



# Curso I

## Regulação de Sistemas de Saúde do SUS

### MÓDULO 2

# Gestão do SUS: Planejamento, Programação e Financiamento da Saúde

1ª edição revisada





# Curso I

## Regulação de Sistemas de Saúde do SUS

### MÓDULO 2

# Gestão do SUS: Planejamento, Programação e Financiamento da Saúde

1ª edição revisada



2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição revisada – 2022 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Regulação Assistencial e Controle  
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G,  
Edifício Anexo B, 1º andar, ala sul  
CEP: 70058-900 – Brasília, DF  
Tel.: (61) 3315-5870 / 3315-5872

*Direção:*

Cleusa R. da Silveira Bernardo

*Organização:*

Edna Miyuki Hirano  
Miriam Vieira

*Elaboração de texto:*

Clarivan do Couto Gonçalves  
Edna Miyuki Hirano  
Maria Auri Gonçalves  
Miriam Vieira  
Vanderlei Soares Moya

*Revisão técnica:*

Claudio Lucio Brasil da Cunha  
João Marcelo Barreto Silva  
José Carlos de Moraes  
Jozinélio Severino Teixeira

*Cooperação técnica:*

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
em Saúde – Fiotec

*Parceria:*

Escola Nacional de Administração Pública /ENAP – Escola  
Virtual Governo/EV.G

*Colaboração:*

João Marcelo Barreto Silva  
Luciano Gomes Marcelino  
Marcos Elizeu Marinho de Oliveira  
Otavio Augusto dos Santos

*Projeto gráfico:*

Tatiana Rodrigues Teles Araújo

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

*Diagramação:*

Bruno Freitas de Paiva – Editora MS/CGDI  
Gustavo Saraiva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I : Regulação de Sistemas de Saúde do SUS : módulo 2 : Gestão do SUS : Planejamento, Programação e Financiamento da Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação Assistencial e Controle. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.  
50 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo2\\_gestao\\_planejamento\\_programacao\\_financiamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo2_gestao_planejamento_programacao_financiamento.pdf)

ISBN 978-65-5993-082-1

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Regulação. 3. Auditoria. 4. Avaliação institucional. I. Título.

CDU 614.2:351.77

---

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0140

*Título para indexação:*

Course I: SUS Health System Regulation: module 2: SUS Management: Health System Planning, Programming and Financing

# Siglas

## A

**ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**APAC** – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**ASPS** – Ações e Serviços Públicos de Saúde

---

## B

**BPA** – Boletim de Produção Ambulatorial

**BPAI** – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

---

## C

**CADSUS** – Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS

**CBO** – Classificação Brasileira de Ocupações

**CBR** – Curso Básico de Regulação do SUS

**CBRCAA** – Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

**CERAC** – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade

**CES** – Conselho Estadual de Saúde

**CF** – Constituição Federal

**CGRA** – Coordenação Geral de Regulação Assistencial

**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite

**CIH** – Comunicação de Internação Hospitalar

**CIR** – Comissão Intergestores Regional

**CIT** – Comissão Intergestores Tripartite

**CMD** – Conjunto Mínimo de Dados

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CNRAC** – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

**CNS** – Cartão Nacional da Saúde

**COAP** – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**COSEMS** – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

**D** **DATASUS** – Departamento de Informática do SUS  
**DRAC** – Departamento de Regulação Assistencial e Controle  
**DSEI** – Distrito Sanitário Especial Indígena

---

**E** **EC** – Emenda Constitucional  
**eSF** – Equipe Saúde da Família

---

**F** **FAEC** – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
**FCES** – Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde  
**FMS** – Fundo Municipal de Saúde  
**FNS** – Fundo Nacional de Saúde  
**FPO** – Ficha de Programação Física – Orçamentária

---

**G** **GM** – Gabinete do Ministro

---

**I** **INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social  
**IPCA** – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

---

**L** **LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias  
**LOA** – Lei Orçamentária Anual  
**LOAS** – Lei Orgânica de Assistência Social

---

**M** **MAC** – Média e Alta Complexidade  
**MS** – Ministério da Saúde

---

**N** **NOAS** – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
**NOB** – Norma Operacional Básica

## O

**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde  
**OPM** – Órtese, Prótese e Materiais Especiais

---

## P

**PAB** - Piso da Atenção Básica  
**PAS** – Programação Anual de Saúde  
**PCCS** – Plano de Carreira, Cargos e Salários  
**PDR** – Plano Diretor de Regionalização  
**PDRI** – Plano Diretor de Regionalização e Investimentos  
**PGASS** – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde  
**PLANEJA SUS** – Sistema de Planejamento do SUS  
**PNASH** – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares  
**PNASS** – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde  
**PPA** – Plano Plurianual  
**PPI** – Programação Pactuada e Integrada  
**PRI** – Planejamento Regional e Integrado  
**PS** – Plano de Saúde

---

**R**  
Lorem ipsum

**RAG** – Relatório Anual de Gestão  
**RAS** – Redes de Atenção à Saúde  
**RENAME** – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
**RENASES** – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde  
**RT** – Rede Temática  
**RUE** – Rede de Urgência e Emergência

---

## S

**SADT** – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia  
**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SARGSUS** – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS  
**SAES** – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
**SIA** – Sistema de Informações Ambulatoriais  
**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica  
**SIH** – Sistema de Informações Hospitalares  
**SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade  
**SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

## *S*

**SINASC** – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

**SIOPS** – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

**SISAB** – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

**SISCNS** – Sistema de Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde

**SISPRENATAL** – Sistema de Informação do Pré-Natal

**SISREG** – Sistema de Regulação

**SNA** – Sistema Nacional de Auditoria

**SUS** – Sistema Único de Saúde

---

## *T*

**TCEP** – Termo de Cooperação entre Entes Públicos

**TCG** – Termos de Compromisso de Gestão

**TCU** – Tribunal de Contas da União

**TFD** – Tratamento Fora do Domicílio

---

## *U*

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UNASUS** – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

# Sumário

Apresentação .....	<b>8</b>
Conteúdo Programático .....	<b>9</b>
Gestão do SUS: Planejamento e Programação .....	<b>10</b>
O Planejamento Regional Integrado .....	<b>21</b>
Instrumentos para Planejamento no âmbito do SUS .....	<b>26</b>
Gestão do SUS: Financiamento da Saúde do SUS.....	<b>31</b>
Referências .....	<b>45</b>

# Apresentação

**Prezado (a) estudante,**

Bem-vindo(a) ao módulo 2. Estamos iniciando uma nova unidade de aprendizagem (UA) e desejamos que possa utilizar o material da melhor maneira possível.

