC n. 141/2012 é oficializado um fluxo para a apreciação de matérias que precisam ser discutidas na CIT ou nas CIB e também no Conselho Nacional de Saúde (CNS) ou nos Conselhos Estaduais de Saúde (CES): a matéria deve ser pactuada primeiramente nos fóruns dos gestores – CIB e CIT, para depois ser aprovada nos Conselhos – CNS e CES. Esse mesmo fluxo, que sempre foi defendido pelo CONASS, também é repetido no §1º do art. 19 e no parágrafo único do art. 21.

2.4 O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap)

O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) é um tema novo no SUS, introduzido pelo Decreto n. 7.508/2011. É definido como o acordo de colaboração firmado entre Entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde.

É um instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada Região de Saúde; é um instrumento que retrata a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura e expressa a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde para a região; e é também um instrumento de alocação de recursos das três esferas de governo.

O Contrato instrumentaliza um acordo de colaboração entre os Entes federados, conforme o art. 33 do Decreto n. 7.508/2011, o que significa que a sua assinatura é por adesão. Entende-se, por-

tanto, que se não houver este acordo de colaboração, não poderá ser exigida a celebração do Coap.

O seu objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos Entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários e resultará da integração dos planos de saúde dos Entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

O Coap definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos Entes federativos em relação às ações e aos serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, que devem ser estabelecidas visando à humanização do atendimento do usuário; os critérios de avaliação de desempenho; os recursos financeiros que serão disponibilizados; a forma de controle e fiscalização da sua execução; e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde.

São disposições essenciais do Contrato:

1. identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
2. oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
3. responsabilidades assumidas pelos Entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada Ente federativo da Região de Saúde;
4. indicadores e metas de saúde;
5. estratégias para a melhoria das ações e dos serviços de saúde;
6. critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

7. adequação das ações e dos serviços dos Entes federativos em relação às atualizações realizadas na Renases;
8. investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
9. recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

O decreto chama atenção para a garantia da gestão participativa no Coap e define algumas diretrizes básicas para esse fim:

1. estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
2. apuração permanente das necessidades e dos interesses do usuário;
3. publicidade dos direitos e dos deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, até mesmo nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

O Contrato será controlado e fiscalizado pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS, por meio de serviço especializado e o Relatório de Gestão conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato.

O monitoramento e a avaliação do cumprimento das metas estabelecidas, do seu desempenho e da aplicação dos recursos disponibilizados no Contrato caberão aos entes partícipes.

O decreto estabelece que será criado um sistema de informação pelo Ministério da Saúde (MS) em que União, estados, municípios e Distrito Federal incluirão dados sobre o contrato, que serão enviados aos Conselhos de Saúde. No fim de 2014, este sistema de informação ainda não havia sido criado pelo MS. Atualmente, os Conselhos de Saúde acompanham os contratos por meio das informações dos Relatórios Quadrimestrais e dos Relatórios de Gestão, que, conforme já foi citado, deverão conter seção específica sobre o Coap.

Cabe ainda ao Ministério da Saúde informar aos órgãos de controle interno e externo:

1. o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas no decreto;
2. a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei n. 8.142, de 1990;
3. a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros;
4. outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Considerando a necessidade de implantação do Coap, a CIT aprovou em 30 de janeiro de 2012 a Resolução/CIT n. 3 que dispõe sobre as normas gerais e os fluxos para elaboração do Coap no âmbito do SUS e estabelece que o documento será elaborado pelos Entes federativos em cada Região de Saúde, cabendo à Secretaria Estadual de Saúde coordenar a sua implementação e no caso de Região de Saúde interestadual a coordenação será compartilhada entre as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e a homologação deverá ocorrer em todas as CIB envolvidas.

Nas Regiões de Saúde de fronteira, serão respeitados os acordos bilaterais internacionais, cabendo à CIB e à CIT, conforme o caso, definir as responsabilidades referentes ao atendimento do usuário residente em Região de Saúde de fronteira e a respectiva alocação de recursos financeiros.

Cabe ao Ministério da Saúde coordenar, em âmbito nacional, a elaboração, a execução e a avaliação de desempenho do Coap.

Conforme a citada Resolução, o Coap tem a seguinte estrutura formal:

1. Parte I: Das responsabilidades organizativas;
2. Parte II: Das responsabilidades executivas;
3. Parte III: Das responsabilidades orçamentário-financeiras e formas de incentivo, com a identificação dos repasses; e

4. Parte IV: Das responsabilidades pelo monitoramento, pela avaliação de desempenho da execução do Coap e pela auditoria.

A Parte I do Coap observa um padrão nacional, conforme os fundamentos organizacionais do SUS, com os seguintes conteúdos:

1. do objeto;
2. das disposições gerais;
3. dos princípios e das diretrizes do SUS;
4. da gestão centrada no cidadão;
5. das ações e dos serviços públicos de saúde na Região de Saúde;
6. das diretrizes do acesso ordenado e da regulação das ações e dos serviços na Rede de Atenção à Saúde;
7. das diretrizes sobre a Rede de Atenção à Saúde e seus elementos constitutivos;
8. das diretrizes do planejamento integrado da saúde e da Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde;
9. da articulação interfederativa;
10. das diretrizes da gestão do trabalho e educação em saúde;
11. das diretrizes sobre o financiamento;
12. das medidas de aperfeiçoamento do SUS;
13. das diretrizes gerais sobre monitoramento, avaliação de desempenho do contrato e auditoria;
14. das sanções administrativas; e
15. da publicidade.

A Parte II do Coap dispõe sobre as responsabilidades executivas dos entes signatários, devendo-se observar:

1. as diretrizes e os objetivos do Plano Nacional de Saúde e das políticas nacionais;
2. os objetivos regionais plurianuais, sempre em consonância com o disposto nos planos de saúde nacional, estadual e municipal;

3. as metas regionais anuais, os indicadores e as formas de avaliação; e
4. os prazos de execução.

A Parte II contém, ainda, três Anexos, partes integrantes do Coap, da seguinte forma:

1. Anexo I: caracterização do ente signatário e da Região de Saúde de acordo com dados do Mapa da Saúde;
2. Anexo II: Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde na Região de Saúde, que conterá:
 - a relação das ações e dos serviços executados na Região de Saúde, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias; e
 - o mapa de metas em relação às ações e aos serviços executados na Região de Saúde, que deverá explicitar os investimentos para a conformação da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde;
3. Anexo III: a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo encaminhamento do usuário de outro município, respeitada a direção única em cada esfera de governo, de acordo com o disposto na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O Anexo III da Parte II do Coap contém o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), instrumento que formaliza as responsabilidades sanitárias dos gestores do SUS no território diante dos serviços de saúde próprios, contratados e conveniados.

A Parte III dispõe sobre as responsabilidades orçamentário-financeiras do Coap, devendo explicitar:

1. as responsabilidades dos Entes federativos pelo financiamento tripartite do Coap na região;

2. os planos globais de custeio e de investimento;
3. as formas de incentivos, conforme o art. 36, parágrafo único, do Decreto n. 7.508 de 2011; e
4. o cronograma anual de desembolso.

No plano de custeio, devem estar previstas as transferências de recursos entre os Entes federativos, configurando o financiamento da Região de Saúde, de acordo com o previsto nos orçamentos.

A Parte IV do Coap tem padrão nacional e contém as responsabilidades pelo acompanhamento da execução do Coap, o monitoramento, a avaliação de desempenho e a auditoria. O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) deve estar disposto nos objetivos e nas metas do Coap e será componente prioritário do monitoramento e da avaliação de desempenho.

Cabe ao Sistema Nacional de Auditoria, em cada esfera de governo, no exercício de suas funções de controle interno do SUS, fiscalizar a execução do Coap.

A elaboração do Coap deve observar o seguinte fluxo:

1. análise e aprovação no âmbito de cada ente signatário, com emissão dos necessários pareceres técnico-jurídicos, de acordo com as respectivas regras administrativas;
2. pactuação na CIR;
3. homologação pela CIB;
4. assinatura, a ser providenciada pela CIR;
5. publicação no Diário Oficial da União, por extrato, a ser providenciada pelo Ministério da Saúde; e
6. encaminhamento à CIT, para ciência.

A referência do usuário para outros serviços de saúde que envolva outra Região de Saúde será pactuada:

1. na CIB, quando no âmbito de um só estado; e
2. em todas as CIB envolvidas, no caso de referências que incluam Regiões de Saúde de mais de um estado.

O Coap será assinado, prioritariamente, pelo ministro de Estado da Saúde e por prefeitos, governadores e respectivos secretários de saúde e seu prazo de vigência será preferencialmente de quatro anos, havendo possibilidade de ser estabelecido outro prazo, com a finalidade de adequação aos prazos dos planos de saúde dos Entes federados contratantes.

Nos casos em que houver dissenso a respeito da elaboração do Coap, a mediação, a análise e a decisão dos recursos de estados e municípios caberão à CIB e à CIT. Em Região de Saúde interestadual, eventuais dissensos deverão ser dirimidos pelas CIB respectivas, em reunião conjunta.

A gestão do Coap será realizada pelos entes signatários competentes, cabendo à CIT, à CIB e à CIR, no âmbito de suas competências, pactuarem o acompanhamento e a operacionalização das ações e dos serviços compartilhados. Os Conselhos de Saúde acompanharão a execução do Coap por meio do relatório de gestão e o MS disponibilizará informações no portal de transparência da saúde e, por outros meios e instrumentos, com a finalidade de garantir a participação da comunidade no SUS, no exercício do controle social.

