

FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

GUIA OPERACIONAL BÁSICO

Fase 5

Versão 04/10/2022

**São Paulo – SP
Outubro de 2022**

Sumário

1. OBJETIVOS	5
2. RESULTADOS ESPERADOS	5
3. METODOLOGIA	6
4. OFICINA 1 – SISTEMATIZAÇÃO DO PRMS	8
4.1 Objetivo	8
4.2 Produto	9
4.3 Público-alvo	9
4.4 Tempo	9
4.5 Atividades	9
4.6 Texto de Apoio 1 – vide Anexo II	10
4.7 Sugestão de matriz para sistematização do DOMI	10
4.8 Texto de Apoio 2 – vide Anexo II	10
4.9 Sugestão de matriz para identificação dos recursos financeiros – corrente e capital - atualmente existentes na MRS (a ser aplicada em decorrência da metodologia descrita no Anexo I)	10
4.10 Sugestão de matriz para identificação dos recursos financeiros corrente e capital - necessários para a viabilização do PRI	11
4.11 Texto de Apoio 3 – vide Anexo II	12
4.12 Sugestão de matriz para identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS	12
4.13 Texto de Apoio 4 – vide Anexo II	14
4.14 Roteiro sugestivo para sistematização da proposta do PRMS	14
4.15 Plano de Ação para a Etapa de Sistematização do PRMS	15
4.16 Reuniões de acompanhamento para a Sistematização do PRMS	15
4.17 Encaminhamentos	16
5. OFICINA 2 - ORIENTAÇÃO QUANTO À NECESSIDADE DE AJUSTES NOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DOS ENTES FEDERADOS ENVOLVIDOS, VISANDO A IMPLEMENTAÇÃO DO PRMS	17
5.1 Objetivo	17
5.2 Produto	17
5.3 Público-alvo	17
5.4 Tempo	17
5.5 Atividades	17
5.6 Texto de Apoio 5 – vide Anexo II	17
5.7 Plano de Ação para a orientação quanto aos ajustes necessários nos instrumentos de gestão dos entes federados envolvidos, visando a implementação do PRMS.	17

5.8 Reuniões de acompanhamento para identificação de ajustes necessários nos instrumentos de Gestão dos Entes Federados	18
5.9 Encaminhamentos	18
6. OFICINA 3 – IMPLEMENTAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS	
6.1 Objetivo	19
6.2 Produto	19
6.3 Público-alvo	19
6.4 Tempo	19
6.5 Atividades	19
6.6 Texto de Apoio 6 – vide Anexo II	20
6.7 Roteiro sugestivo de atividades de apoio à implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS	20
6.8 Plano de Ação para a Etapa de apoio à implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS	20
6.9 Reunião de acompanhamento para a implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS	20
7. ANEXO I - METODOLOGIA PARA APOIO À IDENTIFICAÇÃO DOS GASTOS SUS NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE	22
8. ANEXO II – TEXTOS DE APOIO	31
TEXTO DE APOIO 1 - DOMI: conceitos e implicações para os instrumentos de gestão do SUS	31
TEXTO DE APOIO 2 - O sistema de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)	32
TEXTO DE APOIO 3 - O desafio da articulação interfederativa no planejamento regional integrado	35
TEXTO DE APOIO 4 - O Plano Regional de Saúde	37
TEXTO DE APOIO 5 - Instrumentos de gestão do SUS	38
TEXTO DE APOIO 6 - Comitê Executivo de Governança da RAS	40

SIGLAS

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada

AH – Atenção Hospitalar

BP – Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz

HE – Hospital de Excelência

MRS – Macrorregião de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PR – Plano Regional

PRI - Planejamento Regional Integrado

PROADI SUS - Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

RS – Região de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

GUIA OPERACIONAL BÁSICO – FASE 5: ELABORAÇÃO DO PLANO REGIONAL DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE E APRIMORAMENTO DA GOVERNANÇA MACRORREGIONAL

