

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **1**

**ATUALIZAÇÃO  
JUNHO/2015**

Copyright 2015 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na biblioteca eletrônica do CONASS, [www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca).



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

**AC** Francisco Armando Melo

**AL** Rozangela Wyszomirska

**AM** Wilson Duarte Alecrim

**AP** Pedro Rodrigues Gonçalves Leite

**BA** Fábio Vilas Boas

**CE** Henrique Jorge Javi de Sousa

**DF** João Batista de Sousa

**ES** Ricardo Oliveira

**GO** Leonardo Vilela

**MA** Marcos Pacheco

**MG** Fausto Pereira dos Santos

**MS** Nelson Barbosa Tavares

**MT** Marco Aurélio Bertúlio

**PA** Vítor Manuel Jesus Mateus

**PB** Roberta Abath

**PE** José Iran Costa Júnior

**PI** Francisco Costa

**PR** Michele Caputo Neto

**RJ** Felipe Peixoto

**RN** José Ricardo Lagreca

**RO** Willames Pimentel

**RR** Kalil Gibran Linhares Coelho

**RS** João Gabbardo dos Reis

**SC** João Paulo Kleinubing

**SE** José Macêdo Sobral

**SP** David Uip

**TO** Samuel Braga Bonilha



**DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2015/2016**

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

**Região Centro-Oeste**

Marco Bertúlio (MT)

**Região Nordeste**

Fábio Vilas Boas (BA)

**Região Norte**

Francisco Armando Melo (AC)

**Região Sudeste**

Fausto Pereira (MG)

**Região Sul**

João Gabbardo (RS)

COMISSÃO FISCAL

Leonardo Vilela (SES/GO)

José Macedo Sobral (SES/SE)

Marcos Pacheco (SES/MA)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



ATUALIZAÇÃO DO LIVRO  
Lourdes Almeida

REVISÃO TÉCNICA  
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA  
Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO  
Adriane Cruz  
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO  
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE  
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO  
Marcus Carvalho

# SUMÁRIO



- 6** Introdução
- 6** Implantação do Decreto n. 7.508/11
- 17** Processo de planejamento no SUS
- 18** Implantação da Lei Complementar n. 141/12
- 20** Bibliografia consultada

## **Introdução**

Em junho de 2011, portanto após vinte e um anos de promulgação da Lei 8.080/90, denominada de Lei Orgânica da Saúde, foi publicado o Decreto 7.508/11, 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 29/00, por meio da Lei Complementar 141/12, para estabelecer os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; 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.

### **Implantação do Decreto n. 7.508/11**

Logo após a publicação do Decreto 7.508/11 foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT um cronograma para implantação dos seus dispositivos, que incluíam atividades para os três gestores do SUS a serem executadas até setembro de 2011. Entre elas podem ser citadas: a organização de uma agenda interna com as equipes técnicas das secretarias do Ministério da Saúde - MS; realização de videoconferências com as secretarias estaduais de saúde e Cosems; reprodução de material com informações sobre o decreto; utilização do espaço do Café com Ideias para a discussão ampliada no MS sobre os aspectos dos dispositivos do Decreto; discussão nos espaços das Comissões Intergestores Bipartite - CIB, Comissões Intergestores Regionais - CIR, Conselhos Estaduais de Saúde - CES e Conselhos Municipais de Saúde - CMS; discussão com as parcerias institucionais: universidades, associações, institutos, Abrasco, Cebes, Opas; realização de oficina para alinhamento de conceitos e formulação de diretrizes sobre Regiões de Saúde, Mapa da Saúde, Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde - COAP, processo de planejamento da saúde, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Renam e Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases.

Como consequência dessa agenda e de discussões nos GT da CIT e pactuações realizadas na sua plenária foram publicadas algumas Resoluções em 2011 e 2012 orientando os gestores do SUS na implantação dos dispositivos do Decreto.

Em 29 de setembro de 2011 foi editada a Resolução/CIT nº 1/2011 estabelecendo diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos termos do **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Essa Resolução consolida o entendimento do que é região de saúde para os gestores do SUS, as diretrizes e os objetivos para sua organização, e as competências da CIR, CIB e CIT no que concerne à pactuação sobre regiões de saúde.

