

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SÉRIE | CADERNOS DE |
PLANEJAMENTO |
VOLUME 3

Sistema de Planejamento do SUS

Uma construção coletiva

3

Estudo sobre o arcabouço legislativo
do planejamento da saúde

Sistema de Planejamento do SUS

Uma construção coletiva
Estudo sobre o arcabouço legislativo
do planejamento da saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Executiva
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Sistema de Planejamento do SUS

Uma construção coletiva
Estudo sobre o arcabouço legislativo
do planejamento da saúde

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Cadernos de Planejamento – volume 3

Brasília, DF, 2007

© 2007 Ministério da Saúde.

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

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

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

Série B. Textos Básicos de Saúde

Série Cadernos de Planejamento – volume 3

Tiragem: 1ª edição – 2007 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva

Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Coordenação Geral de Planejamento

Esplanada dos Ministérios, bloco G

Edifício Sede, 3º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2677

Fax: (61) 3224-9568

E-mail: cgpl@saude.gov.br

Texto:

Lenir Santos (relatório de estudo resultante da consultoria prestada à CGPL/SPO/SE/MS)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva) : estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

114 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 3)

ISBN 978-85-334-1279-8

1. Planejamento em saúde. 2. Planejamento de base. 3. Legislação. I. Título. II. Série.

NLM WA 540

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0034

Títulos para indexação:

Em inglês: Planning System of the Unified Health System (SUS): a collective construction: study about the legislative structure of health planning

Em espanhol: Sistema de Planificación del Sistema Único de Salud (SUS): una construcción colectiva: estudio sobre la estructura legislativa del planeamiento de la salud

Sumário

Apresentação	7
I – Levantamento da legislação referente ao planejamento público . . .	9
II – Análise da legislação.	23
III – Apontamento das inadequações das normas do SUS referentes ao planejamento, à luz da legislação constitucional e legal	31
IV – Proposta final de adequação da legislação	33
ANEXOS	37
ANEXO I	38
ANEXO II	92

Apresentação

A presente publicação – que integra a série cadernos de planejamento – apresenta o estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde, realizado por solicitação da Coordenação Geral de Planejamento da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (CGPL/SPO/SE/MS).

A realização do referido estudo foi uma das principais necessidades identificadas nas Oficinas Macrorregionais, promovidas pelo Ministério da Saúde em outubro e novembro de 2005, com o objetivo de discutir bases de organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS, regulamentado pela Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006.

O planejamento, como enfatiza o estudo, é objeto da Constituição Federal de 1988, o que o torna, portanto, um processo inerente a todas as esferas de governo. No âmbito do SUS, em particular, o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, mediante o qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS.

Este estudo configura-se importante orientador das ações do Sistema de Planejamento, sobretudo para a promoção das adequações legislativas que se fazem necessárias, tanto em função do próprio desenvolvimento do SUS, nestes 18 anos de sua criação, quanto das necessidades apontadas com a implementação do referido Sistema. A propósito, cabe assinalar que algumas recomendações feitas pela consultora já foram adotadas, de que é exemplo a revogação da Portaria nº 548/2001, relativa à elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão.

Nesta publicação, o estudo mencionado é apresentado segundo as etapas desenvolvidas pela Dra. Lenir Santos, na conformidade do termo de referência da consultoria prestada, e o seu respectivo relatório, a saber: (i) levantamento da legislação referente ao planejamento do SUS; (ii) análise da legislação; (iii) apontamento das inadequações das normas do SUS referente ao SUS, à luz da legislação constitucional; e (iv) proposta final de adequação da legislação ao Sistema de Planejamento do SUS.

A publicação deste caderno tem por objetivo apoiar, em especial, os profissionais das três esferas de gestão engajados na implementação do Sistema de Planejamento do SUS. Busca, também, orientar todos os técnicos do SUS no desenvolvimento de seus processos de planejamento – nestes incluídos o monitoramento e a avaliação – das ações e serviços de saúde.

Ayrton Galiciani Martinello
Coordenador-Geral de Planejamento/SPO/SE/MS

I – Levantamento da legislação referente ao planejamento público

1. Constituição Federal

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

- I - o plano plurianual;
- II - as diretrizes orçamentárias;
- III - os orçamentos anuais.

§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

§ 2º A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

§ 3º O Poder Executivo publicará, até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária.

§ 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.

§ 5º A lei orçamentária anual compreenderá:

I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público;

II - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;

III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público.

Art. 195...

§2º A proposta do orçamento da seguridade social era elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 10 A lei definirá os critérios de transferências de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos.

2. EC 29/2000 – Vinculação de receitas para a saúde

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias / ADCT):

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.” (Acréscimo de dispositivo/AC)

3. Lei Complementar 101/2000 – Responsabilidade fiscal

Art. 4º A lei de diretrizes orçamentárias atenderá o disposto no § 2º do art. 165 da Constituição e:

Art. 5º O projeto de lei orçamentária anual, elaborado de forma compatível com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com as normas desta Lei Complementar:

Art. 48. São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.

Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos.

Art. 52. O relatório a que se refere o § 3º do art. 165 da Constituição abrangerá todos os Poderes e o Ministério Público, será publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre e composto de:

I - balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as:

- a) receitas por fonte, informando as realizadas e a realizar, bem como a previsão atualizada;
- b) despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo;

II - demonstrativos da execução das:

a) receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita realizada no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar;

b) despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhada e liquidada, no bimestre e no exercício;

c) despesas, por função e subfunção.

§ 1º Os valores referentes ao refinanciamento da dívida mobiliária constarão destacadamente nas receitas de operações de crédito e nas despesas com amortização da dívida.

§ 2º O descumprimento do prazo previsto neste artigo sujeita o ente às sanções previstas no § 2º do art. 51.

Art. 54. Ao final de cada quadrimestre será emitido pelos titulares dos Poderes e órgãos referidos no art. 20 Relatório de Gestão Fiscal, assinado pelo:

I - Chefe do Poder Executivo;

II - Presidente e demais membros da Mesa Diretora ou órgão decisório equivalente, conforme regimentos internos dos órgãos do Poder Legislativo;

III - Presidente de Tribunal e demais membros de Conselho de Administração ou órgão decisório equivalente, conforme regimentos internos dos órgãos do Poder Judiciário;

IV - Chefe do Ministério Público, da União e dos Estados.

Parágrafo único. O relatório também será assinado pelas autoridades responsáveis pela administração financeira e pelo controle interno, bem como por outras definidas por ato próprio de cada Poder ou órgão referido no art. 20.

Art. 55. O relatório conterá:

I - comparativo com os limites de que trata esta Lei Complementar, dos seguintes montantes:

a) despesa total com pessoal, distinguindo a com inativos e pensionistas;

b) dívidas consolidada e mobiliária;

c) concessão de garantias;

d) operações de crédito, inclusive por antecipação de receita;

e) despesas de que trata o inciso II do art. 4º;

II - indicação das medidas corretivas adotadas ou a adotar, se ultrapassado qualquer dos limites;

III - demonstrativos, no último quadrimestre:

a) do montante das disponibilidades de caixa em trinta e um de dezembro;

b) da inscrição em Restos a Pagar, das despesas:

1) liquidadas;

2) empenhadas e não liquidadas, inscritas por atenderem a uma das condições do inciso II do art. 41;

3) empenhadas e não liquidadas, inscritas até o limite do saldo da disponibilidade de caixa;

4) não inscritas por falta de disponibilidade de caixa e cujos empenhos foram cancelados;

c) do cumprimento do disposto no inciso II e na alínea b do inciso IV do art. 38.

§ 1º O relatório dos titulares dos órgãos mencionados nos incisos II, III e IV do art. 54 conterá apenas as informações relativas à alínea a do inciso I, e os documentos referidos nos incisos II e III.

§ 2º O relatório será publicado até trinta dias após o encerramento do período a que corresponder, com amplo acesso ao público, inclusive por meio eletrônico.

§ 3º O descumprimento do prazo a que se refere o § 2º sujeita o ente à sanção prevista no § 2º do art. 51.

§ 4º Os relatórios referidos nos arts. 52 e 54 deverão ser elaborados de forma padronizada, segundo modelos que poderão ser atualizados pelo conselho de que trata o art. 67.

4. Lei nº 4.320/64 – Finanças e contabilidade pública

Art. 71. Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.

Art. 72. A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas a turnos especiais far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em créditos adicionais.

Art. 73. Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo.

Art. 74. A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

5. Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I – Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

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

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (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.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º 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.

6. Lei nº 8.142/90 – Rateio de recursos da União para estados e municípios

Art. 1º ...

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

7. Lei nº 8212, de 24/7/1991 – Organização da seguridade social e plano de custeio

§ 7º Os orçamentos previstos no § 5º, I e II, deste artigo, compatibilizados com o plano plurianual, terão entre suas funções a de reduzir desigualdades inter-regionais, segundo critério populacional.

§ 8º A lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei.

8. Decreto nº 1.651/95 – Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise: a) do contexto normativo referente ao SUS; b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão; c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria; d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar; e) de indicadores de morbimortalidade; f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços; g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação; h) do desempenho da rede de serviços de saúde; i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde; j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas; l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação: a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais, b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde; c) os serviços de saúde sob sua gestão; d) os sistemas estaduais de saúde; e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada; b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde; c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados; d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal: a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde; b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados; c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades que julgue procedentes;

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omissas ou sem condições de executá-las. § 2º OS membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante: a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congêneres, celebrados para a execução de programas e projetos específicos; b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

II - para o Tribunal de Contas, a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde, remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades; II - comprovação dos resultados alcançados quanto à exe-

ção do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 9º (que trata da apresentação de relatório trimestral, em audiência pública).

9. Decreto nº 1.232/94 – Transferência fundo a fundo

Art. 1º Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste Decreto.

§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste Decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Art. 2º A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 1º Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões Bipartites da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como à

compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

§ 2º O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidas para aprovação dos planos de saúde do município.

Art. 4º 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 da saúde.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distritos Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde.

10. Portarias do Ministério da Saúde sobre planejamento (Anexo I)

1. Portaria nº 393 – de 29/3/2001 – Dispõe sobre a Agenda Nacional da Saúde para 2001.
2. Portaria nº 548 de 12/4/2001 – Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS.
3. Portaria nº 399, de 22/2/2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006.
4. Portaria nº 699, de 30/3/2006 – Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.
5. Portaria nº 1.097, de 22/5/2006 – Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

11. Portaria do Ministério do Planejamento

Portaria nº 42, de 14/4/1999 – Ministério do Planejamento

Art. 1º As funções a que se refere o art. 2º, inciso I, da Lei no 4.320, de 17 de março de 1964, discriminadas no Anexo 5 da mesma Lei, e alterações posteriores, passam a ser as constantes do Anexo que acompanha esta Portaria.

§ 1º Como função, deve entender-se o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.

§ 2º A função “Encargos Especiais” engloba as despesas em relação às quais não se possa associar um bem ou serviço a ser gerado no processo produtivo corrente, tais como: dívidas, ressarcimentos, indenizações e outras afins, representando, portanto, uma agregação neutra.