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Apoiar teórico e metodologicamente o GCE e GTM para a elaboração do Plano Regional da Macrorregião de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Apoiar os GCE e GTM na elaboração das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) para o PRI, considerando as necessidades de saúde, a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa de ações e serviços de saúde, a organização dos pontos de atenção da RAS e a programação assistencial, produtos elaborados nas fases anteriores;
- Apoiar tecnicamente os GCE e GTM na identificação dos recursos de custeio e investimento necessários e disponíveis para organização dos pontos de atenção da RAS, de modo a viabilizar o PRI nas MRS;
- Apoiar o processo de identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS;
- Apoiar os GTM na sistematização da proposta do PRMS a ser enviado para pactuação nas instâncias deliberativas do SUS, considerando os elementos previstos na Resolução CIT 37/2018, consolidada na Resolução de Consolidação CIT nº 1/21;
- Orientar os entes federados para atualização de seus instrumentos de gestão tendo como base o PRMS pactuado;
- Fomentar a implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS, com apoio técnico-metodológico dos HE.

2. RESULTADOS ESPERADOS

- PRMS elaborados e encaminhados para pactuação nas instâncias deliberativas do SUS;
- Ajustes necessários a serem realizados nos instrumentos de gestão do SUS identificados;
- Comitê Executivo de Governança da RAS institucionalizado e implementado.

3. METODOLOGIA

O diagnóstico e a análise de situação atual da regionalização e do PRI nas MRS, bem como a agenda de trabalho pactuada nas instâncias deliberativas na Fase 2, permitirá identificar o estágio de desenvolvimento da Fase 5 na MRS, considerando-se, entre outros, a análise de situação de saúde com as prioridades sanitárias identificadas e validadas pelos gestores das MRS (previstas na Fases 3) e a proposta de organização da RAS com sua respectiva programação macrorregional (previstas na Fase 4).

Os três momentos da presente proposta, apresentados a seguir, atendem a qualquer estágio de desenvolvimento singular do PRI em cada macrorregião cabendo ao GCE/GTM, com apoio da equipe do HE, adaptá-las às peculiaridades locais, a partir da realização de atividades de alinhamento conceitual e instrumentalização para a efetivação de todas as etapas necessárias ou para o estabelecimento de melhorias nos processos já estabelecidos:

- Momento 1 - Programação metodológica para a sistematização do PRMS.
- Momento 2 – Programação metodológica para a orientação aos entes federados envolvidos quanto à necessidade de ajustes nos seus instrumentos de gestão visando a implementação do PRMS.
- Momento 3 - Programação metodológica para a implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS.

Momento 1 - Programação metodológica para a sistematização do PRMS:

- Realização de **oficina** com vistas ao suporte técnico e metodológico para o alinhamento conceitual do GCE e GTM e instrumentalização para a sistematização do PRMS, envolvendo a definição do DOMI, a identificação dos recursos de custeio e investimento disponíveis e necessários para organização dos pontos de atenção da RAS e a identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS.
- Realização de **reuniões** para acompanhamento do GTM no desenvolvimento do produto da oficina.

A programação proposta para este momento:

Momento 1 - Programação metodológica para a sistematização do PRMS		
Método	Objetivo	Tempo
Oficina 1	Prestar suporte ao GCE e GTM no tocante ao alinhamento conceitual e instrumentalização para a sistematização do PRMS, envolvendo a definição do DOMI, a identificação dos recursos de custeio e investimento disponíveis e necessários para organização dos pontos de atenção da RAS e a identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS	16 horas
Reuniões	Acompanhar o GTM na sistematização do PRMS. Para tanto, a proposição é divisão em 4 etapas: i) elaboração do DOMI; ii) identificação dos recursos de custeio e investimento disponíveis necessários para organização dos pontos de atenção da RAS; iii) identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS; iv) sistematização da proposta do PRMS.	4 reuniões, ou seja, 1 reunião para cada etapa

Momento 2 - Programação metodológica para a orientação aos entes federados envolvidos quanto à necessidade de ajustes nos seus instrumentos de gestão visando a implementação do PRMS:

- Realização de **oficina** com vistas ao alinhamento conceitual do GCE e GTM e instrumentalização para a identificação dos ajustes necessários nos instrumentos de gestão dos entes federados envolvidos visando a implementação do PRMS
- Realização de **reuniões** para acompanhamento do GTM no desenvolvimento do produto da oficina.