O Coap deve consubstanciar os consensos dos Entes federativos na CIT, CIB e CIR e ser o resultado da integração dos planos de saúde dos entes signatários, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, em consonância com o planejamento integrado. A Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde do Coap será estruturada a partir dos planos de saúde e abrangerá todas as programações atuais, incluindo os planos de ação regionais das redes prioritárias, com exceção da Programação Anual de Saúde.

2.4.1 Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde no Coap

No artigo 21 da Resolução/CIT n. 3/2012, consta que a Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde (PGASS) será

estruturada a partir dos planos de saúde e abrangerá todas as programações vigentes até 2012, incluindo os planos de ação regionais das redes prioritárias, com exceção da programação anual de saúde.

A PGASS é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e dos serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito regional. Possui articulação com a Programação Anual de Saúde de cada ente presente na região, dando visibilidade aos objetivos e às metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica. A partir da programação ocorre a identificação e a priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde.

A PGASS está fundamentada nos seguintes pressupostos:

- a. Abrange as ações de assistência à saúde (atenção básica/primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes na Renases e Rename, a serem realizadas na região.
- b. Possui estrita coerência com os instrumentos do Planejamento Regional Integrado, os Planos de Saúde e respectivas Programações Anuais de Saúde, expressando compromissos e responsabilidades de cada um, no âmbito regional.
- c. A Renases e a Rename orientarão as aberturas programáticas a serem utilizadas na programação.
- d. Contribui para a organização e a operacionalização da Rede de Atenção nos territórios.
- e. O instrumento da PGASS será único, respeitando as especificidades da proposição metodológica de cada componente.

- f. A elaboração da PGASS será disparada pelo planejamento regional integrado, sendo sua temporalidade vinculada aos planos municipais, com atualizações periódicas e revisões anuais.
- g. A elaboração da PGASS deve ocorrer nas Regiões de Saúde, como atribuição das CIR, sendo necessária a harmonização dos compromissos e das metas regionais no âmbito do estado, em um processo coordenado pelas SES e pactuado nas CIB contribuindo para a conformação e a organização da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, o processo de programação deve ser realizado simultaneamente em todas as Regiões de Saúde da UF.
- h. O Ministério da Saúde disponibilizará aplicativo web para elaboração da PGASS permitindo atualizações em tempo real e a incorporação de ações e serviços constantes da Renases e da Rename não inseridas em versões anteriores.
- i. Compõe o Anexo II do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) e será também a base sobre a qual serão estabelecidos os dispositivos de regulação, controle, avaliação e auditoria do cumprimento das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas.
- j. Indica, no nível regional, o déficit de custeio e necessidade de investimentos.

A modelagem da PGASS fundamenta-se na conformação das Redes de Atenção à Saúde e seus respectivos atos normativos e o desenho metodológico é orientado pela modelagem de redes de atenção: “redes temáticas” e demais redes estratégicas do território.

No âmbito estadual e regional, poderão ser definidas outras redes específicas, com diretrizes, níveis tecnológicos, tipologias dos pontos de atenção, protocolos, fluxos e parâmetros pactuados nas CIB, e serão denominadas Redes Estratégicas. Nessa lógica, é previsto que uma gama de ações e serviços não esteja participando de nenhum dos casos apresentados anteriormente, sendo

denominados Serviços sem Vinculação Formal a Redes de Atenção. Para tanto, esses serviços serão programados complementarmente às redes estabelecidas, seguindo metodologias que guardam coerência com as especificidades de cada componente (programações específicas).

A modelagem das Redes de Atenção deve considerar os conceitos da Portaria n. 4.279/2010, buscando resgatar o papel organizativo da programação na conformação do sistema de saúde. Propõe-se a lógica de estimativa com bases em necessidades de serviços de saúde, tendo como eixo a centralidade da atenção básica, com base em parâmetros definidos por consenso de especialistas, tanto para as necessidades de serviços de atenção básica como delas resultando uma estimativa de necessidades de serviços especializados, enfatizando sua aplicação nos espaços regionais e municipais. Nesse sentido, são apresentadas duas possibilidades para a definição das necessidades em relação à oferta de serviços. Para as Redes Temáticas definidas nacionalmente cujo financiamento prevê recursos diferenciados para custeio de ações/procedimentos/serviços e investimentos diversos e cujas diretrizes estão contempladas em portarias específicas, serão utilizados os parâmetros definidos nestas para cada rede em questão (p. ex.: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial etc.).

Os serviços inseridos em redes estratégicas e em redes criadas pelo próprio gestor serão programados utilizando-se um “modelador de redes”, que será parte do escopo do sistema informatizado a ser desenvolvido. Serão consideradas, ainda, programações específicas como vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, saúde ambiental e do trabalhador e vigilância sanitária.

A proposição metodológica para o componente Assistência à Saúde, da PGASS, está pautada nas seguintes premissas:

- aberturas programáticas orientadas pela Renases para ações e serviços ambulatoriais e hospitalares;
- prioridade à programação de ações e serviços que compõem

- as Redes de Atenção à Saúde, organizada pela funcionalidade denominada modelador de redes;
- as redes já instituídas de alta complexidade serão programadas por meio do modelador de redes;
 - qualificação da programação de ações e serviços não vinculados formalmente às redes de atenção, mediante a adoção de parâmetros que transcendam as séries históricas e com possibilidade de destacar as ações selecionadas como prioritárias;
 - ênfase às Comissões Regionais como espaço privilegiado de programação e pactuação;
 - tratamento diferenciado à programação das ações de urgência/emergência e ações e procedimentos hospitalares eletivos;
 - separação entre a alocação de recursos financeiros e a definição de metas físicas e fluxos de usuários entre municípios;
 - as ações de Diagnóstico Laboratorial de Eventos de Interesse de Saúde Pública e Oferta de Tratamento Clínico e Cirúrgico para Doenças de Interesse de Saúde Pública, integrantes do componente Vigilância em Saúde da Renases, serão programadas neste componente da PGASS.

Conforme a Resolução/CIT n. 3/2012, a elaboração da PGASS está organizada nas seguintes fases:

- a. Configuração;
- b. Programação e Pactuação Regional na CIR;
- c. Pactuação Macrorregional/Estadual;
- d. Consolidação/Dimensionamento do Impacto Financeiro;
- e. Ajustes;
- f. Programação dos Estabelecimentos de Saúde;
- g. Finalização;
- h. Monitoramento/Atualização.

a) Fase de Configuração

Consiste na compatibilização dos conteúdos dos planos de saúde e planejamento integrado com a programação e acontece na CIR, CIB e CIT. No âmbito da CIT, são definidas as prioridades elencadas no Plano Nacional de Saúde, bem como as Redes de Atenção à Saúde prioritárias e respectivos parâmetros.

Nas Comissões Intergestores Bipartite, a partir de prioridades elencadas nos Planos Estaduais de Saúde, são definidas redes de atenção, e respectivos parâmetros, a serem incorporadas à programação, além daquelas já definidas de forma tripartite. Nessa instância também são construídas as aberturas programáticas para as ações não vinculadas formalmente às redes de atenção. Uma vez construídas as aberturas programáticas, serão identificadas aquelas que possuem caráter estratégico para o alcance nas metas elencadas nos planos de saúde e seus parâmetros. As redes definidas nas instâncias federal e estadual serão utilizadas em todas as Regiões de Saúde da UF, bem como as aberturas programáticas para ações e serviços não vinculados formalmente às redes de atenção. Nessa fase também são definidos os níveis de pactuação para as distintas ações e serviços (p. ex.: patologia clínica no nível regional, oncologia no nível macrorregional e cirurgia cardíológica pediátrica no nível estadual).

As Comissões Intergestores Regionais definem as possíveis redes a serem agregadas na região e respectivos parâmetros, em razão das prioridades regionais definidas no planejamento integrado.

Para subsidiar a inclusão de redes, consideradas estratégicas pelos gestores no âmbito estadual e regional, serão disponibilizados parâmetros de cobertura e concentração para ações assistenciais vinculadas às prioridades elencadas no Plano Nacional de Saúde. Trata-se de parâmetros sugestivos a serem adequados de acordo com as realidades locais.

b) Fase de Programação e Pactuação Regional na CIR

Esta fase acontece no nível regional com o apoio do Mapa de Saúde e corresponde à quantificação das ações e dos serviços de saúde a partir da aplicação de parâmetros de cobertura e concentração e sua respectiva pactuação de referências dentro da CIR e propostas de pactuação de referências para fora da CIR. Para realização desta etapa, sugere-se a criação de um Grupo Condutor da Programação Regional.

c) Fase de Pactuação Macrorregional/Estadual

Com o apoio do Mapa da Saúde, são pactuadas as referências para execução das ações e dos serviços de saúde inter-regionais. Pode acontecer na macrorregião e no âmbito estadual, conforme definição ocorrida na fase de configuração.

d) Fase de Consolidação/Dimensionamento do Impacto Financeiro

São consolidados os quantitativos físicos alocados em cada município para atendimento da população própria e referenciada, como também é realizada uma estimativa de impacto financeiro decorrente dos pactos firmados. Pode ocorrer na macrorregião e no âmbito estadual ou somente no âmbito estadual. A análise realizada nesta fase explicita as necessidades em saúde e fornece subsídios para futuros investimentos nas regiões.

e) Fase de Ajustes

Ocorre a compatibilização da programação com os recursos federais, estaduais e municipais destinados à programação de ações e serviços de saúde, o que pode implicar a adequação de parâmetros, considerando as necessidades indicadas anteriormente. Pode ocorrer na região, na macrorregião e no âmbito estadual.

f) Fase de Programação dos Estabelecimentos de Saúde

Após a compatibilização da programação aos recursos financeiros, ocorre a alocação física e financeira nos estabelecimentos de

saúde de cada município, mantendo compatibilidade com todas as fontes e formas de repasse ou alocação de recursos vigentes (incentivos, valor global de unidades ou serviços, entre outras).

g) Fase de Finalização

Compreende a publicação dos limites financeiros da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por município, a definição de responsabilidades quanto às metas físicas e financeiras em cada região, a emissão dos termos de compromisso para garantia de acesso e a indicação de investimentos nas regiões.

h) Fase de Monitoramento/Atualização

Após o processo de Programação é fundamental que sejam adotados mecanismos para o seu monitoramento buscando o permanente direcionamento para uma alocação consistente de recursos, que mantenha a coerência com os demais processos de gestão. Essa fase compreende atualizações e revisões da programação. As atualizações ocorrem sistematicamente em razão de alterações na Renases e na tabela de procedimentos, credenciamento ou descredenciamento de serviços, alocação de novos recursos e alteração nos fluxos de referências. As revisões, realizadas preferencialmente uma vez ao ano, compreendem atualização de população e de valores médios, adequações de parâmetros e fluxos, entre outros. Representam uma análise de toda a programação, sendo as decisões subsidiadas pelo monitoramento.

