COSEMS-PR
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná

A GESTAO DO SISTEMA ÚNICO DE SAUDE

1. INTRODUCAO

A Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é complexa e orientada por uma regulamentação extensa e em constante movimento. No entanto, sua base estruturante encontra-se na Constituição Federal e especialmente nas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº. 8.080/1990 e Lei nº. 8.142/90, também na Lei nº. 141/2012, Decreto 7508/2011, bem como em regulamentos infralegais como portarias e resoluções que são discutidas e publicadas conforme as pactuações regionais, estaduais e nacionais, através dos Colegiados de Gestão.

Nesse contexto, o gestor da Saúde precisa exercer um papel dinâmico que permeia tanto as questões técnicas quanto políticas e éticas, e reconhecer estas dimensões o ajuda a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo.

Precisa estar atento as necessidades de saúde, aos projetos de governo, as solicitações e indicações da população - postas pelas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, ao orçamento municipal, organização e funcionamento da administração pública de forma sistêmica, olhando para além da sua pasta.

Contudo, ser gestor, não é algo que se aprende nas linhas de uma atividade única, de um curso ou de um texto, mas no dia a dia do trabalho nos diferentes espaços de atuação. O que se propõe nesse momento não é esgotar as discussões acerca da gestão do SUS, mas encetar a reflexão e o desejo de ressignificar os conhecimentos prévios e os a serem construídos a partir da leitura desse material.

Os assuntos aqui propostos são apenas parte daquilo que a gestão vivencia. Isso não tira o mérito da discussão, pelo contrário, traz um cenário importante sobre questões relevantes e que influenciam diretamente a forma de condução de uma Secretaria Municipal de Saúde. Trataremos de questões relativas ao processo de implantação e operacionalização do SUS, que indica caminhos para a compreensão das responsabilidades na gestão do SUS, visto que estas interferem sobremaneira na assistência à saúde da população, portanto pautas fundamentais para o desenrolar de uma gestão responsável e comprometida.

2. PROCESSO HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA GESTÃO DO SUS

2.1 Bases legais do SUS

O Sistema Único de saúde (SUS) é fruto do movimento da reforma sanitária brasileira, que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) seu mais forte ponto de mobilização, o que possibilitou em 1988 a instituição do SUS pela Constituição Federal.

Os fundamentos do SUS estão expressos na seção II do capítulo II do título VIII da Constituição Federal de 1988, que trata da Seguridade Social. Essa seção estabelece: os direitos dos usuários, os deveres do estado e as diretrizes da organização do sistema; como será financiado esse sistema; a participação da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde; as atribuições do sistema; e a admissão de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias. (CONASS, 2015).

Para a regulamentação do SUS, Leis Complementares e Ordinárias foram aprovadas pelo Congresso Nacional, a saber as Leis Orgânicas da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Lei nº. 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.

Ao longo do tempo, a Lei nº. 8.080/1990 foi alterada pelas Leis nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999; nº. 10.424, de 15 de abril de 2002; nº. 11.108, de 7 de abril de 2005; nº. 12.401, de 12 de abril de 2011; nº. 12.466, de 24 de agosto de 2011; nº. 12.895, de 18 de dezembro de 2013; e mais recentemente pela LC nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. As Leis acima citadas incluíram novos capítulos na Lei nº. 8.080/1990. Respectivamente tratam do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; do Subsistema de atendimento e internação domiciliar; do Subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde; do reconhecimento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições; obriga os hospitais de todo o país a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante e Lei nº. 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o §3o do art. 198 da

Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.689 de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Importante também citar, para além das Leis estruturantes do SUS, as Emendas Constitucionais aprovadas pelo Congresso Nacional: a EC nº. 29, de 13 de setembro de 2000, a EC nº. 42, de 19 de dezembro de 2003, a EC nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006, a EC nº. 63, de 4 de fevereiro de 2010, a EC nº. 86, de 17 de março de 2015 e a EC 95, de 16 de dezembro de 2016, que alteraram ou complementaram a Constituição Federal. Todas essas emendas impactaram de forma significativa aspectos da organização e funcionamento do SUS.

Para viabilizar a operacionalização do SUS e regulamentar as leis já publicadas, foram editados o Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e o Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS. (CONASS, 2015). Mais recentemente o Decreto nº. 7.508 de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº. 8.080/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Percebe-se que houve um intervalo de vinte anos entre a aprovação da Lei nº 8.080/1990 e sua regulamentação por meio de decreto. O que aconteceu nesse intervalo para estruturação e organização do SUS pelas três esferas de gestão, e o que se apresenta para o momento é o que trataremos a seguir.

2.2 Caminhos da Gestão

2.2.1 - O início do processo de implantação do SUS: as Normas Operacionais Básicas - NOB.

Após a sanção das Leis Orgânicas da Saúde, dá-se início ao processo de implantação do SUS, por meio de atos administrativos normativos, em especial as portarias editadas pelo Ministério da Saúde, que se constituíram em regulamentos norteadores e organizadores do processo de descentralização da gestão do SUS.

A década de 1990 foi marcada por quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), no período de 1991 a 1996, as quais foram sólidos fundamentos para a descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil. De forma concreta, a descentralização tem início a partir de 1991, com a edição da Norma

Operacional Básica 01/91 do INAMPS (BRASIL, 1991), seguida e substituída pelas NOB 01/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS (BRASIL, 1992), NOB 01/93 (BRASIL, 1993) e NOB 01/96 (BRASIL, 1996), as três últimas emitidas pelo Ministério da Saúde.

2.2.1.1- Norma Operacional Básica 01/1991.