Em 17 de janeiro de 2012 foi editada a **Resolução/CIT n. 1/2012** dispendo sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da RENAME no âmbito do SUS. Define os seus princípios e sua composição, detalhando a Seção II do Capítulo IV do Decreto 7.508/11. Sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica, tema tratado no art. 28 do Decreto, foi publicada **Portaria/MS n. 2.928 de 12/12/11** dispendo 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.

Em 30 de janeiro de 2012 foi editada a **Resolução/CIT n. 2/2012** dispendo sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da RENASES no âmbito do SUS. Estabelece os seus princípios, sua composição, estrutura e como se dará o acesso às ações e serviços nela dispostos. Trata também do financiamento, definindo que deverá ser superada a lógica centrada no procedimento em saúde e devem ser consideradas as diferenças regionais na composição dos custos das ações e serviços de saúde.

Em 30 de janeiro de 2012 foi editada a **Resolução/CIT n. 3/2012** dispendo sobre normas gerais e fluxos do COAP no âmbito do SUS e em 19 de julho de 2012 foi editada a **Resolução/CIT n. 4/2012** dispendo sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP. Estas duas resoluções estabelecem orientações sobre a Seção II do Capítulo V do Decreto n. 7.508/11 para que os gestores possam aprimorar a organização das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS, a partir do que estava sendo realizado no processo de implantação do Pacto pela Saúde.

A Resolução/CIT nº 3/2012 orienta os gestores quanto ao objeto e à estrutura do COAP; sobre o fluxo de elaboração e assinatura e quanto à gestão e ao controle social.

Como pontos importantes dessa Resolução podem ser destacados os seguintes:

1. O COAP será elaborado pelos entes federativos em cada Região de Saúde, cabendo à Secretaria Estadual de Saúde coordenar a sua implementação e em caso de Região de Saúde interestadual, a coordenação será compartilhada entre as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde. Ao Ministério da Saúde cabe coordenar, em âmbito nacional, a elaboração, a execução e a avaliação de desempenho do COAP.
2. O objeto do COAP será a organização e a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos de uma Região de Saúde em rede de atenção à saúde e por meio do COAP se estabelecerá, para cada ente signatário, as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentário-financeiras e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria. 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 regional integrado.
3. O COAP conterà a seguinte estrutura formal:

**Parte I:** Das responsabilidades organizativas;

**Parte II:** Das responsabilidades executivas;

**Anexo I:** caracterização do ente signatário e da Região de Saúde de acordo com dados do Mapa da Saúde;

**Anexo II:** programação geral das ações e serviços de saúde na Região de Saúde;

**Anexo III:** a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outro Município, respeitada a direção única em cada esfera de governo, de acordo com o disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

**Parte III:** Das responsabilidades orçamentário-financeiras e formas de incentivo, com a identificação dos repasses; e



**Parte IV:** Das responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do COAP e auditoria.

4. A elaboração do COAP observará o seguinte fluxo:
  - I - análise e aprovação no âmbito de cada ente signatário, com emissão dos necessários pareceres técnico-jurídicos, de acordo com as respectivas regras administrativas;
  - II - pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR);
  - II - homologação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
  - III - assinatura, a ser providenciada pela CIR; e
  - IV - publicação no Diário Oficial da União (DOU), por extrato, a ser providenciada pelo Ministério da Saúde; e
  - V - encaminhamento à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para ciência.
5. O Índice de Desempenho do SUS – IDSUS estará disposto nos objetivos e metas do COAP e será componente prioritário do monitoramento e avaliação de desempenho. O IDSUS é um conjunto de indicadores simples e compostos, que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. Os resultados da avaliação, que tem como elemento o SUS que atende o residente em cada município brasileiro, podem ser visualizados na forma de mapas, tabelas e gráficos, com dados disponíveis para downloads em <http://idsus.saude.gov.br/>.
6. Cabe ao Sistema Nacional de Auditoria – SNA em cada esfera de governo, no exercício de suas funções de controle interno do SUS, fiscalizar a execução do COAP.
7. A avaliação da execução do COAP será realizada por meio do relatório de gestão anual, elaborado pelos entes federativos signatários, com seção específica relativa aos compromissos contratuais.
8. O COAP será assinado, prioritariamente, pelo Ministro de Estado da Saúde e pelos Prefeitos, Governadores e respectivos Secretários de Saúde e o Ministério da Saúde providenciará numeração sequencial

exclusiva para a identificação de contratos da espécie COAP. Será publicado no DOU e o 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.