A programação para as ações e os serviços de assistência farmacêutica na PGASS tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de determinada população de um território nas Redes de Atenção à Saúde. O perfil epidemiológico, a carga de doenças e sua prevalência, a oferta de serviços, o consumo histórico e informações advindas de sistemas de informação do SUS, a exemplo do Hórus, são os principais cri-

térios técnicos para estimativa da demanda por medicamentos e serviços farmacêuticos.

Os principais instrumentos para gestão do componente assistência farmacêutica na PGASS são:

- Rename;
- Renases;
- Resolução CIT n. 1/2011;
- Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011;
- Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011.

A programação da assistência farmacêutica prevê a definição, a parametrização e a respectiva quantificação, bem como a atribuição de responsabilidades entre os Entes federados, quanto à disponibilização e ao financiamento de medicamentos, ações e serviços de saúde no âmbito das Regiões de Saúde. Os medicamentos, as ações e os serviços farmacêuticos previstos na Rename e na Renases constituem o Componente da Assistência Farmacêutica no âmbito da PGASS, abrangendo:

- a. Gestão da Assistência Farmacêutica;
- b. Seleção e Programação de Medicamentos;
- c. Aquisição de Medicamentos;
- d. Dispensação de Medicamentos;
- e. Orientações Farmacêuticas para o URM;
- f. Seguimento Farmacoterapêutico;
- g. Educação em Saúde;
- h. Farmacovigilância;
- i. Serviço de Informação sobre Medicamentos (SIM).

Essas ações e serviços devem ser programados seguindo a lógica do desenvolvimento de atividades para alcançar resultados em saúde, por meio de metas definidas e indicadores de monitoramento.

A proposição metodológica para a programação do componente Assistência Farmacêutica da PGASS está pautada nas seguintes premissas:

- aberturas programáticas orientadas pela Rename no que se refere aos medicamentos e pela Renases, para ações e serviços de assistência farmacêutica;
- prioridade à programação de ações e serviços, incluindo medicamentos e outros produtos que compõem as Redes de Atenção à Saúde, organizada pela funcionalidade denominada modelador de redes;
- para a programação de medicamentos, produtos, ações e serviços, que compõe as redes de atenção e as redes estratégicas definidas pela CIB e CIR, as aberturas representam agregações consonantes com os componentes previstos para cada rede (p. ex.: pré-natal, parto e nascimento e pós-parto para a Rede Cegonha);
- a programação de ações e serviços, medicamentos e outros produtos, não vinculados formalmente às redes de atenção, segue as aberturas da Renases e da Rename;
- os medicamentos que não constam na Rename poderão ser programados, desde que definidas as responsabilidades na dispensação e no financiamento com recursos próprios. O financiamento tripartite se dará na medida em que esses medicamentos forem incorporados à Rename, com avaliação da Conitec e aprovação na CIT;
- ênfase às Comissões Intergestores Regionais como espaço privilegiado de programação e pactuação;
- a referência financeira para a elaboração da programação será o montante do repasse federal correspondente ao Bloco da Assistência Farmacêutica, acrescido das contrapartidas estadual e/ou municipal.

A Resolução/CIT n. 3/2012 estabelece, ainda, regras de transição para cada componente, que deverão ser observadas pelos gestores nas Regiões de Saúde que assinarem o Coap antes que estejam disponíveis as ferramentas para a elaboração da PGASS, até mesmo o aplicativo eletrônico.

Do ponto de vista metodológico, a PGASS foi subdivida em quatro etapas, possibilitando a melhor operacionalização da proposta de modo sistêmico.

Quadro 1 Organização da PGASS em etapas

	Etapa I	Etapa II	Etapa III	Etapa IV
Metodologia	Harmonização das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde dos três Entes federados na região.	Modelagem de redes temáticas e estratégicas.	Programação das ações e serviços de saúde (aberturas programáticas, pacotes de serviços, redes...).	Compatibilização entre dimensionamento das etapas anteriores; Contratualização.
Unidades de medida/informações correlacionadas	Informações dos planos de saúde.	Equipamentos, leitos, serviços, equipes/profissionais de saúde.	Ações e serviços por região de saúde.	Ações e serviços por estabelecimento de saúde.
Produtos	Relatório de planejamento regional integrado.	Planos de Ação das Redes Temáticas; Relatório das redes e ações estratégicas; Subsídios para o mapa de metas de investimentos na região; Estimativa de recursos de custeio.		
Quadro de referências regionais e inter-regionais; Limites financeiros estadual e municipal das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; Memória do déficit de custeio; Consolidação dos recursos na região.	Subsídios para a formalização de contratos e PCEPs; Subsídios para a configuração dos complexos reguladores do acesso; Elaboração da FPO.			

Fonte: MS/SAS/DRAC – 2013.

Em 2014, as discussões sobre a PGASS nos Grupos de Trabalho da CIT avançaram até o detalhamento da Etapa III e a preparação de um sistema eletrônico, o Sistema de Programação de Ações e Serviços de Saúde (Programasus) que está sendo testado em algumas regiões de saúde em um projeto-piloto.

2.4.2 A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde no Coap

Acesse o Renases

Acesse usando o QR CODE ao lado ou pelo link goo.gl/MGVP6P



Link

O art. 34 do Decreto n. 7.508 estabelece que o Coap tem a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS e o art. 21 trata da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

A Resolução/CIT n. 2 de 17 de janeiro de 12 dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Renases no âmbito do SUS e define que ela atenderá os seguintes princípios:

1. universalidade do acesso às ações e aos serviços de saúde constantes da Renases, em todos os níveis de assistência, de forma universal, igualitária e ordenada, com base nas necessidades de saúde da população;
2. segurança, compreendida como a oferta das ações e dos serviços de forma segura para proteção da saúde e da vida humana;
3. qualidade, compreendida como a garantia qualitativa das ações e serviços previstos na Renases; e
4. comunicação, compreendida como a divulgação ampla, objetiva e transparente das ações e dos serviços que serão ofertados à população de acordo com a Renases.

Essa Relação tem por finalidade tornar públicas as ações e os serviços de saúde que o SUS oferece à população, com o fim de cumprir o disposto no inciso II do art. 7º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. A primeira Renases é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que, na data da publicação do Decreto, eram ofertados pelo SUS à população, por meio dos Entes federados, de forma direta ou indireta.

As suas atualizações ocorrerão por inclusão, exclusão e alteração de ações e serviços de saúde, de forma contínua e oportuna. As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços de saúde da Renases serão feitas de acordo com regulamento específico, que deverá prever as rotinas de solicitação, análise, decisão e publicização. Caberá ao Ministério da Saúde conduzir o processo de atualizações de ações e serviços da Renases, em conformidade com o art. 19-Q da Lei n. 8.080, de 1990, e sua respectiva regulamentação. Essas atualizações serão consolidadas e publicadas a cada dois anos.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações complementares de ações e serviços de saúde, sempre em consonância com o previsto na Renases, respeitadas as responsabilidades de cada Ente federado pelo seu financiamento e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores. Compreende-se por complementar a inclusão de ações e serviços que não constam da Renases por parte de estados, Distrito Federal e municípios. O padrão a ser observado para a elaboração de relações de ações e serviços complementares será sempre a Renases, devendo-se observar os mesmos princípios, critérios e requisitos na sua elaboração.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão submeter à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) seus pedidos de incorporação e alteração de tecnologias em saúde para complementar a Renases no âmbito estadual, distrital ou municipal, cabendo-lhes encaminhar conjuntamente o correspondente protocolo clínico ou de diretrizes terapêuticas e demais documentos que venham a ser exigidos pela Comissão.

A Renases é composta por:

1. ações e serviços da atenção primária;
2. ações e serviços da urgência e emergência;
3. ações e serviços da atenção psicossocial;
4. ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
5. ações e serviços da vigilância em saúde.

As ações e os serviços de saúde constantes da Renases serão oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso e a critérios de referenciamento na rede de atenção à saúde e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS.

Deve contar com um sistema de informação integrado aos demais sistemas de informação do SUS e a outros de interesse do sistema de saúde, com a finalidade de permitir sua permanente avaliação, especialmente no que diz respeito ao seu custo-efetividade e adotar, progressivamente, terminologia única para denominar as ações e serviços de saúde que são oferecidos pelos Entes federativos.

O acesso a ações e serviços de saúde dispostos na Renases se efetivará nas Redes de Atenção à Saúde, organizadas conforme diretrizes da Portaria n. 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e observará as portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Deverá respeitar os fluxos regulatórios, a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e o critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial. Deve, ainda, considerar as regras de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde e entre Regiões de Saúde, de acordo com os contratos celebrados entre os entes federativos, com a definição de responsabilidades pela prestação dos serviços e pelo seu financiamento.