O foco desta UA é a **Gestão do SUS**. Esperamos que os conteúdos aqui apresentados sejam transformados em ferramentas de uso no seu cotidiano.

Bons estudos!



# Conteúdo Programático



## Objetivo

Propiciar reflexão sobre a importância de estabelecer uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo, e que subsidie a tomada de decisão dos gestores.



## Conteúdos

- Conceitos básicos de planejamento em saúde e sua relevância;
- Inter-relação dos conceitos de planejamento, programação e financiamento da saúde; e
- Instrumentos básicos de planejamento em saúde.



## Atividades

- Módulo 2 - Leia o texto base e realize as atividades sugeridas;
- Assista aos filmes sugeridos.

# Gestão do SUS: Planejamento e Programação



Para efeito de entendimento das funções no SUS, Gestão é definida como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” ([Norma Operacional Básica-SUS -1996, p.8](#)).

Desde a criação do SUS, os gestores têm despendido esforços na discussão do planejamento, enquanto componente fundamental da gestão. Entretanto, mesmo com os avanços, permanecem desafios importantes para a institucionalização do planejamento no SUS.

Conforme determina a [Lei nº 8.080/1990](#), todos os entes federados devem elaborar o Plano de Saúde, que deve ser realizado a partir da observação das necessidades locais. Encontra-se aí o postulado de integração entre os planos de saúde elaborados por municípios e estados, para subsidiar a elaboração do instrumento na etapa nacional.

Os Estados e a União precisam considerar os objetivos e metas, definidos pelos municípios para, a partir dessa

leitura, fomentar e estabelecer novas iniciativas de acordo com a sua visão sobre a realidade local.



No ambiente interorganizacional, um dos grandes desafios é a articulação entre os entes federados, para que o planejamento em saúde, de fato, torne-se efetivo.

Um aspecto que contribui para a maior efetividade das políticas é a conexão entre as programações de saúde e o orçamento de cada ente federado.



Frequentemente, o orçamento costuma ser elaborado sem considerar as ações definidas para o exercício financeiro. É preciso assumir que, embora exista certa dificuldade de articulação do planejamento entre os entes federados, é imprescindível, para a consolidação do SUS, a articulação do planejamento entre as instâncias de gestão, uma vez que o sistema consiste em uma rede de serviços de saúde única, regionalizada e hierarquizada.

O SUS é herdeiro de práticas institucionais marcadas pela compra de serviços da iniciativa privada e orientadas pelo interesse e pelo perfil da oferta.

Uma reversão desse quadro implicará em redirecionar o sistema para as “reais necessidades de saúde da população”.

Na prática institucional, essas proposições raramente se moldam em alternativas concretas. Restringem-se, na maior parte das vezes, à realização de coletânea de dados e informações demográficas e epidemiológicas que serão reunidas nos primeiros capítulos dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, sem a necessária correspondência ou ligação clara com as suas proposições.



## Saiba mais



As **NECESSIDADES** em saúde não são uma categoria ligada ao “status” econômico, mas sim, inerentes ao indivíduo; e sua satisfação é imperativa, tanto para a sobrevivência da espécie, quanto para o perfeito funcionamento da sociedade.

[O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. Oswaldo Campos](#)

Reproduz-se, assim, a prática dos “diagnósticos de saúde”, tão típicos dos modelos de “planejamento normativo”.

No campo da programação, especificamente, prevalecem os enfoques centrados na otimização de oferta ou na estimativa de demanda com base em parâmetros pouco consistentes, em geral construídos a partir de pequenos ajustes nas séries históricas de produção de serviços realizados em períodos recentes.

É usual a distinção dos enfoques metodológicos em planejamento/programação em duas vertentes, que são: a partir da oferta/demanda e a partir das necessidades de saúde.

No primeiro caso, a programação, centra-se na otimização das estruturas existentes, buscando a sua racionalização e maximização, aplicando-se parâmetros de rendimento (produtividade), tanto dos recursos físicos quanto humanos envolvidos, estimando-se então, a partir de normas técnicas, as coberturas e concentrações esperadas para os serviços.

No caso da programação, exclusivamente, centrada na demanda, poderia ser formalmente isolada, realizada com a aplicação de uma taxa de demanda estimada sobre a população em causa e, a partir de normas técnicas, previstos os recursos necessários.

No caso da programação por necessidades, aplicar-se-iam normas e consensos técnicos (aproximações às necessidades) quanto aos parâmetros de cobertura, à concentração e ao rendimento dos profissionais (RIVERA, 1989).

As “necessidades em saúde” são aqui consideradas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização, legitimadas pela população usuária do sistema, e pelos atores relevantes na sua definição e implementação (EGRY, 2008).

As aproximações às ditas necessidades só podem ser intentadas se adotadas várias abordagens e enfoques que integram diversas dimensões, sempre de caráter precário, e fruto de consensos sociais, entre epidemiologistas, planejadores, gestores e, ainda, por representantes das sociedades científicas e da sociedade civil.



Vocês já devem ter ouvido esta frase:  
“Se você não sabe para onde ir...Então  
não importa que caminho tome...”



**Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para ir embora daqui? Depende bastante para onde você quer ir, respondeu o gato. Não me importa muito para onde, disse Alice. Então não importa que caminho tome, disse o gato. Contanto que eu chegue a algum lugar, Alice acrescentou. Ah, isso você certamente vai conseguir, afirmou o gato, desde que ande bastante”.**

“Alice no País das Maravilhas”. Lewis Carrol.



O planejamento nos acompanha em vários momentos e situações na nossa vida cotidiana, mas nem sempre nos damos conta de que estamos planejando algo. Isso acontece, por exemplo, ao se planejar uma viagem. Há que se pesquisar a melhor data, o destino, os custos, a hospedagem, a forma de pagamento entre outros. É claro que existem pessoas que não planejam nada e que deixam tudo ao acaso. Uma situação como “Não planejar” pode não ser tranquila, principalmente, se envolver terceiros e se houver impacto financeiros.

## Então.... O que é Planejar?

Você deve ter aprendido que planejar é a simples ação de elaborar um plano, ou definir normas para serem seguidas por todos os que trabalham numa dada instituição, ou calcular os recursos materiais, humanos e financeiros necessários para que um determinado programa ou serviço funcione. Embora todas as atividades citadas possam (e devam) formar parte do processo de planejamento, ele é muito mais do que alguns de seus aspectos operacionais. Sucintamente, pode-se dizer que o planejamento é parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser, e permite definir que caminhos seguir para se chegar até lá. Planejar consiste em decidir com antecedência o que fazer para mudar as condições atuais, de modo a alcançar os objetivos que nós estabelecemos.

**Planejar é responder:**



**Onde queremos chegar? Quais os objetivos a serem alcançados? Qual a situação que consideramos ideal?**

O Ministério da Saúde vem despendendo inúmeros esforços com a finalidade de normatizar a elaboração de um efetivo Planejamento em Saúde.

Em 1993, publica a Norma Operacional Básica ([NOB-SUS/1993](#)) que instituiu “Novo Modelo de pactuação federativa” com o objetivo de normalizar o processo de descentralização político-administrativa, estabelecendo parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços de saúde. A NOB-SUS/1993 estabeleceu novo modelo de pactuação federativa a partir do qual consolidou o papel do Conselho de Saúde. Para que o município recebesse recursos financeiros seria necessário comprovar a existência do respectivo conselho e de seu funcionamento.

A partir da necessidade de formulação de ajustes nos parâmetros de operação do sistema, em 1996, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde ([NOB-SUS/1996](#)) instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI) que passou a integrar o processo de planejamento da saúde.

A PPI se tornou o instrumento que, em consonância com o processo de planejamento, visava definir e quantificar as ações de saúde (atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica) para a população residente em cada território, além de nortear a alocação dos recursos financeiros, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores, constituindo o instrumento proposto para reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS. Devia, ainda, explicitar os pactos de referência entre municípios, e definir a parcela de recursos destinados à assistência da própria população e da população referenciada, por outros municípios (BRASIL, 2006b).

A PPI era o resultado da consolidação dos Planos de Saúde dos Municípios, apreciado e homologado na CIB, ou seja, os estados, tinham a incumbência de fazerem a harmonização entre as PPI's pela incorporação de suas responsabilidades diretas, mediante negociações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Saiba mais sobre  
as Comissões  
Intergestores:  
**DECRETO Nº 7.508,**  
**de 28 de JUNHO de**  
**2011 - CAPÍTULO V**  
**- DA ARTICULAÇÃO**  
**INTERFEDERATIVA**  
**- Seção I - Das**  
**Comissões**  
**Intergestores: CIT -**  
**CIB e CIR**

A Comissão Intergestores Bipartite, CIB, é o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. Como colegiado bipartite, a CIB é composta paritariamente por dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado. Deve ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

**NOAS 01/2001**  
**instituída pela**  
**Port Nº 95, de**  
**26 de janeiro de**  
**2001** tinha como objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”.

Em 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que ampliava o papel dos municípios na atenção básica à saúde e definia o processo de Regionalização da Assistência. A publicação permitiu um grande avanço no que diz respeito ao processo de planejamento em saúde. Estabelece o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, de acordo com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado.

Os estados assumem responsabilidade maior na gestão do SUS, na medida em que passou a ser de sua competência a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde. Além disso, a submissão deste à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e seu envio ao Ministério da Saúde.

Segundo Matus, não há governo eficaz sem dispor de métodos poderosos de planejamento. A NOAS, para os gestores comprometidos, permitiu instrumentalizar o processo de planejamento na saúde, tendo como uma das diretrizes centrais a busca de forma consensuada e pactuada pela organização dos espaços microrregionais de saúde.

A NOAS 01/2001 foi aperfeiçoada em alguns aspectos e substituída pela **NOAS 01/2002**.

Conforme estabelecido na NOAS 01/2002, o PDR constitui instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; de conformação de redes hierarquizadas de serviços; de estabelecimentos de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. A partir do PDR elaboram-se as PPIs anuais.

**Portaria Nº 399,  
de 22 de Fevereiro  
de 2006**

**Divulga o Pacto  
pela Saúde 2006 –  
Consolidação do SUS  
e aprova as Diretrizes  
Operacionais do  
Referido Pacto.**

A partir da implementação do Pacto pela Saúde, 2006, com a redefinição das responsabilidades de cada gestor, em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social, o MS revisou todos os instrumentos de gestão do SUS e criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), por meio da Portaria GM/MS nº 3.332/2006, que foi revogada pelo Decreto nº 7.508/2011 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

**LC 141/2012 dispõe  
sobre os valores  
mínimos a serem  
aplicados anualmente  
pela União, Estados,  
Distrito Federal e  
Municípios dentre  
outros.**

O Decreto nº 7.508/2011 e a **LC nº 141/2012** trouxeram significativas mudanças no planejamento do SUS, induzindo a urgente reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde. Nessa perspectiva, foi instituída a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS em substituição a PPI, cujas Diretrizes e Proposições Metodológicas foram pactuadas pela CIT em 2012.