9. Nos casos em que houver dissenso a respeito da elaboração do COAP, a mediação, a análise e a decisão dos recursos dos Estados e Municípios caberão à CIB e à CIT e em Região de Saúde interestadual, eventuais dissensos deverão ser dirimidos pelas CIB respectivas, em reunião conjunta.
10. O acompanhamento da execução do COAP será realizado pelos Conselhos de Saúde por meio do relatório de gestão. O Ministério da Saúde 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.
11. No que se refere à saúde indígena, nas regiões de saúde onde houver população indígena deverão ser criadas condições para a prestação de assistência à saúde dessa população, no âmbito do SUS e o Ministério da Saúde atuará de forma específica, conforme a Lei 8.080/90. A Resolução/CIT nº 10 de 17/12/13 estabelece inclusive, que deve ser garantida a participação dos representantes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena na qualidade de convidados, nas reuniões e atividades realizadas pelas CIR e CIB de modo a promover a articulação e 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.

Por sua vez, a Resolução/CIT nº 4/2012 trata das regras de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP. Desde as primeiras discussões na CIT sobre a implantação dos dispositivos do Decreto 7.508/11 houve consenso de que era o início de um processo de aprimoramento do Pacto pela Saúde, e essa Resolução traduz esse consenso ao definir um processo de transição entre os procedimentos operacionais do Pacto pela Saúde e a nova sistemática da implantação do COAP.

Estão em destaque abaixo, os seus principais pontos:

1. Todos os municípios passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas no Anexo I da Resolução, quais sejam: responsabilidades gerais da gestão do SUS; responsabilidades na regionalização; no planejamento e programação; na regulação, controle, avaliação e auditoria; na participação e controle social; na gestão do trabalho; e na educação na saúde. As ações para o cumprimento dessas responsabilidades devem estar expressas na Programação Anual de Saúde de cada ente federado e vinculadas às diretrizes e aos objetivos dos respectivos Planos de Saúde.
2. Até a assinatura do COAP fica mantida a Declaração de Comando Único do Pacto pela Saúde e a descentralização da gestão dos prestadores de serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, deve ser pactuada na CIB ou na CIR e a informação sobre a responsabilidade pela gestão e aplicação dos recursos financeiros referentes a essa descentralização deve ser registrada nos quadros da Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, e seguir o fluxo nela estabelecido.
3. Fica mantido o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos - PCEP, conforme disciplina constante do art. 3º da Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, e da Portaria nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010.
4. A Resolução define também, as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para pactuação no ano de 2012. As diretrizes nacionais, estaduais e municipais constantes nos planos de saúde serão orientadoras para definição dos objetivos, indicadores e metas regionais do COAP. A Resolução Tripartite nº 03/2012 define que as diretrizes nacionais do Plano Nacional de Saúde são norteadoras para elaboração do contrato. Dessa forma, foram definidas quatorze diretrizes, bem como cento e um indicadores, a serem pactuados por todos os gestores nas regiões de saúde.

Os indicadores constantes no Anexo IV são divididos em três tipos:

- Indicadores Universais - são referências para pactuação das metas comuns e obrigatórias para todas as regiões de saúde. O ID-SUS, os Indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão e as políticas prioritárias foram os critérios orientadores para a definição desses indicadores. Deverão substituir os indicadores do Pacto pela Saú-

de e serão obrigatórios para a pactuação das metas municipais até a assinatura do COAP, quando estes passarão a compor os conteúdos da parte II do respectivo contrato.

- Indicadores Específicos - são referências para pactuação de metas obrigatórias para as regiões de saúde onde forem identificadas as necessidades específicas.
- Indicadores Complementares - são referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões, tendo em vista as prioridades de cada ente federativo, expressas nos seus planos de saúde.

Cada ente federativo poderá, por meio de consenso tripartite na região, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde.