A programação proposta para este momento:

Momento 2 - Programação metodológica para a orientação aos entes federados envolvidos quanto à necessidade de ajustes nos seus instrumentos de gestão visando a implementação do PRMS

Método	Objetivo	Tempo
Oficina 2	Prestar suporte ao GCE e GTM no tocante à necessidade de ajustes nos instrumentos de gestão dos entes federados envolvidos visando a implementação do PRMS	4 horas
Reuniões	Acompanhar o GTM na realização dos ajustes necessários nos instrumentos de gestão.	1 reunião

Momento 3 - Programação metodológica para a implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS:

- Realização de **oficina** com vistas a instrumentalização do GCE e GTM para a implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS.
- Realização de **reunião** para acompanhamento do GTM no desenvolvimento do produto da oficina.

Momento 3 - Programação metodológica para implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS

Método	Objetivo	Tempo
Oficina 3	Prestar suporte ao GCE e GTM para subsidiar a implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS	4 horas
Reunião	Acompanhar o GTM no apoio à implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS	1 reunião

4. OFICINA 1 – SISTEMATIZAÇÃO DO PRMS

4.1 Objetivo

Prestar suporte técnico e metodológico ao GCE e GTM para a sistematização do PRMS, envolvendo: i) elaboração do DOMI; ii) identificação dos recursos de custeio e investimento disponíveis e necessários

para organização dos pontos de atenção da RAS; iii) identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS; e iv) sistematização da proposta do PRMS.

4.2 Produto

Proposta de PRMS sistematizada e validada pelo GCE com vistas à pontuação nas instâncias deliberativas do SUS, considerando os elementos previstos na Resolução CIT nº 37/2018.

4.3 Público-alvo

GCE e GTM

4.4 Tempo

16 horas

4.5 Atividades

Para alcançar o objetivo e desenvolver o produto se propõe a realização das seguintes atividades:

- Atividade 1: realizar alinhamento conceitual e debate sobre o tema - sistematização do PRMS, envolvendo: i) elaboração do DOMI; ii) identificação dos recursos de custeio e investimento disponíveis e necessários para organização dos pontos de atenção da RAS; iii) identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS e iv) sistematização da proposta do PRMS.
- Atividade 2: discutir os conceitos de cada um dos elementos que compõem o DOMI, problematizando suas implicações práticas na sistematização do PRMS e ajustando as matrizes sugeridas para sistematização desses elementos à necessidade loco-regional.
- Atividade 3: apresentar, discutir e adaptar/ajustar a proposta metodológica descrita no Anexo I do presente GOB, assim como a matriz sugerida para a identificação dos recursos de custeio atualmente disponíveis para o funcionamento da RAS.
- Atividade 4: apresentar, discutir e adaptar/ajustar a proposta metodológica descrita no Anexo II do presente GOB, assim como a matriz sugerida para a identificação dos recursos de custeio e investimento necessários para a organização da RAS e execução da programação macrorregional.
- Atividade 5: apresentar, discutir e adaptar/ajustar a matriz de apoio à identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS.

- Atividade 6 – apresentar, discutir e adaptar/ajustar o roteiro sugestivo para a sistematização do PRMS, considerando os elementos descritos na Resolução CIT nº 37/2018.
- Atividade 7 – discutir e propor a elaboração do plano de ação para a efetivação dos produtos da oficina nas MRS.

4.6 Texto de Apoio 1 – vide Anexo II

4.7 Sugestão de matriz para sistematização do DOMI

Diretriz:										
Objetivo:										
Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista		
			Valor	Ano	Unidade			Ano 1	Ano 2	Ano 3

4.8 Texto de Apoio 2 – vide Anexo II

4.9 Sugestão de matriz para identificação dos recursos financeiros – corrente e capital - atualmente existentes na MRS (a ser aplicada em decorrência da metodologia descrita no Anexo I)

MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS EXISTENTES

RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS ATUALMENTE EXISTENTES NA MRS				
ENTE FEDERADO	VALOR (Dotação Atualizada)	TIPO (corrente e capital)	SUBFUNÇÃO	AÇÃO/PROGRAMA
União				
Estado				
Município				

4.10 Sugestão de matriz para identificação dos recursos financeiros corrente e capital - necessários para a viabilização do PRI

MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIOS

Prioridade Sanitária	RECURSOS FINANCEIROS PARA ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO		
TERRITÓRIO SANITÁRIO	PONTO DE ATENÇÃO	RECURSOS CORRENTE	RECURSOS DE CAPITAL
Macrorregião			
Região de Saúde			
Município			

RECURSOS FINANCEIROS PARA O SISTEMA DE APOIO			
TERRITÓRIO SANITÁRIO	SISTEMA DE APOIO	RECURSOS CORRENTE	RECURSOS DE CAPITAL
Macrorregião			
Região de Saúde			
Município			

RECURSOS FINANCEIROS PARA O SISTEMA LOGÍSTICO			
TERRITÓRIO SANITÁRIO	SISTEMA LOGÍSTICO	RECURSOS CORRENTE	RECURSOS DE CAPITAL
Macrorregião			
Região de Saúde			
Município			

Para o adequado preenchimento desta matriz, recomenda-se que os GTM e o GCE, com apoio técnico do articulador do HE, e a partir da organização dos pontos de atenção da RAS e da programação macrorregional construídas na fase 4, além de considerar as responsabilidades dos entes federados e os recursos financeiros de custeio e investimento existentes construídos nas etapas anteriores da presente fase, possam realizar uma estimativa dos recursos novos necessários para a viabilização do PRI.

Nesse sentido, para o devido cumprimento desta atividade, os atores envolvidos poderão, por exemplo, se utilizar dos referenciais normativos vigentes no âmbito federal e que apontam as possibilidades de financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde, tanto no seu aspecto de investimentos como de custeio. Outrossim, poderão ainda realizar estimativas de custos de tais ações e serviços por meio de estudos e/ou levantamento de informações junto aos fundos de saúde dos entes federados acerca das receitas e despesas envolvidas com a estruturação e manutenção das ASPS.

O objetivo final é a composição da matriz com vistas ao apontamento das prioridades de investimentos e custeio para o financiamento futuro de novas ASPS que se configuram como necessárias a partir da proposta de organização da RAS e da programação macrorregional construída.

4.11 Texto de Apoio 3 – vide Anexo II

4.12 Sugestão de matriz para identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS

Diretriz 1:	Responsabilidades		
Objetivo 1.1	Meta 1.1.1		
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
	União	Estado	Necessário
Meta 1.1.2			
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
	União	Estado	Município
Meta 1.1.3			
	Tipo de recurso	Existente	Necessário

		União	Estado	Município
Diretriz 2:		Responsabilidades		
Objetivo 2.1		Meta 2.1.1		
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
		União	Estado	Município
		Meta 2.1.2		
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
		União	Estado	Município
		Meta 2.1.3		
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
		União	Estado	Município
Diretriz n:		Responsabilidades		
Objetivo n.1		Meta n.1.1		
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
		União	Estado	Município
		Meta n.1.2		
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
		União	Estado	Município
		Meta n.1.3		
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
		União	Estado	Município

A definição das responsabilidades dos entes federados faz-se necessária tendo em vista que elas orientarão os respectivos gestores na atualização de seus instrumentos de gestão, especialmente planos, programações de saúde e leis orçamentárias. Tal definição possibilitará, também, o efetivo monitoramento e avaliação do PRMS ao longo dos anos de sua vigência.

Considerando, ainda, que o cumprimento efetivo das metas poderá envolver recursos financeiros, recomenda-se que a sistematização proposta na matriz apresentada também sinalize as possíveis fontes de tais recursos envolvidos com a manutenção, qualificação, ampliação e/ou implantação de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, sugere-se que o tipo de recurso envolvido com o cumprimento da meta seja apontado, identificando quando se trata de recurso previamente existente no atual financiamento da RAS da macrorregião, novo (derivado geralmente da qualificação, ampliação ou implantação de ASPS) ou de ambos.

Caberá às instâncias deliberativas do SUS na macrorregião/Estado a pactuação futura das fontes a serem envolvidas quando incrementos de novos recursos se fizerem necessário, assim como os mecanismos de gestão, gerenciamento entre outros aspectos de funcionamento de tais ações e serviços.