**Portaria Nº 1.097  
de 22 de maio de 2006.**

**Define o processo da  
Programação Pactuada e  
Integrada da Assistência  
em Saúde seja um processo  
instituído no âmbito do  
Sistema Único de Saúde.**

Como principais diferenças em relação aos processos anteriores da Programação Pactuada Integrada (PPI), destaca-se a busca de coerência com os demais instrumentos do planejamento em saúde, caracterizando-se como processo que lhes dá concretude, no âmbito da atenção à saúde.

**Em 2015 o MS  
publica PORTARIA  
Nº 1.631/2015,  
que aprova critérios  
e parâmetros para  
o planejamento e  
programação de ações  
e serviços de saúde, no  
âmbito do SUS.**

O modelo da Programação Assistencial possui como princípio a orientação para as necessidades de saúde da população. Como consequência, os critérios e parâmetros que refletem essas necessidades podem extrapolar, em muito, a atual oferta de serviços dos sistemas de saúde municipais e regionais, tendo em vista a forma de organização do Sistema de Saúde Brasileiro, caracterizado por grandes desigualdades na oferta e no acesso aos diversos serviços públicos de saúde. Dois tipos de restrições se colocam para o alcance dos patamares de oferta de serviços indicados pelos parâmetros: capacidade de expansão e limitações de financiamento dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde vem revendo as diretrizes e as proposições metodológicas da Programação das Ações e Serviços de Saúde.

Em 2013, o Ministério da Saúde publica a [Portaria GM/MS nº 2.135](#) e estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revoga as Portarias GM/MS nº 3.176/2008 que aprovava as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão (RAG), o processo de elaboração, aplicação e fluxo do RAG, a Portaria GM/MS nº 3.085/2006, que regulamentava o Sistema de Planejamento do SUS e a Portaria GMMS nº 3.332/2006 que aprovava as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. E em 2017, publica a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 1](#) que em seu Título IV Capítulo 1 - trata das Diretrizes do Processo de Planejamento no âmbito do SUS.

### **Portaria de Consolidação [GM/MS nº 01 de 2017](#) - Diretrizes do Planejamento no âmbito do SUS**

Estabelece como pressupostos que o planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados:

- Ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada e respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas CIR, CIB e CIT;
- Se basear na necessidade da população com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, de forma a permitir aproximações à demanda esperada, superando a lógica dominante da programação baseada em série histórica;
- Ter compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;
- Ter transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade.

## O Planejamento Regional Integrado. (Portaria de Consolidação GM/MS nº. 1/2017)

Com o intento de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionando maior concretude ao preceito constitucional que estabelece que as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, foram discutidas e pactuadas, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as seguintes normas:

- [Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017](#) - estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das Redes de Atenção à Saúde do SUS.
- [Resolução nº 37 de 22 de março de 2018](#) - dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde, que são espaços regionais ampliados que devem garantir a resolutividade das Redes de Atenção a Saúde (RAS) (artigo 3º - Resolução. CIT nº 37/2018).



O documento **“Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado”** traz instruções relativas ao **Planejamento Regional Integrado** a ser realizado nas macrorregiões de saúde. Ele esclarece aos gestores e às equipes dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e do Ministério da Saúde as principais questões e etapas, a fim de fortalecer a organização das ações e dos serviços de saúde.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é parte do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, será o **Plano Regional**. Ele servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme § 2º, art. 30, da **Lei Complementar nº 141/2012**. Esse processo visa promover a equidade regional, bem como, colocar em prática, o planejamento ascendente do SUS.

O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

### **O PRI se constitui a partir das seguintes etapas:**

- a.** Análise da situação de saúde:
  - Identificação das necessidades de saúde;
  - Identificação da capacidade instalada; e
  - Identificação dos fluxos de acesso.
  
- b.** Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores de saúde e prazos de execução;
  
- c.** Organização dos pontos de atenção da RAS, definição dos fluxos assistenciais e das responsabilidades dos entes federados;
  
- d.** Elaboração da Programação das Ações e Serviços de Saúde (PASS);
  
- e.** Definição dos investimentos necessários, considerando a necessidade de ampliação da capacidade instalada.

Na identificação do espaço regional ampliado, é imprescindível caracterizar a macrorregião de saúde, apresentando a relação de municípios e de regiões de saúde que a compõem, bem como suas respectivas populações residentes.

No que se refere à identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada, sugere-se trabalhar a necessidade de saúde relacionada aos seguintes aspectos:

- Análise da situação de saúde da população quanto aos riscos de adoecimento, segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais;
- Serviços de saúde, segundo critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional;
- Análise alocativa de recursos econômicos.

As ações da Atenção Básica, da Vigilância em Saúde e da Assistência Farmacêutica de responsabilidade dos municípios, devem estar no planejamento de cada ente federado.

De posse da análise situacional da saúde, em seus diversos aspectos, é preciso identificar e definir as prioridades sanitárias que comporão o Plano Regional, bem como as diretrizes, os objetivos, as metas, os indicadores de saúde e os prazos de execução.

As diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias.

Os objetivos expressam resultados desejados, e refletem as situações a serem alteradas pela implementação de

estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.

As metas expressam a medida de alcance do objetivo. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta em função de sua relevância para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.

Os indicadores retratam um conjunto de parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção.



Definidas as prioridades sanitárias, surge a necessidade de construção de consensos e a contratualização acerca das responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Macrorregião de Saúde, para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus respectivos pontos de atenção.

Responsabilidades essas que podem destacar melhorias de indicadores de saúde relacionados à Atenção Básica e à Vigilância em Saúde, pois, em parte, quanto mais efetivos forem esses resultados, menores serão os impactos nas necessidades de ações e serviços de saúde de interesse regional da média e alta complexidade.