§ 3º A subfunção representa uma partição da função, visando a agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.

§ 4º As subfunções poderão ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas, na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Para os efeitos da presente Portaria entendem-se por:

a) Programa, o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual;

b) Projeto, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de governo;

c) Atividade, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação de governo;

d) Operações Especiais, as despesas que não contribuem para a manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não geram contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços.

Art. 3º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios estabelecerão, em atos próprios, suas estruturas de programas, códigos e identificação, respeitados os conceitos e determinações desta Portaria.

Art. 4º Nas leis orçamentárias e nos balanços, as ações serão identificadas em termos de funções, subfunções, programas, projetos, atividades e operações especiais.

Art. 6º O disposto nesta Portaria se aplica aos orçamentos da União, dos Estados e do Distrito Federal para o exercício financeiro de 2000 e seguintes, e aos Municípios a partir do exercício financeiro de 2002, revogando-se a Portaria nº 117, de 12 de novembro de 1998, do ex-Ministro do Planejamento e Orçamento, e demais disposições em contrário.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Pedro Parente

Funções e subfunções de governo

10 – Saúde

301 – Atenção básica

302 – Assistência hospitalar e ambulatorial

303 – Suporte profilático e terapêutico

304 – Vigilância sanitária

305 – Vigilância epidemiológica

306 – Alimentação e nutrição

II – Análise da legislação

1. Introdução

Ao se falar de planejamento, não poderíamos, antes de adentrar no tema específico deste tópico, deixar de discorrer, brevemente, sobre a importância do planejamento para o desenvolvimento de um país e a necessidade, cada vez mais premente, da participação popular no exercício dessa função pública.

Na área da saúde, a Constituição, em seu art. 198, incluiu dentre as diretrizes do SUS, a participação da comunidade expressa, nos termos da Lei 8.142, nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde. A Conferência de Saúde nada mais é do que um instrumento de diagnóstico para o planejamento da saúde, uma vez que, a cada quatro anos, devem reunir representantes dos vários segmentos sociais para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, devendo ser convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde.

As Conferências de Saúde configuram a participação social na definição dos objetivos de longo prazo para o desenvolvimento da saúde pública, as quais, por sua vez, deverão ser incorporadas nos PPAs e nos Planos de Saúde. Os conselhos de saúde atuam como co-formuladores (democracia participativa) da política de saúde municipal, estadual e federal, aprovando o plano de saúde, elaborado pelas secretarias de saúde e Ministério da Saúde, sendo, ainda, agentes fiscalizadores de sua condução.

De acordo com Fábio Konder Comparato, a *“planificação do desenvolvimento é função de eminente interesse público. Ela não pode ficar confiada exclusivamente a agentes estatais, sem ligação com grupos ou categorias que formam a sociedade. Importa, pois, que os planos de desenvolvimento – nacionais, regionais e estaduais contem, em sua elaboração, com a participação obrigatória de representantes da comunidade. É somente assim que a política de desenvolvimento deixa de ser tarefa estritamente burocrática, para se tornar função de interesse coletivo”*¹.

No entendimento do jurista, *“é indispensável, ainda, dar eficiência operacional à democracia, com a criação de um órgão de poder de planejamento autônomo, composto de representantes dos setores mais importantes da sociedade civil”*².

1 Fábio Konder Comparato – Para Viver a Democracia – Editora Brasiliense – 1989
2 Idem – Folha de S. Paulo – “Fora da política não há salvação” – 24/8/2006.

Na saúde, isso é uma realidade constitucional e legal, necessitando tornar-se fato concreto, uma vez que os planos de saúde nem sempre retratam os reclamos da comunidade e nem sempre contam com a sua *efetiva* participação. Por outro lado, de nada adianta convocar as conferências de saúde em época discordante da elaboração dos PPAs. As conferências devem ser realizadas em data anterior à elaboração do PPA e do Plano de Saúde para que suas recomendações possam ser incorporadas naqueles documentos.

Impõe-se, ainda, que o processo de planejamento ascendente – art. 36 da Lei 8.080/90 – deixe de ser apenas *formal*. As necessidades de saúde da população começam nos municípios e são executadas nos municípios. Daí a importância do planejamento iniciar-se na base local para orientar o planejamento nacional.

2. Da legislação

O ponto de partida para qualquer trabalho que venha referenciar o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde, seja no tocante a sua regulamentação específica, seja quanto à estruturação dos planos de saúde ou dos compromissos firmados entre os dirigentes da saúde, sob a forma de pactos, definindo atribuições e responsabilidades, requer a observação das normas constitucionais e legais a respeito do planejamento público. (Plano Plurianual e LDO).

O planejamento é um processo do qual resultam instrumentos estratégicos para a gestão em qualquer esfera de governo, sendo responsabilidade dos dirigentes públicos a sua observância e execução. Nos termos da LC 101, a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas.

Essa ação de controle e auditoria na aplicação dos recursos públicos, na saúde, é da competência do SNA, o qual deve atuar de forma articulada com o Sistema de Planejamento, cabendo-lhe promover e coordenar o planejamento das ações e serviços de saúde.

Desse modo, o primeiro passo para a regulamentação do planejamento da saúde é a observância da Constituição e da LC 101/2000.

A Constituição, em seu art. 165, reza que: “*leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I – o plano plurianual; II – as diretrizes orçamentárias; III – os orça-*

mentos anuais, dispondo, ainda, que a lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública.

O Plano Plurianual para o quadriênio 2004-2007 está previsto na Lei n. 10.933/2004. Todo o planejamento da saúde e os instrumentos resultantes do seu processo, como conseqüência, deverão manter uniformidade com o previsto nesta Lei no tocante as suas metas, planos e programas e no Decreto n. 5.233/2004 para o ano de 2007.

Os instrumentos oriundos do planejamento em saúde, conseqüentemente, são parte integrante do planejamento nacional, consubstanciado no Plano Plurianual e nas anuais leis de diretrizes orçamentárias.

Por sua vez, a elaboração do plano de saúde – base de todas as atividades e programações do SUS – deverá ser compatível, em cada esfera de governo, com o Plano Plurianual³ e com as anuais LDO e LOA. Nesse sentido, o plano de saúde é também plurianual, sendo operacionalizado por intermédio das programações anuais que, no tocante aos recursos financeiros necessários a sua consecução, devem manter igualmente a necessária uniformidade com a LDO e a LOA. Enfim, o PPA, a LDO, a LOA, o plano de saúde e as programações anuais de saúde são instrumentos que balizam a formulação de programações específicas de áreas técnicas, a exemplo das atuais PPI da assistência, da PPI da Vigilância em Saúde, da programação das DST/Aids, da atenção básica, da assistência farmacêutica etc.

Desse modo, qualquer regulamentação específica do setor saúde deverá guardar consonância com esse arcabouço legal geral nacional, estadual e municipal.

3. Do Sistema Único de Saúde

Especificamente na saúde, a Lei n. 8080/90 tratou da questão do planejamento no art. 36 e nos arts. 7º, VII, 15 e 16.

O art. 7º, VII eleva à condição de princípio do SUS a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.

3 Atualmente, Lei n. 10.933, de 11/8/2004 – Plano Plurianual para o quadriênio 2004/2007.

O art. 15, que estabelece a competência comum das três esferas de governo, impõe-lhes o dever de elaborar e atualizar, periodicamente, o plano de saúde (VIII); elaborar a proposta orçamentária do SUS, em conformidade com o plano de saúde (X); e promover a articulação das políticas de saúde e dos planos de saúde.

No tocante à competência específica da União, o art. 16 determina seja elaborado o Planejamento Estratégico Nacional, em cooperação com Estados, DF e Municípios (XVIII) sem perder de vista o art. 18 da CF.

O art. 35 nos dá referências para o planejamento, uma vez que grande parte do serviço de saúde é executado pelos Municípios e Estados e estes recebem parte dos recursos que financiam a saúde mediante transferências obrigatórias da União. E essas transferências devem ser baseadas em critérios legais de rateio; enquanto a Lei Complementar mencionada na EC 29 não for editada, as transferências devem observar o disposto no art. 35 da Lei n. 8.080/90 e art. 3º da Lei n. 8.142/90, ambas recepcionadas pela EC 29.

É no art. 36 que a Lei 8.080/90 dispõe, mais especificamente, sobre o planejamento e a orçamentação da saúde. *“O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvido seus órgãos deliberativos, compatibilizando as necessidades da política de saúde com as disponibilidades de recursos em planos de saúde dos Municípios, Estados e Distritos Federais”*. Continuando, seu primeiro parágrafo reza que *“os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”*.

O art. 37 dispõe sobre a competência do Conselho Nacional de Saúde para fixar as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e de organização de serviços em cada jurisdição administrativa.

São essas as regras gerais específicas da saúde quanto ao planejamento nacional de observância obrigatória pela União, Estados e Municípios. No tocante ao rateio dos recursos da União para Estados e Municípios e dos Estados para seus Municípios vigoram as regras expressas no art. 35 da Lei 8.080/90. As suas diretrizes são claras e apontam quais são os critérios que devem ser levados em conta no tocante à distribuição dos recursos da União para os Estados e Municípios enquanto lei complementar não for editada, nos termos da EC 29/2000.

Isso posto, vê-se que os planos de saúde e seu orçamento devem estar conformes ao PPA e integrados na LOA. Se, na saúde, se entender necessário estabelecer diretrizes para orientação do seu orçamento, elas deverão estar previstas na LDO ou, pelo menos, ser compatíveis com as diretrizes ali previstas.

Não basta o plano de saúde propor esta ou aquela meta sem previsão na lei orçamentária. Também o plano de saúde não pode passar ao largo daquilo que foi previsto no Plano Plurianual.

Enquanto no PPA as metas são desagregadas para cada exercício, no plano de saúde as metas são agregadas para o período (este idêntico ao do PPA). Hoje, temos o PPA do Governo Federal e o Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil para o período 2004-2007. As metas de um e de outro instrumento, portanto, não podem ser simplesmente transpostas de um para outro instrumento. O PNS vigente, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em agosto de 2004 e publicado no Diário Oficial da União em dezembro subsequente, teve como bases prioritárias de sua elaboração o PPA e os relatórios da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no final de 2003. Considerando as bases de organização e funcionamento do PlanejaSUS, o processo de formulação do PNS para o período de 2008-2011 deverá ser iniciado no começo de 2007, de modo a balizar a elaboração e a finalização do PPA (em agosto).

Por outro lado, considerando que na saúde os recursos financeiros nos municípios e estados resultam da conjugação de recursos próprios e de transferências intergovernamentais, deve-se, também, observar o planejamento um do outro.

Lembramos, ainda, o disposto no art. 12 da Lei 10.933, que trata dos pactos de concertamento – facultando-se ao Poder Executivo Federal estabelecer pactos com Estados, Municípios e DF, definindo atribuições e responsabilidades das partes com vistas à execução do PPA.

