

Seminário

# **Organização da Saúde:**

**pactos interfederativos e as novas normativas do SUS**

02 E 03 DE AGOSTO DE 2012 - NATAL/RN

## APRESENTAÇÃO

O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde vem se alicerçando durante os últimos anos, passando a ser tratado como importante mecanismo para aferir os resultados voltados para a gestão descentralizada e uso eficiente dos recursos em decorrência de mudanças advindas das diversas pactuações formalizadas.

É o tempo oportuno para o fortalecimento do planejamento institucional, entendendo ser um momento ímpar de discussões e revisões de alguns processos de trabalho, objetivando oportunizar a troca de experiências em um processo coletivo de construção de um sistema de saúde baseado na realidade local e em suas adversidades, enfrentando ainda, os desafios de formular e utilizar os instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Saúde), inseridos no novo contexto delineado pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990).

Ainda nesse cenário de redirecionamento do SUS, surge a Lei Complementar nº 141/2012 que regulamenta o art. 3º, art. 198 da Constituição Federal, estabelecendo valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos gestores nas três esferas de governo, critérios de rateio dos recursos e os mecanismos de fiscalização e controle das despesas da saúde, reforçando as responsabilidades pautadas no rigor do cumprimento das normas e das penalidades previstas.

O desafio é oportunizar um sistema de saúde qualificado com garantia de acesso à rede de atenção, através de uma gestão compartilhada e solidária, entendendo o indivíduo dentro do seu meio social e da sua pluralidade. Urge o aprimoramento da gestão e dos processos de trabalho na lógica do apoio integrado, estruturando políticas públicas que de fato atendam as necessidades do cidadão e do conjunto da sociedade, reordenando o processo de planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa entre os entes estatais.

Sejam bem vindos!

## SUMÁRIO

TEXTO 1. PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	5
TEXTO 2. INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE.....	8
TEXTO 3. DIRETRIZES PARA A CONFORMAÇÃO DA RENAME .....	19
TEXTO 4. PORTARIA Nº 533, DE 28 DE MARÇO DE 2012 – RENAME .....	22
TEXTO 5. DIRETRIZES PARA A CONFORMAÇÃO DO RENASES .....	24
TEXTO 6. PORTARIA Nº 841, DE 2 DE MAIO DE 2012.....	27
TEXTO 7. NORMAS E FLUXOS DO COAP .....	30
TEXTO 8. OBJETIVOS, METAS E DIRETRIZES DO COAP .....	36
TEXTO 9. RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS ATRIBUÍDAS AOS MUNICÍPIOS, AO DISTRITO FEDERAL, AOS ESTADOS E À UNIÃO .....	49
TEXTO 10. PACTUAÇÃO DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES PARA 2012...	71
TEXTO 11. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 .....	77
ANEXO. DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS .....	78
TEXTO 12. LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012 .....	100



## PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Aprovado na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite

Em 27 de outubro de 2011

O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde.

Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.

A Lei 8080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde.

Os Planos de Saúde são resultantes do processo de planejamento integrado dos entes federativos, devem conter as metas da saúde e constituem a base para as programações de cada esfera de governo, com o seu financiamento previsto na proposta orçamentária. Nesse sentido, orientam a elaboração do Plano Plurianual e suas respectivas Leis Orçamentárias, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Nesse contexto, a recente edição do Decreto 7508/2011 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao tempo em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontado a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde; de modelagem do processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, atualmente vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde, dentre outros.

O presente documento reúne informações sobre o planejamento da saúde, afetas à orientação desse processo essencial à gestão do SUS. Para tanto, aborda: (i) os pressupostos a serem considerados no processo de planejamento da saúde; (ii) os instrumentos e suas interrelações – plano de saúde e suas programações e relatório de gestão; (iii) mapa da saúde e correlação com o planejamento e o COAP; e (iv) modelagem do planejamento integrado da saúde; e (v) regras de transição.

## **1. PRESSUPOSTOS PARA O PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

a) O planejamento no âmbito do SUS é desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo. Configura-se como responsabilidade dos entes federados, contempla o monitoramento e a avaliação e integra o ciclo de gestão do sistema.

b) O processo ascendente e integrado de formulação do planejamento da saúde busca incluir a problemática local e as necessidades de saúde suscitadas no município no planejamento do sistema. Nesse sentido, a elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal ocorre mediante processo que possibilita a interação entre as esferas de governo, contemplando momentos de diálogo entre os entes e escuta das realidades e demandas municipais, regionais e estaduais.

c) A elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal observa as Diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, as quais consideram as características epidemiológicas da população e a organização das ações e dos serviços de saúde, em cada jurisdição administrativa e nas regiões de saúde. Os Planos de Saúde Estadual e Municipal contemplam ainda diretrizes que expressam as especificidades e particularidades dos territórios municipal e estadual.

d) Compete aos gestores federal, estadual e municipal, em seu âmbito administrativo, formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento da saúde integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades de saúde, constituindo as diretrizes, os objetivos e as metas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, construindo nesse processo, respectivamente, o Plano Nacional de Saúde, o Plano Estadual de Saúde e o Plano Municipal de Saúde e submetendo-o à apreciação pelo respectivo Conselho de Saúde.

e) O Plano de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos do planejamento do SUS, e devem ser compatíveis com os instrumentos de planejamento do governo, em cada esfera de gestão, quais sejam: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

f) O planejamento da saúde deve compatibilizar, no âmbito dos planos de saúde, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária dos recursos.

g) O planejamento da saúde considera os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais comporão o Mapa da Saúde municipal, regional, estadual e nacional.

h) As necessidades de saúde da população são base para o planejamento e identificadas por meio de critérios epidemiológicos, demográficos, sócio-econômicos, culturais, cobertura de serviços, entre outros, como também, levando em consideração a escuta das comunidades.

i) As necessidades de saúde orientam a decisão dos gestores na definição das intervenções prioritárias no território, expressas em diretrizes, objetivos e metas da saúde; na Programação Anual de Saúde; e na conformação das redes de atenção à saúde.

j) O planejamento da saúde integrado implica na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores – CIT, CIB e CIR. Parte do reconhecimento da região de saúde como território para a identificação das necessidades de saúde da população, a coordenação interfederativa, a organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção e para a alocação dos recursos de custeio e investimentos.

k) A produção resultante do processo de planejamento da saúde integrado, realizado no âmbito da região de saúde, compõe o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e expressa:

- a identificação das necessidades de saúde da população da região e a análise da situação de saúde desse território;
- as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;
- a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, incluindo nesta os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, (assistência, vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental - e assistência farmacêutica), conforme disposto na RENASES e RENAME.

l) As Comissões Intergestores Regionais devem adotar uma organização para o processo de planejamento integrado, realizado no âmbito regional, por meio de Câmara Técnica permanente, bem como definir metodologia que seja aplicável à realidade regional e que permita o acompanhamento permanente do COAP nessas Comissões.

m) A participação social é elemento essencial à interação entre o Estado e o cidadão e deve ser observada no processo de planejamento, inclusive em âmbito regional, neste caso, por meio de estímulo à realização de plenárias de conselhos de saúde e de fóruns de conselheiros de saúde.

## INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Aprovado na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite

Em 27 de outubro de 2011

### 1. PLANO DE SAÚDE

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, reflete as necessidades de saúde da população e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde, em cada esfera de governo.

É a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, sendo elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

O Plano de Saúde, em cada esfera de governo, contempla as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e aquelas afetas às especificidades de cada território. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental - e assistência farmacêutica).

O processo de elaboração do Plano de Saúde compreende um momento de identificação das necessidades de saúde e de análise situacional, e um de definição de diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos, onde são consideradas as condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; os determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersetorialidade); e a gestão em saúde.

### 2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano de Saúde são objeto de explicitação de sua Programação Anual de Saúde, onde são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos orçamentários que operacionalizam o Plano naquele ano específico. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente, coincidindo como período definido para o exercício orçamentário e a Lei Orçamentária Anual.

A Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; as

metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação; e os recursos orçamentários necessários ao seu cumprimento.

Na Programação Anual de Saúde é definida a totalidade das ações e serviços de saúde, nos seus componentes de gestão e de atenção à saúde, neste último incluída a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, conforme disposto na RENASES e RENAME.

### **3. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência a saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. A partir desse processo ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde.

A elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde deve ocorrer nas regiões de saúde, como atribuição das Comissões Intergestores Regionais, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite. Assim, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde desenvolvida no âmbito das regiões e integrada em âmbito estadual, contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde compõe o Anexo II do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

### **4. RELATÓRIO DE GESTÃO**

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Reflete ainda os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmado na região de saúde. Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Para tanto, o Relatório Anual de Gestão contém: (i) o resultado da apuração dos indicadores da Programação; (ii) a análise da execução da programação física e orçamentária/financeira; (iv) a análise do cumprimento dos compromissos firmados no COAP;

(iii) e as recomendações julgadas necessárias e que reorientam o Plano de Saúde e as novas Programações.

O conteúdo do RAG contempla os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na Programação Anual de Saúde; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da Programação Anual de Saúde, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente.

O Relatório Anual de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o envio dos seus Relatórios Anuais de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

A elaboração do Relatório Anual de Gestão utiliza a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória, e observa o disposto abaixo:

- a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios alimentarão o SARGSUS no primeiro trimestre de cada ano e os respectivos Conselhos de Saúde registrarão no sistema a apreciação do Relatório até o dia 31 de maio de cada ano.
- as CIBs e a CIT acompanharão mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios Anuais de Gestão do Estado e do conjunto dos Municípios, no que diz respeito à sua elaboração e apreciação pelos respectivos Conselhos.
- a CIT acompanhará mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios Anuais de Gestão da União, dos Estados e do conjunto dos Municípios, no que diz respeito à sua elaboração e apreciação pelos respectivos Conselhos e os disponibilizará às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde.

O Relatório Anual de Gestão é instrumento utilizado nas ações de auditoria e controle do sistema, devendo estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

Ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é importante que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios. Os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados para essa avaliação, que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o

trabalho, bem como as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território.

## **5. MAPA DA SAÚDE**

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde.

Fornece elementos para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, o Mapa da Saúde orienta o planejamento integrado dos entes federativos, subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem monitoradas pelos gestores e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e permite acompanhar a evolução do acesso da população aos serviços de saúde nas diversas regiões de saúde e os resultados produzidos pelo sistema.

As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde, contemplando, dentre outros, o georreferenciamento de informações afetas aos seguintes temas:

### **I. Estrutura do Sistema de Saúde:**

- a. Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais;
- b. Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos.

II. Redes de atenção à saúde: contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, a rede de atenção às urgências, a rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade.

III. Condições socio sanitárias: evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados sócio-econômicos e demográficos. Sistematiza também

informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde. Guarda relação direta com o Indicador Nacional de Acesso e Qualidade, na medida em que reflete indicadores que o compõe.

IV. Fluxos de acesso: evidenciando o caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.

V. Recursos financeiros: explicita os recursos de investimentos e custeio das três esferas de governo que financiam o sistema.

VI. Gestão do trabalho e da educação na saúde: identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.

VII. Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde: apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.

VIII. Gestão: evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do Indicador Nacional de Acesso e Qualidade.

A construção do Mapa da Saúde é parte integrante do processo de planejamento e inicia com a representação geográfica da situação sanitária, construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva de auxiliar o processo de identificação das necessidades de saúde da população e de análise situacional. Nesse momento, é demonstrada a realidade de saúde e indicadas as metas que precisam ser cumpridas diante de lacunas, excessos ou reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros.

Com a definição das metas da saúde contratualizadas no COAP, é elaborado o Mapa de Metas, retrato da situação a ser buscada (imagem-objetivo) e que evidencia as metas de saúde a serem alcançadas dentro de um marco de tempo definido no referido contrato, no tocante à estrutura e produção de serviços de saúde.

## **6. PLANEJAMENTO DA SAÚDE INTEGRADO**

O processo de formulação ascendente e integrado do planejamento da saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Para o cumprimento dessa orientação, verifica-se a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, região e estado do País.

Entretanto, é necessário partir de consensos quanto à modelagem desse processo, explicitando os elementos essenciais do planejamento no âmbito municipal, estadual, nacional e regional - onde há a confluência do planejamento de cada ente federado, concretizando sua integração e resultando na construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

O planejamento do SUS se materializa a partir de uma dinâmica ascendente e descendente, reconhecendo-se assim que em cada uma das esferas de gestão do SUS são vivenciados processos e dinâmicas que influem na saúde da população. Nesse sentido, há uma direção descendente de políticas e planejamento, que se refere às prioridades comuns a todo o País e que contempla linhas mais estratégicas, expressas em Diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional de Saúde para composição dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal. Por outro lado, há também uma direção ascendente de integração das propostas próprias do planejamento de cada ente federado, referidas à realidade específica de cada território.

É no município que se inicia o conhecimento das necessidades territoriais. A gestão municipal em seu primeiro ano ajusta e executa o último ano Plano de Saúde Municipal em curso, conhece os planejamentos regional, estadual e nacional vigentes, elabora o diagnóstico territorial e propõe as iniciativas que conformarão a política de saúde no âmbito municipal, observando ainda as diretrizes apontadas pela Conferência Municipal de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde. Este conjunto de iniciativas serve à elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. A cada ano é elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) do município, contendo as ações que assegurarão o cumprimento do Plano Municipal de Saúde naquele ano.

O planejamento municipal deve guardar coerência com as pactuações e planejamento realizados na Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito das regiões de saúde, de modo que o Plano de Saúde Municipal expressará as diretrizes do Plano Nacional de Saúde e do Plano Estadual de Saúde, modeladas à realidade local, além das diretrizes, objetivos e metas próprias daquele território, bem como os recursos cuja execução corresponde à esfera municipal, atendendo assim às especificidades territoriais.