No PRI deverão estar expressos os compromissos financeiros no custeio e investimento, de interesse regional, bem como as responsabilidades dos entes federados

envolvidos nas RAS acerca de sua operacionalização, considerando sua estrutura operacional (sistemas logísticos e sistemas de apoio).

Nesse processo, em cumprimento à legislação vigente, deve-se ressaltar o compromisso dos gestores, na contratualização de serviços de saúde públicos e privados integrantes do SUS, para garantia do atendimento da população na Macrorregião de Saúde.

*Importante lembrar que a Programação das Ações e Serviços de Saúde é uma das etapas do PRI e consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ASPS a serem desenvolvidos no âmbito da Macrorregião de Saúde. Busca-se a otimização dos recursos físicos e financeiros e contribuindo para a conformação e organização da RAS.*

## Instrumentos para Planejamento no âmbito do SUS (Portaria de Consolidação nº 1/2017)

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 4 (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; deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento. (Redação dada pela Port. GM/MS nº 750 de 29.04.2019)

A **Programação Anual de Saúde (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. O seu prazo de vigência coincidirá com o ano calendário. A elaboração da PAS e envio para aprovação pelo respectivo Conselho de Saúde deve ser antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), do exercício correspondente e execução no ano subsequente.

O **Relatório Anual de Gestão (RAG)** é o instrumento de gestão que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Um dos grandes desafios para o planejamento eficiente no SUS é o enfrentamento da desarticulação entre os instrumentos de gestão do sistema e os instrumentos de planejamento e orçamento público.

Como, geralmente, são elaborados de forma independente, ocorrem deficiências no financiamento das ações planejadas.

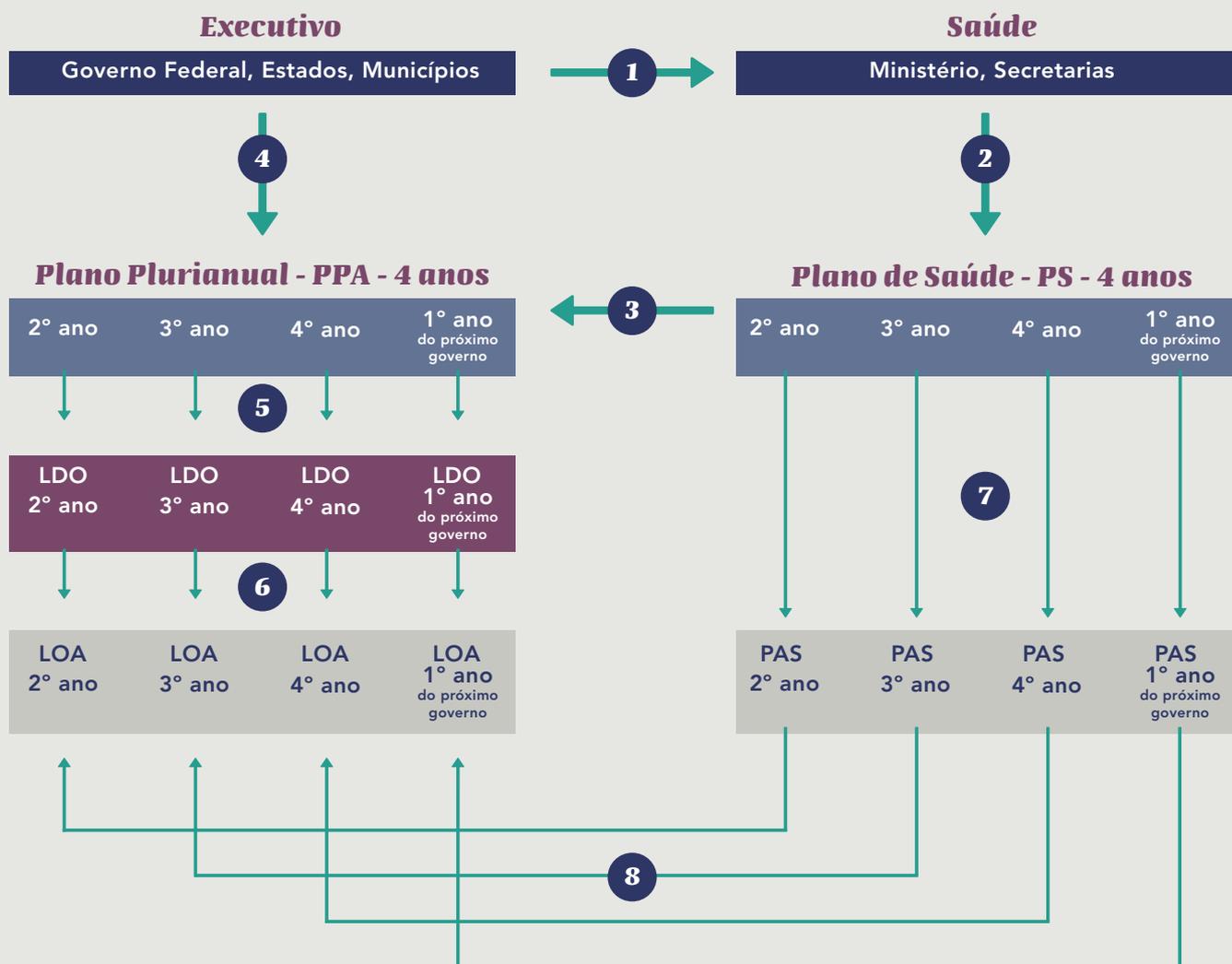


**Você tem conhecimento de como é elaborado o planejamento do seu município ou estado?**

Em virtude disso, considerando que os instrumentos de planejamento e orçamento, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) existem como leis de iniciativa do Poder Executivo e já tiveram seus prazos de elaboração definidos, no âmbito federal, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Constituição Federal), é importante estabelecer em um fluxo a vinculação entre todos eles.

Figura 1

## INTERLIGAÇÃO NECESSÁRIA ENTRE OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DA GESTÃO PÚBLICA E INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS



- A **Figura 1** mostra a relação entre os instrumentos de gestão do SUS e os de planejamento e orçamento da gestão pública.