Na saúde, essa faculdade está reproduzida no *pacto da saúde* – instrumento de definição de responsabilidades entre os gestores da saúde municipal, estadual e federal, visando à execução de planos locais, regionais e estaduais na área da saúde, compatibilizando-se metas nacionais, estaduais e municipais. O planejamento, em sua organização sistêmica – expressa no PlanejaSUS –, é instrumento fundamental para esse concertamento entre as esferas de gestão do SUS.

São essas as referências para a elaboração do plano de saúde nacional, estadual e municipal.

Mas, não podemos deixar de esclarecer que a União, na área da saúde, tem competência para legislar sobre normas gerais, ou seja, normas principiológicas, de diretrizes. Qualquer regulamento que venha a ser editado pelo Ministério da Saúde não poderá ultrapassar a barreira das regras gerais, competindo aos Estados, no âmbito de sua competência legislativa, editar normas complementares, mais detalhadas, para contemplar as especificidades estaduais e regionais.

Por conclusivo, o Ministério da Saúde deverá rever as suas normas à luz da legislação aqui mencionada, editando Portaria com a função de regulamentar o planejamento da saúde federal, estadual e municipal – institucionalizando assim o Sistema de Planejamento do SUS, um dos pontos de pactuação no âmbito do Pacto da Saúde – o qual deverá ser ascendente, sem olvidar os prazos para o cumprimento das etapas referentes ao planejamento, orçamento e suas diretrizes. Os prazos para a elaboração dos planos de saúde, das programações anuais e respectivos relatórios devem guardar consonância com os abaixo.

PPA – o Poder Executivo deve elaborá-lo até o dia 30 de agosto do primeiro ano de governo, cabendo ao Poder Legislativo a sua aprovação até o dia 15 de dezembro do mesmo ano. (PPA – Plano Plurianual).

LDO – deve ser apresentada, anualmente, pelo Governo, até o dia 30 de abril.

LOA – deve ser apresentada, anualmente, pelo Executivo Federal ao Legislativo, até o dia 30 de agosto; estados e municípios devem fazê-lo até 30 de setembro.

Isso significa que os prazos e as decisões das Conferências e Conselhos devem guardar compatibilidade com os prazos acima, sob pena de os planos de saúde e as programações anuais não fazerem parte do PPA, da LDO e da LOA, sendo, portanto, inócuos.

**III – Apontamento das
inadequações das normas
do SUS referentes ao
planejamento, à luz da
legislação constitucional e legal**

Foram analisadas as seguintes Portarias do Ministério da Saúde:

1. Portaria nº 1.097/2006 – Define que a PPI da Assistência à Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2. Portaria nº 399/2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006.
3. Portaria nº 699/2006 – Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.
4. Portaria nº 393/2001 – Dispõe sobre a Agenda Nacional da Saúde 2001.
5. Portaria nº 548/2001 – Dispõe sobre Orientações para a elaboração da Agenda Nacional da Saúde 2001.

Além dessas portarias, foi analisado o Decreto nº 1.651, de 28/9/95 – Dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria.

Preliminarmente, destacamos que a Portaria 393/2001 dispõe sobre a Agenda da Saúde para o ano de 2001, tendo, portanto, perdido o seu efeito, por ser uma portaria temporal. Desse modo, fica prejudicada a sua análise por não mais produzir efeitos no mundo jurídico.

Por outro lado, a Portaria 548, de 12 de abril de 2001, por suas inadequações, a maior delas por não manter compatibilidade com a Lei n. 8.080/90, em especial o art. 36, o qual dispõe sobre o plano de saúde e o toma como a base de todas as atividades e programações do SUS e o art. 4º da Lei n. 8.142/90, que estabelece como instrumentos de gestão do SUS o fundo de saúde, o conselho de saúde, o plano de saúde e o relatório de gestão. A Portaria 548 cria novos instrumentos de gestão, dentre eles, a Agenda da Saúde que não tem previsão legal.

Desse modo, recomenda-se que o Ministério da Saúde revogue a Portaria 548/2001.

As demais Portarias e o Decreto acima identificado foram analisados apenas no tocante ao tema “*planejamento*”, e os comentários (sublinhados) foram colocados logo abaixo do texto analisado, constante do ANEXO II.

IV – Proposta final de adequação da legislação

Propõe-se, finalmente, seja elaborada Portaria Ministerial apenas com normas gerais, as quais configurem diretrizes nacionais que orientem o planejamento municipal, estadual e federal, com a regulamentação geral do PlanejaSUS que, na condição de sistema, devem observar as especificidades locais, regionais, estaduais e nacional.

Por outro lado, faz-se necessário, no âmbito da cooperação técnica e financeira cabível à União na área da saúde, que o Ministério da Saúde oriente os órgãos de planejamento dos entes federados quanto à absoluta e imprescindível necessidade de se observar, na elaboração dos instrumentos básicos do PlanejaSUS, a legislação constitucional e legal, sob pena de tudo o mais ser invalidado se não estiver conforme aos ditames do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária (LOA) e demais normas, como a Lei Complementar 101, Lei 4.320.

Do ponto de vista financeiro, seria oportuno que a União auxiliasse os Estados e Municípios a estruturarem, organizarem, reorganizarem, conforme as especificidades de cada um, seus órgãos ou serviços de planejamento da saúde, a fim de possibilitar um incremento destas atividades e, por conseguinte, o efetivo funcionamento do PlanejaSUS.

Reuniões, encontros, oficinas anuais, sob a coordenação da União, podem ser elementos favoráveis à organização desse Sistema. O MS deve ter papel de fomento dessas atividades.

Também nunca se poderá perder de vista que a Lei 8.080/90, em seu art. 36, preconiza que o *“processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde 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”*. Nesse ponto, a participação da comunidade se faz presente, através dos conselhos de saúde.

E sendo os planos de saúde, conforme determina o § 1º do art. 36, *“a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS)”*, o seu financiamento deverá estar previsto no orçamento do ente federativo, sob pena de inocuidade do plano.

Por outro lado, ainda, o art. 37 da mesma lei dispõe que *“o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de*

saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”. Isso significa que as diretrizes para a feitura dos planos de saúde devem ser editadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões

Por conclusivo temos que:

1. o planejamento da saúde é ascendente, devendo o planejamento nacional prever, em especial por intermédio do Plano Nacional de Saúde, as metas gerais, consolidadas, consagradas nos planos municipais e estaduais, para poder refletir as necessidades locais e regionais da saúde;
2. o processo de planejamento da saúde deverá observar os prazos dos PPA, LDO e LOA e ser com eles compatíveis; deverá, ainda, observar as regras constitucionais e legais;
3. a conferência da saúde deverá ser convocada dentro dos prazos previstos para a elaboração do PPA nacional, estadual e municipal para que se aproveitem as suas conclusões nos planos de saúde, os quais deverão ser compatíveis com os respectivos PPAs;
4. no processo de planejamento da saúde deve-se incluir a participação dos conselhos de saúde, os quais têm o papel de discutir a política de saúde;
5. os planos de saúde devem ser elaborados pelas Secretarias e Ministério, cuja coordenação do processo cabe às respectivas áreas de planejamento – e onde não existirem, por uma equipe especialmente designada para tal –, e posteriormente encaminhados aos conselhos de saúde para discussão e aprovação;
6. o plano de saúde é a base de todas as atividades e programações da saúde na União, nos Estados e nos Municípios. As PPIs e outras programações específicas devem ser formuladas na conformidade dos objetivos, diretrizes e metas definidas no plano de saúde, uma vez que o integra. A programação anual em saúde é o instrumento da respectiva esfera de governo que operacionaliza o plano e que reúne, de forma agregada, as programações específicas – como as PPIs e outras – das áreas técnicas e órgãos das Secretarias de Saúde e do MS. Assim, a Programação Anual, as PPIs ou qualquer outra programação não

podem ser um instrumento de gestão independente do plano ou mais importante que o plano ou que minimize o plano;

7. a avaliação do plano deve estar expressa no relatório de gestão -- que pode ser desdobrado em partes – por ser ele o único instrumento que analisa a execução do plano, nos termos da lei. O plano de saúde, como o PPA, é plurianual e deve ser avaliado, findo o seu período de vigência; os relatórios anuais de gestão são insumos importantes para a avaliação; o Pacto pela Saúde estabelece relatório anual de gestão. O relatório de gestão, o qual contém a avaliação do plano, é o espelho do plano, demonstrando como ele foi executado.
8. o Ministério da Saúde somente poderá dispor sobre normas gerais para Estados e Municípios; normas estas de cunho uniformizadores, de princípios, diretrizes, bases, cabendo a cada ente da federação elaborar a regra mais detalhada.

Assim, pela sistemática aqui adotada, as portarias sob análise estão no ANEXO II e com os comentários julgados pertinentes em seguida ao texto apreciado.

ANEXOS

ANEXO I

Portarias do Ministério da Saúde sobre planejamento do SUS e o Decreto nº 1.651/95.

1. Portaria nº 1.097/2006

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de assistência à saúde, com equidade;

Considerando o Inciso XI do art. 7º do capítulo II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”;

Considerando o art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (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”;

Considerando a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde;

Considerando o disposto nas Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, aprovadas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, em especial

seu item III.A.5 – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e item III. B. 3 – Responsabilidades no Planejamento e Programação;

Considerando o financiamento tripartite para as ações e os serviços de saúde, conforme o disposto na Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando os parâmetros para a programação de ações de assistência à saúde a serem publicados pelo Ministério da Saúde em portaria específica;

Considerando a necessidade de acompanhamento dos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) pelo Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade de redefinição dos mecanismos de envio das atualizações das programações e dos respectivos limites financeiros de média e alta complexidade pelos Estados; e

Considerando a reformulação da Programação Pactuada e Integrada aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 27 de abril de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Art. 2º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde se oriente pelo Manual “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde”, a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;

III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;

IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;

V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;

VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e

VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria.

§ 1º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, de que trata o inciso VII deste artigo, é o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios.

§ 2º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso entre municípios de uma mesma Unidade Federada deve ser aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

§ 3º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso interestadual deve ser aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados envolvidos.

Art. 4º Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência são os seguintes:

I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão;

II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;

III - ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada; e

IV - estar em consonância com o processo de construção da regionalização.

Art. 5º Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência são os seguintes:

I - Centralidade da Atenção Básica – a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;

II - Conformação das Aberturas Programáticas:

a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;

b) a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;

c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes); e

d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;

III - Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:

a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;

b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;

IV - Integração das Programações – os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;

V - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados – visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e

VI - Processo de Programação e Relação Intergestores – definição das seguintes etapas no processo de programação:

- a) Etapa Preliminar de Programação;
- b) Programação Municipal;
- c) Pactuação Regional; e
- d) Consolidação da PPI Estadual.

§ 1º Estabelecer que, quando necessário, seja realizada a programação interestadual, com a participação dos Estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização.