A região de saúde se configura como lócus de governança do sistema de saúde, exercida no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR. Nessa comissão, gestores

municipais e gestor estadual pactuam e deliberam questões importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e força de trabalho para superação dos problemas de saúde, num exercício permanente de planejamento integrado.

O planejamento da saúde integrado, realizado no âmbito regional, parte do reconhecimento das dinâmicas presentes no território e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios da região. Observa as diretrizes, os objetivos e as metas estabelecidas nos planos de saúde de cada ente federado, aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Pressupõe uma dinâmica que contemple momentos interdependentes que possibilitem: (i) a identificação das necessidades de saúde da população da região (ii) a definição das diretrizes, dos objetivos e das metas para a região; (iii) a programação geral das ações e serviços de saúde, a qual é essencial ao alcance das metas estabelecidas para a região; e (iv) o monitoramento permanente e a avaliação das ações implementadas.

Nesse sentido, no processo de planejamento em âmbito regional são inicialmente identificadas as necessidades de saúde da população da região, mediante a análise da situação de saúde, utilizando o Mapa da Saúde como ferramenta de apoio. A partir das necessidades de saúde, são definidas as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, bem como os objetivos plurianuais e as metas anuais de saúde para a região, em consonância com o disposto nos planos de saúde dos entes federados. Nesse momento é feita a priorização das intervenções de saúde, buscando superar os principais problemas evidenciados na análise da situação de saúde.

As iniciativas necessárias à operacionalização das diretrizes e objetivos estabelecidos para a região e que contribuirão para o alcance das metas são definidas em um processo de programação. Esse processo constitui a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e deve ser dinâmico, permitindo ajustes e novas reprogramações, introduzindo as programações de custeio - físicas e financeiras - resultantes da implantação de novos serviços ou a expansão de serviços já existentes.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde abrange a totalidade das ações de assistência à saúde de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Essa Programação será estruturada e implementada na região de saúde, compondo o Anexo II do Contrato, substituindo todas as programações atuais, com exceção da Programação Anual de Saúde, podendo, em caráter transitório, incorporar as programações atuais e os planos de ação regionais das redes prioritárias.

A produção do planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, materializa os compromissos de cada ente da gestão no espaço da região de saúde e deve ser

articulada com os compromissos e metas estabelecidas pelas outras regiões do estado, num processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e compatibilizados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, em programações elaboradas simultaneamente nas regiões. Nesse sentido, os processos de planejamento integrado, desenvolvidos no conjunto das regiões de saúde, contribuem para a organização das ações e serviços de saúde no âmbito estadual, e, conseqüentemente, para a conformação e integração das redes de atenção à saúde.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território, evidenciando o conjunto dos objetivos, ações e serviços que contribuirão para a garantia do acesso e a integralidade da atenção, de modo que os compromissos assumidos regionalmente devem estar refletidos nos Planos de Saúde dos entes federados.

Além disso, é preciso instituir no âmbito das Comissões Intergestores Regionais o monitoramento continuado da ação em execução e a avaliação de sua implementação, de modo a possibilitar os ajustes necessários à Programação Geral e ao próprio Contrato firmado entre os entes, na perspectiva de concretização daquilo que se pretenda alcançar.

O planejamento da saúde em âmbito estadual será realizado de maneira regionalizada, observando as necessidades de saúde suscitadas nos municípios que compõem as regiões de saúde. Dessa forma, os planos estaduais de saúde expressam o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, o desenho das redes de atenção à saúde, bem como as diretrizes estabelecidas para as regiões, dialogando com o processo de planejamento integrado da saúde.

Contemplam ainda as diretrizes e objetivos do Plano Nacional de Saúde que são aplicáveis à realidade estadual, bem como as diretrizes e objetivos próprios do estado e os recursos cuja execução corresponde ao gestor estadual, atendendo as especificidades territoriais e a integração dos planos de saúde municipais. A cada ano é elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) do estado, contendo as ações que assegurarão o cumprimento do Plano Estadual de Saúde naquele ano.

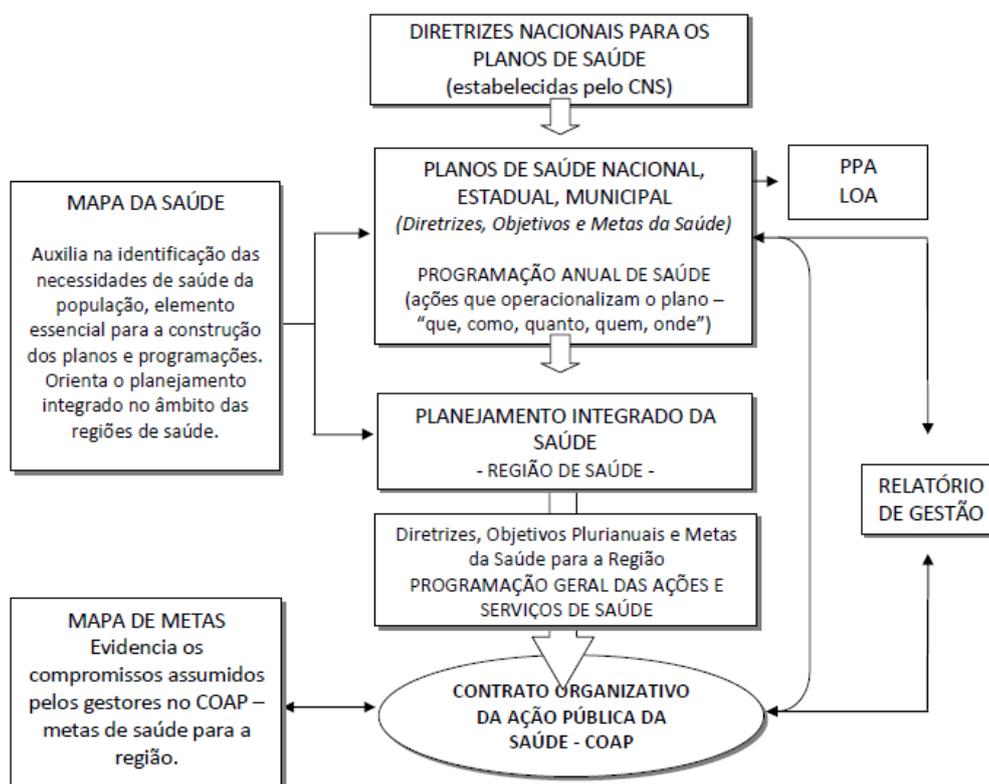
No âmbito nacional, o processo de planejamento segue a orientação de partir dos problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, assim como para a organização e gestão do sistema, conformando o Plano Nacional de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Na elaboração do Plano Nacional de Saúde são observadas as diretrizes e conclusões da Conferência Nacional de Saúde, definidas as diretrizes de saúde comuns a todo o país, os objetivos e metas nacionais, bem como os compromissos e recursos cuja execução corresponde ao gestor federal.

Compete ainda à gestão federal a formulação da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, a ser pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, e executá-la conforme pactuação com Estados e Municípios; coordenar nacionalmente,

acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde; e o gerenciamento, em âmbito nacional, dos sistemas de informação em saúde.

## ELEMENTOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DA SAÚDE E INTERRELAÇÕES



## 7. REGRAS DE TRANSIÇÃO

Na perspectiva de manter coerência com o disposto no Decreto 7.508/2011 e tendo em vista a incorporação do COAP como instrumento de gestão do SUS, é necessário revisar processos e instrumentos de gestão atualmente constituídos e que dialogam o planejamento, no intuito de evitar duplicidades e fragmentação.

Nesse sentido, são apresentados abaixo os instrumentos objeto da análise e as definições quanto à sua reorientação ou substituição.

### Termo de Compromisso de Gestão - TCG

Firma as responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores quanto ao Pacto de Gestão e os objetivos e metas assumidos por estes no Pacto pela Vida, bem como os indicadores de seu monitoramento.

As responsabilidades sanitárias dos gestores quanto à organização, execução das ações e serviços de saúde e financiamento do sistema estarão contempladas no COAP, o qual substituirá o TCG, sendo os conteúdos deste incorporados ao contrato, no que couber.

#### **Termo de Limite Financeiro Global - TLFG**

Explicita os recursos de custeio Federal, Estadual e Municipal, correspondente a cada bloco de financiamento.

A responsabilidade de cada ente federado no financiamento do sistema será objeto da Parte III do Contrato, onde estarão explicitados os recursos de custeio e investimentos.

#### **Declaração de Comando Único - DCU**

Explicita a gestão dos prestadores de saúde situados no território de um determinado município e registra a pactuação acerca dos estabelecimentos de saúde que serão descentralizados.

As informações sobre gestão dos prestadores de serviços estarão contempladas nas responsabilidades executivas do COAP (Parte II), não havendo necessidade de duplicar seu registro.

#### **Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos - PCEP**

Formaliza a relação entre gestores do SUS nas situações em que as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.

Contempla a definição da oferta e fluxos de serviços, as metas qualitativas e quantitativas das ações e serviços desenvolvidos nas unidades de saúde, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Fica mantido o PCEP para a contratualização, entre gestores, de serviços que estão sob gestão de um ente e gerência do outro.

#### **Extrato do PCEP**

O extrato sistematiza as informações dos PCEPs celebrados, para efeito de conformação da documentação de adesão ao Pacto pela Saúde.

As informações sobre os PCEPs celebrados são acompanhadas de forma sistemática pela SAS/DRAC, não havendo necessidade de duplicidade de envio de informações. Nesse sentido propõe-se a extinção do instrumento e manutenção do acompanhamento pela SAS/MS.

#### **Plano Diretor de Regionalização - PDR**

O PDR expressa o planejamento regional da saúde. Contém no seu escopo o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde e os desenhos das

redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas nos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Demonstra ainda os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. Reflete as necessidades para alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência na região de saúde e da alta complexidade na macrorregião. Contempla as necessidades da vigilância em saúde, sendo desenvolvido de forma articulada com a PPI.

Conforme estabelecido no Decreto 7508/2011, o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual de Saúde expressará no seu conteúdo o desenho das regiões de saúde instituídas, bem como as redes de atenção à saúde organizadas no território das regiões e entre estas. Além disso, o exercício da governança do SUS, no âmbito das regiões de saúde, vivenciado nas Comissões Intergestores Regionais, demanda um processo permanente de planejamento, cujos produtos são expressos no COAP.

Assim, o conteúdo do PDR – desenho das regiões de saúde, investimentos estaduais e redes de atenção à saúde – constará no Plano Estadual de Saúde. O Mapa da Saúde subsidiará a visualização do desenho das regiões de saúde e o COAP consubstanciará as responsabilidades organizativas e executivas dos entes federativos após planejamento integrado da saúde, e expressará os investimentos das três esferas de governo que serão aportados nos municípios que compõem as regiões de saúde.

### **Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde - PPI**

A PPI é o processo onde são definidas e quantificadas, em consonância com o planejamento, as ações de saúde para a população residente em cada território e efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, organizando os fluxos de referenciamento.

Visa ainda nortear a alocação dos recursos financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

O processo de elaboração da PPI será remodelado, em consonância com o planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional. Contemplará a totalidade das ações de assistência à saúde de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Será denominada Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde e integrará o COAP. A PPI Assistencial atualmente vigente poderá, em caráter transitório, integrar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde.

**DIRETRIZES PARA A CONFORMAÇÃO DA RENAME  
RESOLUÇÃO Nº 1, DE 17 DE JANEIRO DE 2012**

***Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).***

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 26 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e

Considerando que a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, insere-se no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da alínea "d" do inciso I do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS;

Considerando a garantia do usuário de acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral, nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; e

Considerando a deliberação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorrida em 29 de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Esta Resolução estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. Para os fins do disposto nesta Resolução, medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo SUS para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso.

Art. 3º A RENAME atenderá os seguintes princípios:

I - universalidade: garantia aos usuários do acesso ordenado aos medicamentos de forma universal e igualitária para o atendimento da integralidade da assistência à saúde com base nas necessidades de saúde da população;

II - efetividade: garantia de medicamentos eficazes e/ou efetivos e seguros, cuja relação risco-benefício seja favorável e comprovada a partir das melhores evidências científicas disponíveis na literatura, e com registro aprovado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

III - eficiência: garantia de medicamentos que proporcionem a melhor resposta terapêutica aos usuários com os menores custos para o SUS;

IV - comunicação: garantia de comunicação efetiva entre os gestores de saúde sobre o processo de incorporação de medicamentos na RENAME e divulgação ampla, objetiva e transparente dos medicamentos ofertados à população pelo SUS;

V - racionalidade no uso dos medicamentos: as condições de uso dos medicamentos devem seguir as orientações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou das diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) como estratégia para a promoção do uso racional dos medicamentos nos serviços de saúde e na comunidade; e

VI - serviços farmacêuticos qualificados: garantir a oferta de medicamentos com qualidade e de forma humanizada aos usuários do SUS.

Art. 4º A RENAME é composta por:

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

IV - Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; e

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

§ 1º Os medicamentos de uso hospitalar são os que integram os procedimentos financiados pelas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) e pelas Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais Específicos (APAC) e os descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar.

§ 2º Para os fins da RENAME, serão considerados apenas os medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar, como integrantes da Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

§ 3º Para os fins do disposto no § 2º, os demais medicamentos que deverão integrar a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar serão posteriormente definidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 5º As condições de uso dos medicamentos constantes na RENAME devem seguir as orientações do FTN, dos PCDT e/ou das diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 6º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios podem definir medicamentos de forma suplementar à RENAME, para atendimento de situações epidemiológicas específicas, respeitadas as responsabilidades dos entes federativos, conforme análise e recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Art. 7º A seleção dos medicamentos que serão ofertados pelos estados, Distrito Federal e municípios a partir da RENAME considerará o perfil epidemiológico, a organização dos serviços e a complexidade do atendimento oferecido.