### Legenda:

LDO = Lei de Diretrizes Orçamentárias;  
LOA = Lei Orçamentária Anual;  
PAS = Programação Anual de Saúde.

Em um primeiro momento, as diretrizes do governo são formuladas **(etapa 1)** para orientar as atividades dos órgãos da administração pública, na formulação do Plano Plurianual **(etapa 4)**.

Considerando essas orientações, os órgãos competentes da área da saúde (Ministério ou Secretarias de Saúde estaduais ou municipais) elaboram o Plano de Saúde **(etapa 2)**. Por sua vez, este plano deve subsidiar a formulação do PPA, o qual estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e, para as relativas aos programas de duração continuada **(etapa 3)**.

Para cada ano de vigência do PPA, elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com o objetivo de estabelecer as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para as despesas de capital para um período de exercício financeiro de um ano **(etapa 5)**. A LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta e os investimentos das empresas estatais **(etapa 6)**.

*O funcionamento adequado desse fluxo é condição importante para a garantia de financiamento adequado para a realização das ações de saúde em tempo oportuno.*

Voltando à perspectiva do setor saúde, o Plano de Saúde (PS) desdobra-se em Programação Anual de Saúde (PAS) para cada ano de sua vigência, com o propósito de que sejam detalhados, para cada exercício financeiro, os objetivos, as metas, as ações e, especialmente, os recursos necessários para realização das ações **(etapa 7)**. Nesse sentido, as Programações Anuais de Saúde (PAS) devem orientar a formulação das LOA, para que haja vinculação entre ações e recursos necessários programados e o orçamento aprovado, para assegurar sua execução **(etapa 8)**.

Figura 2

## FUNÇÕES INTEGRADAS DA GESTÃO ORÇAMENTÁRIA-FINANCEIRA



**Resultados  
na política  
de saúde**

- A **Figura 2** mostra as funções integradas dessa gestão orçamentária-financeira, indicando a existência de um fluxo permanente do planejamento até a avaliação, produzindo o resultado em saúde esperado.
- Assim, de forma sintética, a Gestão Orçamentária-Financeira do SUS integra os três instrumentos do processo orçamentário **PPA, LDO e LOA**, relacionando de forma articulada as funções de planejamento, orçamento, execução orçamentária, acompanhamento, controle público e avaliação dos recursos aplicados em Saúde/SUS.

### Legenda:

PPA - Plano Plurianual (a cada quatro anos)  
PS - Plano de Saúde (a cada quatro anos)  
PAS - Programação Anual de Saúde (a cada ano)  
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias (a cada ano)  
LOA - Lei Orçamentária Anual (a cada ano)  
RAG - Relatório Anual de Gestão (a cada ano)  
SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS  
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

# Gestão do SUS: Financiamento da Saúde do SUS

A frase, a seguir é largamente utilizada pelos operadores da saúde pública, até mesmo pela população:



**A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. ”**

Tal enunciado se encontra no artigo 196 da [Constituição Federal/88](#). Ocorre que na quase totalidade das vezes em que é citada termina onde não deve. Onde se utiliza um ponto final há na verdade uma vírgula, e a continuidade da frase é de suma importância.

Portanto, a garantia do direito à saúde passa pelas condições econômicas, que tratam muito proximamente do financiamento do sistema de saúde.

Conforme o artigo 198, § 1º da Constituição Federal (CF), o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é executado pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), em que se estabelecem as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. A definição legal do que, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, na realidade, são ações e serviços de saúde, está disposta na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

No Orçamento da Seguridade Social são definidas a combinação dos seguintes critérios para transferência de recursos aos Estados, Municípios e Distrito Federal:

- perfil demográfico da região e epidemiológico da população a ser coberta;
- características quantitativas e qualitativas da rede de serviços de saúde na área;
- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 prediz no seu art. 34 parágrafo único e seguintes, que na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área.

Lei nº 8.142/1990 estabelece que além dos critérios acima listados os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, para receberem os recursos, deverão contar com Fundo de Saúde e Conselho de Saúde, com composição paritária; Plano de Saúde; Relatório Anual de Gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

No financiamento da saúde, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão recursos financeiros, anualmente, em ações e serviços públicos. Com a emenda do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016), foi instituído o Novo Regime Fiscal, no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, com vigência de 20 anos. Com isso, a regra de investimento em saúde pela União mudou novamente em 2018; sendo assim, a União aplicará o montante de execução financeira do exercício de 2017, corrigido apenas pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) durante o período dos próximos 20 anos.



Saiba mais



Saiba mais sobre financiamento do SUS em:

Texto para discussão 2015 - IPEA - VINCULAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL: RESULTADOS E ARGUMENTOS A SEU FAVOR - Fabiola Sulpino Vieira  
Sergio Francisco Piola  
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Para os Estados e Distrito Federal, ficou definido o percentual de 12% do produto da arrecadação dos impostos e 15% para Municípios e Distrito Federal a que se refere os arts. 155,157, 158 e 159, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios (EC 29/2000).