§ 2º Estabelecer que a programação de Estados, de municípios e do Distrito Federal esteja refletida na programação dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

§ 3º Dar flexibilidade aos gestores estaduais e municipais na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

Art 6º A programação nas regiões de fronteiras internacionais deve respeitar o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras), instituído pela Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005.

Art 7º Definir que a Programação Pactuada e Integrada seja realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.

Parágrafo único. Estabelecer que no início da gestão municipal seja efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde.

Art. 8º Estabelecer que, ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal encaminhe à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB:

I - cópia da resolução CIB que aprova a nova programação;

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme Anexo II a esta portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB;

III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e

IV - memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal podem dispor de instrumentos próprios de programação, respeitando os padrões estabelecidos por esta Portaria.

§ 2º Os incisos III e IV deste artigo podem ser substituídos pelo envio da base do sistema informatizado do Ministério da Saúde, para os Estados que optarem pela sua utilização.

Art 9º Determinar que alterações periódicas nos Limites Financeiros dos Recursos Assistenciais para Média e Alta Complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, decorrentes de revisões na PPI, sejam aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde, e do Distrito Federal mediante ofício, devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB, acompanhado da seguinte documentação:

I - cópia da Resolução da CIB que altera o(s) limite(s) financeiro(s), justificando e explicitando os valores anuais do Estado e dos Municípios envolvidos; e

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade conforme o Anexo II a esta Portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB.

Art 10. Os documentos discriminados nos incisos dos artigos 8º e 9º desta Portaria deverão ser postados à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC)

Parágrafo único. Os quadros referentes ao Anexo II a esta Portaria também deverão ser encaminhados em meio magnético à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio do endereço eletrônico ppiassistencial@saude.gov.br, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro MAC.

Art. 11. Definir com competência da Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, a conferência e a validação da documentação encaminhada pelos Estados e o Distrito Federal, bem como a devida orientação às Secretarias Estaduais quanto ao seu correto preenchimento.

Art. 12. Estabelecer que as alterações de limites financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos nesta Portaria, entrem em vigor a partir da competência

subseqüente ao envio da documentação pela CIB, por intermédio de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 1º Quando ocorrerem erros no preenchimento da documentação, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas deverá comunicar à CIB, viabilizando um prazo para regularização pela SES, não superior a cinco dias úteis, objetivando que a vigência da publicação não seja prejudicada.

§ 2º Não serão realizadas alterações de limites financeiros, com efeitos retroativos em relação ao prazo estabelecido no artigo 10, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados.

§ 3º Os casos excepcionais deverão ser enviados à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com as devidas justificativas pela CIB Estadual e estarão condicionados à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, para posterior processamento pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

§ 4º As mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS, serão de exclusiva responsabilidade do gestor do SUS que as adotar.

§ 5º Nas situações em que não houver acordo na Comissão Intergestores Bipartite, vale o disposto no regulamento do Pacto de Gestão, publicado pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

Art 13. Determinar que à Secretaria de Atenção à Saúde/MS adote as medidas necessárias à publicação de portaria com Parâmetros para Programação de Ações de Assistência à Saúde.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

Art. 15 Fica revogada a Portaria nº 1.020/GM, de 31 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 107, de 6 de junho de 2002, página 39, Seção 1, e a Portaria nº 04/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 5-E, de 7 de janeiro de 2000, página 20, Seção 1.

José Agenor Álvares da Silva

2. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Agenor Álvares da Silva

ANEXO I

Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS

4. Planejamento no SUS

4.1 O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais, regionais e nacionais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

4.2 Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;

Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;

Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;

Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;

Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

4.3 Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;

Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;

Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referencia entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;

Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;

A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

- Responsabilidades no planejamento e programação

– Municípios

Todo município deve:

- formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – Sinan, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Cnes; e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;
- elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

– Estados

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

– Distrito Federal

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por pro-

blemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;

Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – Sinan, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Cnes; Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;

Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

– União

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

3. Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006.

Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram várias dimensões do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, necessitando de normatizações específicas para sua regulamentação;

Considerando que a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal são os documentos de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão;

Considerando que a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal substituem o atual processo de habilitação,

R E S O L V E:

Art. 1º Regulamentar a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

Art. 2º Estabelecer que as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publi-

camente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo I), Estadual (Anexo II), do Distrito Federal (Anexo III), e Federal (Anexo IV).

§ 1º A unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007. Para o ano de 2006 continuam em separado o Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, com a pactuação no Termo de Compromisso de Gestão das metas do Pacto pela Vida e de alguns indicadores para orientar o monitoramento global dos Pactos.

§ 2º Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal e Estadual podem ser acrescentadas outras metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

§ 3º As metas nacionais servem de referência para a pactuação das metas municipais, estaduais e do DF, no que se refere às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida.

§ 4º Deverá constar no verso dos documentos dos Termos de Compromisso de Gestão um glossário para facilitar sua compreensão.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão terá os seguintes Anexos, que ficam instituídos conforme respectivos modelos:

I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, quando couber – Anexo V;

II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal – Anexo VI;

III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF – Anexo VII; e

IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

Art. 3º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo.

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá ser feita conforme pactuação.

Art. 4º Estabelecer que a Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município.

Art. 5º Estabelecer que o Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

§ 1º No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

§ 2º Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

§ 3º O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso.

Art. 6º Estabelecer que o Relatório de Indicadores de Monitoramento será gerado por um sistema informatizado, a ser implantado a partir de 2007, será um Anexo do Termo de Compromisso de Gestão.

Parágrafo único. Permanece em vigor, no ano de 2006, a pactuação de indicadores nos processos específicos do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, conforme disposto no § 1º do art. 2º, aos quais será acrescido um grupo de indicadores cuja pactuação dar-se-á no próprio instrumento do Termo de Compromisso de Gestão, não gerando assim o Relatório de Indicadores de Monitoramento, neste ano.

Art. 7º Estabelecer normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada – PPI;

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

Art. 8º Estabelecer que a construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

I - Gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;

II - Gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do DF;

III - Gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;

IV - O Ministério da Saúde apoiará a negociação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao município e estado, quando solicitado;

V - Os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual; e

VI - Os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

§ 1º Os Municípios, Estados e DF que não apresentarem condições de assumir integralmente as responsabilidades atribuídas a todos no Termo de Compromisso de Gestão na data de sua assinatura devem pactuar um cronograma, parte integrante do referido Termo de Compromisso, com vistas a assumi-las. As outras responsabilidades atribuídas aos municípios serão pactuadas e estabelecido o cronograma, quando necessário.

§ 2º As ações necessárias para apoiar os municípios e/ou o estado para a consecução do cronograma referido no §1º, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser expressas nos respectivos Planos de Saúde;

§ 3º O Termo de Compromisso de Gestão Municipal deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde, em negociação com o estado e municípios da sua região de saúde.

§ 4º O Termo de Compromisso de Gestão Estadual deve ser construído em sintonia com o Plano Estadual de Saúde, em negociação com o gestor federal e representante dos gestores municipais de saúde, na CIB.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão do DF deve ser construído em sintonia com o seu Plano de Saúde, em negociação com o gestor federal.

§ 6º O Termo de Compromisso de Gestão Federal deve ser construído em sintonia com o Plano Nacional de Saúde, em negociação com representantes dos gestores estaduais e municipais, na CIT.

§ 7º Anualmente, no mês de março, serão revistas as metas, objetivos e indicadores dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal.

Art. 9º Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal:

I - Aprovação no Conselho Municipal de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo VIII), juntamente com o Extrato do Termo de Compromisso entre Entes Públicos (Anexo V), quando couber; a Declaração da CIB de Comando Único do Gestor Municipal (Anexo VI), observada a pactuação estabelecida; o Termo do Limite Financeiro Global do Município (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art.10. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual:

I - Aprovação no Conselho Estadual de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão Estadual (Anexo II), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do Estado (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos, a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 11. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal:

I - Aprovação no Conselho de Saúde do Distrito Federal.

II - Após aprovação no Conselho de Saúde do DF, a Secretaria de Saúde do DF encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão do DF (Anexo III), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do DF (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

III - Após receber os documentos, a CIT terá o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

IV - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item II para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 12. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Federal:

I - Aprovação no Conselho Nacional de Saúde; e

II - Encaminhamento do Termo de Compromisso de Gestão Federal (Anexo IV) para a CIT, que terá trinta dias para se posicionar;

Art. 13. Estabelecer as seguintes regras de transição:

I - As responsabilidades e prerrogativas de estados e municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 96 e pela Noas SUS 01/2002, ficam mantidas até à assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

II - Os processos de habilitação de municípios conforme a Noas SUS 01/2002 que já tenham sido pactuados nas respectivas CIB até à data de publicação desta portaria, poderão ser homologados pela CIT;

III - Os estados, Distrito Federal e municípios deverão assinar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão até nove meses após a publicação desta portaria;

IV - Apenas os estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parla-

mentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas. O MS poderá propor à CIT outros incentivos para os estados, Distrito Federal e municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão; e

V - Após o término do prazo será feita uma avaliação tripartite, pela CIT, sobre a situação dos estados e municípios que não assinaram o Termo de Compromisso de Gestão no prazo estabelecido.

Art. 14. O processo de monitoramento do Pacto deverá seguir as seguintes diretrizes:

I - Ser um processo permanente no âmbito de cada esfera de governo, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

II - Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

III - Monitorar os cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão; e

IV - Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

Parágrafo Único. A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Art. 15. Definir regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios:

I - Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - Transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:

I - Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído; e

II - Em caso de discordância em relação à decisão da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - A CIT deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da CIT até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta Portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.

Art. 16. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 Fica revogada a Portaria nº 1734/GM, de 19 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 162, de 23 de agosto de 2004, seção 1, página 34.

Saraiva Felipe

Termo de compromisso de gestão municipal

3. Responsabilidades no planejamento e programação

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar	Não se aplica
3.1 Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano de saúde e				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.2 Todo município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
3.3				
a) Todo município deve elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar	Não se aplica
3.4 Todo município deve operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:				
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – Sinan,				
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI,				
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc,				
d) Sistema de Informação Ambulatorial – SIA,				
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Cnes;				
e quando couber, os sistemas:				
f) Sistema de Informação Hospitalar – SIH				
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;				
3.5 Todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;				
3.6 Todo município deve elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;				
3.7 Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.				

ANEXO II

Termo de compromisso de gestão municipal

3. Responsabilidades no planejamento e programação

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde;			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
3.3			
a) Elaborar relatório de gestão anual;			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;			
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;			
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.			

ANEXO III

Termo de compromisso de gestão do Distrito Federal

3. Responsabilidades no planejamento e programação

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde e			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
a) Elaborar relatório de gestão anual,			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.3 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;			

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar
3.4 Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:			
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – Sinan,			
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI,			
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc,			
d) Sistema de Informação Ambulatorial – SIA,			
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Cnes; e quando couber, os sistemas:			
f) Sistema de Informação Hospitalar – SIH			
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;			
3.5 Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território,			
3.6 Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;			

ANEXO IV

Termo de compromisso de gestão federal

3. Responsabilidades no planejamento e programação

- 3.1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- 3.2. Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- 3.3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- 3.4. Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa;
- 3.5. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;
- 3.6. Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;
- 3.7. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

4. Portaria nº 393, de 29 de março de 2001

O Ministro de Estado da Saúde no uso de suas atribuições legais, e

considerando a necessidade de reformulação e aprimoramento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde;

considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde dos Eixos Prioritários de Intervenção para o ano de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar, nos termos do **Anexo I**, a Agenda Nacional de Saúde para o Ano de 2001.