Parágrafo único. Outros critérios poderão ser definidos pelos entes federativos, observando-se aqueles previstos no caput, devendo os mesmos serem pactuados na CIB e no Conselho Distrital de Saúde.

Art. 8º A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Art. 9º Ao Ministério da Saúde compete incluir, excluir ou alterar medicamentos e insumos farmacêuticos na RENAME, de forma contínua e oportuna, nos termos do art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME a cada 2 (dois) anos.

Art. 10. Os medicamentos e insumos farmacêuticos constantes da RENAME serão financiados pelos 3 (três) entes federativos, de acordo com as pactuações nas respectivas Comissões Intergestores e as normas vigentes para o financiamento do SUS.

Art. 11. Ao Distrito Federal competem os direitos e obrigações reservadas aos estados e aos municípios.

Art. 12. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**  
**Ministro de Estado da Saúde**

**BEATRIZ DOBASHI**  
**Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

**ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI**  
**Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**

PORTARIA Nº 533, DE 28 DE MARÇO DE 2012

**Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da  
Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
(RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, insere-se no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da alínea "d" do inciso I do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS;

Considerando a garantia do usuário de acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral, nos termos do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

Considerando a competência do Ministério da Saúde para dispor sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nos termos do art. 26 do Decreto nº 7.508, de 2011;

Considerando a Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012, que aprovou as Diretrizes Nacionais da RENAME no âmbito do SUS; e

Considerando a deliberação ocorrida na CIT, em 16 de fevereiro de 2012, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a seguinte estrutura:

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

IV - Relação Nacional de Insumos; e

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

§ 1º Incluem-se entre os medicamentos que compõem a RENAME os que forem definidos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica.

§ 2º Os medicamentos inseridos nas ações e serviços de saúde de que tratam as Políticas Nacional de Atenção Oncológica Oftalmológica e de Urgências e Emergências estão contemplados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

Art. 2º O elenco de medicamentos e insumos da RENAME encontra-se definido e organizado a partir do emprego dos seguintes critérios:

I - os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar;

III - as vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

IV - a Anatomical Therapeutic Chemical, da Organização Mundial da Saúde (ATC/MS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC);

V - as indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na RENAME; e

VI - inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Art. 3º A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Art. 4º A RENAME encontra-se disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, no endereço <http://www.saude.gov.br/medicamentos>.

Art. 5º O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Art. 6º Para os fins do disposto nesta Portaria, o Ministério da Saúde providenciará a adequação dos atos normativos vigentes relacionados à assistência farmacêutica até data de entrada em vigor desta Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor em 90 (noventa) dias após a sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 1.044/GM/MS, de 5 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 85, de 6 de maio de 2010, Seção 1, pág. 58.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**  
**Ministro de Estado da Saúde**

**DIRETRIZES PARA A CONFORMAÇÃO DO RENASES  
RESOLUÇÃO TRIPARTITE Nº 2, DE 17 DE JANEIRO DE 2012**

***Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).***

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e os arts. 21 e 30 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e considerando a deliberação ocorrida em 11 de outubro de 2011, resolve:

Art.1º Esta Resolução dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações Serviços Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º A RENASES é o conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde oferecidos pelo SUS à população para atender à integralidade da assistência à saúde.

Art. 3º A RENASES atenderá os seguintes princípios:

I - universalidade do acesso às ações e serviços de saúde constantes da RENASES, em todos os níveis de assistência, de forma universal, igualitária e ordenada, com base nas necessidades de saúde da população;

II - segurança, compreendida como a oferta das ações e serviços de forma segura para proteção da saúde e da vida humana;

III - qualidade, compreendida como a garantia qualitativa das ações e serviços previstos na RENASES; e

IV - comunicação, compreendida como a divulgação ampla, objetiva e transparente das ações e serviços que serão ofertados à população de acordo com a RENASES.

Art. 4º A RENASES tem por finalidade tornar públicas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece à população, com o fim de cumprir o disposto no inciso II do art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 5º Em conformidade com o art. 43 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação do citado Decreto eram ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

§ 1º As atualizações da RENASES ocorrerão por inclusão, exclusão e alteração de ações e serviços de saúde, de forma contínua e oportuna.

§ 2º As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços de saúde da RENASES serão feitas de acordo com regulamento específico, que deverá prever as rotinas de solicitação, análise, decisão e publicização.

§ 3º Caberá ao Ministério da Saúde conduzir o processo de atualizações de ações e serviços da RENASES, em conformidade com o art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 1990, e sua respectiva regulamentação.

§ 4º O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES a cada 2 (dois) anos.

Art. 6º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações complementares de ações e serviços de saúde, sempre em consonância com o previsto na RENASES, respeitadas as responsabilidades de cada ente federado pelo seu financiamento e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

§ 1º Compreende-se por complementar a inclusão de ações e serviços que não constam da RENASES por parte de Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 2º O padrão a ser observado para a elaboração de relações de ações e serviços complementares será sempre a RENASES, devendo-se observar os mesmos princípios, critérios e requisitos na sua elaboração.

Art. 7º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão submeter à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) seus pedidos de incorporação e alteração de tecnologias em saúde para complementar a RENASES no âmbito estadual, distrital ou municipal, cabendo-lhes encaminhar conjuntamente o correspondente protocolo clínico ou de diretrizes terapêuticas e demais documentos que venham a ser exigidos pela Comissão.

Art. 8º A RENASES é composta por:

- I - ações e serviços da atenção primária;
- II - ações e serviços da urgência e emergência;
- III - ações e serviços da atenção psicossocial;
- IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - ações e serviços da vigilância em saúde.

Art. 9º As ações e serviços de saúde constantes da RENASES serão oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso e a critérios de referenciamento na rede de atenção à saúde, e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS.

Art. 10. Os serviços e ações previstos na RENASES devem ser prestados e realizados com qualidade, eficácia, resolutividade e humanização.

Art. 11. A RENASES deve contar com um sistema de informação integrado aos demais sistemas de informação do SUS e a outros de interesse do sistema de saúde, com a finalidade de permitir sua permanente avaliação, especialmente no que diz respeito ao seu custo-efetividade.

Art. 12. A RENASES deverá adotar, progressivamente, terminologia única para denominar as ações e serviços de saúde que são oferecidos pelos entes federativos.

Art. 13. A RENASES será estruturada de forma que expresse a organização dos serviços e ações de saúde e o atendimento da integralidade da atenção à saúde.

Art. 14. O acesso às ações e serviços de saúde dispostos na RENASES se efetivará nas Redes de Atenção à Saúde, organizadas conforme diretrizes da Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010.

Parágrafo único. O acesso às ações e aos serviços de saúde observará as portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Art. 15. O acesso às ações e serviços de saúde deverá respeitar os fluxos regulatórios, a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e o critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial.

Art. 16. O acesso às ações e serviços de saúde deverá considerar as regras de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde e entre Regiões de Saúde, de acordo com os contratos celebrados entre os entes federativos, com a definição de responsabilidades pela prestação dos serviços e pelo seu financiamento.

Art. 17. O acesso às ações e serviços de saúde que não forem oferecidos no âmbito de algum Município ou Região de Saúde será garantido mediante os sistemas logísticos da Rede de Atenção à Saúde, como as centrais de regulação e o transporte em saúde, de acordo com as disponibilidades financeiras e observadas as pactuações intergestores.

Art. 18. O financiamento das ações e serviços de saúde deverá, progressivamente:

I - superar a lógica de financiamento centrada no procedimento em saúde; e

II - considerar as diferenças regionais na composição dos custos das ações e serviços de saúde.

Art. 19. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao financiamento das ações e serviços constantes da RENASES e suas complementações.

Art. 20. O monitoramento e a avaliação do conteúdo da RENASES e suas complementações estaduais, distrital e municipais serão realizados pelos entes federados nas Comissões Intergestores, com base nas informações contidas nos sistemas de informação.

Art. 21. Ao Distrito Federal competem os direitos e obrigações reservadas aos Estados e aos Municípios.

Art. 22. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**  
**Ministro de Estado da Saúde**

**BEATRIZ DOBASHI**  
**Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

**ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI**  
**Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**

**PORTARIA Nº 841, DE 2 DE MAIO DE 2012**

**Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 197 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle;

Considerando o disposto no art. 200 da Constituição Federal de 1988 e no art. 6º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelecem as competências do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Seção I do Capítulo IV do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito da Assistência à Saúde;

Considerando o art. 42 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que estabelece que a primeira RENASES seja a somatória de todas as ações e serviços de saúde que, na data da publicação do referido Decreto, eram ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta;

Considerando a competência do Ministério da Saúde para dispor sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nos termos do art. 22 do Decreto nº 7.508, de 2011;

Considerando a Resolução CIT nº 2, de 17 de janeiro de 2012, que aprovou as Diretrizes Nacionais da RENASES no âmbito do SUS; e

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da CIT de 22 de março de 2012, resolve:

Art. 1º Fica publicada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em atendimento ao disposto no art. 22 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e no art. 7º, inciso II da Lei nº 8.080/90, disponível no sítio do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>, após a publicação desta Portaria.

§ 1º Esta versão contém as ações e serviços ofertados pelo (SUS) na data de publicação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, com acréscimo dos novos serviços e ações instituídos até a data de edição desta Portaria.

§ 2º As ações e serviços descritos na (RENASES) contemplam, de forma agregada, toda a Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do (SUS).

Art. 2º O financiamento das ações e serviços da (RENASES) será tripartite, conforme pactuação, e a oferta das ações e serviços pelos entes federados deverá considerar as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários entre municípios e regiões, e a escala econômica adequada.

Art. 3º A RENAMES está organizada nos seguintes componentes:

- I - ações e serviços da atenção básica (primária);
- II - ações e serviços da urgência e emergência;
- III - ações e serviços da atenção psicossocial;
- IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- V - ações e serviços da vigilância em saúde.

Parágrafo único. A RENAMES está estruturada de forma que sejam expressos a organização dos serviços e o atendimento da integralidade do cuidado.

Art. 4º As atualizações da (RENASES) ocorrerão por inclusão, exclusão e alteração de ações e serviços, de forma contínua e oportuna.

§ 1º As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços da RENAMES serão realizadas de acordo com regulamento específico da subcomissão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que deverá prever as rotinas de solicitação, análise, decisão e publicização, conforme o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde conduzir o processo de atualizações de ações e serviços da RENAMES, conforme estabelecido pelos art. 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 3º A cada 2 (dois) anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da (RENASES).

Art. 5º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações complementares de ações e serviços de saúde, sempre em consonância com o previsto na (RENASES), respeitadas as responsabilidades de cada ente federado pelo seu financiamento e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

§ 1º Compreende-se por complementar a inclusão de ações e serviços que não constam da RENAMES.

§ 2º O padrão a ser observado para a elaboração de relações de ações e serviços complementares será sempre a (RENASES), devendo observar os mesmos princípios, critérios e requisitos na sua elaboração.

§ 3º Os Estados e Municípios deverão submeter à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) os pedidos de incorporação e alteração de tecnologias em saúde, para complementar a (RENASES) no âmbito estadual ou municipal.

Art. 6º As ações e serviços de saúde constantes da RENASES serão oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso, baseados em critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS.

Art. 7º Os regramentos do SUS no tocante ao acesso e aos critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, correspondentes a cada ação ou serviço de saúde, são expressos na (RENASES) de acordo com as seguintes codificações:

I - ação ou serviço com acesso mediante procura direta pelos usuários: ação ou serviço com acesso livre para o usuário, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso; considerados portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

II - ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS: ação ou serviço que exige encaminhamento realizado por um serviço próprio do SUS (público municipal, estadual ou federal).

III - ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação: ação ou serviço provido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação de acesso (central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo incumbido de regulação de acesso, coordenação de cuidado ou controle de fluxo de pacientes entre serviços de saúde);

IV - ação ou serviço com exigência de habilitação: ação ou serviço com exigência de autorização pelo gestor municipal, estadual ou federal para que um estabelecimento de saúde já credenciado ao SUS passe a realizar procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS, conforme estabelecido pela Portaria nº 414/SAS/MS, de 11 de agosto de 2005;

V - ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional: ações ou serviços que contam com protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas nacionais específicos, conforme o inciso II do art. 19-N e art. 19-O da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e

VI - ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância: ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, mesmo que suas intervenções sejam feitas sobre indivíduos, grupos ou na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância.

Art. 8º O acesso às ações e serviços de saúde será ordenado pela atenção básica (primária) e deve ser fundado:

I - na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente;

II - nas regras de referenciamento pactuadas intrarregionalmente e interregionalmente, de acordo com o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**  
**Ministro de Estado da Saúde**

**TEXTO 7**  
**NORMAS E FLUXOS DO COAP**  
**RESOLUÇÃO Nº 3, DE 30 DE JANEIRO DE 2012**

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

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o art. 30 e, em especial, o art. 39 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e considerando a deliberação ocorrida em 29 de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas gerais e os fluxos para elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**CAPÍTULO I**  
**DO OBJETO E ESTRUTURA**

Art. 2º O COAP será elaborado pelos entes federativos em cada Região de Saúde, instituída de acordo com o art. 5º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e com o disposto na Resolução nº 01/CIT, de 29 de setembro de 2011, cabendo à Secretaria Estadual de Saúde coordenar a sua implementação.

Parágrafo único. Em caso de Região de Saúde interestadual, conforme o disposto no § 1º do art. 4º do Decreto nº 7.508, de 2011, a coordenação será compartilhada entre as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

Art. 3º Cabe ao Ministério da Saúde coordenar, em âmbito nacional, a elaboração, a execução e a avaliação de desempenho do COAP.

Art. 4º 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.

Parágrafo único. O COAP estabelecerá, para cada ente signatário, as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentário-financeiras e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria.