A NOB 01/91, foi instituída por meio da Resolução do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS nº 258, de 07 de janeiro de 1991 e reeditada com alterações pela Resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, pelo seu presidente. Intitulada como nova política de financiamento do SUS para 1991, o foco dessa norma foi o repasse, acompanhamento, controle e avaliação de recursos financeiros do INAMPS para municípios e estados, como incentivo ao processo de descentralização. “A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nos 8.074/90 e 8.080/90. São estabelecidas nesta Norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos” (BRASIL, 1991).

Para o pagamento dos serviços hospitalares é o INAMPS que o faz diretamente ao prestador, assim como ele também define critério populacional é a base para o repasse do quantitativo das AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para estados e municípios, os quais tem mera função administrativa de distribuição das AIH aos prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados. Para os municípios municipalizados, ou seja, que atendam aos critérios da Lei 8.142/1990, será repassado o número de AIH equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, o restante equivalente a 1/12 de 2% da população ficará com a secretaria estadual de saúde para o fundo de compensação. As AIHs dos municípios que não atendam aos critérios já mencionados ficarão sob a gestão da secretaria estadual de saúde.

Para o financiamento ambulatorial, a norma descreve os procedimentos operacionais e destaca o convênio como instrumento a ser utilizado para o repasse de recursos do INAMPS aos estados e municípios. “Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições contidas no Art. 17 da Lei 8.074, de 31/07/90, será utilizado o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios” (BRASIL, 1991). Desta forma, o pagamento das ações e serviços ambulatoriais públicos, privados ou conveniados passa a ser feito por meio do sistema de cobertura ambulatorial, para tanto a

norma institui a UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial e, entre outras ações para efetiva operacionalização é criado o sistema de informação ambulatorial - SIA/SUS. A UCA, destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, é repassada tendo como critérios a população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde do Estado.

Sobre o financiamento para investimento na rede, a norma propõe recursos de capital transferidos aos Estados e Distrito Federal, através das Unidades de Capacitação da Rede (URC) destinadas as unidades públicas estaduais e municipais, visando a reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública, de acordo com os planos de saúde aprovados pelos conselhos de saúde.

Esta norma cria o Fator de Estímulo a Municipalização – FEM, montante a ser transferido aos municípios "municipalizados", obtido pelo cálculo de 5% do valor da UCA do estado multiplicado pelo número de habitantes do município, o valor obtido será dividido por 12 e repassado a este mensalmente. Esse é o único recurso previsto nessa normativa que não está vinculado à produção de serviço.

A norma traz também a possibilidade dos municípios se consorciarem: "Em conformidade com o Art. 18, inciso VII, da Lei 8.080, de 19/09/90, os Municípios poderão formar consórcios administrativos intermunicipais, visando à articulação e integração da assistência à saúde" (BRASIL, 1991), citando o município polo como o que tem a rede assistencial mais adequada e o formato do rateio dos custos do consórcio entre os municípios.

O item Acompanhamento, Controle e Avaliação presente na norma, traz de forma incipiente o papel dos conselhos de saúde e de forma mais detalhada sobre os fundos de saúde e os processos burocráticos de prestação de contas, pois ali também estão incluídos a programação e orçamentação da saúde e os relatórios de gestão.

Os municípios que que não se propuseram a atender aos critérios estabelecidos nas Lei nº. 8.080/90, Lei nº. 8.142/1990 e normas complementares do INAMPS/MS tiveram os recursos que lhes cabiam repassados à Secretaria Estadual de Saúde. Os requisitos desta norma para estados e municípios receberem os repasses federais, são: criação de Fundo de Saúde, criação de Conselho de Saúde, elaboração de Plano de Saúde, Programação e Orçamentação da Saúde, apresentação de Relatório de Gestão, Contrapartida de Recursos para a Saúde do seu orçamento e criação de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, com o prazo de 02(dois) anos para a sua implantação.

Mesmo sendo uma norma orientadora para o sistema nacional de saúde, ela prioriza a assistência ambulatorial e hospitalar, refletindo o modelo médico assistencialista vigente à época, também o fato de ter sido editada pelo INAMPS corrobora para o entendimento da centralização do poder, presente em

todo texto e refletida na forma e critérios como são distribuídos os recursos financeiros. Resumidamente a NOB/91 equipara prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento o pagamento é pela produção de serviços; centraliza a gestão do SUS no nível federal (INAMPS); estabelece o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios – Convênio SUS; considera como "municipalizados" os municípios que atendam aos requisitos básicos da Lei 8.142 (fundos de saúde, conselhos de saúde, planos de saúde e outros lá previstos); muda o sistema de pagamento dos prestadores de serviços com a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

2.2.1.2 - Norma Operacional Básica 01/1992.

A NOB 01/92, foi instituída pela Portaria nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992, pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Essa normativa surge da necessidade de normalizar a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992, a fim de evitar a descontinuidade de ações e serviços de saúde prestados à população.

"A presente Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, tem como objetivos normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Saúde, entendida como direito de todo cidadão e dever do Estado, a ser garantido pelo acesso gratuito, universal e equânime a um conjunto de ações e serviços de saúde organizados e distribuídos de forma regionalizada e articulados de forma hierarquizada, constituindo um sistema único, com gestor único em cada esfera de governo, de execução municipalista em termos operacionais e gerenciais, com obrigatória participação da sociedade organizada no seu planejamento, execução, controle e avaliação"(BRASIL, 1992).