**Tabela 1** TOTAL DE INDICADORES POR TIPO E DIRETRIZ

DIRETRIZ	INDICADOR UNIVERSAL	INDICADOR ESPECIFICO	INDICADOR COMPLEMENTAR	TOTAL
1	05	12	04	21
2	01	04	03	08
3	09	02	02	13
4	0	01	05	06
5	01	0	03	04
6	0	05	0	05
7	09	10	02	21
8	0	03	0	03
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	01	01	10	12
12	0	02	02	04
13	01	01	02	04
14	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>33</b>	<b>101</b>

Fonte: Resolução/CIT nº 4/2012

O registro e validação da pactuação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores pelos gestores continuou a ser efetuado a cada ano no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO, disponibilizado no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

5. As regras e fluxos para recursos administrativos de Estados e Municípios em face das pactuações ocorridas nas Comissões Intergestores que constavam no art. 15 da Portaria 699 de 30/03/06 foram revisadas e transcritas na Resolução. Os gestores devem, portanto, observar o disposto a seguir:

a) as CIR, as CIB e a CIT são os foros de mediação e apoio à tomada de decisão nos processos relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS;

b) em caso de discordância em relação à decisão da CIR, CIB e/ou CIT, os Municípios e/ou Estados poderão interpor recurso no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da ciência ou divulgação oficial da decisão enunciada, dirigido ao mesmo foro que proferiu a decisão, por meio de requerimento no qual o recorrente deverá expor os fundamentos do pedido de reexame, podendo juntar os documentos que julgar apropriados;

c) CIR, CIB e/ou CIT analisarão, discutirão e decidirão o recurso, em plenário, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso;

d) caso a decisão não seja reconsiderada, o recurso será encaminhado ao foro seguinte, CIB ou CIT, com clara argumentação, contida em exposição de motivos que justifique a decisão tomada;

e) transcorrido o prazo mencionado no inciso III sem a apreciação do recurso, o(s) Município(s) e/ou Estado(s) interessado(s) poderá(ão) enviá-lo para o foro seguinte, sendo a CIT a última instância decisória;

f) permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB, em grau recursal, o(s) Município(s) e/ou Estado(s) interessado(s) poderá(ão) apresentar recurso na Secretaria Técnica da CIT para análise pela Câmara Técnica da CIT, no prazo de 10 (dez) dias da ciência ou divulgação oficial da decisão recursal; e

g) a Câmara Técnica da CIT avaliará e encaminhará o recurso, devidamente instruído, para apreciação do Plenário da CIT.

Em junho de 2013 foi publicada a Resolução/CIT n. 5 considerando as premissas para pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores com vistas ao fortalecimento do planejamento em saúde, para os anos de 2013-2015, pactuadas na reunião da CIT em 28 de fevereiro de 2013. Essa Resolução dispõe sobre as regras do processo de pactuação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores que serão utilizados na implementação do COAP.

Cabe destacar os seguintes pontos dessa Resolução:

1. No processo de planejamento do SUS, as Diretrizes, os Objetivos, as Metas e Indicadores pactuados devem estar expressos harmonicamente nos diferentes documentos adotados pelos gestores de saúde, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo. Os documentos adotados são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão, os Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13/01/12 e o COAP, quando da sua elaboração, formalização e atualização. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento das metas de saúde.
2. Os indicadores para pactuação nacional estão classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar n. 141, de 13/01/12. Para a pactuação nos anos de 2013-2015 será considerado indicador universal aquele de pactuação comum e obrigatória nacionalmente e indicador específico aquele que expressa especificidade local, sendo obrigatória a sua pactuação nesse território.

A Resolução apresenta no seu anexo um total de 67 (sessenta e sete) indicadores, distribuídos em 12 (doze) diretrizes do Plano Nacional de Saúde. A partir de 2013 não foram pactuados indicadores complementares de âmbito nacional, mas os gestores poderiam pactuar no âmbito do estado indicadores complementares de seu interesse.

**Tabela 2** TOTAL DE INDICADORES POR TIPO E DIRETRIZ

DIRETRIZ	INDICADOR UNIVERSAL	INDICADOR ESPECÍFICO	TOTAL
1	07	04	11
2	01	05	06
3	11	0	11
4	0	01	01
5	01	0	01
6	0	04	04
7	09	10	19
8	0	03	03
9	0	0	0
10	0	0	0
11	02	04	06
12	02	03	05
13	0	0	0
14	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>67</b>

Fonte: Resolução/CIT n. 5/2013

Em 2014 o GT de Gestão da CIT discutiu a alteração das fichas de qualificação constantes na 1ª edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, tendo em vista que algumas secretarias estaduais de saúde bem como áreas técnicas do Ministério da Saúde apresentaram demandas no sentido discutir algumas questões sobre o assunto, tais como o uso de algumas bases de dados e o cálculo de alguns indicadores, que constam daquele documento.