Art. 5º O COAP conterá a seguinte estrutura formal:

I - Parte I: Das responsabilidades organizativas;

II - Parte II: Das responsabilidades executivas;

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

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

**Seção I**  
**Da Parte I - Responsabilidades Organizativas**

Art. 6º A Parte I do COAP observará padrão nacional, conforme os fundamentos organizacionais do SUS, com os seguintes conteúdos:

- I - do objeto;
- II - das disposições gerais;
- III - dos princípios e diretrizes do SUS;
- IV - da gestão centrada no cidadão;
- V - das ações e serviços públicos de saúde na Região de Saúde;
- VI - das diretrizes do acesso ordenado e regulação das ações e serviços na rede de atenção à saúde;
- VII - das diretrizes sobre a rede de atenção à saúde e seus elementos constitutivos;
- VIII - das diretrizes do planejamento integrado da saúde e da programação geral das ações e serviços de saúde;
- IX - da articulação interfederativa;
- X - das diretrizes da gestão do trabalho e educação em saúde;
- XI - das diretrizes sobre o financiamento;
- XII - das medidas de aperfeiçoamento do SUS;
- XIII - das diretrizes gerais sobre monitoramento, avaliação de desempenho do contrato e auditoria;
- XIV - das sanções administrativas; e
- XV - da publicidade.

Parágrafo único. Poderão ser incluídas na Parte I do COAP cláusulas complementares, quando necessário.

**Seção II**  
**Da Parte II - Responsabilidades Executivas**

Art. 7º A Parte II do COAP disporá sobre as responsabilidades executivas dos entes signatários, devendo-se observar:

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

III - as metas regionais anuais, os indicadores e as formas de avaliação; e

IV - os prazos de execução;

Art. 8º A Parte II do contrato conterá ainda três Anexos, partes integrantes do COAP, da seguinte forma:

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

II - Anexo II: programação geral das ações e serviços de saúde na Região de Saúde, que conterá:

a) a relação das ações e serviços executados na Região de Saúde, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias; e

b) o mapa de metas em relação às ações e serviços executados na Região de Saúde;

III - 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.

§ 1º O Anexo II da Parte II do COAP conterá programação geral das ações e serviços de saúde, a qual deverá considerar ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde para todos os entes responsáveis pela execução de ações e serviços de saúde.

§ 2º A execução direta das ações e serviços de saúde pelo Ministério da Saúde deverá estar explicitada no anexo II da Parte II do COAP;

§ 3º A relação dos serviços de saúde do anexo III poderá ser revisada, de acordo com necessidades sanitárias e de gestão, mediante termo aditivo a ser firmado em periodicidade estabelecida no COAP.

§ 4º O anexo III da Parte III do COAP conterá o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), instrumento que formaliza as responsabilidades sanitárias dos gestores do SUS no território frente aos serviços de saúde próprios, contratados e conveniados.

§ 5º O mapa de metas deverá explicitar os investimentos para a conformação da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde.

§ 6º A responsabilidade solidária dos entes federativos no referenciamento dos usuários deverá seguir pactuação estabelecida na CIB e constar no Anexo III da Parte II do COAP.

### **Seção III**

#### **Da Parte III - Responsabilidades Orçamentário-Financeiras**

Art. 9º A Parte III disporá sobre as responsabilidades orçamentário- financeiras do COAP, devendo explicitar:

I - as responsabilidades dos entes federativos pelo financiamento tripartite do COAP na região;

II - os planos globais de custeio e de investimento;

III - as formas de incentivos, conforme o art. 36, parágrafo único, do Decreto nº 7.508, de 2011; e

IV - o cronograma anual de desembolso.

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

#### **Seção IV**

#### **Da Parte IV - Responsabilidades pelo Monitoramento, Avaliação e Auditoria**

Art. 10. A Parte IV do COAP terá padrão nacional e conterà as responsabilidades pelo acompanhamento da execução do COAP, o monitoramento, a avaliação de desempenho e a auditoria.

Art. 11. 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.

Art. 12. 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.

Art. 13. A avaliação da execução do COAP será realizada por meio do relatório de gestão anual, elaborado pelos entes federativos signatários, conforme o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com seção específica relativa aos compromissos contratuais, conforme previsto no § 1º do art. 40 do Decreto nº 7.508, de 2011.

#### **CAPÍTULO II**

#### **DO FLUXO DE ELABORAÇÃO E ASSINATURA**

Art. 14. 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);

III - 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.

§ 1º A referência do usuário para outros serviços de saúde que envolva outra Região de Saúde será pactuada:

I - na CIB, quando no âmbito de um só Estado;

II - em todas as CIB envolvidas, no caso de referências que incluam Regiões de Saúde de mais de um Estado; e

III - na CIT, quando necessário.

§ 2º Em Região de Saúde interestadual, a homologação deverá ocorrer em todas as CIB envolvidas.

§ 3º A homologação tem a função de analisar se todas as regras e condições estabelecidas nesta Resolução foram cumpridas.

§ 4º O COAP será assinado, prioritariamente, pelo Ministro de Estado da Saúde e pelos Prefeitos, Governadores e respectivos Secretários de Saúde.

§ 5º O Ministério da Saúde providenciará numeração sequencial exclusiva para a identificação de contratos da espécie COAP.

§ 6º Além da publicação no DOU, o COAP poderá ser publicado em outros instrumentos oficiais no âmbito do Estado e dos Municípios integrantes da Região de Saúde.

Art. 15. 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.

Parágrafo único. Em Região de Saúde interestadual, eventuais dissensos deverão ser dirimidos pelas CIBs respectivas, em reunião conjunta.

### **CAPÍTULO III DA GESTÃO E DO CONTROLE SOCIAL**

Art. 16. A gestão do COAP será realizada pelos entes signatários competentes, cabendo à CIT, à CIB e à CIR, no âmbito de suas competências, pactuarem o acompanhamento e a operacionalização das ações e serviços compartilhados.

Art. 17. O acompanhamento da execução do COAP será realizado pelos Conselhos de Saúde por meio do relatório de gestão.

Parágrafo único. 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.

Art. 18. O Ministério da Saúde atuará de forma específica, nos termos da Lei nº 8.080, de 1990, onde houver população indígena.

### **CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 19. O COAP deve consubstanciar os consensos dos entes federativos na CIT, CIB e CIR e ser o resultado da integração dos planos de saúde dos entes signatários, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, em consonância com o planejamento integrado.

Art. 20. O prazo de vigência do COAP será preferencialmente de 4 (quatro) anos, havendo possibilidade de ser estabelecido outro prazo, com a finalidade de adequação aos prazos dos planos de saúde dos entes federados contratantes.

Art. 21. A programação geral das ações e serviços de saúde do COAP será estruturada a partir dos planos de saúde e abrangerá todas as programações atuais, incluindo os planos de ação regionais das redes prioritárias, com exceção da programação anual de saúde.

Art. 22. Nas regiões de saúde de fronteira, serão respeitados os acordos bilaterais internacionais, cabendo à CIB e à CIT, conforme o caso, definir as responsabilidades referentes ao atendimento do usuário residente em região de saúde de fronteira e a respectiva alocação de recursos financeiros.

Art. 23. O COAP deverá prever o custeio das ações e serviços de saúde adicionais para municípios sujeitos a aumento populacional em razão de migrações sazonais, como turismo e trabalho temporário.

Art. 24. Os Indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão serão incorporados, no que couber, no Indicador Nacional de Garantia de Acesso, de observância nacional e obrigatória.

Art. 25. Os conteúdos do Termo de Compromisso de Gestão e o Termo de Limite Financeiro Global serão incorporados pelo COAP, no que couber.

Art. 26. Casos omissos serão deliberados e decididos pela CIT.

Art. 27. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**  
**Ministro de Estado da Saúde**

**BEATRIZ DOBASHI**  
**Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

**ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI**  
**Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**

## **TEXTO 8**

### **OBJETIVOS, METAS E DIRETRIZES DO COAP**

O Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP tem suas bases no Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, onde os entes signatários assumem, conjuntamente, o compromisso de organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde na Região de Saúde, respeitadas as autonomias federativas e com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (SUS) com foco no cidadão.

#### **OBJETIVO**

Orientar os entes para a elaboração das metas e indicadores do Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP. É produto da discussão do Grupo Executivo do COAP que integra o Comitê Gestor do Decreto 7508/11 e do GT de Gestão da Câmara Técnica da CIT.

Segundo a Resolução Tripartite n ° 03/2012 de Normas e Fluxos do contrato, a parte II do COAP, responsabilidades executivas, observará os seguintes conteúdos:

1. Diretrizes e objetivos do PNS e políticas prioritárias;
2. Objetivos plurianuais em consonância com os planos nacional, estadual e municipal;
3. Metas Regionais anuais;
4. Indicadores;
5. Formas de Avaliação;
6. Prazos de Execução.

#### **2. DIRETRIZES**

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 n ° 03/2012 de Normas e Fluxos do contrato define que as diretrizes nacionais do Plano Nacional de Saúde são norteadoras para elaboração do contrato.

#### **3. OBJETIVOS REGIONAIS**

São objetivos definidos a partir das diretrizes nacionais observando o Plano Nacional de Saúde e a sua compatibilização com os planos estaduais e municipais.

#### **4. METAS REGIONAIS**

O contrato terá metas regionais anuais que expressam um compromisso para alcançar objetivos. Ao estabelecer metas, alguns fatores devem ser considerados:

- Desempenhos anteriores, incluindo o desempenho de cada região dos indicadores que compõem o IDSUS;

- Compreensão do estágio de referência inicial, ou seja, da linha de base;
- Factibilidade, levando-se em consideração a disponibilidade dos recursos necessários, das condicionantes políticas, econômicas e da capacidade organizacional.

As metas e indicadores do contrato têm como referência o plano nacional de saúde aprovado pelo Conselho de Saúde, o pacto pela vida e de gestão, as políticas prioritárias pactuadas na tripartite, o IDSUS e a agenda do milênio.

As pactuações das metas da região deverão ser definidas no planejamento regional integrado e na análise da situação de saúde da região - Mapa da Saúde.

## **5. INDICADORES**

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas.

Toda meta está diretamente relacionada a um indicador que expressa a maneira como a meta será avaliada.

Os indicadores não são simplesmente números, são atribuições de valor a objetivos, acontecimentos ou situações, de acordo com os marcadores para se chegar ao resultado final pretendido.

Os indicadores servem para:

- Embasar a análise crítica dos resultados obtidos e do processo de tomada de decisão;
- Contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais;
- Analisar comparativamente o desempenho.

Todo indicador terá um método de cálculo que descreve como mensurar, de forma precisa e prática, seguindo um padrão universal.

Todos os indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) estão dispostos no Contrato Organizativo de Ação Pública (Resolução Tripartite nº 03/2012).

Os indicadores integrantes deste caderno são divididos em 3 tipos:

- Indicadores Universais;
- Indicadores Específicos;
- Indicadores Complementares.

### **a. Indicadores Universais**

São referências para pactuação das metas comuns e obrigatórias para todas as regiões de saúde. O IDSUS, os Indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão e as políticas prioritárias foram os critérios orientadores para a definição desses indicadores.

Os indicadores universais substituirão os indicadores do Pacto pela Saúde 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.

#### **b. Indicadores Específicos**

São referências para pactuação de metas obrigatórias para as regiões de saúde onde forem identificadas as necessidades específicas.

#### **c. 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 do consenso tripartite na região, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde.

### **6. RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS**

Para cada meta é necessária a pactuação das responsabilidades dos entes tendo em vista viabilizar o seu cumprimento. As responsabilidades individuais dos entes serão pactuadas e descritas no contrato, com base em cálculo específico de cada meta, quando couber e estarão expressas no anexo II e III da parte II.

Quando o ente não for responsável por executar diretamente a ação ou serviço previsto em percentuais na meta regional, o mesmo deverá especificar o tipo de compromisso assumido correlacionado.

O princípio da solidariedade deverá orientar a partilha da responsabilidade entre os entes signatários para a definição das responsabilidades individuais no alcance da meta pactuada.

### **7. FORMAS DE AVALIAÇÃO**

Define como será realizado o acompanhamento do indicador para o cumprimento da meta pactuada.

Em algumas metas, as formas de avaliação já estarão definidas através do método de cálculo dos seus indicadores, apenas devendo explicitar as fontes de informação devidamente identificadas na ficha de qualificação dos indicadores/metras.

#### **Exemplo 1:**

**Meta regional:** redução da mortalidade infantil em x%

**Indicador:** número de óbitos em crianças menores que 5 anos/ população total x 1000

**Formas de avaliação:** Sistema de Informação de Mortalidade - SIM

Em outros casos, haverá necessidade de explicitar mais detalhadamente a forma de avaliação, conforme exemplo abaixo:

**Exemplo 2:**

**Meta regional:** Implantar ouvidoria nos regiões de saúde

**Indicador:** ouvidorias implantadas nos municípios 16

## ANEXO 1: PLANILHA SINTÉTICA DE INDICADORES E METAS POR DIRETR

Diretriz	Indicador Universal	Indicador Especifico	Indicador Complementar	Total
1	5	12	4	21
2	1	4	3	8
3	9	2	2	13
4	0	1	5	6
5	1	0	3	4
6	0	5	0	5
7	9	10	2	21
8	0	3	0	3
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	1	1	10	12
12	0	2	2	4
13	1	1	2	4
14	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>33</b>	<b>101</b>

### DIRETRIZES NACIONAIS

**Diretriz 1** – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

**Formas de avaliação:** Relatórios, Atas das CIBs, CIR e dos conselhos, com o fluxo de informações devidamente definido na ficha de qualificação dos indicadores/metás.

### 8. PRAZO DE EXECUÇÃO

Toda meta deverá conter o seu prazo de execução que será pactuado entre os entes federativos.

No início de cada ano, as regiões de saúde por meio das Comissões Intergestores Regionais – CIR, devem avaliar e repactuar as metas com o objetivo de firmar termo aditivo do contrato, sempre de acordo com os planos de saúde e as decisões das comissões intergestores, registrada em ata da CIB/CIR.