O texto acima citado que define os objetivos da normativa em questão, é indicativo de que diferentemente da norma que a antecedeu, apesar da centralização do financiamento no ente federal como na anterior, já apresenta alguns elementos de descentralização quando cita o planejamento, comando único, co-gestão (diálogo permanente entre MS, CONASS e CONASEMS), cooperação técnica e participação da comunidade. Também nas disposições gerais faz menção a políticas e normas específicas relacionadas às órteses e próteses ambulatoriais, medicamentos especiais, tratamentos fora de domicílio e campanhas de vacinação.

Sobre o Financiamento do SUS, a NOB 01/92 cita que ele é de competência das três esferas de gestão e que o financiamento federal mantém a classificação custeio e investimentos e deve se somar aos recursos estadual e municipal. Sobre o pagamento das atividades ambulatoriais e hospitalares mantém as condições e formato da normativa anterior. Em relação aos sistemas de informação, traz os dois sistemas de informação da linha assistencial do SUS, implantados e utilizados pelo nível federal: o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. O controle e avaliação é mantido com destaque agora também para auditoria.

Quanto ao processo de municipalização em si, define que são os requisitos básicos previstos na Lei nº 8.142/90, e estabelece o fluxo da documentação comprobatória, devendo os municípios encaminharem a mesma para a secretaria estadual de saúde, que após validar o processo a encaminha para o nível federal. “As Secretarias Estaduais de Saúde encaminharão os processos dos municípios habilitados ao repasse regular e automático, dos recursos financeiros federais do SUS à Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS no Estado, que providenciará a elaboração do Convênio conforme Minuta Padrão, e após as assinaturas dos Gestores Estaduais e Municipais, enviará o convênio com Ficha Resumo e Ficha de Cadastro Financeiro (anexo) ao Gabinete do Presidente do INAMPS” (BRASIL, 1992).

Desta forma, os municípios habilitados passam a ter algum poder ou autonomia sobre a assistência à saúde hospitalar, ainda que apenas na distribuição das AIHs aos prestadores de serviços, porque o pagamento continua sendo feito aos mesmos diretamente pelo nível federal. Na assistência ambulatorial os municípios também podem administrar os serviços públicos e conveniados, respeitando os tetos definidos também de forma centralizada (SNAS/MS e Secretaria Estadual de Saúde – SES).

Apesar de praticamente não haver avanços no financiamento, essa norma é fruto de um consenso entre SNAS/MS, INAMPS, CONASS e CONASEMS, representando interesses e expectativas diversos e não raro antagônicos, e por isso mesmo ela pode ser considerada nesse sentido oportunidade de transição para os municípios no processo de construção do SUS. “A municipalização na saúde não deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos critérios, estabelecidos na Lei 8.142/90, para repasse, de forma regular e automática, dos recursos financeiros federais para cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios. Ela deve ser entendida principalmente pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal” (BRASIL, 1992).

De forma sintética, essa norma define o instrumento convenial para repasse de recursos a estados e municípios; mantém a lógica de financiamento da norma anterior pagamento por produção de serviços

e de forma centralizada no nível federal; estabelece dois sistemas de informação para assistência a saúde o SIA/SUS e o SIH/SUS. Apesar de bastante limitado, é possível aos municípios exercerem alguma forma de poder ou controle sobre os serviços de assistência à saúde do seu território.

2.2.1.3 - Norma Operacional Básica 01/1993.

Instituída por meio da Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993, que estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, a Norma Operacional Básica do SUS 01/93, tem por objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde. Para tanto tem como base além da constituição federal e das leis que regulamentam o SUS, uma inovação que é o documento intitulado: Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir a Fazer Cumprir a Lei, amplamente discutido com diversos atores do SUS e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

Por reconhecer que a construção do SUS é processual e que a descentralização das ações e serviços de saúde é complexa, e que ainda, os estados e municípios se encontram em diferentes estágios ou momentos de descentralização e que as relações entre as três esferas de gestão precisam acontecer em uma nova sistemática, a presente normativa define quais são as instâncias para pactuação e negociação do SUS, a saber: no nível nacional a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e o Conselho Nacional de Saúde - CNS, no nível estadual a Comissão Intergestores Bipartite - CIB e o Conselho Estadual de Saúde - CES e no nível municipal o Conselho Municipal de Saúde - CMS.

Sobre o financiamento federal, os repasses federais feitos por convênio são gradativamente substituídos. O pagamento das atividades hospitalares continua sendo realizado por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), processadas pelo sistema SIH/SUS, com o mesmo cálculo populacional da norma anterior. As atividades ambulatoriais dos serviços públicos e privados, são custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o também formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo. A UCA que define os valores a serem repassados aos estados, DF e municípios é fixada através de resolução da Secretaria de Assistência á Saúde/MS, considerando a classificação dos estados, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvido a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa norma traz ainda o Fator de Apoio ao Estado - FAE, um repasse de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena e o Fator

de Apoio ao Município - FAM um repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, deixando de existir o fator de estímulo à municipalização e a gestão estadual previstos nas normas anteriores.