O acesso às ações e aos serviços de saúde que não forem oferecidos no âmbito de algum município ou Região de Saúde será

garantido mediante os sistemas logísticos da Rede de Atenção à Saúde, como as centrais de regulação e o transporte em saúde, de acordo com as disponibilidades financeiras e observadas as pactuações intergestores.

A Resolução/CIT ainda menciona como diretriz para a Renases que o financiamento das ações e serviços de saúde deverá, progressivamente:

1. superar a lógica de financiamento centrada no procedimento em saúde; e
2. considerar as diferenças regionais na composição dos custos das ações e serviços de saúde.

A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios pactuarão, nas respectivas Comissões Intergestores, as suas responsabilidades em relação ao financiamento das ações e dos serviços constantes da Renases e suas complementações.

O monitoramento e a avaliação do conteúdo da Renases e suas complementações estaduais, distrital e municipais serão realizados pelos Entes federados nas Comissões Intergestores, com base nas informações contidas nos sistemas de informação.

2.4.3 Situação atual do Coap nos estados

Em agosto de 2012, as quatro regiões de saúde do estado do Mato Grosso do Sul e 20, das 22 regiões de saúde do estado do Ceará assinaram o Coap.

Em 2014 o estado do Ceará enviou para análise e assinatura pelo Ministério da Saúde a documentação das duas regiões de saúde que ainda não haviam aderido ao Coap: regiões de Fortaleza e de Iguatu; no período de 2012 a 2014, os dois estados trabalharam em termos aditivos aos contratos.

Outros estados iniciaram o processo político-administrativo para assinatura do contrato, e uma síntese desses procedimentos está nos quadros a seguir.

Quadro 2 SITUAÇÃO DE ADEÇÃO AO COAP EM NOVEMBRO DE 2014
ESTADOS COM CONTRATOS ASSINADOS

	UF	REGIÃO DE SAÚDE	VIGÊNCIA	MONITORAMENTO	ADITAMENTO	SITUAÇÃO
ASSINADOS	CE	20 Regiões de Saúde das 22 com Coap assinados em 17/8/2012 duas regiões em análise no MS.	De 17/8/2012 a 31/12/2015 Quadriênio 2012-2015.	Os relatórios de monitoramento das 20 regiões de saúde foram entregues ao MS em agosto de 2013. Não houve devolutiva do MS até a presente data.	O primeiro aditamento teve o objetivo de alterar o término da vigência do contrato de 31/12/2013 para 31/12/2015; definir as metas, responsabilidades e recursos financeiros para o biênio 2014-2015; e convalidar a pactuação 2013.	1º Termo Aditivo assinado em 23/12/2013.
					Elaborado o 2º Termo Aditivo ao Coap em 2014.	A análise técnica do 2º Termo Aditivo pelo MS foi finalizada em agosto de 2014; está aguardando assinatura do Ministro da Saúde.
	MS	As quatro Regiões de Saúde do estado com Coap assinados em 30/8/2012.	De 30/8/2012 a 31/12/2015 Quadriênio 2012-2015.	Os relatórios de monitoramento das quatro regiões de saúde foram entregues ao MS em agosto de 2013. Não houve devolutiva do MS até a presente data.	O primeiro aditivo teve o objetivo de definir as metas, responsabilidades e recursos financeiros para o biênio 2014-2015; e convalidar a pactuação estadual de 2013.	Aguardando a finalização da análise técnica do 1º Termo Aditivo pelo MS.

Fonte: SGE/MS-novembro/2014.

Quadro 3 SITUAÇÃO DE ADESÃO AO COAP EM NOVEMBRO DE 2014 ESTADOS EM PROCESSO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO PARA ASSINATURA DO COAP

	UF	REGIÃO DE SAÚDE	VIGÊNCIA	MONITORAMENTO
PARA ASSINATURA	AL	5ª Região de Saúde de Alagoas	Biênio 2014-2015	A análise técnica pelo MS foi finalizada em março de 2014. Aguardando agenda para assinatura.
	CE	Região de Saúde de Iguatu Região de Saúde de Fortaleza	Biênio 2014-2015	A análise técnica pelo MS foi finalizada em março de 2014. Aguardando assinatura do Ministro da Saúde. Minuta encaminhada ao MS em 30/9/2014.
EM ELABORAÇÃO	ES	Quatro Regiões de Saúde	Biênio 2014-2015	A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo suspendeu temporariamente a pactuação em virtude do posicionamento do CONASS em assembleia e enviou o OF/SES/GS/574/14 em 14/8/14. A assembleia do CONASS, em 30/7/14 decidiu que a discussão do COAP deve estar vinculada à decisão da metodologia do rateio dos recursos aos estados e municípios.
	TO	Oito Regiões de Saúde	Biênio 2014-2015	A troca do Secretário Estadual de Saúde em março de 2014 diminuiu o ritmo de elaboração dos contratos.
EM NEGOCIAÇÃO	GO			Em fase de negociação com a Secretaria Estadual de Saúde.
	SE			Em fase de negociação com a Secretaria Estadual de Saúde. O MS é signatário do Contrato de Ação Pública da Saúde de Sergipe (CAP/SE), com vigência até 31/12/2014.

Fonte: SGEP/MS-novembro/2014.

2.5 Atribuições específicas para os gestores e os fóruns de pactuação, na implantação da regulamentação da Lei n. 8.080/1990

O Decreto n. 7.508/2011 remete a vários assuntos para discussão e pactuação nos fóruns do SUS e define algumas atribuições para os Entes federativos na implantação dos seus dispositivos. A seguir estão descritas essas atribuições de forma consolidada.

2.5.1 As Comissões Intergestores deverão pactuar:

1. aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde (art. 32);
2. diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os Entes federativos (art. 32);
3. diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos Entes federativos (art. 32);
4. responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias (art. 32);
5. referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência (art. 32);
6. cronograma para a instituição das Regiões de Saúde (art. 5º);

7. diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde no âmbito da Região de Saúde (art. 7º);
8. a criação de novas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde (art. 9º);
9. as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação (art. 12);
10. outras atribuições que caberão aos Entes federativos, além das estabelecidas no Decreto e que sejam necessárias para assegurar ao usuário a continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde do SUS na respectiva área de atuação (art. 12);
11. referenciamento do usuário na rede regional e interestadual para garantir a integralidade da assistência à saúde na Rede de Atenção à Saúde (art. 20);
12. as responsabilidades da União, estados e municípios em relação ao rol de ações e serviços constantes da Renases (art. 23);
13. a adoção de relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a Renases, que serão adotadas pelos estados, municípios e pelo Distrito Federal (art. 24);
14. a adoção de relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a Renames, que serão adotadas por estados, municípios e pelo Distrito Federal (art. 27).

2.5.2 A Comissão Intergestores Tripartite deverá pactuar:

1. as diretrizes gerais para a composição da Renases (art. 32);
2. os critérios para o planejamento integrado das ações e dos serviços de saúde da Região de Saúde (art. 32);
3. as diretrizes nacionais, o financiamento e as questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países (art. 32);

4. diretrizes gerais para a instituição das Regiões de Saúde pelo estado, em articulação com os municípios (art. 4º);
5. diretrizes para a elaboração da Renases (art. 22);
6. diretrizes para a elaboração da Rename e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (art. 26);
7. diretrizes para a fundamentação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (art. 34);
8. as normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (art. 39).

2.5.3 Cabe ao Ministério da Saúde:

1. dispor sobre regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à população indígena (art. 11);
2. dispor sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os Entes federativos a assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS conforme define o art. 13 (art. 14);
3. dispor sobre a Renases em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT (art. 22);
4. consolidar e publicar a cada dois anos as atualizações da Renases (art. 22);
5. dispor sobre a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT (art. 26);
6. consolidar e publicar a cada dois anos, as atualizações da Rename, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (art. 26);
7. definir indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde (art. 35);

8. instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde (art. 36);
9. organizar sistema de informações em saúde para monitoramento do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (art. 41);
10. informar aos órgãos de controle interno e externo:
 - a. o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;
 - b. a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei n. 8.142, de 1990;
 - c. a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros;
 - d. outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento (art. 42).

2.5.4 Cabe aos estados e ao Distrito Federal:

1. firmar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde com os municípios (art. 34);
2. instituir as Regiões de Saúde, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na CIT (art. 4º);
3. adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a Renases, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (art. 24);
4. adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a Rename, respeitadas as responsabilidades dos Entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (art. 27).

2.5.5 Cabe aos municípios:

1. firmar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde com outros municípios e com o estado (art. 34);
2. instituir as Regiões de Saúde em articulação com o estado (art. 4º);
3. adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a Renases, respeitadas as responsabilidades dos Entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (art. 24);
4. adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a Rename, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (art. 27).

2.5.6 Cabe aos Entes federativos:

1. firmar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde (art. 34);
2. definir os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:
 - a. seus limites geográficos;
 - b. população usuária de ações e serviços;
 - c. rol de ações e serviços que serão ofertados; e
 - d. respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços (art. 7º);
3. criar novas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde, mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (art. 9º);

4. assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS, por meio das seguintes atribuições, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:
 - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e serviços de saúde;
 - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
 - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
 - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde (art. 13);
5. elaborar planejamento integrado (art. 15);
6. ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem (art.28).