<b>N</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicador</b>	<b>Área</b>
<b>INDICADORES UNIVERSAIS</b>			
1.1	x % de Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	SAS
1.2	x % de internações por causas sensíveis à atenção básica.	Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica.	SAS
1.3	x% de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	SAS
1.4	x% de exodontia realizada em relação aos procedimentos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	SAS
1.5	X % de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF.	SAS

#### **INDICADORES ESPECÍFICOS**

1.1	x% de equipes da Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	SAS
1.2	Redução em x% de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	SAS
1.3	x% de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente.	SAS
1.4	x % procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente.	SAS
1.5	x% de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	SAS
1.6	x% de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.	SAS
1.7	x procedimentos de média complexidade para não residentes.	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.	SAS
1.8	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.	Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.	SAS
1.9	x internações de média complexidade para não residentes realizadas.	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes.	SAS
1.10	x internações de alta complexidade para não residentes realizadas.	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes.	SAS

1.11	Redução em X% de óbitos em menores de 15 anos em UTI.	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva – UTIs.	SAS
1.12	X% de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	SAS

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

1.1	X % de Equipes de Atenção Básica apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (para os municípios com população acima de 10.350 habitantes).	Percentual de equipes da Atenção Básica apoiadas por NASF.	SAS
1.2	x% equipes aderidas ao PMAQ.	Percentual de equipes aderidas ao PMAQ.	SAS
1.3	x% Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE.	Percentual de Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE.	SAS
1.4	X % de UBS com infraestrutura adequada.	Proporção de UBS com infraestrutura adequada.	SAS

**Diretriz 2** – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES UNIVERSAIS

2.1	Ampliar em X% o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ ou outras formas de violências ao ano.	Proporção de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.	SVS
-----	--	--	-----

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

2.1	Reduzir em x% número de pessoas não assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	SAS
2.2	x% de Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	SAS
2.3	100% de inspeções sanitárias em Prontos Socorros.	Taxa de inspeções sanitárias em Prontos Socorros.	ANVISA
2.4	x% de internação de urgência e emergência reguladas pelo Complexo Regulador.	Proporção das internações da urgência emergência reguladas.	SAS

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

2.1	100% de inspeções sanitárias nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	Taxa de inspeções sanitárias em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	ANVISA
2.2	X Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em Hospitais.	Número de Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em	SAS

		hospitais.	
2.3	x% de Contratos de gestão firmados nos serviços hospitalares da região.	Proporção de serviços hospitalares da Região com contrato de gestão firmado com gestores.	SAS

**Diretriz 3** – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES UNIVERSAIS

3.1	x% de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	SAS
3.2	x% de parto normal na região.	Proporção de partos normais na região.	SAS
3.3	x% das gestantes dos municípios realizando pelo menos 7 consultas de pré-natal.	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	SAS
3.4	Aumentar em X% o acesso ao teste rápido de sífilis nas gestantes usuárias do SUS na região, segundo o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha".	Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis.	SVS
3.5	x % de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto, durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com o desenho regional da Rede Cegonha.	Proporção de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto.	SAS
3.6	Redução da mortalidade materna em X números absolutos.	Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	SAS
3.7	Reduzir em X% a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.	SAS
3.8	Investigar X% dos óbitos infantil e fetal na região.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	SVS
3.9	Investigar X% dos óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna na região.	Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.	SVS

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

3.1	x% de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	SAS
3.2	Redução de X% incidência da sífilis congênita.	Taxa de incidência de Sífilis Congênita.	SVS

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

3.1	X% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	SAS
3.2	X% de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto .	Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para	SAS

	realização do parto.	
--	----------------------	--

**Diretriz 4** – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

N	Metas	Indicador	Área
<b>INDICADORES ESPECÍFICOS</b>			
4.1	x% Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	SAS
<b>INDICADORES COMPLEMENTARES</b>			
4.1	x% de leitos de saúde mental expandidos em hospital geral.	Proporção de expansão de leitos de saúde mental em hospital geral.	SAS
4.2	X% Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) Qualificados.	Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) Qualificados.	SAS
4.3	X unidades de Acolhimento adulto e infanto juvenil implantadas.	Implantação de Unidades de Acolhimento adulto e infanto juvenil.	SAS
4.4	Incluir no PVC x % dos pacientes psiquiátricos com histórico de internação de longa permanência anterior a 2003 e que receberam alta	Proporção de beneficiários atendidos pelo programa "De volta para casa" (PVC)	SAS
4.5	Redução de x % das internações em hospitais psiquiátricos	Número de internações em Hospital Psiquiátrico	SAS

**Diretriz 5** – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

N	Metas	Indicador	Área
<b>INDICADORES UNIVERSAIS</b>			
5.1	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT.	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	SVS
<b>INDICADORES COMPLEMENTARES</b>			
5.1	Percentual de entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.	Entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para o atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.	SAS
5.2	Aumento de x% da Cobertura vacinal contra gripe.	Cobertura vacinal contra gripe.	SAS
5.3	Redução de x% ao ano a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.	SAS

**Diretriz 6** – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

N	Metas	Indicador	Área
<b>INDICADORES ESPECÍFICOS</b>			
6.1	X% de crianças aldeadas vacinadas de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena.	Coberturas vacinais de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena.	Sesai
6.2	X% de óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI.	Percentual de Óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI.	Sesai
6.3	X% de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.	Percentual de óbitos maternos em mulheres indígenas e de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.	Sesai
6.4	X% de internações de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Sesai
6.5	X% de mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Sesai

**Diretriz 7** – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

N	Metas Regional	Indicador	Área
<b>INDICADORES UNIVERSAIS</b>			
7.1	Alcançar as coberturas vacinais adequadas de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança em todos os municípios.	Coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança.	SVS
7.2	Aumentar em X% a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera na região.	Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	SVS
7.3	Aumentar em X% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase na região.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	SVS
7.4	Aumentar em X% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida na região .	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	SVS
7.5	Ampliar em X% a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez.	Proporção de amostras da qualidade da água examinadas para parâmetros coliforme total, cloro residual e turbidez.	SVS

7.6	Encerrar oportunamente em X% as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	SVS
7.7	Ampliar em X% o número de municípios da região de saúde com notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região.	SVS
7.8	100% dos municípios da região de saúde executando ações de vigilância sanitária.	% de municípios da região de saúde que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	ANVISA
7.9	Reduzir em X% a incidência de aids em menores de 5 anos na região.	Incidência de aids em menores de cinco anos.	SVS

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

7.1	Reduzir em X% o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV na região.	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 350cel/mm3 registrado no SISCEL.	SVS
7.2	Aumentar em X% a triagem sorológica da hepatite C na região.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados na região.	SVS
7.3	Reduzir em X% a taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral.	Taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral.	SVS
7.4	Garantir em X% a vacinação antirrábica dos cães na campanha.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	SVS
7.5	X% municípios da região de saúde com polos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado	Proporção de polos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado	SVS
7.6	Garantir a realização do tratamento para o tracoma em X% da população nos municípios endêmicos da região.	Proporção da população tratada para o tracoma nas localidades/comunidades/ municípios da região avaliada.	SVS
7.7	Reduzir em X% Índice parasitário anual (IPA) da malária na Região Amazônica	Índice parasitário anual (IPA) da malária	SVS
7.8	Garantir a oferta de tratamento coletivo para X% dos escolares do ensino fundamental dos estados de AL, BA, MG, PE e SE, nas localidades com prevalência acima de 10% para esquistossomose e 20% para geohelmintíases, com Programa Saúde na Escola implantado.	Percentual da população de escolares do ensino fundamental que receberam tratamento coletivo para tratamento da esquistossomose e/ou geohelmintíases.	SVS
7.9	Reduzir em X% o número absoluto de óbitos por dengue na região.	Número absoluto de óbitos por dengue.	SVS
7.10	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue em domicílios da Região Meta: pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios da Região em cada ciclo.	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.	SVS

#### INDICADORES COMPLEMENTAR

7.1	Garantir a realização de X% de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose na região.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	SVS
-----	--	---	-----

7.6	Encerrar oportunamente em X% as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	SVS
-----	--	---	-----

**Diretriz 8** – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

N	Metas	Indicador	Área
<b>INDICADORES ESPECÍFICOS</b>			
8.1	Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em X municípios da região	Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado	SCTIE
8.2	x% dos municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	SCTIE
8.3	100% de inspeções sanitárias em indústria de medicamentos realizadas na região.	Taxa de inspeções sanitárias em indústrias de medicamentos	Anvisa

**Diretriz 11** – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

N	Metas	Indicador	Área
<b>INDICADORES UNIVERSAIS</b>			
11.1	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	Ações de educação permanente implementadas para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	SGTES
<b>INDICADORES ESPECÍFICOS</b>			
11.1	X municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.	Número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.	SGTES
<b>INDICADORES COMPLEMENTARES</b>			
11.1	Inserir X estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, nos serviços de saúde dos municípios da região.	Número de estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, inseridos nos serviços de saúde dos municípios da região de saúde	SGTES

11.2	% dos residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região.	Proporção de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região.	SGTES
11.3	100% dos residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção básica dos municípios da região	Proporção de residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção.	SGTES
11.4	100% dos residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.	Proporção de residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.	SGTES
11.5	Ampliar X% do número de pontos do Tele Saúde do Brasil Rede nos municípios da região.	Proporção de pontos implantados do Tele Saúde do Brasil Rede nos municípios da região.	SGTES
11.6	Ampliar em X% o número de acesso às ações do Tele Saúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico e tele educação) do profissionais da atenção primária.	Proporção de acesso às ações do Tele Saúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico e tele educação) do profissionais da atenção primária.	SGTES
11.7	Aumentar em x% os vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública, na região de saúde.	Proporção de vínculos protegidos entre os trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública.	SGTES
11.8	X Mesas (ou espaços formais) Municipais de Negociação do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES
11.9	X Mesas (ou espaços formais) Regionais de Negociação Permanente do SUS implantados e em funcionamento .	Número de Mesas ou espaços formais regionais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES
11.10	X Mesas (ou espaços formais) municipais e regionais de Negociação do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS municipais e regionais implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES

**Diretriz 12** – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

12.1	100% dos municípios com divulgação da carta dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde.	Atesto do Conselho de Saúde para divulgação dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde.	DAI/ SGEP
12.2	100% dos municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde.	Proporção de municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde.	DAGEP/ SGEP

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

12.1	X% de Unidades municipais próprias sob gestão municipal.	Proporção de unidades municipais próprias sob gestão municipal.	DAI/ SGEP
12.2	100% de descentralização das ações e serviço de atenção básica sob gestão municipal.	Proporção das ações e serviços de atenção básica sob gestão municipal.	DAI/ SGEP

**Diretriz 13** - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

#### INDICADORES UNIVERSAIS

13.1	X% dos municípios com ouvidorias implantadas	Proporção de Ouvidorias implantadas nos municípios	SGEP
------	--	--	------

#### INDICADORES ESPECÍFICOS

13.1	Estruturar o SNA em X municípios da região de Saúde.	Municípios da Região de saúde com SNA estruturados.	SGEP
------	--	---	------

#### INDICADORES COMPLEMENTARES

13.1	x% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	Proporção dos entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	SE
13.2	X% de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).	Proporção de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).	SE

**RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS ATRIBUÍDAS AOS MUNICÍPIOS,  
AO DISTRITO FEDERAL, AOS ESTADOS E À UNIÃO****RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS****Municípios**

- Garantir de forma solidária a integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e com a União;
- Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho;
- englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, observando os preceitos vigentes (EC 29 e LC 141/2012);
- Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União;
- Com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

- Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;
- Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

### **Estados**

- Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, observando os preceitos vigentes (EC 29 e LC 141/2012);
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;
- Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;
- Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;
- Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

- Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;
- Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;
- Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

### **Distrito Federal**

- Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, observando os preceitos vigentes (EC 29 e LC 141/2012)
- Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela União;
- Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;
- Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;
- Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada a atenção à saúde;
- Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

- Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta
- Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

## **União**

- Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;
- Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;
- Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;
- Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;
- Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;
- Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

- Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;
- Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;
- Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;
- Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

## **RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO**

### **Municípios**

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- Participar das Comissões Intergestores Regionais - CIR, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde e no planejamento regional integrado;
- Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores.

### **Estados**

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;
- Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde;
- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade interregional;

- Participar das Comissões Intergestores Regionais - CIR, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, e no planejamento regional integrado.

### **Distrito Federal**

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde;
- Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade interregional;
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, e no planejamento regional;
- Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

### **União**

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;
- Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade interregional e interestadual;
- Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

## **RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO**

### **Municípios**

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, a ser elaborado de forma ascendente, ouvidos seus órgão deliberativos, compatibilizando-se a política de saúde com as necessidades de saúde da população e a disponibilidade de recursos, em planos de saúde municipais;

- Formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- Elaborar relatório anual, a ser apresentando e submetido à aprovação do Conselho Municipal de saúde, utilizando a ferramenta SARGSUS ou outra que venha substituí-la;
- Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES, Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão - SARGSUS; e quando couberem, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;
- Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação de Saúde pactuada nas Comissões Intergestores;
- Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

### **Estados**

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, a ser elaborado de forma ascendente, ouvidos seus órgão deliberativos, compatibilizando-se a política de saúde com as necessidades de saúde da população e a disponibilidade de recursos, em planos de saúde estaduais;
- Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação da saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual pactuada nas Comissões Intergestores;

- Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;
- Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles sistemas de responsabilidade municipal.

### **Distrito Federal**

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do SUS, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;
- Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN; Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI;
- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC; Sistema de Informação Ambulatorial – SAI; Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; Sistema de Informação Hospitalar – SIH; Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão - SARGSUS, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;
- Elaborar a programação da saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores.