Sobre as condições de gestão, tem-se um avanço importante pois são definidas distintas formas de habilitação pelos municípios e estados, de acordo com suas possibilidades de organização, a saber: para os municípios condição de gestão incipiente, parcial e semi-plena e para os estados condição de gestão parcial e semi-plena. Aos municípios que assumem a gestão incipiente há a possibilidade de avanço progressivo de assunção do rol de responsabilidades na gestão dos prestadores de serviços, de acordo com suas condições técnicas e operacionais, definido em cronograma negociado na CIB e com o estado. Recebe diretamente apenas os recursos das suas próprias unidades públicas, em relação aos demais prestadores de serviços públicos e privados, faz apenas o encaminhamento do faturamento SIA/SUS e SIH/SUS para o estado que o envia a esfera federal para pagamento direto ao prestador. Na condição de gestão parcial, o município ao se habilitar assume imediatamente o rol de responsabilidades na gestão dos prestadores de serviços previstas para tal, tem praticamente as mesmas funções da condição de gestão anterior em relação aos processos operacionais e sistemas de informação, a única diferença é que nessa condição de gestão existe a “possibilidade” de receber mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença (caso haja) entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município. Na condição de gestão semiplena o município assume a completa responsabilidade sobre a gestão dos prestadores de serviços e isso significa que atua desde o planejamento até o pagamento dos serviços. Recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para o município.

Em suas disposições finais essa normativa define, entre outras questões, a transferência da esfera federal aos estados e municípios, dos bens móveis e imóveis bem como os recursos humanos, mediante termos de cessão específicos. Também que os estados terão o prazo de 30 dias, a partir da data de publicação desta norma, para constituir a Comissão Bipartite.

A NOB/93 é um marco importante no processo de construção do SUS, porque não foi apenas uma regulamentação do financiamento, mas o primeiro movimento efetivo de descentralização da gestão do SUS para as esferas subnacionais.

2.2.1.4- Norma Operacional Básica 01/1996.

A NOB 01/96, foi instituída por meio da Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996, e é resultado de um amplo e democrático processo de discussão nacional. “A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1o, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS” (BRASIL, 1996).

Essa normativa aponta a necessidade de reorganizar a gestão do SUS e o modelo de atenção à saúde vigente e para o cumprimento da sua finalidade propõe avanços importantes em vários aspectos:

Quanto ao modelo de atenção, traz os campos de atenção à saúde, aqui compreendidos como as ações nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação da saúde, e são três os campos: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor. Define o sistema de saúde municipal, de modo que o gestor possa garantir a sua população o acesso integral as ações e serviços de saúde no próprio território ou organizados nas referências em rede regionalizada e hierarquizada, o papel do gestor estadual e federal também é descrito. Sobre o processo de direção e articulação coloca que a direção do SUS em cada esfera de governo é composta pelo órgão setorial do poder executivo e o seu conselho de saúde, já a articulação é realizada pelos colegiados: CIT e CIB, destacando que a CIB pode operar também em subcomissões regionais.

Quanto ao financiamento reitera que é responsabilidade das três esferas de governo e que os recursos devem ser alocados nos respectivos fundos de saúde. Institui as transferências fundo a fundo, define os tetos financeiros: o teto financeiro dos recursos federais é o Teto Financeiro Global (TFG) composto pelos tetos de todos os estados e municípios com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) constituído pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), Teto Financeiro Global do Municípios (TFGM) definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Sobre o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar: os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos. Podem ser transferidos como: Piso Assistencial Básico (PAB), Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),

Fração Assistencial Especializada (FAE), Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM), Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE), Índice de Valorização de Resultados (IVR), Remuneração por Serviços Produzidos, Remuneração de Internações Hospitalares – AIH, Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade – APAC, Remuneração Transitória por Serviços Produzidos, Fatores de Incentivo e Índices de Valorização. Sobre as ações de vigilância: Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS), que pode ser composto por Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA). Do custeio das ações de epidemiologia e controle de doenças: Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Sobre a Programação, Controle, Avaliação e Auditoria: institui a PPI. “A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual” (BRASIL, 1996). Define também as principais ações de controle, avaliação e auditoria, entre elas cadastro das unidades, alimentação do banco de dados dos sistemas nacionais, ações de auditoria analítica e operacional, avaliação por meio do Relatório de Gestão.

Em relação às condições de gestão, essa norma estabelece e explicita as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. Assim é possível aos municípios habilitarem-se em duas formas de gestão: GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA e GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL. “Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado” (BRASIL, 1996). Para os estados também existe duas possibilidades: a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual.

A NOB 01/96 redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, é um instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do SUS. Apresenta vários elementos de descentralização e inova ao trazer os aspectos do modelo de atenção e as transferências financeiras por outras formas além da remuneração por serviços produzidos, como definição de pisos, tetos, fatores de incentivo e índices de valorização.

2.2.2 – A evolução do processo de implantação do SUS: as Normas Operacionais de Assistência a Saúde - NOAS.

2.2.2.1- Norma Operacional de Assistência a Saúde 01/2001.

A NOAS/SUS 01/2001, foi instituída por meio da Portaria GM/MS 95, de 26 de janeiro de 2001, ela amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Essa norma considera os avanços obtidos até o momento, mas aponta caminhos para superar os obstáculos na busca da integralidade e da equidade, haja visto que a saúde precisa ser pensada para além do espaço territorial-populacional e da área de abrangência político-administrativa de um município, é preciso considerar as diferentes realidades e portes dos municípios, assim como as regiões de divisas interestaduais e fronteiras, bem como outros aspectos da organização funcional do sistema. Para tanto estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência, que deve ser elaborado pela Secretaria de estado da Saúde e aprovado pela CIB e CES. O PDR deve conter a organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-polo e dos demais municípios abrangidos. Também o Plano Diretor de Investimentos (PDI) para atender as prioridades identificadas.

Em relação as condições de gestão, essa norma as atualiza e para os municípios tem-se a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal. Não há, na gestão plena do sistema grandes mudanças em relação a norma anterior, já sobre a gestão plena da atenção básica ampliada, esta norma traz em seus anexos os procedimentos mínimos obrigatórios da atenção básica e os que são acrescentados, ampliados.