3

Finanziamento

3.1 Panorama do financiamento setorial

No Brasil, saúde tem se mantido nos últimos anos como primeiro problema mais importante enfrentado no cotidiano pela população, sendo o subfinanciamento do setor público de saúde bem conhecido pelos diferentes atores sociais e grupos de interesse direta ou indiretamente envolvidos no processo de construção do SUS, como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral.

Muitas foram as crises do financiamento da saúde e a busca de novas fontes. A vinculação de recursos para o SUS já constava da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e pretendia vincular a saúde recursos equivalentes a 10% do PIB. A vinculação não veio com a Constituição, mas somente 12 anos depois de muita luta a Emenda Constitucional (EC) n. 29/2000 foi promulgada e estabeleceu a vinculação constitucional de receitas da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Mais 12 anos se passaram até a sua regulamentação pela LC n. 141/2012, que manteve a mesma regra da EC n. 29/2000, não acrescentando mais recursos tão necessários ao SUS.

A sociedade continua tentando garantir mais recursos para a saúde e o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública entregou, no início de agosto de 2013, à Câmara dos Deputados 2,2 milhões de assinaturas de eleitores que exigem a aplicação do equivalente a 10% da receita corrente bruta da União em ações de saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão de Legislação Participativa, apresentado como Projeto de LC n. 321/2013 e tramita na Câmara apensado ao PLP n. 123/2012.

Existem vários outros projetos que propõem aplicar percentuais da Receita Corrente Líquida da União em ações de saúde de 15 a

19% escalonados de diferentes maneiras e tempo, com criação ou não de novos impostos e com diferentes alíquotas.

Todavia, nesse momento é prejudicial para o SUS a promulgação da Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015, pois se revogou a reavaliação das normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; os recursos pela exploração de petróleo e gás natural destinados para a área de saúde não serão acrescentados ao montante mínimo obrigatório como definia a Lei n. 12.858 de 9 de setembro de 2013; 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) destinada às emendas individuais será alocado para a saúde e computados para fins do cumprimento mínimo, tendo obrigatoriedade de execução; e o percentual definido para aplicação da União de 15% da RCL evoluirá de modo gradual em cinco anos de, no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5% ,15%.

Torna-se muito mais difícil qualquer modificação dessa norma, pois exigirá quórum qualificado do Congresso, considerando que está na Constituição Federal.

3.1.1 Comparações internacionais

Apesar da legislação construída ao longo dos anos, os recursos financeiros para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal de qualidade.

Na Tabela 1, pode-se observar que o Brasil tem uma composição de gasto em Saúde incompatível com o financiamento de um sistema público universal. Os gastos públicos representam 45,7% dos gastos totais em Saúde em 2011; esse valor é muito inferior aos dos países que têm sistemas públicos universais e também dos Estados Unidos da América, da Argentina, do Chile e do México.

Tabela 1 Percentual do Gasto Público em Relação ao Gasto Total em Saúde em Países Seleccionados, 2011

PAÍS	%
Cuba	94,7
Reino Unido	82,8
Suécia	81,6
Itália	77,8
França	76,8
Alemanha	76,5
Costa Rica	74,7
Espanha	73,0
Canadá	70,4
Argentina	66,5
Portugal	65,0
México	50,3
Chile	48,4
Estados Unidos	47,8
Brasil	45,7

Fonte: World Health Statistics/WHO (2014).

Na Tabela 2 pode-se verificar que, em termos internacionais, o Brasil não gasta tão pouco em Saúde. Em termos percentuais do PIB o Brasil supera Chile, México e Argentina, mas situa-se abaixo da Costa Rica e de países desenvolvidos, que, em média, despendem 10% do PIB com saúde. Contudo, em relação aos gastos *per capita* em dólares médios, o Brasil gasta, apenas, 1.119 dólares anuais *per capita*, valores muito inferiores aos dos países desenvolvidos. Entretanto, o que chama mais atenção é o gasto público *per capita*. O gasto público *per capita* do Brasil é de apenas 512 dólares anuais, em face de 576 dólares da Argentina, 659 dólares da Costa Rica (World Health Organization, 2014).

Portanto, não há dúvidas de que, em comparações internacionais, o Brasil gasta muito pouco com o sistema público de saúde.

Tabela 2 Gastos em Saúde em Países Seleccionados, 2011

PAÍIS	% do PIB	Per Capita (US\$)	Per Capita Público (US\$)
Argentina	7,9	866	576
Brasil	8,9	1.119	512
Canadá	10,9	5.656	3.982
Chile	7,1	1.022	495
Costa Rica	10,2	883	659
Estados Unidos	17,7	8.467	4.047
Itália	9,2	3.339	2.599
México	6,0	609	306
Portugal	10,2	2.302	1.497
Reino Unido	9,4	3.659	3.031

Fonte: World Health Statistics/ WHO (2014).

Dos dados apresentados pode-se concluir que o Brasil tem gasto sanitário baixo, apresenta gasto público em Saúde muito pequeno. Com esse volume e essa composição de gastos em Saúde não se poderá implantar um sistema público universal. Em consequência, é necessário expandir o gasto público em Saúde.

3.1.2 Gastos públicos com saúde

Os gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil em 2000, por parte do governo federal, dos estados e dos municípios, podem ser estimados em cerca de R\$ 34 bilhões de reais. Nesse ano, os gastos do governo federal com recursos próprios somaram R\$ 20,4 bilhões (60% do total) e os de estados e municípios alcançaram R\$ 6,3 bilhões (18,5%) e R\$ 7,3 bilhões (21,5%), respectivamente²⁹.

Em 2004, que seria o fim da transição estipulada pela EC n. 29/2000, o governo federal já havia diminuído para 49,26% sua

²⁹ Fonte: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde SE/MS (União); Balanço dos governos estaduais (estados); e Siops (municípios – dados enviados até 1º de julho de 2002).

participação nos recursos para a saúde. Isso continua acontecendo e em 2013 os gastos do governo federal com ações e serviços de saúde foram de R\$ 83.043.726.306, que representaram 42,59% enquanto os estados, municípios e o Distrito Federal já arcam com 57,41% dos recursos aplicados em saúde.

A União, maior arrecadadora de impostos e contribuições (68,6%)³⁰, fica com a maior parte da receita (57,2%)³¹ do país, também é responsável pela formulação e pela execução da política econômica, portanto, só ela pode, nesse momento, aumentar os recursos para minimizar os graves problemas de acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

30 Dados de 2012 apresentados por José Roberto Afonso.

31 Dados de 2012 apresentados por José Roberto Afonso.

Tabela 3 Evolução dos gastos públicos com ASPS no Brasil, 2002 a 2013

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	Gasto	Gasto por habitante	Gasto	Gasto por habitante	Gasto	Gasto por habitante	Gasto	Gasto por habitante
	(em R\$ milhão)	(R\$)	(em R\$ milhão)	(R\$)	(em R\$ milhão)	(R\$)	(em R\$ milhão)	(R\$)
2002	24.736,84	141,65	10.757,46	61,60	12.029,69	68,89	47.523,99	272,14
2003	27.181,16	153,68	13.317,83	75,30	13.765,42	77,83	54.264,40	306,80
2004	32.703,50	180,10	17.272,90	95,13	16.409,72	90,37	66.386,12	365,60
2005	37.145,78	201,68	19.664,42	106,76	20.287,29	110,15	77.097,48	418,59
2006	40.750,16	218,18	22.978,25	123,03	23.568,60	126,19	87.297,00	467,40
2007	44.303,50	240,79	25.969,63	141,15	26.426,56	143,63	96.699,69	525,57
2008	48.670,19	256,68	30.976,46	163,37	32.471,34	171,25	112.117,99	591,30
2009	58.270,26	304,31	32.258,75	168,47	34.542,85	180,40	125.071,86	653,18
2010	61.965,20	324,85	37.264,00	195,36	39.290,64	205,98	138.519,85	726,19
2011	72.332,28	375,99	41.487,25	215,65	46.005,79	239,14	159.825,33	830,78
2012	80.063,15	412,81	44.819,21	231,09	52.038,69	268,31	176.921,04	912,21
2013	83.043,73	413,09	52.015,59	258,74	59.945,64	298,19	195.004,95	970,02

Fonte: População Residente – Estimativas para o TCU; IBGE; Dados federais: Relatório enviado pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/SE/MS à Cofin/CNS; Dados estaduais e municipais: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)/MS.

3.1.3 O Orçamento Público na Constituição

A Constituição de 1988 definiu, por meio de seus artigos 165 a 169 da seção II do capítulo II do título VI a elaboração do Orçamento Público no Brasil. Esse processo de iniciativa do Poder Executivo estabelece os três instrumentos de planejamento do gasto público, a saber:

- Plano Plurianual (PPA): lei que estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas do Governo pelo período de quatro anos, sendo revisada anualmente.
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): é anterior à lei orçamentária, define as prioridades e metas da administração pública para o exercício financeiro seguinte e orienta a elaboração da lei orçamentária anual.
- Lei Orçamentária Anual (LOA): estima as receitas e autoriza as despesas do Governo para o exercício financeiro seguinte, de acordo com a previsão de arrecadação.

As três leis citadas e os créditos adicionais são analisados pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, na forma do regimento comum e a Comissão Mista de Orçamento (CMO) examina e emite parecer sobre os projetos referidos.

A LOA ou Orçamento Geral da União (OGU) tem início no Poder Executivo por meio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), que coordena, consolida e supervisiona a elaboração da Proposta Orçamentária da União. Encaminha o Projeto de Lei ao Poder Legislativo até o dia 31 de agosto de cada ano. Os deputados e senadores discutem, na Comissão Mista de Orçamentos, a proposta e fazem as modificações que julgarem necessárias por meio das emendas e votam o projeto. A Constituição determina que o Orçamento deve ser votado e aprovado até o final de cada legislatura. Depois de aprovado, o projeto é sancionado pelo Presidente da República e se transforma em Lei.