## **União**

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, a ser elaborado de forma ascendente, ouvidos seus órgão deliberativos, compatibilizando-se a política de saúde com as necessidades de saúde da população e a disponibilidade de recursos no plano de saúde nacional;
- Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- Formular, pactuar no âmbito da CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nas Leis nº 8.080/90 e 9.836/99.
- Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação da atenção em saúde, no âmbito nacional;
- Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;
- Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;
- Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

## **RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

### **Municípios**

- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio e indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
- Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;
- Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;
- Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
- Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o Estado e outros Municípios, das referências intermunicipais;
- Executar o controle do acesso do seu munícipe aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;
- Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores;
- Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;
- Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

- Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
- Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;
- Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

### **Estados**

- Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros próprios transferidos aos fundos municipais;
- Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores;
- Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;
- Adotar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;
- Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
- Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
- Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;
- Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;
- Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;

- Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;
- Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
- Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- Elaborar contratos com os prestadores dos serviços sob sua gestão, de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;
- Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
- Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeiras definidas na programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores;
- Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
- Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- Monitorar e avaliar o desempenho das redes estaduais;
- Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;
- Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde, respeitados os processos de competência da CONITEC;
- Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais, conforme regulamentação do SNA;
- Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
- Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados e contratados, sob sua gestão.

## **Distrito Federal**

- Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
- Adotar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;
- Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;
- Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;
- Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;
- Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;
- Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;
- processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;
- Monitorar e avaliar o desempenho das redes de saúde;
- Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

- Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde, respeitados as normas da CONITEC;
- Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada contratada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

## **União**

- Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;
- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação da saúde pactuada nas Comissões Intergestores;
- Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;
- Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
- Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;
- Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
- Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
- Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
- Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
- Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;
- Coordenar a elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, assessorado pela CONITEC e apoiar os estados, o Distrito Federal e os municípios na utilização dos mesmos;
- Coordenar a elaboração de protocolos nacionais de regulação de acesso, apoiando os estados, o Distrito Federal e os municípios na utilização dos mesmos;

- Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;
- Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde, assessorado pela CONITEC;
- Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

## **RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

### **Municípios**

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- Apoiar o processo de educação do Conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde;
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

### **Estados**

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- Apoiar o processo de educação do Conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde;
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

### **Distrito Federal**

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- Apoiar o processo de educação do Conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde;
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais

### **União**

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

- Apoiar o processo de educação do Conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde;
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;
- Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

## **RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO**

### **Municípios**

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
- Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;
- Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

### **Estados**

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

- Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

### **Distrito Federal**

- Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;
- Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

### **União**

- Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

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

## **RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

### **Municípios**

- Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso,
- estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- Promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;
- Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;
- Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;
- Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.

## **Estados**

- Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;
- Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
- Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.

## **Distrito Federal**

- Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;
- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;
- Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

- Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

### **União**

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

**PACTUAÇÃO DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES PARA 2012**

**DIRETRIZ 1** – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

**OBJETIVO NACIONAL** – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

**INDICADORES**

Nº	Metas	Indicador
1.1	X% de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
1.2	X% de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF.
1.3	X% de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
1.4	X% de equipes da Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.

**OBJETIVO NACIONAL** – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.

**INDICADOR**

Nº	Metas	Indicador
1.1	X% de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.

**DIRETRIZ 2** – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

**OBJETIVO NACIONAL** – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

## INDICADOR

Nº	Metas	Indicador
2.1	Ampliar em X% o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violências ao ano.	Proporção de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.

**DIRETRIZ 3** – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da REDE Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

**OBJETIVO NACIONAL** – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.

## INDICADOR

Nº	Metas	Indicador
3.1	X% de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.

**OBJETIVO NACIONAL** – Organizar a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

## INDICADORES

Nº	Metas	Indicador
3.2	X% de parto normal	Proporção de partos normais.
3.3	X% das gestantes dos municípios realizando pelo menos 7 consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal
3.4	Redução da mortalidade materna em X números absolutos.	Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
3.5	Reduzir em X% a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.
3.6	Investigar X% dos óbitos infantil e fetal.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
3.7	Investigar X% dos óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna.	Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna.

**OBJETIVO NACIONAL** – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.

## INDICADOR

Nº	Metas	Indicador
3.8	X% de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.

**OBJETIVO NACIONAL** - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

## INDICADOR

Nº	Metas	Indicador
3.9	Reduzir em X% o número de caso de sífilis congênita.	Incidência de sífilis congênita.

**OBJETIVO NACIONAL** - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.

## INDICADOR

Nº	Metas	Indicador
3.10	X% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.

**DIRETRIZ 4** - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

**OBJETIVO NACIONAL** - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

## INDICADOR

Nº	Metas	Indicador
4.1	X% de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

**DIRETRIZ 5** – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idoso e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

**OBJETIVO NACIONAL** – Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

**INDICADOR**

<b>Nº</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicador</b>
5.1	Redução X% ao ano a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.

**DIRETRIZ 7** – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

**OBJETIVO NACIONAL** – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

**INDICADORES**

<b>Nº</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicador</b>
7.1	Alcançar a cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP +Hib)/Pentavalente em crianças menores de um ano em todos os municípios.	Cobertura vacinal com vacina tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente em crianças menores de um ano.
7.2	Aumentar em X% a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
7.3	Aumentar em X% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
7.4	Aumentar em X% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.

**OBJETIVO NACIONAL** – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.

**INDICADOR**

<b>Nº</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicador</b>
7.5	Ampliar em X% a proporção de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais.	Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água referente ao parâmetro coliformes totais.

**OBJETIVO NACIONAL** – Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

**INDICADORES**

<b>Nº</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicador</b>
7.6	Encerrar oportunamente em X% as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no SINAN.	Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente.
7.7	Ampliar em X% o número de municípios com notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente.
7.8	100% dos municípios executando ações de vigilância sanitária.	% de municípios que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.
7.9	Reduzir em X% a incidência de Aids em menores de 5 anos.	Incidência de Aids em menores de cinco anos.
7.10	Reduzir em X% índice parasitário anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Índice parasitário anual (IPA) da malária.
7.11	Reduzir em X% o número absoluto de óbitos de dengue.	Número absoluto por dengue.

**DIRETRIZ 11** – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.

**OBJETIVO NACIONAL** – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

**INDICADOR**

<b>Nº</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicador</b>
11.1	Ampliar o percentual de Comissões de integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento.	X% de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento.

**DIRETRIZ 13** – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

**OBJETIVO NACIONAL** - Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

**INDICADOR**

<b>Nº</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicador</b>
13.1	X% dos municípios com ouvidorias implantadas.	Proporção de municípios com ouvidoria implantadas.

**PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**

**Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando que a Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde;

Considerando a necessidade de definir os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde, bem como as diretrizes e estratégias para sua implementação;

Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 16 de dezembro de 2010, resolve:

Art. 1º Estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

**ANEXO**

**DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO  
DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS**

O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.

O texto foi elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS).

O conteúdo dessas orientações está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversos estados.

O documento está organizado da seguinte forma: justificativa abordando por que organizar rede de atenção à saúde, os principais conceitos, fundamentos e atributos da rede de atenção à saúde, os elementos constitutivos da rede, as principais ferramentas de microgestão dos serviços e, diretrizes com algumas estratégias para a implementação da rede de atenção à saúde.

## **1. POR QUE ORGANIZAR REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se

mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Conseqüentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões:

Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.

Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

## 2. CONCEITOS

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço.

Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS.

A contratualização/contratos de gestão, nesse contexto, pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se:

- Melhorar o nível de saúde da população;
- Responder com efetividade às necessidades em saúde;
- Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;
- Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;
- Coordenar as atividades das partes envolvidas;
- Assegurar a produção de um excedente cooperativo;
- Distribuir os frutos da cooperação;
- Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e
- Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para atingir esses objetivos as partes adotam em três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como:

Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados;

O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional;

Promover a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização, nomeadamente através da participação organizada e permanente dos utentes.

Considerando a necessidade de fortalecimento da APS vigente, no que se refere à prática dos seus atributos essenciais, a contratualização das ações de saúde a partir do primeiro nível de

atenção, tem sido apontada como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde.

Adicionalmente, estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida.

Os problemas vivenciados na área de educação e da gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas. Nesta concepção, o trabalho deve ser visto como uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde.

Portanto, o trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito devem ser debatidos nas equipes multiprofissionais.

Além da valorização do espaço do trabalho, há necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde.

Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário.

O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

### **3. FUNDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

**3.1 Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos**  
Economia de escala, qualidade e acesso são a lógica fundamental na organização da rede de atenção à saúde.

**A Economia de Escala** - ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente.

**Qualidade** - um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).

**Suficiência** - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

**Acesso** - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

**Disponibilidade de Recursos** - é outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

### **3.2 Integração Vertical e Horizontal**

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas.

**Integração Vertical** - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).

**Integração Horizontal** - consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

### **3.3 Processos de Substituição**

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

A substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. Ex: mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o auto-cuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional, etc.

### **3.4 Região de Saúde ou Abrangência**

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

### **3.5 Níveis de Atenção**

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

## **4. ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
14. Gestão baseada em resultado.

A integração dos sistemas de saúde deve ser entendida como um contínuo e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Dessa forma, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. Por sua vez, a integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justificam-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários (OPAS, 2009).

## **5. PRINCIPAIS FERRAMENTAS DE MICRO GESTÃO DOS SERVIÇOS**

A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.

É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

Os problemas ou condições de saúde estão em sujeitos, em pessoas, por isso, a clínica do sujeito é a principal ampliação da clínica, que possibilita o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico.

A gestão da clínica aqui compreendida implica "a aplicação de tecnologias de micro-gestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde".

Como subsídio à gestão da clínica utiliza-se a análise da situação de saúde em que o objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

A gestão clínica dispõe de ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS. As ferramentas de microgestão partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar a RAS e ofertar outras ferramentas como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera.

**Diretrizes clínicas** - entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

**Linhas de Cuidado (LC)** - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

**Gestão da condição da saúde** - é a mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a RAS. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica. Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação.

A gestão dos riscos coletivos e ambientais passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do

comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros.

**Gestão de caso** - é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde.

**Auditoria clínica** - segundo BERWICK E KNAPP, 1990, há três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos- sentinela. A auditoria clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

**Lista de espera** - pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

## **6. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

### **6.1 População e Região de Saúde**

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS deve ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. O Pacto pela Saúde define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

## **6.2 Estrutura Operacional**

A estrutura operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

### **APS - Centro de Comunicação**

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

Uma atenção primária de qualidade, como parte integrante da Rede de atenção à saúde estrutura-se segundo sete atributos e três funções:

**Atributos** - Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

**O Primeiro Contato:** evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e a melhores resultados de saúde a custos totais mais baixos.

**A Longitudinalidade:** deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças evitáveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica - diretriz clínica e gestão de patologias.

**A Integralidade da Atenção:** a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

**A Coordenação:** é um "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum" (SARFIELD, 2002). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

**A Centralidade na Família:** remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

**A Abordagem Familiar:** deve ser empregada em vários momentos, como, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

**A Orientação Comunitária:** a APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário:

- Definir e caracterizar a comunidade;
- Identificar os problemas de saúde da comunidade;
- Modificar programas para abordar estes problemas;
- Monitorar a efetividade das modificações do programa.

**Funções -** Resolubilidade, Organização e Responsabilização.

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais (MENDES, 2002):

**Resolução:** visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;

**Organização:** visa organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

**Responsabilização:** visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

**Pontos de Atenção Secundários e Terciários:**

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

**Sistemas de Apoio**

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

**Sistemas Logísticos**

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical.

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos

pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

### **Sistema de Governança**

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc.

Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional.

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no CGR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis.

Esse planejamento deverá ainda seguir a mesma sistemática do processo de elaboração do planejamento municipal/estadual, considerando os pressupostos e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos. Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo e são influenciados pelo resultado deste.

O produto do processo de planejamento regional deverá ser expresso no PDRI, o que permitirá o monitoramento e a avaliação das metas acordadas entre os gestores, bem como, a definição dos recursos financeiros necessários.

Como parte intrínseca à governança da RAS, seu financiamento é atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade.

As modalidades de repasses financeiros devem estar alinhadas com o modelo de atenção e ao planejamento regional, fortalecendo as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos, na organização da atenção.

A alocação dos recursos de custeio da Rede de Atenção à Saúde deve ser pautada por uma combinação de critérios de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias e, ainda, ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. A construção de programação pactuada e integrada - PPI consiste em uma estratégia para orientar a definição de alocação compartilhada de recursos.

Além do modelo de alocação, torna-se necessário também o dimensionamento e a garantia de um volume de recursos compatível com as necessidades de investimento na Rede de atenção à saúde.

Da mesma forma, é necessário buscar a unificação dos processos decisórios relativos aos investimentos, que se devem pautar pelos critérios de ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade, materializados nos Planos Diretores de Regionalização e Investimentos.

### 6.3 Modelo de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede.

Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas -, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento da RAS.

## **7. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA RAS**

A transição entre o ideário da RAS e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (PNAB, Políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, Política de Vigilância e Promoção a Saúde, Política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

Com base nisso, propõe-se abaixo diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS:

### **I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção Estratégias:**

- Realizar oficinas macrorregionais sobre RAS e planificação da APS com a participação dos estados e municípios, com vistas ampliar a compreensão sobre a organização da RAS e qualificar o planejamento do Sistema a partir da APS.
- Rever e ampliar a política de financiamento da APS com base na programação das necessidades da população estratificada.
- Propor novas formas de financiamento para a APS dos municípios, desde que cumpram os seguintes atributos: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.
- Criar condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico.
- Ampliar o escopo de atuação das APS e apoio matricial, incentivando a reorganização do processo de trabalho no território da APS, desenvolvendo ações como:
- Incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento;
- Integrar a promoção e vigilância em saúde na APS (território único, articulação dos sistemas de informação, agentes de vigilância em saúde);
- Incorporar a prática de gestão da clínica para prover um contínuo de qualidade e segurança para o usuário;
- Induzir a organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos e condições;
- Planejar e articular as ações e serviços de saúde a partir dos critérios de acesso e/ou tempo-resposta;
- Ampliar o financiamento e o investimentos em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho.
- Implementar as ações voltadas às políticas de atenção às populações estratégicas e às prioridades descritas no Pacto pela Vida.