A partir da publicação dessa norma, as três esferas de gestão desencadearam processos de discussão para operacionalização dos seus preceitos e foram grandes os entraves e críticas a sua efetiva implantação, entre eles, dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais, por isso ela tem curta duração e é substituída no início do ano seguinte com as adequações propostas.

2.2.2.2- Norma Operacional de Assistência a Saúde 01/2002.

A NOB 01/2002, instituída por meio da Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Essa norma teve também posteriormente uma alteração do seu capítulo III - Critérios de habilitação e desabilitação de Municípios e Estados, da Norma Operacional de Assistência à Saúde por meio da publicação da Portaria GM/MS nº. 384, de 04 de abril de 2003.

As alterações em relação a NOB 01/2001 são resultado de discussão e negociação entre as três esferas de gestão, pactuadas na CIT e relatadas a membros do CNS. "...cabe destacar que esta NOAS-SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação" (BRASIL, 2002).

Para além do que já está colocado na descrição da norma substituída não há o que acrescentar em relação à Regionalização, aos instrumentos PDR, PDI e PPI, tem destaque nessa edição as funções de regulação, complementar ao controle, avaliação e auditoria que devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, visando a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de resultados em termos de impacto na saúde da população.

Sobre os conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR: Região de saúde - um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde; módulo assistencial, município sede de módulo assistencial, município polo, unidade territorial de qualificação na assistência a saúde.

Há a definição de responsabilidade e áreas de atuação mínima da atenção básica, assim como do elenco de procedimentos a serem acrescentados constituindo a atenção básica ampliada. Sobre a média complexidade define elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial, a ser ofertado nos municípios-sede de módulos assistenciais (M1), a organização da média complexidade (MC), ambulatorial e hospitalar retirando o (M1), deve se garantida no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual. Define as atribuições do Ministério da Saúde quanto a política de atenção de alta complexidade/custo no SUS. Visando a manutenção das responsabilidades dos entes na garantia do acesso da população referenciada, cria o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso a ser assinado

pelo gestor municipal e pelo gestor estadual para garantir as referências. Também para formalização da contratação de serviços públicos sob gerência de um ente e gestão de outro é criado o Termo de Compromisso entre Entes Públicos.

2.2.3 – A consolidação do SUS: o Pacto pela Saúde.

A Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Diferentemente das portarias citadas anteriormente que instituíam a norma, essa portaria em questão "divulga" o pacto pela saúde. Isto reflete a forma democrática e participativa como foi elaborado, apresentado na CIT, apresentado no CNS e, ao divulgá-lo, os gestores do SUS das três esferas de gestão assumem o compromisso público da construção desse PACTO PELA SAÚDE.

O pacto apresenta três componentes: Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão.

O pacto pela vida constitui-se por um conjunto de compromissos sanitários, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, a saber: saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; atenção básica a saúde. O pacto em defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado e defesa dos princípios inscritos na constituição. Prioridades: mobilização social para mostrar a saúde como direito; alcançar a regulamentação pelo Congresso Nacional da EC 29/200; garantir recursos orçamentários e financeiros para o SUS; carta dos direitos dos usuários. O pacto de gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Prioridades: definir as responsabilidades sanitárias dos entes, superando o processo vigente de habilitação e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde.

Sobre as diretrizes para o financiamento, essa normativa traz como princípios gerais que o financiamento para o Sistema Único de Saúde é responsabilidade das três esferas de gestão, que o

repasse fundo a fundo é a modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores e que o financiamento federal de custeio será constituído em blocos de recursos.

Em relação a operacionalização para implantação do Pacto pela Saúde, é definido o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão. O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, dessa forma, fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB/ SUS 01/96 e na NOAS/SUS 01/2002.

A direção e articulação dos SUS em cada esfera de governo é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde. O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde. As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos Colegiados de Gestão Regionais (CGR).

O pacto pela saúde é um marco no processo de descentralização da gestão do SUS, porque representa o olhar crítico sobre o caminho percorrido pelas normas operacionais, que foram importantes e fundamentais para o início do processo, mas a experiência vivida traz o amadurecimento e a necessidade de se estabelecer novas relações entre os gestores e novas formas de organização da gestão.

2.2.4 – Uma nova pauta para o SUS: o Decreto nº. 7.508/2011 e a Lei Complementar nº. 141/2012.

O Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O decreto dá continuidade ao processo iniciado no pacto pela saúde e é o dispositivo a ser seguido para a organização do SUS.

Ao falar sobre a organização do SUS, o decreto dispõe sobre: a instituição das regiões de saúde; as redes de atenção a saúde e na hierarquização dispõe sobre o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde que se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

As regiões de saúde serão instituídas pelo estado em articulação com os municípios. Para se constituir uma região de saúde, deverá contar no mínimo com: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Sobre as

redes de atenção à saúde dispõe que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011). As diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) são estabelecidas na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

O planejamento em saúde é um processo ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Ainda no planejamento, devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional. Outro destaque sobre o planejamento da saúde em âmbito estadual é que ele deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Ao tratar da assistência a saúde, o decreto cita que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na RAS e descreve a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Na RENASES os componentes não guardam relação necessária com as competências administrativas ou responsabilidades financeiras da união, estados e municípios: “Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES” (BRASIL, 2011). Também que “Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011).

Quanto a RENAME, é dividida em diversos componentes (grupos de medicamentos), cada qual com atribuições específicas de financiamento, aquisição e distribuição pelos entes federativos. “O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT” (BRASIL, 2011). O Decreto traz ainda que os entes federados poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Sobre a articulação interfederativa, dispõe sobre as comissões intergestores e delega a elas a pactuação da organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, assim tem-se: “Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB, integrados em redes de atenção à saúde" (BRASIL, 2011).