O OGU é composto pelos seguintes orçamentos:

- orçamento fiscal;
- orçamento da seguridade social; e
- orçamento de investimento das empresas estatais federais.

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194 da CF).

O Orçamento do Ministério da Saúde ou, como está na Constituição, o SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes, (§1º do art. 198).

3.2 A origem dos recursos do SUS

Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

A **Emenda Constitucional n. 29** (EC n. 29/2000) de 13 de setembro de 2000 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. O parágrafo 3º dá nova redação do artigo 198 e prevê a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, por LC, pelo menos a cada cinco anos desde a data de promulgação da Emenda.

A **LC n. 141 (LC 141/2012)** de 13 de janeiro de 2012 (LC n. 141/2012) regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, definindo:

1. o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
2. percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos estados, pelo Dis-

trito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde;

3. critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados aos seus respectivos municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
4. normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

O **Decreto n. 7.827** de 16 de outubro de 2012 regulamentou a LC n. 141/2012 e estabeleceu os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além dos procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a LC n. 141/2012.

A **Emenda Constitucional n. 86** de 17 de março de 2015 alterou o inciso I do §2º do art. 198 da Constituição Federal referente ao valor mínimo e as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde e definindo que será cumprido progressivamente em cinco anos, a partir de 2016. Revogou o inciso IV do §3º do mesmo artigo que previa a possibilidade de o percentual mínimo da União ser reavaliado, por Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos. Determinou a inclusão, para fins de cumprimento do montante mínimo aplicados pela União, dos recursos destinados para a área de saúde oriundos da exploração de petróleo e gás natural e das emendas individuais.

3.3 Aplicação de recursos em ações e serviços de saúde

3.3.1 Recursos mínimos

Os recursos mínimos a serem aplicados em saúde, no **caso da União** e para o ano de 2000, a EC n. 29 definiu a base de cálculo como equivalente ao montante empenhado em ações e serviços de

saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. De 2001 até o ano de 2004, a base de cálculo corresponde ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Essa mesma base foi ratificada na LC n. 141/2012, mas só terá validade até o exercício de 2015, quando entra em vigor a nova legislação.

A Emenda Constitucional n. 86 de 17 de março de 2015 definiu que a partir de 2016 a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, mas que será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

1. 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
2. 13,7% da RCL no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
3. 14,1% da RCL no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
4. 14,5% da RCL da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
5. 15% da RCL no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Os **estados e o Distrito Federal** aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Para os **estados**, a base de cálculo é a sua receita própria, calculada da seguinte forma:

(+) Receitas de Impostos de Natureza Estadual:

- (ICMS³² + IPVA³³ + ITCMD³⁴)

(+) Receitas de Transferências da União

- Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE)³⁵
- Cota-Parte do IPI³⁶ – Exportação
- Transferências da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)
- Cota parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)

(+) Outras receitas correntes

- (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)

(-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos municípios:

- 25% do ICMS
- 50% do IPVA
- 25% do IPI – Exportação
- 25% do ICMS Exportação – Lei Kandir

(=) Receita Própria do Estado = Base de Cálculo Estadual

Os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos a que se referem o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o §3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

32 ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias.

33 IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores.

34 ITCMD – Imposto sobre a Transmissão *Causa Mortis* e Doação.

35 FPE – Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal.

36 IPI – Imposto sobre Produto Industrializado.

De forma semelhante, para os municípios, a base de cálculo é a sua receita própria, assim calculada:

Total das Receitas de Impostos Municipais

(ISS³⁷, IPTU³⁸, ITBI³⁹)

(+) Receitas de Transferências da União

Quota-Parte do FPM⁴⁰

Quota-Parte do ITR⁴¹

Quota-Parte da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)

(+) Receitas de Transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI – Exportação

(+) Outras Receitas Correntes

(Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)

(=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal

Como podemos observar, o caso do Distrito Federal é especial. As receitas orçamentárias dessa instância da Federação possuem componentes que são não só típicos das receitas estaduais, mas também das municipais. Assim, segundo a correspondência desses componentes, aplica-se o percentual mínimo de vinculação dos estados ou dos municípios e, no mínimo, 12% do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

37 ISS – Imposto sobre Serviços. Cobrado das empresas.

38 IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana.

39 ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Inter Vivos.

40 FPM – Fundo de Participação dos Municípios.

41 ITR – Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural.

Está compreendida, na base de cálculo dos percentuais dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no §2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Deve-se observar o disposto nas Constituições ou Leis Orgânicas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios quando fixarem percentuais superiores aos estabelecidos na LC n. 141/2012 para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

3.3.2 Aplicação dos recursos mínimos

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na LC, considera-se como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990⁴² e às seguintes diretrizes:

42 Art. 7º – As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII – participação da comunidade; IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do

1. sejam destinadas às ações e aos serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
2. estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada Ente da Federação; e
3. sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Além de atender aos critérios estabelecidos acima, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Para fins de apuração dos percentuais mínimos de aplicação em saúde **são consideradas despesas** com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

1. vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
2. atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
3. capacitação do pessoal de saúde do SUS;
4. desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
5. produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

6. saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do Ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta LC;
7. saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
8. manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
9. investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
10. remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
11. ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
12. gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração dos percentuais mínimos aquelas decorrentes de:

1. pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
2. pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
3. assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

4. merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II⁴³ do art. 3º da LC n. 141/2012;
5. saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
6. limpeza urbana e remoção de resíduos;
7. preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes da Federação ou por entidades não governamentais;
8. ações de assistência social;
9. obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
10. ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta LC ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

3.3.3 Repasse dos recursos

Os recursos da União serão repassados ao **Fundo Nacional de Saúde** e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Os recursos da União serão transferidos aos demais Entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal.

A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária,

43 II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais.

transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

O repasse dos recursos será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo Ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

Para possibilitar o subsídio técnico necessário a todos os estados para reestruturar o funcionamento dos Fundos Estaduais de Saúde (FES), o CONASS estabeleceu uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná para desenvolver uma proposta de organização dos FES que pode ser utilizada como orientação para os demais estados. O CONASS Documenta 26 apresenta essa experiência de reorganização do Fundo Estadual de Saúde do Paraná.

CONASS Documenta n. 26

A Lei n. 141/2012 e os Fundos de Saúde

Acesse usando o QR CODE ao lado ou pelo link goo.gl/Bmeleq



Transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde

A Portaria n. 204/GM de 29 de janeiro de 2007 alterada por várias outras regulamentou 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.

Atualmente os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de seis blocos de financiamento.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e serviços de saúde pactuados.

Os blocos e os componentes dos blocos de financiamento são seguintes:

1. Bloco da Atenção Básica

- Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo; e
- Componente Piso da Atenção Básica Variável PAB Variável.

2. Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

- Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e
- Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

3. Bloco de Vigilância em Saúde

- Componente da Vigilância em Saúde; e
- Componente da Vigilância Sanitária.

4. Bloco de Assistência Farmacêutica

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

5. Bloco de Gestão do SUS

- Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e
- Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

6. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde⁴⁴

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, **fundo a fundo**, em **conta única**⁴⁵ e específica para **cada bloco** de financiamento.

Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco⁴⁶.

Aos recursos relativos ao pagamento da produção das unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas acima.

Fica também vedada a aplicação dos recursos disponibilizados por meio do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde em investimentos em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas.

Os recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pacotagem na CIT.

44 Os recursos financeiros a ser transferidos por meio do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde destinar-se-ão, exclusivamente, às despesas de capital. (Alterado pela Portaria n. 837 de 24/4/2009)

45 Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos, devendo ser movimentados conforme legislação em conta bancária específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado.

46 Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco.

3.3.4 Movimentação dos recursos da União e dos estados

Da movimentação dos recursos da União

O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 a fim de atender aos objetivos do inciso II do §3º do art. 198 da Constituição Federal.

O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na CIT e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada estado, ao Distrito Federal e a cada município para custeio das ações e dos serviços públicos de saúde.

Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

O Poder Executivo manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada Ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para estados, Distrito Federal e municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre União, estados e municípios.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios, serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais Entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Da movimentação dos recursos dos estados

O rateio dos recursos dos estados transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de se reduzirem as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do §3º do art. 198 da Constituição Federal.

Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em CIB, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do estado para os municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

As transferências dos estados para os municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o estado e seus municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Os estados e os municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos Entes envolvidos.

A modalidade gerencial acima referida deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na CIT e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.4 Transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle

3.4.1 Transparência e visibilidade da gestão da saúde

Os órgãos gestores de saúde da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

1. comprovação do cumprimento do disposto na LC n. 141/2012;
2. Relatório de Gestão do SUS;
3. avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo Ente da Federação.

A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

3.4.2 Escrituração e consolidação das contas da saúde

Os órgãos de saúde da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

As normas gerais para esse registro serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições da LC n. 141/2012.

O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo Ente da Federação.

3.4.3 Prestação de contas

A prestação de contas conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da LC n. 101 de 4 de maio de 2000.

As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o §3º do art. 165 da Constituição Federal.

O gestor do SUS em cada Ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III – oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

O Relatório Detalhado do Quadrimestre será apresentado pelo gestor do SUS, até o fim dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo Ente da Federação.

A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão enviar o Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta LC, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

O Relatório será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para municípios com população inferior a 50 mil habitantes. Os Entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

Anualmente, os Entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema definido na LC n. 141/2012, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

Os resultados do monitoramento e da avaliação previstos serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada Ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

No Anexo 3 apresentamos, na forma de Calendário, um resumo de atividades relacionado à LC n. 141/2012 a que as Secretarias Estaduais de Saúde devem se ater pela importância para a gestão.