Art. 2º Para fins de elaboração das respectivas agendas relativas ao ano de 2001, os Estados e Municípios deverão seguir o modelo da Agenda Nacional, nos moldes do **Anexo II**, adequando-a às características epidemiológicas e especificidades locais.

Art. 3º A Agenda Nacional de Saúde estabelece os seguintes Eixos Prioritários de Intervenção para 2001.

- a) Redução da mortalidade infantil e materna;
- b) Controle de doenças e agravos prioritários;
- c) Reorientação do modelo assistencial e descentralização;
- d) Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde;
- e) Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde;
- f) Qualificação do controle social.

Art. 4º Os Estados e o Distrito Federal terão 30 dias, após a publicação desta Portaria, para elaborarem suas agendas em conjunto com os respectivos conselhos de saúde, devendo ser apreciadas pelas plenárias dos conselhos em sessão especialmente convocada para este fim.

Art. 5º Após aprovação pelos Conselhos Estaduais de Saúde, as agendas estaduais deverão ser publicadas e amplamente divulgadas, para que possam subsidiar a elaboração das agendas municipais correspondentes.

Art. 6º Os municípios terão 30 dias, após a publicação das correspondentes agendas estaduais, para elaborarem suas agendas em conjunto com os respectivos con-

selhos de saúde, devendo ser apreciadas pelas plenárias dos conselhos em sessão especialmente convocada para este fim.

Art 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

José Serra

5. Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições legais, e

considerando as disposições dos artigos 15 e 36 da Lei 8080/90; do artigo 4o. da Lei 8142/90; do Decreto 1232/94; do Decreto 1651/95; da NOB SUS 01/96;

considerando a importância de orientar os gestores municipais e estaduais quanto ao processo de elaboração, tramitação e acompanhamento dos instrumentos de gestão previstos na legislação do SUS;

e considerando a necessidade da padronização das informações para a comparabilidade e compatibilidade dos Planos de Saúde nos três níveis de direção do SUS, resolve:

Art. 1º Aprovar, o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”, parte integrante desta portaria.

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

Barjas Negri

ANEXO

1. Introdução

O atual momento de consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro apresenta uma série de oportunidades para a concretização de um salto qualitativo na atenção à saúde oferecida à população.

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001 – aponta a regionalização como estratégia fundamental para o incremento da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência, por meio da organização de sistemas de saúde funcionais englobando todos os níveis de atenção. A referida Norma define as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do SUS e ressalta a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para a melhoria do desempenho do sistema. Outros dispositivos normativos importantes para a política de saúde, recentemente publicados, como a Emenda Constitucional 29 e a Lei de Responsabilidade Fiscal, apresentam simultaneamente oportunidades e desafios significativos para as três esferas de governo.

Nesse sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação dos desafios. O aprimoramento da qualidade e o monitoramento contínuo do desempenho dos gestores é de grande relevância neste contexto. É preciso desenvolver rotinas de monitoramento e de avaliação de desempenho das atividades previstas na PPI e nos planos de saúde. Dessa forma, pode-se obter um diagnóstico analítico para desenvolver estratégias e iniciativas de tomada de decisões, fortalecendo as capacidades de planejamento e de organização de sistemas estaduais, regionais e municipais – sem perder de vista a desejável flexibilidade e o incentivo à criatividade na gestão do sistema.

As orientações aqui contidas têm por finalidade auxiliar os gestores, os técnicos e os conselheiros do SUS na compreensão de instrumentos de gestão racionalizadores do processo de planejamento em saúde nas três esferas gestoras. As Agendas e os Planos de Saúde, os Quadros de Metas e os Relatórios de Gestão são balizados por princípios como:

- (a) Normatização: visa a comparabilidade das informações em planos nacional, estaduais e municipais, sem provocar constrangimento da criatividade dos gestores na formatação e prestação de outras informações consideradas relevantes .
- (b) Objetividade: a tendência ao formalismo, ao ritualismo e ao cartorialismo cede lugar à objetividade e à praticidade de novos instrumentos efetivos de planejamento, de programação e de prestação de contas, afastando qualquer duplicidade em benefício da simplificação, da clareza, da responsabilização e da transparência das informações e da disseminação das mesmas.
- (c) Sintonia com o Plano Plurianual para o quadriênio 2000-2003: os novos instrumentos de planejamento, de programação e de prestação de contas e seus conteú-

dos estão sintonizados com as metas mais gerais do Governo Brasileiro, traduzidas e difundidas amplamente através do Plano Plurianual 2000-2003 – PPA.

- (d) Definição de Indicadores de Saúde: procura estar adequada às diferentes realidades políticas, institucionais e epidemiológicas do País. Os Indicadores podem ser revistos a cada período de tempo, nos moldes hoje vigentes, por exemplo, no Pacto da Atenção Básica.
- (e) Alcance e Adequação aos Sistemas de Informação em Saúde: os instrumentos aqui propostos contemplam aspectos que ultrapassam a assistência médica hospitalar e ambulatorial, alcançando os campos da saúde coletiva, das vigilâncias sanitária e epidemiológica, da inter-setorialidade, do controle social, da capacitação, da produção de insumos, da produção científica, etc.. Tais instrumentos estão também ajustados às lógicas dos sistemas de informação em saúde em operação (Siab; SIM; Sinasc; Sinan etc.), bem como de outros projetos em curso, como Siops e Cartão SUS.

O processo de elaboração dos instrumentos de gestão aqui descritos apresenta alguns aspectos que devem ser ressaltados:

- (a) Articulação entre os diversos instrumentos, suas etapas de tramitação e seus respectivos níveis de responsabilidade. Ou seja, definição de prioridades (agenda) como subsídios para os planos de saúde e para as programações, com o destaque de um conjunto de metas adaptadas às circunstâncias locais e regionais, que servirão de base à prestação de contas (quadro de metas e relatório de gestão) e à retroalimentação do processo de planejamento.
- (b) Vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada de nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais.
- (c) Definição precisa das instâncias, dos fluxos, dos prazos e das responsabilidades em cada etapa e em cada nível do processo.
- (d) Circulação das informações entre as três esferas de gestão do SUS e correspondentes conselhos e comissões intergestores.
- (e) Ênfase em uma abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação a metas e a prioridades entre os diferentes gestores.
- (f) Padronização de instrumentos sem comprometimento das nuances da realidade local, com flexibilidade para inclusão de indicadores e metas adequados à mesma.

2. Visão geral do processo

O quadro a seguir permite uma visão panorâmica preliminar dos referidos instrumentos, em termos de sua descrição, sistemas de fluxos e processo de elaboração.

Instrumento	Descrição	Fluxos	Referências
1. Agenda	Prioridades e estratégias justificadas e detalhadas por esfera de governo; etapa prévia do processo de planejamento da gestão em saúde.	Descendente: gestores federal → estaduais → municipais e correspondentes conselhos e comissões intergestores.	Subsídios políticos e Epidemiológicos
2. Plano de Saúde	Introdução, diagnóstico situacional, prioridades, estratégias, análise estratégica, programação, quadro de metas, conclusões.	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões	Metas e intenções da gestão.
3. Quadro de Metas	Metas quantificadas por esfera de governo; base para elaboração dos relatórios de gestão.	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores	Resumo do Plano, destacando metas da agenda.
4. Relatório de Gestão	Correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos.	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores	Tópicos do Quadro de Metas demonstrados e justificados.

O sistema de fluxos caracteriza-se por sua natureza sucessivamente descendente e ascendente, com a contínua interlocução com os correspondentes conselhos de saúde e comissões intergestores:

- (a) No fluxo descendente, o Ministério da Saúde dá início ao processo, estabelecendo eixos prioritários de intervenção, objetivos e indicadores em uma Agenda Nacional de Saúde. Essa Agenda, em cada nível de gestão, vai sendo adequada, através de ampliações ou reduções em seus conteúdos, observando-se as especificidades locais.
- (b) Como início do fluxo ascendente, são formulados, em cada esfera de gestão (sucessivamente municípios, estados e União), os Planos de Saúde, dos quais se destacam os Quadros de Metas inspirados na Agenda de Saúde. Os Quadros de Metas, por sua vez, transformam-se no referencial que orientará a elaboração do Relatório de Gestão .

Assim, o processo de elaboração das Agendas, dos Planos e dos Relatórios de Gestão deverá ser, por natureza, integrado entre as três esferas de governo e aprovado pelas instâncias de controle social de cada nível.

3. Detalhamento dos instrumentos

3.1 Agenda de Saúde

As Agendas de Saúde – nacional, estaduais e municipais – deverão destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos, os indicadores e as metas prioritárias da Política de Saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual. São resultantes de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores.

A elaboração das Agendas de Saúde constitui a etapa inicial do processo. Elas são compostas pelo conjunto de eixos, justificados e detalhados em objetivos para cada esfera de governo. A Agenda de Saúde é uma espécie de «embrião» dos Planos de Saúde e de suas revisões anuais e, por consequência, dos Quadros de Metas e dos Relatórios de Gestão correspondentes.

As Agendas de Saúde, ao serem consolidadas e adaptadas em cada esfera de governo, comporão um processo de responsabilização progressiva, tendo por base as referências políticas, epidemiológicas e institucionais de cada esfera, sempre com a

homologação do Conselho de Saúde correspondente. O processo de construção da Agenda tem, assim, um percurso sucessivamente federal, estadual e municipal.

A periodicidade de elaboração da Agenda é anual. Constituem elementos típicos para a elaboração da Agenda as diversas referências políticas (planos de governo, pactos, deliberações dos Conselhos, etc.), técnicas e epidemiológicas.

3.2 Planos de Saúde

Os Planos de Saúde – nacional, estaduais e municipais – são as bases das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS. Portanto, devem responder ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera de governo, sendo revistos a cada ano em função das Agendas de Saúde e da PPI.

Os Planos de Saúde são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica. Devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes, em cada nível de gestão do SUS. Aos conselhos é recomendado promover debates para esclarecimento e para determinar alterações, se julgarem necessário.

Dessa forma, o Plano de Saúde (PS) consolida, em cada esfera, o processo de planejamento em saúde para dado período, devendo para tanto incorporar o objeto das programações em saúde. O processo por ele desencadeado tem trajetória “ascendente”: esfera municipal » estadual » federal.

A periodicidade de elaboração deste instrumento é quadrienal. Contudo, ele deve ser revisto anualmente em função de novas metas de gestão e de atenção eventualmente incorporadas, bem como em decorrência do processo de programação pactuada e integrada, que é anual. (ver Quadro de Metas).