Nas comissões, a representação dos gestores públicos dar-se-á pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS. As comissões intergestores pactuarão os vários aspectos da gestão compartilhada do SUS.

Ainda em relação a articulação interfederativa, o decreto estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, como o acordo colaborativo entre os entes para organização da RAS. O objeto do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde visando a garantia da integralidade da assistência a saúde. "Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde" (BRASIL/2011). Há também as disposições essenciais, como: identificação das necessidades de saúde; ofertas de ações e serviços de saúde; responsabilidades dos entes; indicadores e metas, investimentos na RAS; recursos financeiros alocados pelos entes, entre outros. O decreto dispõe também sobre diretrizes básicas que conterão para fins de garantia da gestão participativa; sobre a humanização do atendimento; normas e fluxos; monitoramento e avaliação e cita ainda que o Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde e que o Relatório de Gestão conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do COAP.

Os dispositivos do decreto, orientaram e induziram de fato a gestão tripartite do SUS na organização geral do SUS com as regiões de saúde e RAS e com a proposta de planejamento ascendente. A assistência a saúde também ganhou mais clareza por meio da RENASES e RENAME. Na articulação interfederativa foi fundamental reafirmar a representação dos entes, em especial na CIR. O novo nome adotado, pelos Colegiados de Gestão Regionais instituídos no Pacto pela Saúde passa então, a ser CIR. A CIR como foro interfederativo regional de negociação e pactuação, é composta por todos os gestores municipais da Região de Saúde e o(s) gestor(es) estadual(is) ou seu(s) representante(s), essa

ampliação do espaço regional foi fundamental para o fortalecimento da gestão local e regional. Quanto ao COAP, só foi efetivado por dois estados da federação (Ceará-CE e Mato Grosso do Sul-MS), nos demais ele não foi implantado.

A LC 141/2012, de 13 de janeiro de 2012, "regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº. 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências" (BRASIL, 2012).

A LC 141/2012 também definiu o que são e o que não são Ações e Serviços de Saúde (ASPS), facilitando o entendimento do efetivo gasto em ASPS e a devida separação e retirada dos condicionantes e determinantes da saúde desses gastos.

Sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde, ela define os mínimos a serem aplicados em saúde pelos três entes, a saber: "Art. 5º. A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Art. 6º. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Art. 7º. Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º. do art. 159, todos da Constituição Federal. Art.8º. O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal." (BRASIL, 2012). Além do repasse e aplicação dos recursos mínimos; essa LC dispõe ainda sobre a movimentação dos recursos da União e dos Estados; a transparência e visibilidade da gestão da saúde; a escrituração e contabilização das contas da saúde; a prestação de contas e a fiscalização da gestão da saúde.

A Lei 141/2012 foi regulamentada pelo Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012, que estabelece os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do

caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a mesma.

Com o objetivo de viabilizar a implantação e operacionalização e na busca de uniformizar procedimentos nas três esferas de gestão do SUS, essa LC foi trabalhada e desdobrada desde a sua publicação em outras normas de competência do Ministério da Saúde como portarias e resoluções da CIT, discutidas e aprovadas quanto aos aspectos operacionais do SUS. Assim, durante o ano de 2012 e nos anos seguintes, a implantação dessa norma e os seus dispositivos, que definiram várias mudanças no financiamento, no controle e transparência de recursos, foi pauta constante das instâncias de pactuação do SUS. Importante destacar que o critério de rateio previsto nessa legislação ainda se encontra sem definição pelo ministério da saúde, portanto sem pactuação tripartite, o que complica ainda mais o cenário do subfinaciamento federal do SUS e enquanto não for pactuada nova regra, fica validada a regra vigente por ocasião da publicação da lei.

2.2.5 – O processo de transição: a Resolução CIT nº. 04/2012 e a Portaria GM/MS nº. 1.580/2012

A Resolução CIT nº. 04, de 19 de julho de 2012, atualmente consolidada na RC CIT 01, de 30 de março de 2021, "Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)" (BRASIL, 2012). Essa resolução foi discutida e pactuada em função da necessidade de se firmar diretrizes de transição entre os procedimentos do Pacto pela Saúde e a efetivação do COAP previsto no Decreto nº. 7508/2011. Assim ela define "Esta Resolução dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). A partir da data de publicação desta Resolução, todos os entes federados que tenham ou não assinado o Termo de Compromisso de Gestão previsto nas Portarias nº. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº. 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas no Anexo I desta Resolução" (BRASIL, 2012). As responsabilidades assumidas pelos três entes são as seguintes: Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; Responsabilidades na Regionalização; Responsabilidades no Planejamento e Programação; Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Responsabilidades na Participação e Controle Social; Responsabilidades na Gestão do Trabalho e Responsabilidades na Educação na Saúde.

Outro ponto importante dessa resolução é que a descentralização da gestão dos prestadores de serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou na Comissão Intergestores Regional (CIR), ficando mantida a Declaração de Comando Único até a assinatura do COAP. Isto significa dizer, que a gestão dos prestadores de serviços de saúde com recursos federais do Teto de Média e Alta Complexidade Federal – TETO MAC Federal, deverá ser definida e pactuada de acordo com a organização dos serviços nas regiões de saúde e decisão entre os gestores estadual e municipal, qual ente será o gestor do prestador.

Essa norma foi pouco discutida após sua publicação nos espaços de gestão do SUS, e com o passar do tempo, muitos gestores ao assumirem a gestão não tomam conhecimento do conteúdo dessa resolução, bem como da sua efetiva implementação.