3.4.4 Fiscalização da gestão da saúde

Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da LC n.

101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no LC n. 141/2012.

O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada Ente da Federação, fiscalizará o cumprimento das normas desta LC, com ênfase no que diz respeito:

1. à elaboração e à execução do Plano de Saúde Plurianual;
2. ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
3. à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta LC;
4. às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
5. à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
6. à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada Ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento.

1. obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios;
2. processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

3. disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada Ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;
4. realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na LC, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;
5. previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada Ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da LC n. 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;
6. integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da LC n. 101, de 4 de maio de 2000.

Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos na LC n. 141/2012 e na legislação concernente.

O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria GM/MS n. 53 de 16 de janeiro de 2012, as diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e fixou prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da LC n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao capítulo I do Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012.

O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas na LC n. 141/2012, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo Ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

O descumprimento implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da LC n. 101, de 4 de maio de 2000.

Os Poderes Executivos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta LC, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dada ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei. Os Conselhos de Saúde avaliarão, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC n. 141/2012 nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo Ente da Federação as indicações, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto na LC n. 141/2012, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle

externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do Ente da Federação.

3.4.5 Descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012

O Siops é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado e atualizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, incluída sua execução.

O Siops deverá coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, atendendo às especificidades de cada Ente da Federação, de forma a possibilitar o monitoramento da aplicação de recursos no SUS.

Foi adotada a certificação digital em todo processo de interface dos usuários com o Siops.

O gestor do SUS de cada Ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para os fins previstos na LC n. 141, de 2012.

A ausência de homologação das informações no prazo de até 30 dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

O cumprimento ou o descumprimento da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no Siops:

1. ao serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias (Cauc); e
2. ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de suspensão das transferências constitucionais.

No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas no Siops, a União e os estados poderão restringir o repasse dos recursos ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde.

Haverá nova suspensão das transferências constitucionais caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

Os efeitos das medidas restritivas, referente às transferências constitucionais e voluntárias, serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do Ente da Federação beneficiário da aplicação dos recursos.

Situações possíveis que o Ente federado poderá se encontrar:

1. Regularidade das transferências constitucionais e voluntárias

Transmitiu com percentual dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde $\geq 12\%$ se estado ou $\geq 15\%$ se município dentro do prazo

Prazo: 30 de janeiro + 30 dias de notificação automática

- Informação repassada ao Cauc/MF
- Nenhuma medida a ser adotada junto ao Banco do Brasil (BB)

2. Transferências voluntárias suspensas e transferências constitucionais condicionadas

Transmitiu com percentual dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde < 12% se estado ou < 15% se município dentro do prazo

Prazo: 30 de janeiro + 30 dias de notificação automática

- Informação repassada ao Cauc/MF → Transferências voluntárias suspensas
- Informação repassada ao BB → Transferências constitucionais condicionadas

3. Transferências voluntárias suspensas e transferências constitucionais suspensas

Não transmitiu

Prazo: 30 de janeiro + 30 dias de notificação automática

- Informação repassada ao Cauc/MF → Transferências voluntárias suspensas
- Informação repassada ao BB → Transferências constitucionais suspensas.

Recomenda-se atenção ao cumprimento dos prazos da LC n. 141/2012, considerando as consequências para a gestão.

3.4.6 Cooperação técnica e financeira

A União prestará cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a implementação das transferências dos estados para os municípios, e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas da LC.

A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico, bem como na formulação e na disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade

das ações e dos serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

No âmbito de cada Ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o §2º do art. 1º da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

As infrações dos dispositivos desta LC serão punidas segundo o Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei n. 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei n. 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei n. 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

3.5 Considerações finais

Ao analisar-se a implantação da LC n. 141/2012, pode-se ressaltar que a metodologia de rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados a estados, Distrito Federal e municípios, referida no artigo 17, ainda não foi pactuada entre os gestores do SUS.

A lei estabeleceu que dos recursos de transferências para a saúde observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, a fim de atender aos objetivos do inciso II do §3º do art. 198 da Constituição Federal.

A CIT, em reunião no dia de 5 de dezembro de 2012, resolveu pela criação de Subgrupo de Trabalho, no âmbito do Grupo de Tra-

balho de Gestão da CIT, destinado a elaborar proposta de definição da metodologia dos critérios de rateio de recursos destinados ao financiamento do SUS, conforme Resolução n. 3 de 28 de fevereiro de 2013.

O Subgrupo de Trabalho foi composto por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

O Subgrupo de Trabalho Tripartite teria duração de 180 dias, prorrogáveis, se necessário, por 90 dias, contados da data de publicação da Resolução e deveria encaminhar relatório final ao Grupo de Trabalho de Gestão no prazo máximo de 30 dias, a contar da data do término de suas atividades, para avaliação e posterior submissão ao Plenário da CIT.

O CONASS realizou, em 23 de abril de 2012, encontro sobre o assunto com os Secretários de Estado e contou com a presença de especialistas na área para subsidiar o debate. Considerando a complexidade do tema, foram definidas premissas que depois serviriam para orientar seus representantes no Subgrupo de Trabalho. São elas:

- O aporte de novos recursos deve considerar que o rateio observará as necessidades de saúde da população e hoje não as atendemos.
- Deve contemplar todos os recursos, não só os da assistência à saúde.
- Equilibrar as diferenças regionais.
- Todos os repasses devem ser fundo a fundo.
- Não pode propiciar o desmonte dos serviços que já estão funcionando.

O subgrupo reuniu-se em poucas ocasiões e discutiu a conceitualização e combinação dos critérios de rateio; a construção da metodologia de cálculo; a definição prévia dos recursos. Também foram

apresentadas algumas experiências, como a metodologia da SES Paraná para alocação de recursos, a do projeto Saúde 2030 da Fio-cruz, a da PGASS e da Universidade Pompeu Fabra/Espanha.

A simulação de cenários elaborada por grupo de trabalho interno do Ministério da Saúde não foi apresentada ao subgrupo e não houve mais reuniões.

Faz-se necessário a reativação do subgrupo para conclusão dos trabalhos, considerando a importância do tema.

Como também consta da LC n. 141/2012, em seu artigo 19, o rateio dos recursos dos estados transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde e que deve ser realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do §3º do art. 198 da Constituição Federal. As secretarias estaduais devem construir e pactuar na CIB a referida metodologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.**

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 42, de 19 de dezembro de 2003.** Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006.** Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 63, de 4 de fevereiro de 2010.** Altera o §5º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015.** Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.689 de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

_____. Presidência da República. **Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

_____. Presidência da República. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Presidência da República. **Lei n. 12.401, de 24 de agosto de 2011**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Presidência da República. **Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011**. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

_____. Presidência da República. **Lei 12.895, de 18 de dezembro de 2013**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o país a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.

_____. Presidência da República. **Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994**. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Decreto 1.651 de 28 de setembro de 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

_____. Presidência da República. **Decreto n. 7.507 de 27 de junho de 2011.** Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a estados, Distrito Federal e municípios.

_____. Presidência da República. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Presidência da República. **Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012.** Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 1, de 29 de setembro de 2011.** Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 2 de 17 de janeiro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 3, de 30 de janeiro**

de 2012. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 4, de 19 de julho de 2012.** Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 533 28 de março de 2012.** Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 841 de 2 de maio de 2012.** Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 53 de 16 de janeiro de 2012.** Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e fixos prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 3 de 28 de fevereiro de 2013.** Fica constituído, no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, Subgrupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de definição da metodologia dos critérios de rateio de recursos destinados ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Lei Complementar n. 141, de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.135 de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

ANEXOS

ANEXO 1

Agenda de implantação dos dispositivos do Decreto n. 7.508/11

A publicação do Decreto n. 7.508/2011 no fim do mês de junho de 2011 impôs nova pauta de discussão para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que, na reunião ordinária de 28 de julho de 2011, discutiu as Diretrizes Gerais do Plano Nacional de Saúde e uma agenda estratégica para implantação dos dispositivos do Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011.

O Ministério da Saúde apresentou o seguinte cronograma de atividades que foi pactuado entre os gestores do SUS na CIT de 28 de julho de 2011:

Tabela 1 CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DO DECRETO N. 7.508/2011

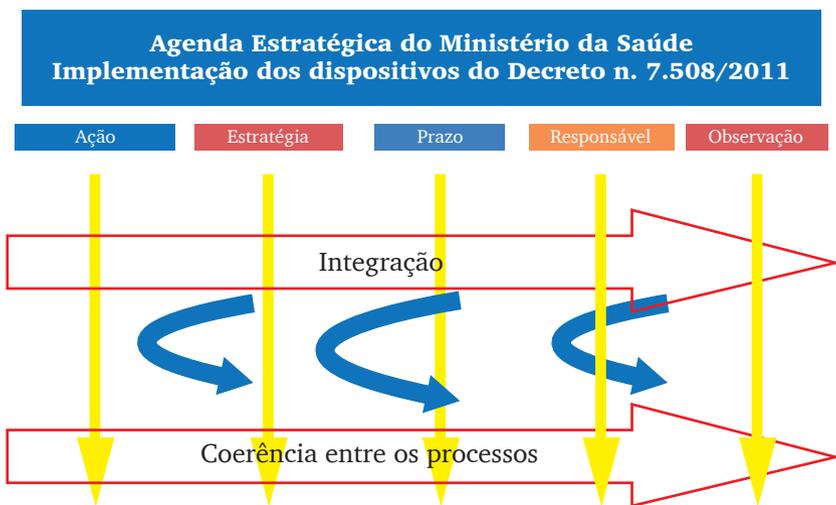
PAUTA	ESTRATÉGIA/PARTICIPANTES	PRAZO
Ciclo de debates no MS	Agenda interna com as equipes técnicas das secretarias do MS.	Fim de julho e 1ª semana de agosto