De acordo com a Lei 8080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão, no que concerne à saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias anuais.

Assim, as ações previstas nos planos de saúde (e em suas revisões anuais) devem constituir a base sobre a qual será feita a proposta orçamentária para a área da saúde. Diante do conteúdo da Emenda Constitucional 29, essa vinculação torna-se ainda mais imperiosa para que se possa dar efetividade e continuidade à política de saúde.

Os elementos típicos para a elaboração do Plano de Saúde são os mesmos citados em relação à Agenda de Saúde.

3.3 Quadro de Metas

Os Quadros de Metas – nacional, estaduais e municipais – são partes integrantes dos Planos de Saúde que servirão de base para elaboração dos relatórios de gestão. Deverão conter os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo em cada exercício anual.

Os Quadros de Metas (QM) constituirão a base («espelho») para elaboração dos Relatórios de Gestão em cada esfera de governo. Os QM, parte «destacável» e sintética dos Planos de Saúde, serão analisados e consolidados pela esfera seguinte (SES ou MS) na lógica ascendente que parte dos municípios. Os conselhos de saúde e as comissões intergestores (CIB e CIT) poderão, no que lhes couber, determinar ou pactuar alterações nos QM.

Da mesma forma que os Planos de Saúde, os Quadros de Metas terão construção tipicamente ascendente (municípios » estados » MS) mediante um processo de consolidação e revisão crítica. A totalidade daí decorrente, não mais uma simples «soma das partes», passa a ter estatuto de compromisso entre esferas, e não de uma formulação abstrata ou ritual, que não reflete a realidade.

Dado que sua formulação é anual, os Quadros de Metas podem representar um detalhamento ou uma redefinição mais ágil das metas estabelecidas nos Planos de Saúde, que são quadrienais.

O elemento típico do QM é a síntese das metas e da programação em saúde propriamente dita.

3.4 Relatórios de Gestão

Os Relatórios de Gestão – nacional, estaduais e municipais – deverão avaliar o cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual, sendo elaborados pelos Gestores e submetidos aos Conselhos de Saúde.

O Relatório de Gestão (RG) destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS às instâncias formais do SUS, ao Legislativo, ao Ministério Público e à sociedade como um todo. Este instrumento deve possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada. O RG proporciona ainda subsídios para a avaliação e para a confecção das Agendas de Saúde e, consequentemente, dos Planos de Saúde subsequentes.

O RG é elaborado a partir da matriz de informações constituída pelo Quadro de Metas. Sua elaboração compete ao respectivo gestor do SUS, mas deve ser obrigatoriamente referendado pelos conselhos e comissões intergestores.

Assim como os quadros de metas, sua formulação é anual. O processo desencadeado pela elaboração e acompanhamento dos RG tem trajetória «ascendente», da esfera municipal para a estadual e a seguir para a federal.

Os elementos típicos do RG são: o diagnóstico situacional, ao qual se agregam as prioridades estabelecidas; e uma análise estratégica que permita a comparação crítica entre o previsto e o realizado, mediante a focalização do quadro-síntese das metas e da programação em saúde explicitadas no QM, bem como da aplicação dos recursos financeiros. O acompanhamento orçamentário-financeiro será realizado por meio das planilhas e indicadores disponibilizados pelo SIOPS.

4. Operacionalização

4.1 Esfera Federal

a) Agenda Nacional de Saúde

A preparação da Agenda Nacional de Saúde pelo Ministério da Saúde desencadeia o processo de aplicação dos instrumentos de gestão nos três níveis do sistema de saúde. A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são: (a) Os planos de Governo para a saúde e área social, constantes do PPA; (b) os acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário; (c) os pactos firmados entre gestores; (d) planos de saúde e relatórios de gestão pré-existentes; (d) informações institucio-

nais e epidemiológicas; (e) decisões oficiais do Conselho Nacional de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda; (f) outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade nacional.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esta finalidade, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao Ministério da Saúde. Na etapa seguinte, ou seja, após revisão da Agenda em conformidade com as recomendações emanadas do CNS, realiza-se a divulgação ampla do documento à sociedade e, particularmente, aos gestores estaduais, para os quais servirá de base para a elaboração das respectivas agendas de saúde.

A Agenda Nacional de Saúde deverá ser elaborada e devidamente homologada pelo Conselho Nacional de Saúde até o mês de março de cada ano. Ela é a base para a elaboração (quadrienal) e revisão (anual) do Plano Nacional de Saúde do ano subsequente e das agendas de saúde estaduais e municipais.

b) Plano Nacional de Saúde (PNS)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento constituem competência exclusiva do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as mesmas utilizadas na elaboração da Agenda Nacional de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o ao Ministério da Saúde. A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, aprovado pelo CNS como parte integrante do Plano.

A formulação e o encaminhamento do PNS ao Conselho Nacional de Saúde deverão ocorrer até o mês de julho do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões também até o mês de julho de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano e com a incorporação da seção referente às informações orçamentário-financeiras.

c) Quadro de Metas (QM)

Considerando que o Quadro de Metas é parte integrante do Plano Nacional de Saúde, as etapas de formulação correspondem àquelas descritas para o PNS.

O QM será elaborado anualmente, quer em decorrência da elaboração quadrienal ou da revisão anual do plano de saúde.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para essa finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento ao Ministério Público, submetendo-o ainda à apreciação em Audiências Públicas, conforme determina a lei.

O prazo para formulação do RG e encaminhamento ao CNS é o mês de fevereiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

4.2 Esfera Estadual

a) Agenda Estadual de Saúde

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar pertinentes. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as seguintes: (a) a Agenda Nacional de Saúde; (b) os documentos disponíveis contendo as diretrizes de governo para a saúde; (c) tanto o Plano Estadual de Saúde como Relatório de Gestão preexistente, mesmo se elaborados em outra administração; (d) informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis; (e) decisões oficiais do Conselho Estadual de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda; (f) outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade local.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor estadual. Em seguida deverá ser dada ampla divulgação da AC, de modo a alcançar todos os municípios do Estado. Em etapa imediatamente seguinte, inicia-se a elaboração do Plano Estadual de Saúde – PES.

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação da Agenda como o encaminhamento ao CES deverão ser feitos até o mês de abril de cada ano, para permitir a elaboração (quadrienal) ou revisão (anual) subsequente do PES.

b) Plano Estadual de Saúde (PES)

A formulação e o encaminhamento deste documento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as utilizadas na elaboração da Agenda de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor estadual.

A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, já aprovado pelo CES como parte integrante do Plano e seu encaminhamento ao Ministério da Saúde.

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação como o encaminhamento do PES ao Conselho Estadual de Saúde, em primeira instância, como ao Ministério da Saúde, posteriormente, deverão ocorrer até o mês de junho do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões eventuais também até o mês de junho de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano.

c) Quadro de Metas (QM)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e corrigi-lo no ato da análise do Plano Estadual de Saúde, do qual é parte integrante. As

referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são, naturalmente, as mesmas utilizadas na Agenda e no PES.

O encaminhamento inicial é o mesmo do PES, do qual o QM é parte integrante, ou seja: (a) ao Conselho Estadual de Saúde e (b) ao Ministério da Saúde.

Do ponto de vista dos prazos, obedeça-se ao já disposto para o PES.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor estadual. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esta finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público, submetendo-o ainda à apreciação em Audiências Públicas, conforme determina a lei

Do ponto de vista dos prazos, a formulação e o encaminhamento ao CES deverão ser feitos até o dia 20 (vinte) de fevereiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

4.3 Esfera Municipal

a) Agenda Municipal de Saúde

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias.

As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as seguintes: (a) a Agenda de Estadual de Saúde, que por sua vez deriva da Nacional; (b) os documentos disponíveis contendo as diretrizes do governo local para a saúde; (c) tanto o Plano Municipal de Saúde como Relatório de Gestão pré-existent, mesmo se elaborados em outra administração; (d) informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis; (e) decisões oficiais do Conselho Municipal

de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda e, além disso, outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade local.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor municipal. Na etapa seguinte, ou seja, após revisão da Agenda em conformidade com as recomendações emanadas do CMS, realiza-se a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS, ver item seguinte).

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação da Agenda como o seu encaminhamento ao CMS deverão ser feitos até o mês de maio de cada ano, para permitir a elaboração (quadrienal) ou revisão (anual) subsequente do PMS.

b) Plano Municipal de Saúde (PMS)

A formulação e o encaminhamento deste documento são de competência exclusiva do Gestor Municipal, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as utilizadas na elaboração da Agenda de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor municipal. A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, já aprovado pelo CMS como parte integrante do Plano e seu encaminhamento ao Gestor Estadual.

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação como o encaminhamento do PMS – ao Conselho Municipal de Saúde, em primeira instância, e ao Gestor Estadual, posteriormente – deverão ocorrer até o mês de maio do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões eventuais também até o mês de maio de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano.

c) Quadro de Metas (QM)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar necessárias no ato da análise do Plano Municipal de Saúde, do qual é parte integrante. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são, naturalmente, as mesmas utilizadas na AC e no PMS.

O encaminhamento inicial é o mesmo do PMS, do qual o QM é parte integrante, ou seja: (a) ao Conselho Municipal de Saúde e (b) ao Gestor Estadual.

Do ponto de vista dos prazos, obedeça-se ao já disposto para o PMS.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Gestor Municipal. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para essa finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento posterior ao Gestor Estadual e ao Ministério Público, submetendo-o ainda a Audiências Públicas, conforme determina a lei.

Do ponto de vista dos prazos, sua formulação deve iniciar-se em dezembro e seu encaminhamento ao CES deve ocorrer até 20 (vinte) de janeiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

5. Fluxo de elaboração e aplicação dos instrumentos

O processo de elaboração e aplicação dos instrumentos de gestão aqui apresentados pode ser sistematizado como se segue, tendo como abertura a formulação de cada instrumento, passo a passo:

1. Primeiro momento: elaboração e difusão da Agenda Nacional Saúde
 - (a) Passo 1: o gestor nacional formula a Agenda Nacional com a participação do CNS.
 - (b) Passo 2: a Agenda Nacional é difundida aos estados, que ao elaborarem suas agendas incorporam as prioridades nacionais no que couber.
 - (c) Passo 3: a Agenda Estadual é difundida aos municípios respectivos, que ao elaborarem suas agendas incorporam as prioridades estaduais no que couber.
 - (d) Passo 4: os gestores estaduais e municipais elaboram as respectivas agendas, com participação dos conselhos, e promovem sua divulgação.