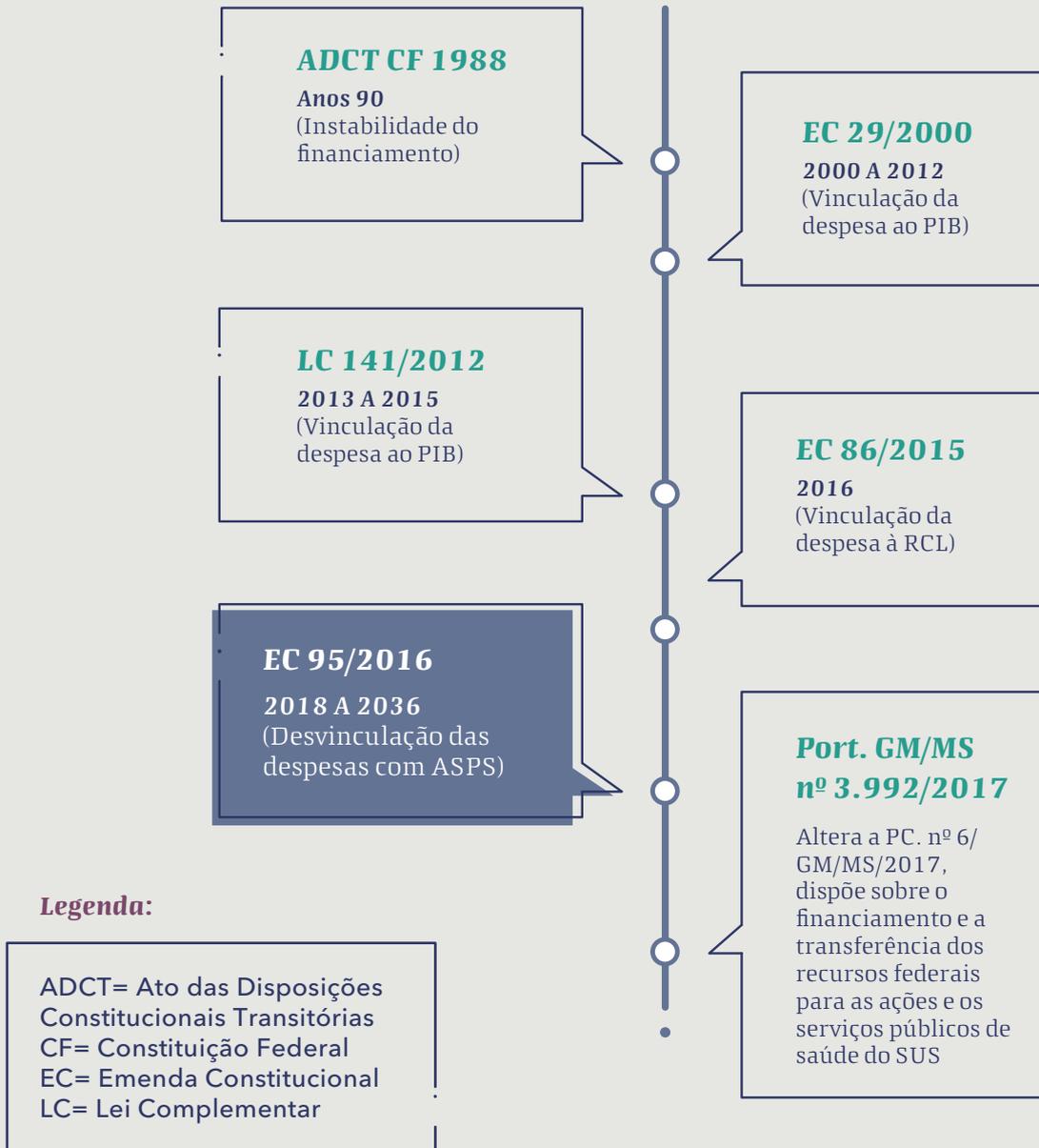
Após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 - EC 95, pelo Congresso Nacional em 2016, que institui o Novo Regime Fiscal, os investimentos em saúde e educação ficarão congelados até 2036, corrigidos pela inflação medida pelo IPCA. A emenda foi responsável por transformar o "piso" (limite mínimo) de despesas em 'teto' (limite máximo) por duas décadas.

O piso mínimo em saúde pela [Emenda Constitucional nº 86, de 2015](#) seria de 15% das receitas correntes líquidas da União, cambiante conforme o crescimento do país. A EC 95 imobilizou o piso da saúde por 20 anos, corrigindo um valor fixo, base 2017, pela inflação de cada ano, que não acresce recursos, tampouco os repõe por não ser coerente com a realidade dos custos da saúde no Brasil. O crescimento do país deixou de ser parâmetro para o piso da saúde, e a correção da inflação jamais contemplará o crescimento populacional, os índices de longevidade e sua epidemiologia, os custos dos insumos, matérias, medicamentos, novas (e velhas) tecnologias de saúde, dentre outras.

Ao congelar o piso por 20 anos, ocorrerá a diminuição gradual do percentual que deve incidir sobre as receitas correntes líquidas, pelo fato de não mais corresponder à arrecadação anual das receitas. Nesse sentido, o piso da saúde foi modificado pela EC 95, ainda que sem alteração nominal, na medida em que não irá acompanhar o crescimento anual da receita líquida conforme determina a EC 86.

Figura 3

## LEGISLAÇÃO SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS



Fonte: Vieira & Benevides, 2016.



*Congelar recursos é o mesmo que congelar serviços? Os serviços de saúde do SUS podem ser “congelados” (sem nenhum acréscimo real) nos níveis do ano de 2017 sem que haja danos ao sistema e à saúde das pessoas?*

A Lei Complementar nº 141/2012, institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

**I** - O valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

**II** - Percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

**III** - 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;

**IV** - Normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

A referida lei considera, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos nela estabelecidos, como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como às seguintes diretrizes:

**I** - Sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

**II** - Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

**III** - Sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando as despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que, incidentes sobre as condições de saúde da população.