A Portaria GM/1.580, de 19 de julho de 2012, foi consolidada na Portaria de Consolidação PRC nº. 01/2017, no artigo 59. Essa portaria ao considerar o Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP) como o instrumento federativo adequado à formalização das relações e responsabilidades interfederativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta a necessidade de se prever regras de transição entre a sistemática atual e a que será adotada com o COAP em cada Região de Saúde, coloca também a necessidade de se extinguir do ordenamento jurídico da saúde os atos normativos atinentes a sistemáticas de pactuação já extintas de fato e, ainda a resolução CIT nº. 04, desta mesma data. "Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria no 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias" (BRASIL, 2012).

A partir da publicação desta, nenhum município ou estado precisa fazer adesão ao Pacto Pela Saúde ou assinar o Termo de Compromisso de Gestão previsto no mesmo instrumento, para receber recursos financeiros da União. Isto também se dá considerando a própria Resolução CIT nº. 04/2012, desta mesma data que já pactua as responsabilidades entre os entes e ainda pelas disposições contidas no Decreto nº. 7.508/2011. Esta portaria também revoga outras normativas anteriores que dispunham sobre pactuações da gestão e que perderam sua efetividade ao longo do tempo.

2.2.6- A necessidade da continuidade no processo de organização da Gestão do SUS: as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT nº. 23/2017, nº. 37/2018 e nº. 44/2019.

A Resolução CIT nº. 23, de 17 de agosto de 2017, estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das

Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. As diretrizes propostas visam firmar esses processos como: compromisso dos três entes federados; que o processo de planejamento regional integrado visa a organização das RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde, deve ser elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado; a RAS poderá envolver uma ou mais regiões de saúde inclusive em mais de um estado; Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado, considerando ainda os elementos constitutivos das RAS descritos na Portaria GM/MS nº. 4279/2010; a CIB deverá instituir Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, com a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde; as CIR devem ser fortalecidas como espaço de governança regional e de gestão.

Ao estabelecer estas e outras diretrizes para esses processos, essa resolução busca retomar de alguma forma os dispositivos do Decreto nº. 7.508/2011, da Lei nº. 141/2012 e de portarias já emitidas para alavancar ações para efetivar a regionalização, o planejamento e a governança nas regiões de saúde, mas as discussões práticas evidenciaram que era preciso aprofundar alguns conceitos e definições para evolução do processo nas regiões de saúde.

A Resolução CIT nº. 37, de 17 de março de 2018, dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de macrorregiões de saúde. Esta resolução aprofunda algumas questões específicas do PRI e também define outras sobre a organização das macrorregiões de saúde, a saber: define que o PRI será instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da RAS; a RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e ser organizada num espaço regional ampliado, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

O produto esperado desse processo é o Plano Regional e deve conter: “A identificação do espaço regional ampliado; a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada; as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional; a programação geral das ações e serviços de saúde; a identificação dos

vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares" (MS, 2018).

Sobre o financiamento, pauta tão complexa no SUS, a resolução prevê que a institucionalização do processo de planejamento previsto nesta norma, efetivará um novo modelo de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) baseado na alocação global dos recursos e em conformidade com o disposto na Lei Complementar no. 141/2012, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado. Sobre as macrorregiões de saúde define: "O espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes." (MS, 2018), e na sequência define critérios como contingente populacional classificação dos estados nas regiões do país, conformação regional, contiguidade territorial e também define o prazo de 90 dias para os estados informarem o cronograma do processo de planejamento regional integrado e a definição das macrorregiões de saúde, pactuados na CIB.

A Resolução CIT nº. 44, de 25 de abril de 2019, define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º. do Decreto nº. 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado e será expresso no Plano Regional e observará as diretrizes contidas nas Resoluções CIT nº. 23/2017 e nº. 37/2018. Define também que as normas e fluxos de que trata o art. 39 do Decreto nº. 7.508/2011, para conformação de acordo de colaboração entre entes federados, estão dispostos na Resolução CIT nº. 37/2018.

Para dar consecução a tais disposições, delega ao Grupo de Trabalho de Gestão da CIT, elaborar proposta de adequação do disposto na Seção II do Capítulo V do Decreto nº. 7.508/2011, em consonância aos artigos 1º. e 2º. desta resolução, a seção II aqui colocada, trata do COAP no decreto nº. 7.508/2011. Por fim revoga a Resolução CIT nº. 3, de 30 de janeiro de 2012, que dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública no âmbito do SUS.

Esta resolução é ousada na medida que propõe alterações em um decreto presidencial e ao revogar a resolução CIT nº. 03, reafirma o novo ordenamento previsto na resolução CIT nº. 37/2018.

3. CONSIDERACOES FINAIS

Ao analisar a evolução da gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, é possível perceber que os processos implantados a partir das Leis Orgânicas da Saúde em 1990, buscaram definir ou redefinir,

ainda que de forma incipiente em dados períodos, as atribuições e competências dos gestores nas três esferas de governo. Esse desafio do início da implantação do sistema, a compreensão e clareza dos papéis e responsabilidades dos entes, é persistente ao longo desses mais de trinta anos.