2. Segundo momento: elaboração e encaminhamento dos Planos de Saúde e dos Quadros de Metas
 - (a) Passo 1: a partir das prioridades e metas definidas na agenda da esfera respectiva, tendo por base a Agenda Nacional, os gestores elaboram os planos de saúde e correspondentes quadros de metas, com participação dos conselhos.
 - (b) Passo 2: os quadros de metas são encaminhados pelos gestores municipais ao gestor estadual e por este, uma vez consolidados, ao Ministério da Saúde.
 - (c) Passo 3: Os gestores federal e estaduais revêem e analisam a coerência dos quadros de metas recebidos, respectivamente, dos estados e dos municípios.
 - (d) Passo 4: os gestores federal e estaduais consolidam os quadros de metas dos estados e dos municípios.
3. Terceiro momento: elaboração e encaminhamento dos Relatórios de Gestão
 - (a) Passo 1: a partir dos quadros de metas respectivos, os gestores estaduais e municipais elaboram seus relatórios de gestão.
 - (b) Passo 2: os relatórios de gestão são encaminhados pelos gestores municipais ao gestor estadual, que os analisa e os consolida.
 - (c) Passo 3: os relatórios de gestão consolidados são encaminhados pelos gestores estaduais ao Ministério da Saúde.
 - (d) Passo 4: os relatórios de gestão são encaminhados ao Ministério Público e submetidos a Audiências Públicas, nos termos da lei.

6. Medidas em caso de omissão e inadimplência na formulação e apresentação dos instrumentos de gestão

A formulação e a apresentação das agendas e dos planos de saúde, dos quadros de metas e dos relatórios de gestão constituem tarefa típica e insubstituível dos gestores do SUS, subsidiados pelos conselhos respectivos, dentro de uma dinâmica de auto-responsabilização, de solidariedade, de integração e de pactuação.

O não cumprimento de quaisquer de seus dispositivos implicará, em primeiro lugar, na notificação ao interessado e na oferta de apoio técnico para a solução do problema, através de ações de acompanhamento e da capacitação no que for cabível. Tais medidas constituem obrigação das SES, quando o problema for verificado em qualquer de seus municípios, e do MS, no caso de o não cumprimento partir dos estados.

Casos de omissão reiterada ou não justificada na prestação dos compromissos aqui previstos deverão gerar procedimentos corretivos específicos e eventualmente penalidades previstas em lei, guardando-se, em todos os casos, o direito de defesa, mediante apresentação de recurso, à parte faltosa.

Completados os prazos previstos para apresentação dos instrumentos por parte dos gestores, com tolerância máxima de 30 dias, o Ministério da Saúde ou as secretarias estaduais, no que lhes couber, deverão preparar uma lista das inadimplências verificadas e, de imediato, agendar visitas ou outros contatos de esclarecimento, para apurar as causas das omissões.

Será concedido aos inadimplentes novo período para correção das irregularidades, não superior a 30 dias. Desta forma, a lista acima referida deverá estar depurada das situações já resolvidas, deixando registradas apenas as inadimplências persistentes e consideradas passíveis de procedimentos específicos ou penalidades, a serem submetidas à CIB ou à CIT, nos casos respectivos de inadimplências municipais ou estaduais, para homologação das medidas cabíveis.

7. Referências Normativas e Técnicas

PLANOS DE SAÚDE	
ESPECIFICAÇÃO	EMENTA
Lei 8080; art. 15	Estabelece, como atribuição comum à União, estados e municípios a elaboração e a atualização periódica do plano de saúde, de conformidade com o qual deve ser elaborada a proposta orçamentária
Lei 8080; art. 36; parágrafos 1º e 2º.	Define o processo de planejamento do SUS como ascendente, ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades com as disponibilidades de recursos em Planos de Saúde das três esferas de governo; os Planos serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS; vedadas transferência de recursos para ações não previstas em Planos de Saúde.
Lei 8142; art. 4º.	Estabelece a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos.
Decreto 1232/94	Estabelece como conteúdo dos Planos de Saúde a definição de percentuais orçamentários para financiamento das atividades e programas de saúde em cada esfera de governo
Decreto 1651/95 (S. N. Auditoria)	Define que a análise de Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do SNA.

NOB SUS 01/96	Define que PS e RG, devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB. Define como conteúdos para PS: «estratégias, prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo da integração das programações dos sistemas municipais», em um processo de planejamento articulado e interdependente.
RELATÓRIOS DE GESTÃO	
Lei 8080; art. 33, parágrafo 4º.	Estabelece a necessidade de acompanhamento, da conformidade à programação aprovada, dos recursos repassados a estados e municípios.
Lei 8142; art. 4º.	Estabelece a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos.
Decreto 1651/95 (Sistema Nacional Auditoria).	<ul style="list-style-type: none"> • Define que a análise de Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do SNA. • Explicita que o RG é o instrumento de acompanhamento financeiro, do funcionamento dos serviços e da eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS. • Define o conteúdo dos RG: (a) programação e execução física e financeira de atividades; (b) comprovação de resultados alcançados referentes aos Planos de Saúde; (c) demonstração quantitativa da aplicação de recursos financeiros próprios e transferidos.
NOB SUS 01/96	Define que RG, devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB.
AGENDA DE SAÚDE	
Portaria MS 393/2001	As Agendas de Saúde – Nacional, estaduais e municipais – deverão destacar e justificar os eixos prioritários, objetivos, e indicadores da Política de Saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual e são resultantes de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores
PLANO PLURIANUAL (PPA)	

<p>Lei 9989/2000</p>	<p>Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2000/2003, elaborado a partir das diretrizes estratégicas do Governo Federal: (a) consolidar a estabilidade econômica; (b) promover o desenvolvimento e o crescimento sustentado; (c) consolidar a democracia e a defesa dos direitos humanos; (d) reduzir as desigualdades inter-regionais.</p>
<p>EPIDEMIOLOGIA</p>	
<p>PORTARIA nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999MS/Funasa: Programação Pactuada e Integrada – Epidemiologia e Controle de Doenças.</p>	<p>Regulamenta que as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD.</p>

6. Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995.

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição. com fundamento nos artigos 15, inciso I, 16, inciso XIX e 33, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993,

DECRETA

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA. nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise:

- a) do contexto normativo referente ao SUS;
- b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;
- c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
- d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
- e) de indicadores de morbimortalidade;

- f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
 - g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de interação;
 - h) do desempenho da rede de serviços de saúde;
 - i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
 - j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
 - l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;
- II - à verificação:
- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,
 - b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;
- III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 4º O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei n 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

§ 2º Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal

a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142,

de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994;

b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão;

d) os sistemas estaduais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual

a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;

b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal:

a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;

b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados;

c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes;

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omissas ou sem condições de executá-las.

§ 2º Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante:

a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congêneres, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;

b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

II - para o Tribunal de Contas, a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde, remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 7º os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e os membros das Comissões Corredoras serem proprietários, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º A direção do SUS em cada nível de governo apresentará trimestralmente o Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vere-

adores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 10. Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

Art. 11. Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 12. Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à discricção dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13. O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir normas complementares a este Decreto.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revoga-se o Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994.

Brasília, 28 de setembro de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

Fernando Henrique Cardoso

Adib Jatene

ANEXO II

Análise das Portarias Ministeriais e do Decreto nº 1651/95

1. Análise da Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001.

Deixa-se de comentar a Portaria nº 548, de 2001, por julgar que a mesma deve ser inteiramente revogada, uma vez que o seu conteúdo não guarda nenhuma relação com as novas regras do Planejamento da Saúde, além de criar instrumentos, como a Agenda da Saúde, que confronta com o Plano de Saúde, previsto na Lei nº 8.080/90.

2. Análise da Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006.

Essa Portaria trata do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Preliminarmente, convém ressaltar que deveria ser esclarecido na Portaria que a PPI é um instrumento que operacionaliza, anualmente, o plano de saúde no que concerne à assistência à saúde.

Os comentários seguem abaixo do texto, em negrito e sublinhado.

3 Análise da Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006.

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de assistência à saúde, com equidade;

Considerando o Inciso XI do art. 7º do capítulo II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológi-

cos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”;

Considerando o art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (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”;

Considerando a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde;

Considerando o disposto nas Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, aprovadas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, em especial seu item III.A.5 – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e item III. B. 3 – Responsabilidades no Planejamento e Programação;

Considerando o financiamento tripartite para as ações e os serviços de saúde, conforme o disposto na Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando os parâmetros para a programação de ações de assistência à saúde a serem publicados pelo Ministério da Saúde em portaria específica;

Considerando a necessidade de acompanhamento dos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) pelo Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade de redefinição dos mecanismos de envio das atualizações das programações e dos respectivos limites financeiros de média e alta complexidade pelos Estados; e

Considerando a reformulação da Programação Pactuada e Integrada aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 27 de abril de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Art. 2º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde se oriente pelo Manual “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde”, a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

1. Comentários: aqui deveria se esclarecer que se trata de Manual de diretrizes para o plano de saúde e seu detalhamento, no qual inclui a PPI, divulgado pelo Ministério, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art. 3º Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;

III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;

IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;

V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;

VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e

VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam

explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria.

§ 1º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, de que trata o inciso VII deste artigo, é o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios.

§ 2º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso entre municípios de uma mesma Unidade Federada deve ser aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

§ 3º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso interestadual deve ser aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados envolvidos.

Art. 4º Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência são os seguintes:

I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão;

II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;

III - ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada; e

IV - estar em consonância com o processo de construção da regionalização.

Art. 5º Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência são os seguintes:

I - Centralidade da Atenção Básica – a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;

II - Conformação das Aberturas Programáticas:

a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;

b) a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;

c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e

d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;

III - Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:

a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;

b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;

IV - Integração das Programações – os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;

V - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados – visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e

VI - Processo de Programação e Relação Intergestores – definição das seguintes etapas no processo de programação:

a) Etapa Preliminar de Programação;

b) Programação Municipal;

c) Pactuação Regional; e

d) Consolidação da PPI Estadual.

§ 1º Estabelecer que, quando necessário, seja realizada a programação interestadual, com a participação dos Estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização.

§ 2º Estabelecer que a programação de Estados, de municípios e do Distrito Federal esteja refletida na programação dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

§ 3º Dar flexibilidade aos gestores estaduais e municipais na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

Art 6º A programação nas regiões de fronteiras internacionais deve respeitar o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras), instituído pela Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005.

Art 7º Definir que a Programação Pactuada e Integrada seja realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.

Parágrafo único. Estabelecer que no início da gestão municipal seja efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde.

Art. 8º Estabelecer que, ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal encaminhe à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB:

I - cópia da resolução CIB que aprova a nova programação;

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme Anexo II a esta portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB;

III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e

IV - memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal podem dispor de instrumentos próprios de programação, respeitando os padrões estabelecidos por esta Portaria.

§ 2º Os incisos III e IV deste artigo podem ser substituídos pelo envio da base do sistema informatizado do Ministério da Saúde, para os Estados que optarem pela sua utilização.

Art 9º Determinar que alterações periódicas nos Limites Financeiros dos Recursos Assistenciais para Média e Alta Complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, decorrentes de revisões na PPI, sejam aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde, e do Distrito Federal mediante ofício, devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB, acompanhado da seguinte documentação:

I - cópia da Resolução da CIB que altera o(s) limite(s) financeiro(s), justificando e explicitando os valores anuais do Estado e dos Municípios envolvidos; e

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade conforme o Anexo II a esta Portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB.