**Recursos que podem ser aplicados nas despesas com ações e serviços públicos de saúde considerando art 3º da LC 141/2012:**

**I - Vigilância em saúde**, que contempla a epidemiológica e a sanitária;

**II - Atenção integral e universal** à saúde em todos os níveis de atenção, incluindo, assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

**III - Capacitação do pessoal** de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

**IV - Desenvolvimento científico e tecnológico** e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

**V - Produção, aquisição e distribuição de insumos** específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

**VI - 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 Lei Complementar;

**VII - Saneamento básico** dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e de comunidades remanescentes de quilombos;

**VIII - Manejo ambiental** vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

**IX - Investimento na rede física do SUS**, incluindo, a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

**X - Remuneração do pessoal ativo** da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo, os encargos sociais;

**XI - Ações de apoio administrativo** realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

**XII - 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 de que trata esta Lei Complementar em seu art. 4º, aquelas decorrentes de:**

**I - Pagamento de aposentadorias e pensões,** inclusive, dos servidores da saúde;

**II - Pessoal ativo da área de saúde** quando em atividade alheia à referida área;

**III - Assistência à saúde** que não atenda ao princípio de acesso universal;

**IV - Merenda escolar e outros programas de alimentação,** ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

**V - Saneamento básico,** inclusive, quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

**VI - Limpeza urbana** e remoção de resíduos;

**VII - Preservação e correção do meio ambiente,** realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

**VIII - Ações de assistência social;**

**IX - Obras de infraestrutura,** ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

**X - Ações e serviços públicos de saúde** custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

As despesas com ações e serviços públicos de saúde realizados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, deverão ser movimentadas por meio dos respectivos fundos de saúde.

Caso os órgãos de controle verifiquem que os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde caracterizam desvio de finalidade, serão adotadas providências legais, no sentido de determinar ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário a imediata devolução dos referidos recursos devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse.

Os recursos da União, previstos nesta Lei Complementar, serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados até a sua destinação final em contas específicas mantidas em instituição financeira federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

Sendo que, atualmente, os repasses podem ser feitos em duas modalidades: *Custeio e Investimento*.

Essa alteração está prevista na Portaria GM/MS nº 3.992/2017 que modifica a Portaria de Consolidação nº 6/2017, fazendo a fusão dos blocos de financiamento do SUS em *custeio e investimento* e separando o fluxo financeiro do fluxo orçamentário.

Figura 4

## REORGANIZAÇÃO DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO PORTARIA GM/MS Nº 3.992/2017 E PORTARIA GM/MS Nº828/2020

### Unificação dos blocos de custeio:



### Principais Mudanças

Recursos federais destinados ao financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde passam a ser organizados e transferidos, na modalidade fundo a fundo por meio de **apenas 2 blocos**

### Organização e Transferência de Recursos

**Bloco 1** de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

.....

**Bloco 2** de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

A transferência de recursos será em conta única e específica por **Bloco**

.....

Para controle e transparência será mantida a informação dos repasses realizados por grupos de ASPS, relacionados ao nível de atenção ou área de atuação dentro de cada **Bloco**



Propostas de investimentos com parcelas pendentes de repasses ainda receberão recursos nas contas antigas

**Eliminação das chamadas “caixinhas”, esclarecendo que a vinculação dos recursos deve obedecer ao Orçamento Federal (art. 167 da CF e art. 8º da LRF).**

**O Bloco de Custeio** é composto pelos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), Vigilância em Saúde e Gestão e todos os incentivos que integravam o Bloco de Atenção Básica PAB Variável.

**O Bloco de Investimento** é composto pelos recursos destinados a obras novas, reformas, ampliações e adequações de unidades já existentes, bem como os recursos destinados à aquisição de equipamentos e mobiliários. Os projetos que já possuem repasse financeiro permanecerão com suas contas próprias até a conclusão da execução e da prestação de contas.

Em 2020, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 828 “Art. 2º As citações ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, feitas nos atos normativos anteriores à data de publicação desta Portaria, devem ser interpretadas, no que couber, como referências ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde, respectivamente, de que trata o art. 3º da [Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS](#).”

Apesar das mudanças iniciais, vale destacar que os recursos federais permanecerão vinculados a objetos e compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos. Cita-se o Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados, em cada exercício financeiro e Plano de Saúde e a Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde.

O gestor, ao final do exercício financeiro, deve prestar contas à União, respeitando os compromissos assumidos no Plano de Saúde e no orçamento federal.

Caso o gestor não cumpra a execução orçamentária em todas as áreas de cobertura da saúde, o Ministério da Saúde tem autonomia para bloquear os repasses da União.

O Ministério da Saúde monitora a aplicação dos recursos federais por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), conforme sub-funções do orçamento (Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Média e Alta Complexidade).



A pasta tem acesso aos recursos utilizados no âmbito federal, estadual e recursos próprios dos municípios a partir do **SIOPS**.

Além disso, o Ministério da Saúde acompanha o planejamento de saúde dos estados e municípios por meio do sistema (e-SUS GESTOR).



O gestor, obrigatoriamente, fica responsável por apresentar, por meio de sistema de informação, o mínimo de dados dos planos de saúde, programações e previsão orçamentária.

Essa ferramenta é mais uma medida de gestão, possibilitando a pasta certificar que as ações de saúde estão sendo cumpridas de acordo com planejamento e execução dos recursos financeiros.



***Parabéns!!!***

Você finalizou esta aula.

**Siga em frente!**

# Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS: NOB -SUS** 1996. Brasília, DF: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS: NOAS -SUS 01/2001. Brasília, DF: MS, 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 1 de 2017 – origem Port. MS/GM 2135/2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html). Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-6-Financiamento.html>. Acesso em: 10 ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS): NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF: MS, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006**. Define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS, 2006b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097\\_22\\_05\\_2006\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html). Acesso em: 8 ago. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.631, de 1 de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html). Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0828\\_24\\_04\\_2020.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0828_24_04_2020.html). Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, DF: MS, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela saúde, v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 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 especifica. Brasília, DF, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm). Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o Planejamento da Saúde, Assistência à Saúde e a Articulação Interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o parágrafo 3º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 180, p. 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 8 jul. 2022.

CAMPOS, O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 79-81, jun. 1969.

EGRY, E. Y. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. especial 2, dez. 2009.

MENDES, A. **Gestão orçamentária-financeira em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2013. Apostila da Disciplina do Curso de Especialização em Economia da Saúde à Distância.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

VIEIRA, F. S. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. (Ciência & Saúde Coletiva).

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>. Acesso em: 27 jul. 2021.



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. Clique aqui e responda a pesquisa



**DISQUE  
SAÚDE 136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsm.saude.gov.br](http://bvsm.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