## **II. Fortalecer o papel dos CGRs no processo de governança da RAS**

### **Estratégias:**

- Assegurar a institucionalidade dos CGR como o espaço de tomada de decisão e de definição de ações estratégicas no âmbito da região de saúde;
- Incentivar o papel coordenador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização dos CGR visando à implantação da RAS;
- Qualificar os gestores que integram os CGR, sobre os instrumentos e mecanismos do processo de governança da RAS;
- Incorporar permanentemente nas pautas das CIBs o apoio à organização da RAS;
- Fortalecer a gestão municipal tendo em vista que a governabilidade local é pressuposto para qualificar o processo de governança regional.

III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde

### **Estratégias:**

- Organizar a gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS de modo transversal e integrado, compondo Rede de compromisso e co-responsabilidade para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais;
- Incorporar a análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ações;
- Implantar do apoio matricial na dimensão regional.

IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS

### **Estratégias:**

- Elaborar proposta de financiamento tripartite para criação ou adequação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), desprecarização dos vínculos de trabalho e contratação de pessoal;
- Incentivar a implementação da política de educação permanente em saúde como dispositivo de mudanças de práticas na APS;
- Ampliar o Pró-Saúde / Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE) para todas as instituições de ensino superior visando à mudança curricular e à formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população;
- Estimular o estabelecimento de instrumentos contratuais entre a gestão e os profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultados;

- Promover articulação política junto ao Congresso Nacional visando à busca de soluções para os problemas advindos da Lei Responsabilidade Fiscal na contratação da força de trabalho para o SUS.

## **V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS**

### **Estratégia:**

- Fortalecer a capacidade de planejamento integrado entre municípios e estado, a partir da realidade sanitária regional;
- Atualizar o PDRI, considerando a ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade da RAS.

## **VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS**

### **Estratégias:**

- Estabelecer os parâmetros de regulação do acesso do sistema de saúde;
- Ampliar o financiamento para os complexos reguladores com vistas à implementação da RAS;
- Promover a comunicação de todos os pontos de atenção da RAS com a Implementação de registro eletrônico em saúde;
- Avançar no desenvolvimento de mecanismo único de identificação dos usuários do SUS;
- Promover integração da RAS por meio de sistemas transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico, considerando critérios de acesso, escala e escopo;
- Promover a reorganização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) à luz das diretrizes estabelecidas para organização da RAS;
- Avançar no desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em saúde na RAS;
- Utilizar os sistemas de informação como ferramentas importantes para construção do diagnóstico da situação de saúde, a fim de produzir intervenções baseadas nas necessidades das populações;
- Ampliar a cobertura do Telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde da "segunda opinião formativa".

## **VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS**

### **Estratégias:**

- Definir os mecanismos de alocação dos recursos de custeio e investimento para a implementação da RAS;

- Definir os critérios/índice de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, com vistas à distribuição equitativa do financiamento para a RAS;
- Induzir a construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma compartilhada para orientar a definição dos recursos da região de saúde;
- Propor novos mecanismos de financiamento das políticas públicas de saúde com foco na garantia do contínuo assistencial e na responsabilização das três esferas de governo;
- Redefinir e reforçar o financiamento da APS no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS.

**LEI COMPLEMENTAR Nº 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.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

**CAPÍTULO I**

**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do [§ 3º do art. 198 da Constituição Federal](#):

**Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:**

...

**§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá**  
**I - os percentuais de que trata o § 2º; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)**

**II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)**

**III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)**

**IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)**

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.

## CAPÍTULO II DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão 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 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e às seguintes diretrizes:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

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 a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do [art. 200 da Constituição Federal](#), do [art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, 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 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.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, 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.

**CAPÍTULO III**  
**DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**  
**Seção I**  
**Dos Recursos Mínimos**

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 155](#) e dos recursos de que tratam o [art. 157](#), a [alínea “a” do inciso I](#) e o [inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal](#), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 155. Compete aos Estados e ao Distrito Federal instituir impostos sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

I - transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

II - operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

III - propriedade de veículos automotores. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

§ 1.º O imposto previsto no inciso I: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

I - relativamente a bens imóveis e respectivos direitos compete ao Estado da situação do bem, ou ao Distrito Federal.

II - relativamente a bens móveis, títulos e créditos, compete ao Estado onde se processar o inventário ou arrolamento, ou tiver domicílio o doador, ou ao Distrito Federal;

III - terá competência para sua instituição regulada por lei complementar:

a) se o doador tiver domicílio ou residência no exterior;

b) se o de cujus possuía bens, era residente ou domiciliado ou teve o seu inventário processado no exterior;

IV - terá suas alíquotas máximas fixadas pelo Senado Federal;

§ 2.º O imposto previsto no inciso II atenderá ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

I - será não-cumulativo, compensando-se o que for devido em cada operação relativa à circulação de mercadorias ou prestação de serviços com o montante cobrado nas anteriores pelo mesmo ou outro Estado ou pelo Distrito Federal;

II - a isenção ou não-incidência, salvo determinação em contrário da legislação:

- a) não implicará crédito para compensação com o montante devido nas operações ou prestações seguintes;
- b) acarretará a anulação do crédito relativo às operações anteriores;

III - poderá ser seletivo, em função da essencialidade das mercadorias e dos serviços;

IV - resolução do Senado Federal, de iniciativa do Presidente da República ou de um terço dos Senadores, aprovada pela maioria absoluta de seus membros, estabelecerá as alíquotas aplicáveis às operações e prestações, interestaduais e de exportação;

V - é facultado ao Senado Federal:

- a) estabelecer alíquotas mínimas nas operações internas, mediante resolução de iniciativa de um terço e aprovada pela maioria absoluta de seus membros;
- b) fixar alíquotas máximas nas mesmas operações para resolver conflito específico que envolva interesse de Estados, mediante resolução de iniciativa da maioria absoluta e aprovada por dois terços de seus membros;

VI - salvo deliberação em contrário dos Estados e do Distrito Federal, nos termos do disposto no inciso XII, "g", as alíquotas internas, nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, não poderão ser inferiores às previstas para as operações interestaduais;

VII - em relação às operações e prestações que destinem bens e serviços a consumidor final localizado em outro Estado, adotar-se-á:

- a) a alíquota interestadual, quando o destinatário for contribuinte do imposto;
- b) a alíquota interna, quando o destinatário não for contribuinte dele;

VIII - na hipótese da alínea "a" do inciso anterior, caberá ao Estado da localização do destinatário o imposto correspondente à diferença entre a alíquota interna e a interestadual;

IX - incidirá também:

- a) sobre a entrada de bem ou mercadoria importados do exterior por pessoa física ou jurídica, ainda que não seja contribuinte habitual do imposto, qualquer que seja a sua finalidade, assim como sobre o serviço prestado no exterior, cabendo o imposto ao Estado onde estiver situado o domicílio ou o estabelecimento do destinatário da mercadoria, bem ou serviço; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)
- b) sobre o valor total da operação, quando mercadorias forem fornecidas com serviços não compreendidos na competência tributária dos Municípios;

X - não incidirá:

- a) sobre operações que destinem mercadorias para o exterior, nem sobre serviços prestados a destinatários no exterior, assegurada a manutenção e o aproveitamento do montante do imposto cobrado nas operações e prestações anteriores; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)
- b) sobre operações que destinem a outros Estados petróleo, inclusive lubrificantes, combustíveis líquidos e gasosos dele derivados, e energia elétrica;
- c) sobre o ouro, nas hipóteses definidas no art. 153, § 5º;
- d) nas prestações de serviço de comunicação nas modalidades de radiodifusão sonora e de sons e imagens de recepção livre e gratuita; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

XI - não compreenderá, em sua base de cálculo, o montante do imposto sobre produtos industrializados, quando a operação, realizada entre contribuintes e relativa a produto destinado à industrialização ou à comercialização, configure fato gerador dos dois impostos;

XII - cabe à lei complementar:

- a) definir seus contribuintes;
- b) dispor sobre substituição tributária;
- c) disciplinar o regime de compensação do imposto;
- d) fixar, para efeito de sua cobrança e definição do estabelecimento responsável, o local das operações relativas à circulação de mercadorias e das prestações de serviços;
- e) excluir da incidência do imposto, nas exportações para o exterior, serviços e outros produtos além dos mencionados no inciso X, "a"
- f) prever casos de manutenção de crédito, relativamente à remessa para outro Estado e exportação para o exterior, de serviços e de mercadorias;
- g) regular a forma como, mediante deliberação dos Estados e do Distrito Federal, isenções, incentivos e benefícios fiscais serão concedidos e revogados.
- h) definir os combustíveis e lubrificantes sobre os quais o imposto incidirá uma única vez, qualquer que seja a sua finalidade, hipótese em que não se aplicará o disposto no inciso X, b; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)
- i) fixar a base de cálculo, de modo que o montante do imposto a integre, também na importação do exterior de bem, mercadoria ou serviço. (Incluída pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 3º À exceção dos impostos de que tratam o inciso II do caput deste artigo e o art. 153, I e II, nenhum outro imposto poderá incidir sobre operações relativas a energia elétrica, serviços de telecomunicações, derivados de petróleo, combustíveis e minerais do País. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 4º Na hipótese do inciso XII, h, observar-se-á o seguinte: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

I - nas operações com os lubrificantes e combustíveis derivados de petróleo, o imposto caberá ao Estado onde ocorrer o consumo; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

II - nas operações interestaduais, entre contribuintes, com gás natural e seus derivados, e lubrificantes e combustíveis não incluídos no inciso I deste parágrafo, o imposto será repartido entre os Estados de origem e de destino, mantendo-se a mesma proporcionalidade que ocorre nas operações com as demais mercadorias; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

III - nas operações interestaduais com gás natural e seus derivados, e lubrificantes e combustíveis não incluídos no inciso I deste parágrafo, destinadas a não contribuinte, o imposto caberá ao Estado de origem; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

IV - as alíquotas do imposto serão definidas mediante deliberação dos Estados e Distrito Federal, nos termos do § 2º, XII, g, observando-se o seguinte: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

a) serão uniformes em todo o território nacional, podendo ser diferenciadas por produto; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

b) poderão ser específicas, por unidade de medida adotada, ou ad valorem, incidindo sobre o valor da operação ou sobre o preço que o produto ou seu similar alcançaria em uma venda em condições de livre concorrência; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

c) poderão ser reduzidas e restabelecidas, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 5º As regras necessárias à aplicação do disposto no § 4º, inclusive as relativas à apuração e à destinação do imposto, serão estabelecidas mediante deliberação dos Estados e do Distrito Federal, nos termos do § 2º, XII, g. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 6º O imposto previsto no inciso III: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

I - terá alíquotas mínimas fixadas pelo Senado Federal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

II - poderá ter alíquotas diferenciadas em função do tipo e utilização. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

Art. 157. Pertencem aos Estados e ao Distrito Federal:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo art. 154, I.

Art. 159. A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 156](#) e dos recursos de que tratam o [art. 158](#) e a [alínea "b" do inciso I do caput](#) e o [§ 3º do art. 159, todos da Constituição Federal](#).

Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

I - propriedade predial e territorial urbana;

II - transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º - O imposto previsto no inciso II:

I - não incide sobre a transmissão de bens ou direitos incorporados ao patrimônio de pessoa jurídica em realização de capital, nem sobre a transmissão de bens ou direitos decorrente de fusão, incorporação, cisão ou extinção de pessoa jurídica, salvo se, nesses casos, a atividade preponderante do adquirente for a compra e venda desses bens ou direitos, locação de bens imóveis ou arrendamento mercantil;

II - compete ao Município da situação do bem.

§ 3º Em relação ao imposto previsto no inciso III do caput deste artigo, cabe à lei complementar: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)

I - fixar as suas alíquotas máximas e mínimas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)

II - excluir da sua incidência exportações de serviços para o exterior. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

III - regular a forma e as condições como isenções, incentivos e benefícios fiscais serão concedidos e revogados. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios:

I - três quartos, no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios;

II - até um quarto, de acordo com o que dispuser lei estadual ou, no caso dos Territórios, lei federal.

Art. 159. A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados quarenta e oito por cento na seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

...

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios;

...

§ 3º - Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no [§ 2º do art. 198 da Constituição Federal](#), já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

...

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

## **Seção II**

### **Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos**

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º 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 oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no [§ 3º do art. 164 da Constituição Federal](#) são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

**Art. 164. A competência da União para emitir moeda será exercida exclusivamente pelo banco central.**

...

**§ 3º - As disponibilidades de caixa da União serão depositadas no banco central; as dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e dos órgãos ou entidades do Poder Público e das empresas por ele controladas, em instituições financeiras oficiais, ressalvados os casos previstos em lei.**

§ 4º (VETADO).

### **Seção III Da Movimentação dos Recursos da União**

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), de forma a atender os objetivos do [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#).

**Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:**

**I - perfil demográfico da região;**

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

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

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

- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

...

- II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no [inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

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

Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

VI - fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a Estado, ao Distrito Federal ou a Município;

#### Seção IV

#### Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#).

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no [inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

...

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus

Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no [inciso VI do art. 71 da Constituição Federal](#), observadas as normas de financiamento.

Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

...

VI - fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a Estado, ao Distrito Federal ou a Município;

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), na [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), e na [Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005](#), e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

## **Seção V**

### **Disposições Gerais**

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#) na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do [inciso X do art. 167 da Constituição Federal](#) e do [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

...

