

2

Gestão e Planejamento

2.1 A organização do SUS

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

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

2.1.1 A instituição das Regiões de Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2 As Redes de Atenção à Saúde na região

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



2.1.3 O acesso universal às ações e aos serviços de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

fica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

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

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

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

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

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

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



Rename 2014

Acesse usando o QR CODE ao lado ou pelo link goo.gl/CPLky9

2.2 O processo de planejamento no SUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1 Instrumentos de Planejamento no SUS

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

Plano de Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programação Anual de Saúde (PAS)

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

Para estados e municípios, a PAS deve conter:

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

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

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

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

A elaboração e a execução da PAS devem observar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relatório de Gestão

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

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

A estrutura do Relatório de Gestão deve conter:

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

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

A elaboração do RDQ está baseada nos seguintes pressupostos:

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

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

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

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

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

Figura 1 Introdução do RDQ / Identificação

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

Fonte: Resolução CNS n. 459/2012.

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

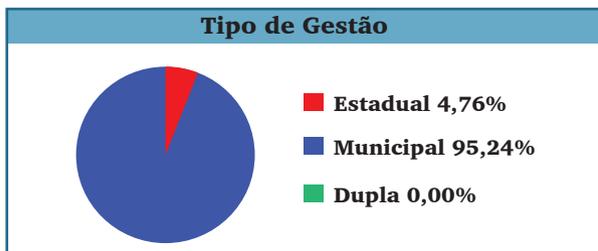
Análise sobre a Utilização dos Recursos

Fonte: Resolução CNS n. 459/2012.

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

Figura 2 Rede Física, Produção e Indicadores

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



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



Fonte: Resolução CNS n. 459/2012.

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

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

Fonte: Resolução CNS n. 459/2012.

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

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

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

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

2.2.2 Planejamento regional integrado

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

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

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

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

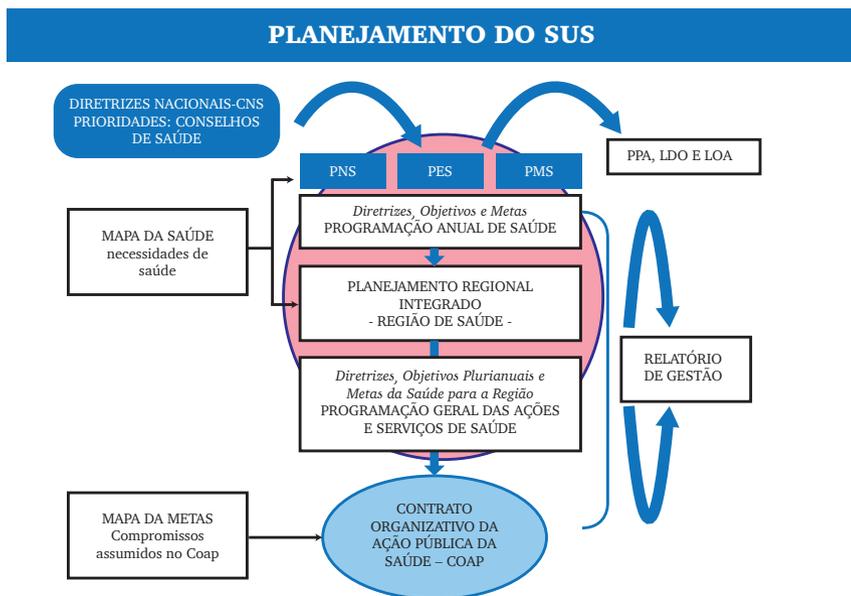
A produção resultante do processo de planejamento regional integrado, realizado no âmbito da Região de Saúde, compõe o Coap e expressa:

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

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

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

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



Fonte: SGEP/MS/2011.

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

2.3 A articulação interfederativa

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

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

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

Conforme a NOB-SUS/1993:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. pactuar sobre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

São disposições essenciais do Contrato:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A elaboração do Coap deve observar o seguinte fluxo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A PGASS está fundamentada nos seguintes pressupostos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Fase de Configuração

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

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

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

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

b) Fase de Programação e Pactuação Regional na CIR

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

c) Fase de Pactuação Macrorregional/Estadual

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

d) Fase de Consolidação/Dimensionamento do Impacto Financeiro

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

e) Fase de Ajustes

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

f) Fase de Programação dos Estabelecimentos de Saúde

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

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

g) Fase de Finalização

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

h) Fase de Monitoramento/Atualização

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 1 Organização da PGASS em etapas

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

Fonte: MS/SAS/DRAC – 2013.

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

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

Acesse o Renases

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



Link

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

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

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

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

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

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

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

A Renases é composta por:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4.3 Situação atual do Coap nos estados

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

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

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

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

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

Fonte: SGEF/MS-novembro/2014.

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

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

Fonte: SGEP/MS-novembro/2014.

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

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

2.5.1 As Comissões Intergestores deverão pactuar:

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

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

2.5.2 A Comissão Intergestores Tripartite deverá pactuar:

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

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

2.5.3 Cabe ao Ministério da Saúde:

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

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

2.5.4 Cabe aos estados e ao Distrito Federal:

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

2.5.5 Cabe aos municípios:

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

2.5.6 Cabe aos Entes federativos:

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

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