O Ministério da Saúde elaborou a **Nota Técnica n. 70 DAI/SGEP/MS de 20 de junho de 2014** onde constam as informações sobre as alterações que foram publicadas na **2ª edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015**.

Dessa forma, em 2014 foram aprimoradas as informações constantes das fichas de qualificação dos indicadores, foram alteradas a quantidade de indicadores (exclusão do indicador 17 – Proporção das internações de urgência e emergência reguladas) e a tipologia dos indicadores 7, 8 e 57. Para o monitoramento em 2015 os indicadores foram distribuídos conforme segue:

<b>Indicadores para Estados, Distrito Federal e Regiões de Saúde</b>		
<u>Universal</u>	<u>Específico</u>	<u>Total</u>
<u>32</u>	<u>34</u>	<u>66</u>
<b>Indicadores para Municípios</b>		
<u>Universal</u>	<u>Específico</u>	<u>Total</u>
<u>30</u>	<u>36</u>	<u>66</u>

3. Os entes federados que não assinarem o COAP farão o registro, a cada ano, da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO e a pactuação regional precederá a pactuação estadual, sendo as metas municipais e estaduais registradas no SISPACTO.

4. A pactuação seguirá o seguinte fluxo:

I - pactuação municipal:

a) pactuação em nível regional na CIR das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes à esfera municipal, observadas as especificidades locais;

b) aprovação da pactuação pelo Conselho Municipal de Saúde;



c) formalização do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias Municipais de Saúde - mediante registro e validação no SISPACTO, com posterior homologação pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde; e

II - pactuação estadual e do Distrito Federal:

a) pactuação na CIB ou no Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores correspondentes, respectivamente, à esfera estadual e do Distrito Federal;

b) aprovação da pactuação pelo respectivo Conselho de Saúde;

c) formalização do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal mediante registro e validação no SISPACTO.

4. No processo de formalização e aditamento do COAP, os entes federados deverão observar a Resolução/CIT nº 3 de 30/01/12, que dispõe sobre as normas gerais e fluxos do COAP no âmbito do SUS, no que se refere à pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

### **Processo de planejamento no SUS**

Tendo em vista a publicação da regulamentação da Lei 8.080/90 e da EC 29/00, fez-se necessária a revisão das normas do processo de planejamento do SUS, uma vez que o Decreto 7.508/11 e a LC 141/12 fazem referência a esse processo, introduzindo algumas alterações.

Nesse sentido, foi publicada a **Portaria 2.135 de 25/09/13**, estabelecendo diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, à luz das novas normativas, tendo como base os seguintes pressupostos:

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas CIR, CIB e CIT.

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - 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;

VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Essa portaria orienta como deverá ser realizado o planejamento regional integrado e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior, um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde. - PAS que deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. O Conselho Nacional de Saúde aprovou por meio da **Resolução n. 459 de 10/10/2012** o modelo padronizado desse relatório.

### **Implantação da Lei Complementar 141/12**

A implantação da LC 141/12, demandou grandes esforços dos gestores do SUS 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 uma reunião ampliada da Câmara Técnica de Gestão e Financiamento, com a finalidade de realizar um debate com alguns especialistas sobre a implantação da LC 141/12. 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 imediata. Entre os encaminhamentos dessa reunião ficou evidente que para a implantação dos ditames dessa nova norma seria necessário um 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 o ano de 2012 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 141/12 nesse novo cenário após a regulamentação da Lei 8.080/12.

Em outubro de 2012 foi publicado o **Decreto n. 7.827** que regulamenta a LC 141/12 no que concerne ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS; à verificação da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde; à verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores; ao condicionamento das transferências constitucionais; à suspensão das transferências voluntárias; ao restabelecimento das transferências constitucionais e voluntárias da União; e aos procedimentos orçamentários e contábeis;

Durante o ano de 2012 a implantação dessa norma com todos os seus dispositivos, que exigiam mudanças no financiamento, no controle e na 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 nº 141, de 2012.

Em dezembro de 2014 pode-se constatar que vários dispositivos da LC 141/12 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 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (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, de forma a 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.

### **Bibliografia consultada**

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor 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.

\_\_\_\_\_. 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 nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.