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

- I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e
- II - à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

- I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e
- II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

- I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;
- II - (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#), ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#), o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no [art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Art. 52. O relatório a que se refere o § 3º do art. 165 da Constituição abrangerá todos os Poderes e o Ministério Público, será publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre e composto de:

- I - balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as:
  - a) receitas por fonte, informando as realizadas e a realizar, bem como a previsão atualizada;
  - b) despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo;
- II - demonstrativos da execução das:
  - a) receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita realizada no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar;

- b) despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhada e liquidada, no bimestre e no exercício;
- c) despesas, por função e subfunção.

§ 1º Os valores referentes ao refinanciamento da dívida mobiliária constarão destacadamente nas receitas de operações de crédito e nas despesas com amortização da dívida.

§ 2º O descumprimento do prazo previsto neste artigo sujeita o ente às sanções previstas no § 2º do art. 51.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos [incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal](#) ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

**II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)**

§ 2º Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#) estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

**Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:**

**§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)**

**II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)**

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5º a 7º.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE**

##### **Seção I**

##### **Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde**

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

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

## **Seção II**

### **Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde**

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

## **Seção III**

### **Da Prestação de Contas**

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o [art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 56. As contas prestadas pelos Chefes do Poder Executivo incluirão, além das suas próprias, as dos Presidentes dos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Chefe do Ministério Público, referidos no art. 20, as quais receberão parecer prévio, separadamente, do respectivo Tribunal de Contas.

§ 1º As contas do Poder Judiciário serão apresentadas no âmbito:

- I - da União, pelos Presidentes do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, consolidando as dos respectivos tribunais;
- II - dos Estados, pelos Presidentes dos Tribunais de Justiça, consolidando as dos demais tribunais.

§ 2º O parecer sobre as contas dos Tribunais de Contas será proferido no prazo previsto no art. 57 pela comissão mista permanente referida no § 1º do art. 166 da Constituição ou equivalente das Casas Legislativas estaduais e municipais.

§ 3º Será dada ampla divulgação dos resultados da apreciação das contas, julgadas ou tomadas.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o [§ 3º do art. 165 da Constituição Federal](#).

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

...

§ 3º - O Poder Executivo publicará, até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

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

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

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos [arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 56. As contas prestadas pelos Chefes do Poder Executivo incluirão, além das suas próprias, as dos Presidentes dos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Chefe do Ministério Público, referidos no art. 20, as quais receberão parecer prévio, separadamente, do respectivo Tribunal de Contas.

§ 1º As contas do Poder Judiciário serão apresentadas no âmbito:

I - da União, pelos Presidentes do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, consolidando as dos respectivos tribunais;

II - dos Estados, pelos Presidentes dos Tribunais de Justiça, consolidando as dos demais tribunais.

§ 2º O parecer sobre as contas dos Tribunais de Contas será proferido no prazo previsto no art. 57 pela comissão mista permanente referida no § 1º do art. 166 da Constituição ou equivalente das Casas Legislativas estaduais e municipais.

§ 3º Será dada ampla divulgação dos resultados da apreciação das contas, julgadas ou tomadas.

Art. 57. Os Tribunais de Contas emitirão parecer prévio conclusivo sobre as contas no prazo de sessenta dias do recebimento, se outro não estiver estabelecido nas constituições estaduais ou nas leis orgânicas municipais.

§ 1º No caso de Municípios que não sejam capitais e que tenham menos de duzentos mil habitantes o prazo será de cento e oitenta dias.

§ 2º Os Tribunais de Contas não entrarão em recesso enquanto existirem contas de Poder, ou órgão referido no art. 20, pendentes de parecer prévio.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

#### **Seção IV** **Da Fiscalização da Gestão da Saúde**

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no [art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#), o cumprimento do disposto no [art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar](#).

Art. 56. As contas prestadas pelos Chefes do Poder Executivo incluirão, além das suas próprias, as dos Presidentes dos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Chefe do Ministério Público, referidos no art. 20, as quais receberão parecer prévio, separadamente, do respectivo Tribunal de Contas.

§ 1º As contas do Poder Judiciário serão apresentadas no âmbito:

- I - da União, pelos Presidentes do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, consolidando as dos respectivos tribunais;
- II - dos Estados, pelos Presidentes dos Tribunais de Justiça, consolidando as dos demais tribunais.

§ 2º O parecer sobre as contas dos Tribunais de Contas será proferido no prazo previsto no art. 57 pela comissão mista permanente referida no § 1º do art. 166 da Constituição ou equivalente das Casas Legislativas estaduais e municipais.

§ 3º Será dada ampla divulgação dos resultados da apreciação das contas, julgadas ou tomadas.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

- I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
- IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

- I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;
- II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;
- III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;
- IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;
- V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos [arts. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#), sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

**Art. 48. São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.**

**Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante: (Redação dada pela Lei Complementar nº 131, de 2009).**

I – incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos; (Incluído pela Lei Complementar nº 131, de 2009).

II – liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público; (Incluído pela Lei Complementar nº 131, de 2009).

III – adoção de sistema integrado de administração financeira e controle, que atenda a padrão mínimo de qualidade estabelecido pelo Poder Executivo da União e ao disposto no art. 48-A. (Incluído pela Lei Complementar nº 131, de 2009).

Art. 48-A. Para os fins a que se refere o inciso II do parágrafo único do art. 48, os entes da Federação disponibilizarão a qualquer pessoa física ou jurídica o acesso a informações referentes a: (Incluído pela Lei Complementar nº 131, de 2009).

I – quanto à despesa: todos os atos praticados pelas unidades gestoras no decorrer da execução da despesa, no momento de sua realização, com a disponibilização mínima dos dados referentes ao número do correspondente processo, ao bem fornecido ou ao serviço prestado, à pessoa física ou jurídica beneficiária do pagamento e, quando for o caso, ao procedimento licitatório realizado; (Incluído pela Lei Complementar nº 131, de 2009).

II – quanto à receita: o lançamento e o recebimento de toda a receita das unidades gestoras, inclusive referente a recursos extraordinários. (Incluído pela Lei Complementar nº 131, de 2009).

Art. 56. As contas prestadas pelos Chefes do Poder Executivo incluirão, além das suas próprias, as dos Presidentes dos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Chefe do Ministério Público, referidos no art. 20, as quais receberão parecer prévio, separadamente, do respectivo Tribunal de Contas.

§ 1º As contas do Poder Judiciário serão apresentadas no âmbito:

I - da União, pelos Presidentes do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, consolidando as dos respectivos tribunais;

II - dos Estados, pelos Presidentes dos Tribunais de Justiça, consolidando as dos demais tribunais.

§ 2º O parecer sobre as contas dos Tribunais de Contas será proferido no prazo previsto no art. 57 pela comissão mista permanente referida no § 1o do art. 166 da Constituição ou equivalente das Casas Legislativas estaduais e municipais.

§ 3º Será dada ampla divulgação dos resultados da apreciação das contas, julgadas ou tomadas.

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#) e do [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

...

II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Art. 25. Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.

§ 1º São exigências para a realização de transferência voluntária, além das estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias:

I - existência de dotação específica;

II - (VETADO)

III - observância do disposto no inciso X do art. 167 da Constituição;

IV - comprovação, por parte do beneficiário, de:

a) que se acha em dia quanto ao pagamento de tributos, empréstimos e financiamentos devidos ao ente transferidor, bem como quanto à prestação de contas de recursos anteriormente dele recebidos;

b) cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde;

c) observância dos limites das dívidas consolidada e mobiliária, de operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, de inscrição em Restos a Pagar e de despesa total com pessoal;

d) previsão orçamentária de contrapartida.

§ 2º É vedada a utilização de recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada.

§ 3º Para fins da aplicação das sanções de suspensão de transferências voluntárias constantes desta Lei Complementar, excetuam-se aquelas relativas a ações de educação, saúde e assistência social.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no [art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 52. O relatório a que se refere o § 3º do art. 165 da Constituição abrangerá todos os Poderes e o Ministério Público, será publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre e composto de:

I - balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as:

- a) receitas por fonte, informando as realizadas e a realizar, bem como a previsão atualizada;
- b) despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo;

II - demonstrativos da execução das:

- a) receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita realizada no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar;
- b) despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhada e liquidada, no bimestre e no exercício;
- c) despesas, por função e subfunção.

§ 1º Os valores referentes ao refinanciamento da dívida mobiliária constarão destacadamente nas receitas de operações de crédito e nas despesas com amortização da dívida.

§ 2º O descumprimento do prazo previsto neste artigo sujeita o ente às sanções previstas no § 2º do art. 51.

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no [art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#).

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Art. 25. Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.

§ 1º São exigências para a realização de transferência voluntária, além das estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias:

I - existência de dotação específica;

II - (VETADO)

III - observância do disposto no inciso X do art. 167 da Constituição;

IV - comprovação, por parte do beneficiário, de:

a) que se acha em dia quanto ao pagamento de tributos, empréstimos e financiamentos devidos ao ente transferidor, bem como quanto à prestação de contas de recursos anteriormente dele recebidos;

b) cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde;

c) observância dos limites das dívidas consolidada e mobiliária, de operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, de inscrição em Restos a Pagar e de despesa total com pessoal;

d) previsão orçamentária de contrapartida.

§ 2º É vedada a utilização de recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada.

§ 3º Para fins da aplicação das sanções de suspensão de transferências voluntárias constantes desta Lei Complementar, excetuam-se aquelas relativas a ações de educação, saúde e assistência social.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e

encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

## **CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o [§ 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#).

**Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:**

...

**§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.**

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o [Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 \(Código Penal\)](#), a [Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950](#), o [Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967](#), a [Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992](#), e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47. Revogam-se o [§ 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e o [art. 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993](#).

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191ª da Independência e 124ª da República.

DILMA ROUSSEFF

*José Eduardo Cardozo*

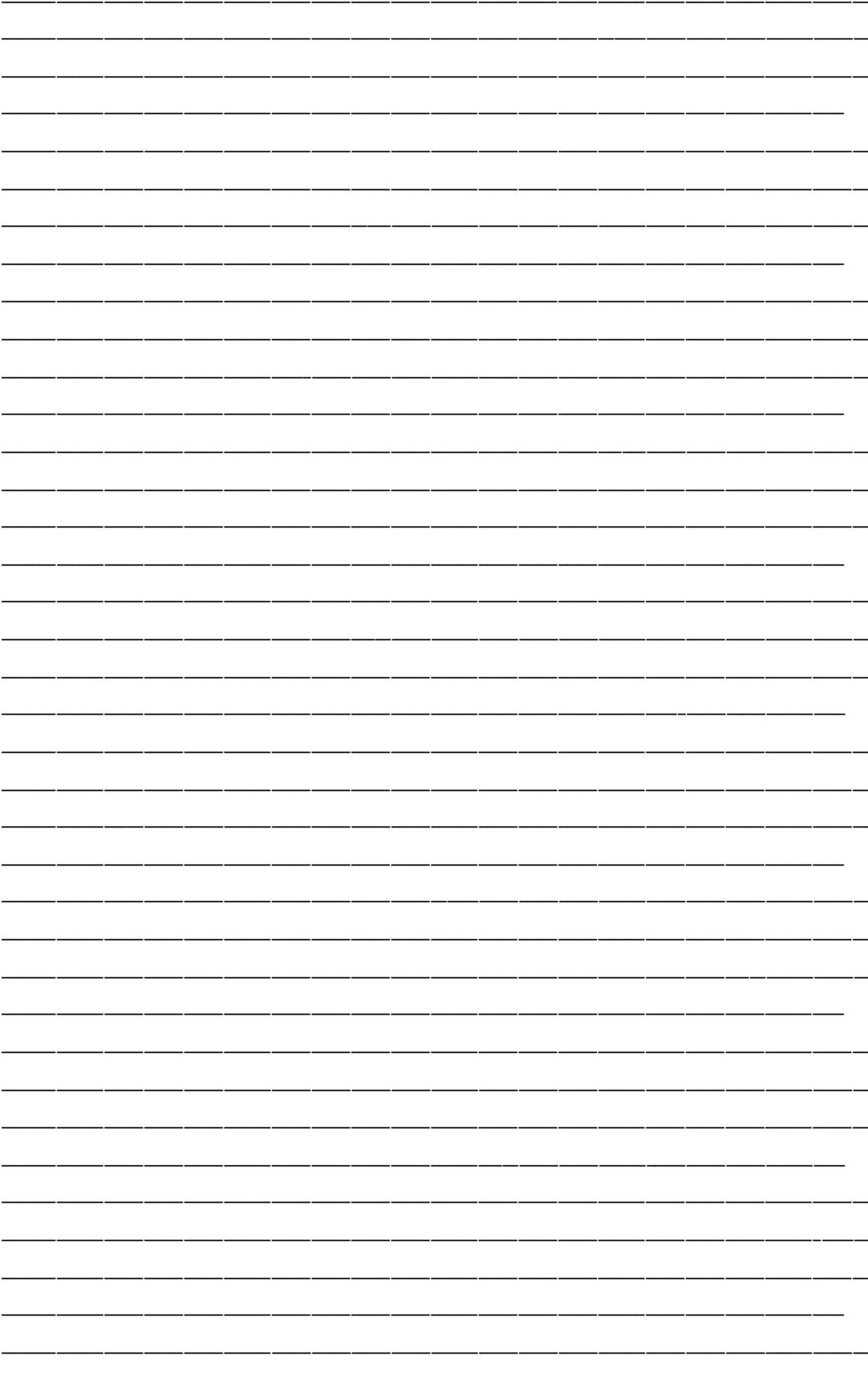
*Guido Mantega*

*Alexandre Rocha Santos Padilha*

*Eva Maria Cella Dal Chiavon*

*Luís Inácio Lucena Adams*





















GOVERNO DO ESTADO DO  
RIO GRANDE DO NORTE

SESAP - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN



Conselho Estadual de Saúde



Secretaria de  
Gestão Estratégica e Participativa

Ministério da  
Saúde