PAUTA	ESTRATÉGIA/PARTICIPANTES	PRAZO
Publicação de material de divulgação e outras estratégias de divulgação do Decreto n. 7.508/2011	<p>criar E-group no MS;</p> <p>divulgar nas Conferências municipais e estaduais;</p> <p>realizar videoconferência em 29 de julho, programar três videoconferências;</p> <p>reproduzir folheto para distribuição em conselhos, CIB e Cosems;</p> <p>utilizar o espaço do Café com Ideias para a discussão ampliada no MS sobre os aspectos dos dispositivos do decreto;</p> <p>estimular a discussão nos espaços das CIB, CIR, CES e CMS;</p> <p>aproveitar as parcerias institucionais: universidades, associações, institutos, Abrasco, Cebes, Opas, para ampliar as discussões.</p>	<p>Julho a outubro</p> <p>1ª quinzena de agosto</p> <p>1ª semana de agosto</p> <p>Julho a setembro</p>
Organização da agenda de cooperação interfederativa	<p>definir Grupo Executivo para articular as agendas de cooperação com os estados (marcas de governo, Qualisus-rede, Coap, projetos estratégicos das secretarias do MS);</p> <p>constituir Comitê de Apoio a Articulação Interfederativa (Caaf)/SUS com a função de estruturar e operacionalizar a o atendimento estratégico? para a implantação do decreto;</p> <p>constituir cinco Grupos Executivos: GE-Coap; GE-Mapa da Saúde; GE-Renases; GE-Rename; GE-Regionalização/ Articulação Interfederativa.</p>	<p>Julho de 2011</p> <p>Reuniões em agosto e setembro para formulação de diretrizes</p>
Construção das agendas nos Grupos Técnicos da CIT	<p>definir os representantes do MS junto aos GT da CIT;</p> <p>organizar as agendas dos GT com base na agenda de pactuação dos dispositivos do decreto;</p> <p>definir a agenda de reuniões do GT de Gestão;</p> <p>participar das assembleias do CONASS e Conasems.</p>	<p>14 de julho</p> <p>20 de julho</p> <p>25 de julho</p> <p>27 de julho</p>

PAUTA	ESTRATÉGIA/PARTICIPANTES	PRAZO
Oficina tripartite	Oficina para alinhamento de conceitos e formulação de diretrizes (Regiões de Saúde, Mapa, Coap, Planejamento, Rename e Renases).	1ª quinzena de agosto

Fonte: SGEP/MS – 2011.

Além do cronograma pactuado com os demais gestores o Ministério da Saúde organizou agenda estratégica interna para integração e coerência dos processos de discussão e implantação do decreto, entre as áreas técnicas.



Fonte: SGEP/MS – 2011.

O Ministério da Saúde manifestou o desejo de implantar o Coap em 20% das Regiões de Saúde ainda em 2011. Essa meta logo teve de ser revista, considerando que o decreto propunha alguns temas que precisavam ser discutidos entre os gestores para a definição de diretrizes e orientações para sua implantação. Entre eles podem ser destacados: constituição das regiões de saúde, planejamento

regional integrado, articulação interfederativa, mapa da saúde, Rename, Renases, Coap.

Nas reuniões da CIT dos meses de agosto, setembro e outubro subsequentes, foram aprovadas as diretrizes para a constituição de regiões de saúde – Resolução/CIT n. 01/2011 Rename – Resolução/CIT n. 01/2012, Renases – Resolução/CIT n. 02/2012 e as normas e fluxos para implantação do Coap – Resolução/CIT n. 03/2012 (http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=309&catid=7&Itemid=15).

O cronograma pactuado inicialmente para implantação do Decreto foi cumprido em um prazo mais estendido, tendo em vista a necessidade de aprofundamento de cada um dos temas e a elaboração de regras de transição que só foram pactuadas na CIT de junho de 2012 e estão descritas na Resolução/CIT n. 04/2012 (http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=309&catid=7&Itemid=15).

ANEXO 2

Agenda de implantação da LC n. 141/2012

A implantação da LC n. 141/2012 demandou grandes esforços dos gestores quanto à interpretação de vários dispositivos, ocasionando reuniões com técnicos dos Ministérios da Fazenda e do Planejamento e do Tribunal de Contas da União.

Em março de 2012, o CONASS organizou reunião ampliada da Câmara Técnica de Gestão e Financiamento, com a finalidade de realizar debate com alguns especialistas sobre a implantação da LC n. 141/2012. Foram convidados os técnicos da área de planejamento, do fundo estadual de saúde e da área jurídica das Secretarias Estaduais de Saúde, bem como técnicos da secretaria de planejamento dos estados e diretores e secretários do Ministério da Saúde. Foi um primeiro debate sobre as providências que precisariam ser tomadas em várias áreas do governo federal e a constatação de algumas inconsistências para sua aplicação imedia-

ta. Entre os encaminhamentos dessa reunião, ficou evidente que para a implantação dos ditames dessa nova norma seria necessário forte processo de negociação entre os Entes que compõem o SUS e também com outros atores do governo e que este processo deveria ser liderado pela CIT. Em outras reuniões da Câmara Técnica de Gestão e Financiamento do CONASS, realizadas durante este ano, houve oportunidade para discutir o tema e coletar sugestões das secretarias Estaduais de Saúde para o debate com os demais gestores do SUS.

O Ministério da Saúde também organizou várias reuniões com os técnicos dos estados, um Encontro Nacional das Comissões Intergestores Bipartite, reuniões internas com técnicos das secretarias do Ministério da Saúde no projeto Café com Ideias, Oficinas de planejamento, todas elas com a finalidade de debater a implantação da LC n. 141/2012 nesse novo cenário após a regulamentação da Lei n. 8.080/2012.

Dessa forma, durante o ano de 2012, a implantação dessa norma com todos os seus dispositivos, que exigiam mudanças no financiamento, controle e transferência de recursos, foi pauta constante na CIT e na reunião de dezembro de 2012 foi pactuada a constituição de um Subgrupo de Trabalho, no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da CIT, destinado a elaborar proposta de definição da metodologia dos critérios de rateio de recursos destinados ao financiamento do SUS, nos termos da LC n. 141, de 2012.

Em dezembro de 2014 pode-se constatar que vários dispositivos da LC n. 141/2012 já foram implantados, tais como: o cumprimento da aplicação do montante de recursos em ações e serviços públicos de saúde, definidos para a União, estados e municípios conforme os artigos 5º a 9º da Lei; as alterações no Siops, em observância ao art. 39, para coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, atendendo às especificidades de cada Ente da Federação, a fim de possibilitar o

monitoramento da aplicação de recursos no SUS; o Relatório Detalhado do Quadrimestre e as audiências públicas – art. 36; a transferência de forma regular e automática dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos estados, Distrito Federal e municípios em detrimento de outras formas como convênios ou outros instrumentos congêneres.

Constata-se também, um esforço de organização do Ministério da Saúde, dos estados e municípios para o cumprimento do art. 30, que trata do processo de planejamento e a elaboração dos planos de saúde e relatório de gestão bem como a sua disponibilização no Sargsus.

Entretanto, a nova metodologia do rateio dos recursos da União, vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados a estados, Distrito Federal e municípios, conforme o art. 17, ainda não foi pactuada entre os gestores do SUS, apesar de debates realizados pelo Subgrupo de Trabalho nomeado para esse fim, durante os anos de 2013 e 2014. O que vigorou nesse período e foi informado aos órgãos de controle externo é que enquanto não for pactuada nova regra na CIT fica validada a regra vigente por ocasião da publicação da lei.

ANEXO 3

Calendário de atividades da SES relacionada à Lei Complementar n. 141/2012

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
<p>30 – Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) – 6º bimestre do ano anterior homologado no Siops</p>	<p>28 – Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ) – 3º quadrimestre do ano anterior, apresentado ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Casa Legislativa</p>	<p>30 – RREO – 1º bimestre do ano corrente homologado no Siops</p> <p>30 – Relatório Anual de Gestão (RAG) do ano anterior enviado ao Conselho de Saúde</p> <p>30 – Programação Anual de Saúde (PAS) do ano subsequente ao corrente, enviado ao Conselho de Saúde, deve preceder a elaboração da LDO</p>	<p>15 – Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) – enviado ao legislativo, essa data pode variar nos estados, observar o disposto na Constituição e Lei Orgânica do Ente federado</p>
<p>Plano de Saúde – quadrienal, elaborado durante o 1º ano do mandato</p>			
Maio	Junho	Julho	Agosto

<p>30 – RREO – 2º bimestre do ano corrente homologado no Siops</p> <p>30 – RDQ – 1º quadrimestre do ano corrente, apresentado ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Casa Legislativa</p>		<p>30 – RREO – 3º bimestre do ano corrente homologado no Siops</p>	<p>15 – Plano Plurianual (PPA) – Elaborado no 1º ano do mandato, enviado ao legislativo, essa data pode variar nos estados, observar o disposto na Constituição e Lei Orgânica do Ente federado</p> <p>31 – Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) – enviado ao legislativo, essa data pode variar nos estados, observar o disposto na Constituição e Lei Orgânica do Ente federado</p>
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<p>30 – RREO – 4º bimestre do ano corrente homologado no Siops</p> <p>30 – RDQ – 2º quadrimestre do ano corrente, apresentado ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Casa Legislativa</p>		<p>30 – RREO – 5º bimestre do ano corrente homologado no Siops</p>	