Art 10. Os documentos discriminados nos incisos dos artigos 8º e 9º desta Portaria deverão ser postados à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC)

Parágrafo único. Os quadros referentes ao Anexo II a esta Portaria também deverão ser encaminhados em meio magnético à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio do endereço eletrônico ppiassistencial@saude.gov.br, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro MAC.

Art. 11. Definir com competência da Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, a conferência e a validação da documentação encaminhada pelos Estados e o Distrito Federal, bem como a devida orientação às Secretarias Estaduais quanto ao seu correto preenchimento.

Art. 12. Estabelecer que as alterações de limites financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos nesta Portaria, entrem em vigor a partir da competência subsequente ao envio da documentação pela CIB, por intermédio de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 1º Quando ocorrerem erros no preenchimento da documentação, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas deverá comunicar à CIB, viabilizando um prazo para regularização pela SES, não superior a cinco dias úteis, objetivando que a vigência da publicação não seja prejudicada.

§ 2º Não serão realizadas alterações de limites financeiros, com efeitos retroativos em relação ao prazo estabelecido no artigo 10, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados.

§ 3º Os casos excepcionais deverão ser enviados à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com as devidas justificativas pela CIB Estadual e estarão condicionados à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, para posterior processamento pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

§ 4º As mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS, serão de exclusiva responsabilidade do gestor do SUS que as adotar.

§ 5º Nas situações em que não houver acordo na Comissão Intergestores Bipartite, vale o disposto no regulamento do Pacto de Gestão, publicado pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

Art 13. Determinar que à Secretaria de Atenção à Saúde/MS adote as medidas necessárias à publicação de portaria com Parâmetros para Programação de Ações de Assistência à Saúde.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

Art. 15. Fica revogada a Portaria nº 1.020/GM, de 31 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 107, de 6 de junho de 2002, página 39, Seção 1, e a Portaria nº 04/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 5-E, de 7 de janeiro de 2000, página 20, Seção 1.

José Agenor Álvares da Silva

4. Análise da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Essa Portaria trata do planejamento da saúde, dispondo sobre a sua organização, eixos, lógica e cuidando do financiamento.

Os comentários seguem no próprio corpo da Portaria, em negrito e sublinhado.

Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Agenor Álvares da Silva

Anexo (constante da Portaria nº 399/2006)

4. Planejamento no SUS

4.1 O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

- O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera

de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

1. Comentários: nesse tópico, vê-se a inclusão no planejamento do “monitoramento e da avaliação”, ações que não são típicas do planejamento, uma vez que se inserem no controle e avaliação do plano de saúde, ainda que, obviamente, sejam instrumentos para o planejamento. Se a pretensão de incluir essas ações nesse texto é a que esse monitoramento e essa avaliação irão orientar o processo de planejamento, tudo bem; mas, se se trata de avaliação e monitoramento próprios da Auditoria e incluídos no planejamento, haveria necessidade de ser melhor explicitado o papel de cada um, para não confundirem as ações.

- Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais, regionais e nacionais.
- Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.
- No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolutividade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

4.2 Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

- Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

- Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;
- Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;
- Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;
- Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;
- Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;
- Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

4.3 Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento

- Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:
- Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;

- Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;
- Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

2. Comentários: A PPI tem que vir vinculada ao plano de saúde e não apartado dela – ela só tem valor se for um detalhamento do plano e não uma peça separada. Habitualmente, não se faz a necessária ligação entre o plano de saúde e a PPI, valorizando-se a PPI em detrimento do plano de saúde que é a sua origem.

Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referencia entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

- A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;
- Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente;
- A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;
- A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;
- A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

- **Regulação da Atenção à Saúde** – tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
- **Contratação** – o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.
- **Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial** – conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.
- **Complexos Reguladores** – uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal,

micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

- Auditoria Assistencial ou clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

- Cada prestador responde apenas a um gestor;
- A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
 - da descentralização, municipalização e comando único;
 - da busca da escala adequada e da qualidade;
 - considerar a complexidade da rede de serviços locais;
 - considerar a efetiva capacidade de regulação;
 - considerar o desenho da rede estadual da assistência;
 - a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;
- A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
 - Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
 - Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;
- Modelos que diferem do item ‘d’ acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.
- São metas para este Pacto, no prazo de um ano:
 - Contratualização de todos os prestadores de serviço;
 - Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

- Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

5. Análise da Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.

Comentários: os instrumentos de gestão do SUS – fundo, planejamento, relatórios, controle, avaliação, conselhos – são obrigatórios para todos os municípios. O que se pode permitir e se deve fazê-lo é simplificar e colaborar com os municípios de menor porte no tocante as ações de planejamento, as quais devem ser extremamente simplificadas, compatibilizando-se as suas responsabilidades com a execução de serviços de saúde com as de planejamento. Se são serviços de atenção básica, o planejamento deve ser o mais singelo possível e suas estruturas, idem. Poder-se-ia minimizar para esses municípios todo o sistema de planejamento. Mas nenhum município, por menor que seja, poderá deixar de observar as determinações legais. Deve-se simplificar o modo como irá fazê-lo. E isso deve ser feito, sob pena de se inviabilizar a gestão desses municípios.

6. Análise do Decreto nº 1.651, de 28/09/1995 – Sistema Nacional de Auditoria.

A análise desse Decreto – que faço por solicitação da CGPL – uma vez que não é objeto do presente estudo por se tratar do Sistema Nacional de Auditoria e não do PlanejaSUS – contemplará apenas aspectos que dizem respeito ao planejamento.

Lembro, ainda, por oportuno, que o Sistema Nacional de Auditoria – por ser o sistema de controle interno do SUS – deverá ser objeto de Lei Complementar, conforme determina a EC 29, que alterou o art. 198 da CF – “Lei Complementar que será avaliada pelo menos a cada cinco anos estabelecerá, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal” (art. 198, § 3º, III da CF).

Desse modo, esclareço que o Projeto de Lei Complementar (PLC) 001/2003, que tramita no Congresso Nacional, com o objetivo de regulamentar esse dispositivo constitucional, não traz em seu bojo nenhuma norma sobre fiscalização, controle e avaliação das despesas do SUS, havendo necessidade de que seja proposto PLC para regulamentar o Sistema Nacional de Auditoria, o qual integra o

sistema de controle interno da administração pública com o objetivo específico de controlar os gastos com a saúde pública. Ressalto que na ausência da lei complementar, as leis que tratam do tema estão recepcionadas, com força de lei complementar: Lei 8.080/90 e Lei n. 8.689/93 (art. 6º).

Assim, o Sistema Nacional de Auditoria deverá ser revisto integralmente, devendo ser objeto de nova regulamentação que realmente contemple todas as especificidades do SUS, o qual, ao mesmo tempo em que confere competência às três esferas de governo para cuidar e legislar complementarmente sobre saúde, as unem em torno de sistema que deve ser organizado sob a forma de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, o que traz grande complexidade organizativa para o SUS de cada esfera de governo.

Após a edição dessa futura lei complementar, regulamentando o texto constitucional, o decreto em análise deverá ser reformulado, tendo em vista as competências estaduais e municipais para dispor sobre o seu sistema de controle interno na área da saúde.

E a saúde contempla, ainda, a participação da comunidade na definição das políticas de saúde e no controle da execução dos planos de saúde, em todos os seus aspectos, consolidando uma forma de gestão participativa, própria da democracia participativa, com planejamento participativo (Conferências de Saúde), orçamento participativo (planos de saúde e sua orçamentação anual) etc.

Por isso, entendo como pertinente que a área de Planejamento do Ministério da Saúde, juntamente com a área de controle interno, inicie um processo de redação de projeto de lei complementar regulamentando o dispositivo constitucional, o qual deverá contemplar todas as etapas do controle, com as conexões intersetoriais -- do planejamento ao relatório de gestão.

Daí que, qualquer análise do referido decreto, não poderá desconhecer que, no momento, o mais importante é tentar cumprir a EC 29 que exige a regulamentação, por lei complementar, desse sistema de controle do SUS.

Desse modo, os comentários serão muito sucintos, tendo em vista, primeiro, se tratar de outro tema – controle interno e não planejamento – e, segundo, a necessidade de revisão de toda a legislação ora existente sobre controle interno do SUS, objeto que escapa a esse estudo.

Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição. com fundamento nos artigos 15, inciso I, 16, inciso XIX e 33, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993,

DECRETA

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS. em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA. nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

Comentários: a análise do plano de saúde, suas programações e os consequentes relatórios de gestão devem priorizar, no âmbito do SNA, os aspectos que visem ao controle das despesas, dos gastos com saúde e a sua

natureza, ou seja, se há conformidade da despesa realizada com a programação aprovada, conforme dispõe o § 4º do art. 33, da Lei 8.080/90. Essa verificação é feita pelo relatório de gestão, nos termos do art. 4º, IV, da Lei 8.142/90. Os resultados das análises irão, na maioria das vezes, servir de orientação para o planejamento.

- c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
 - d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
 - e) de indicadores de morbimortalidade;
 - f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
 - g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de interação;
 - h) do desempenho da rede de serviços de saúde;
 - i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
 - j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
 - l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;
- II - à verificação:
- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,
 - b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;
- III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 4º O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei n 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

§ 2º Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal

a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994;

Comentário: aqui fica claro que o acompanhamento federal se pauta pelo relatório de gestão.

b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão;

d) os sistemas estaduais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual

a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;

b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal:

a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;

b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados;

c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes;

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omisso ou sem condições de executá-las.

§ 2º Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Comentário: essa Comissão até hoje não foi implantada.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante:

a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congêneres, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;

b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

Comentários: neste Decreto se privilegia pura e simplesmente o controle dos gastos com saúde, separando os recursos de convênios dos recursos do fundo a fundo. Entendo que todos os recursos da saúde – depositados e aplicados obrigatoriamente por meio de fundo de saúde – devem estar previstos nos orçamentos dos planos de saúde os quais irão financiar as suas programações, devendo o relatório de gestão contemplar todos esses gastos, em todos os seus aspectos, sem separar o gasto com convênio do gasto com repasse fundo a fundo. Nesse sentido, o planejamento da saúde deverá utilizar o relatório de gestão como mais um instrumento para a sua realização.

II - para o Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde. remunerados de acordo com os valores

de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Comentários: os órgãos competentes do planejamento deveriam analisar se este artigo, o 6º, contempla todos os instrumentos que um relatório de gestão deve conter, à luz da legislação vigente, como a Lei Complementar 101.

Art. 7º os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e os membros das Comissões Corredoras serem proprietários, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º A direção do SUS em cada nível de governo apresentará trimestralmente o Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 10. Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

Art. 11. Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 12. Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à discrição dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13. O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir normas complementares a este Decreto.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revoga-se o Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994.

Brasília, 28 de setembro de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

Fernando Henrique Cardoso

978-85-334-1279-7



Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Legislação em Saúde
www.saude.gov.br/saudelegis



Ministério
da Saúde