Se a Constituição Federal definiu os princípios do SUS, as Leis Orgânicas da Saúde e suas alterações, bem como leis complementares ao longo tempo regulamentaram esse sistema, são os atos normativos infralegais (NOB, NOAS, PACTO PELA SAÚDE), enfim portarias e resoluções que de fato efetivaram a operacionalização da descentralização da gestão do SUS. No início quando da edição das duas primeiras NOB, estados e municípios, tinham papel meramente executor na condição de prestador de serviços ao INAMPS/MS. Já na NOB/93 a possibilidade de assumir determinadas responsabilidades permitiu aos entes o início da atuação como gestores do sistema, o que se efetivou de fato na NOB/96 e nas NOAS 2001 e 2002. O exercício feito nos espaços de controle social e nos de articulação interfederativa criados nesse período, permitiu que no ano de 2006, os entes subnacionais não tivessem mais que se "habilitar" a alguma condição de gestão, e sim que os três entes da federação assumiam compromisso público com a gestão do SUS por meio do pacto pela saúde. A ampliação do espaço de articulação instituindo os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), também propiciou um novo olhar para as regiões de saúde e a necessidade de a regionalização ser priorizada na organização do SUS.

Transcorridos mais de 20 anos da promulgação da Lei nº. 8080/90, tempo esse em que a organização da gestão e do sistema se deu por meio de atos infralegais já citados, o Decreto nº. 7508/2011 vem regulamentá-la. E de fato traz questões importantes e fundamentais para a organização do sistema de saúde, parte delas estão sendo lentamente aplicadas, mas a efetivação de todos os dispositivos do decreto não aconteceu, em especial o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP. Existe uma transição do pacto para o COAP/DECRETO, iniciada em 2011 e que não evoluiu. Assim, as resoluções da CIT nº. 23/2017, nº. 37/2018 e nº. 44/2019, representam uma possibilidade de alavancar o processo de regionalização por meio da organização das regiões de saúde e da Rede de Atenção a Saúde (RAS), com planejamento integrado e ascendente e governança.

Estas resoluções podem ser entendidas como uma estratégia de recomposição do pacto federativo na saúde, para aperfeiçoar o sistema e dar maior concretude ao preceito constitucional que estabelece que as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, em especial no âmbito regional, quando busca um planejamento e organização da RAS que de fato possibilite uma melhor política de financiamento do SUS, de responsabilidade das três esferas de gestão, com foco na realidade sanitária loco regional e que garanta os princípios do modelo de atenção à saúde centrado no usuário.

Os atos normativos aqui citados retratam a evolução, ou o caminho percorrido até o momento na gestão do SUS, e tentam demarcar os limites da tomada de decisão de cada um dos gestores no seu âmbito de atuação, embora isso nem sempre seja possível ou factível pelas lacunas existentes nos próprios atos normativos e pela complexidade do sistema.

Ao longo do texto, alguns componentes da gestão, como a organização dos serviços, o modelo de atenção, o financiamento, o planejamento, a regulação, a articulação interfederativa e a governança, sempre estão presentes e são discutidos, em maior ou menor proporção a depender do período, mas de toda forma apresentam evolução permanente como elementos fundamentais no processo de implementação do SUS e efetivação da assistência.

Por fim é preciso destacar que o modelo de gestão do SUS tem como ponto central uma unidade de princípios, mas sua efetivação se dá na diversidade que existe nos territórios em que vive a população com suas necessidades específicas, razão de ser desse sistema. Manter a coerência dos princípios com a diversidade operativa das regiões também se constitui num grande desafio para a gestão do SUS nas três esferas de governo. Essa é uma realidade que exige cada vez mais a implantação de mecanismos de cogestão em que a tomada de decisão se caracteriza pela negociação permanente para a construção de consensos e compromissos entre os gestores do SUS.

Marina S. R. Martins
Assessora de Gestão do SUS
COSEMS-PR

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.**

Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000**. 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 serviços públicos de saúde.

Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 42, de 19 de dezembro de 2003**. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências.

Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006**. Acrescenta os §§ 4o, 5o e 6o ao art. 198 da Constituição Federal.

Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 63, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o §5o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias.

Presidência da República. **Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

Presidência da República. **Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

Presidência da República. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o §3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga

dispositivos das Leis n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.689 de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Presidência da República. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Presidência da República. **Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.

Presidência da República. **Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Presidência da República. **Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

Presidência da República. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Presidência da República. **Lei n. 12.401, de 24 de agosto de 2011.** Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Presidência da República. **Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2.011.** Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

Presidência da República. **Lei 12.895, de 18 de dezembro de 2013.** Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o país a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.

Presidência da República. **Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994.** Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências.

Presidência da República. **Decreto 1.651 de 28 de setembro de 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

Presidência da República. **Decreto n. 7.507 de 27 de junho de 2011.** Dispõe sobre a movimentação de recursos fede- rais transferidos a estados, Distrito Federal e municípios.

Presidência da República. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Presidência da República. **Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012.** Regulamenta os procedimentos de condicio- namento e restabelecimento das transferências de recursos prove- nientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e res- tabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

INAMPS. **Resolução n°273, de 17 de julho de 1991**. Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/1991.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n° 234, de 10 de fevereiro de 1992.** Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/1992.

Ministério da Saúde. **Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

Ministério da Saúde. **Portaria n° 2203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

Ministério da Saúde. **Portaria n° 95, de 25 de janeiro de 2001**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Ministério da Saúde. **Portaria n° 373, de 22 de fevereiro de 2002.** Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Ministério da Saúde. **Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Aprova 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.

Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 533, de 28 de março de 2012.** Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 841 de 2 de maio de 2012.** Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 3 de 30 de janeiro de 2012.** Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 4, de 19 de julho de 2012.** Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 23, de 17 de agosto de 2017.** Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 37, de 17 de março de 2018.** Dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado - PRI e a organização das macrorregiões de saúde.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT n. 44, de 25 de abril de 2019.** Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2o do Decreto no 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS. A Gestão do SUS** – Brasília: CONASS, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS. **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional integrado.** Brasília, 2018.