4.13 Texto de Apoio 4 – vide Anexo II

4.14 Roteiro sugestivo para sistematização da proposta do PRMS

ESTRUTURA SUGERIDA PARA O PRMS
<ul style="list-style-type: none">● Capa● Lista de Ilustrações● Lista de Tabelas● Lista de Abreviaturas e Siglas● Sumário● Apresentação● Seção 1 – Caracterização da Macrorregião de Saúde● Seção 2 – Análise da Situação de Saúde● Seção 3 – Prioridades Sanitárias● Seção 4 – Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Prazos de Execução● Seção 5 – A Organização da Rede de Atenção à Saúde conforme as Prioridades Sanitárias● Seção 6 – A Programação Macrorregional● Seção 7 – As responsabilidades dos entes federados● Seção 8 - Identificação dos recursos financeiros existentes e necessários● Considerações Finais● Referências● Anexos

4.15 Plano de Ação para a Etapa de Sistematização do PRMS

Recomenda-se que o articulador do HE proponha para o GTM a elaboração de um plano de ação para a consolidação do produto da oficina. Para tanto, segue uma proposta de Matriz – Plano de ação a ser elaborada pelo GTM com apoio do articulador do HE.

Matriz – Plano de Ação para Sistematização do PRMS			
Etapa	Ação	Responsável	Prazo
1. Elaboração do DOMI			
2. Identificação dos recursos de custeio e investimento disponíveis e necessários para organização dos pontos de atenção da RAS			
3. Identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS			
4. Sistematização da proposta do PRMS			

4.16 Reuniões de acompanhamento para a Sistematização do PRMS

Para suporte técnico no acompanhamento do GTM durante o momento 1 desta Fase 5, a proposição é a realização de 4 reuniões:

- **Elaboração do DOMI:** reunir com os GTM e GCE para monitoramento do desenvolvimento desta etapa, solicitando que os GTM apresentem o estado da arte do desenvolvimento do plano de ação dela, apontando os avanços, resultados alcançados e dificuldades encontradas. Sugere-se que esta reunião aconteça pelo menos 30 dias antes do prazo final desta etapa, e que resulte na construção de ações corretivas e de apoio que o GCE poderá implementar até findar o prazo da etapa visando a superação de dificuldades encontradas pelos GTM para o pleno desenvolvimento do plano de ação.

- **Identificação dos recursos de custeio e investimento disponíveis e necessários para organização dos pontos de atenção da RAS:** reunir com os GTM e GCE para monitoramento do desenvolvimento desta etapa, solicitando que os GTM apresentem o estado da arte do desenvolvimento do plano de ação dela, apontando os avanços, resultados alcançados e dificuldades encontradas. Sugere-se que esta reunião aconteça pelo menos 15 dias antes do prazo final desta etapa, e que resulte na construção de ações corretivas e de apoio que o GCE poderá implementar até findar o prazo da etapa visando a superação de dificuldades encontradas pelos GTM para o pleno desenvolvimento do plano de ação.
- **Identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos com o PRMS em cada MRS:** reunir com os GTM e GCE para monitoramento do desenvolvimento desta etapa, solicitando que os GTM apresentem o estado da arte do desenvolvimento do plano de ação dela, apontando os avanços, resultados alcançados e dificuldades encontradas. Sugere-se que esta reunião aconteça pelo menos 15 dias antes do prazo final desta etapa, e que resulte na construção de ações corretivas e de apoio que o GCE poderá implementar até findar o prazo da etapa visando a superação de dificuldades encontradas pelos GTM para o pleno desenvolvimento do plano de ação.
- **Sistematização da proposta do PRMS:** reunir com os GTM e GCE para monitoramento do desenvolvimento desta etapa, solicitando que os GTM apresentem o estado da arte do desenvolvimento do plano de ação dela, apontando os avanços, resultados alcançados e dificuldades encontradas. Sugere-se que esta reunião aconteça pelo menos 15 dias antes do prazo final desta etapa, e que resulte na construção de ações corretivas e de apoio que o GCE poderá implementar até findar o prazo da etapa visando a superação de dificuldades encontradas pelos GTM para o pleno desenvolvimento do plano de ação.

4.17 Encaminhamentos

Finalizada a sistematização da proposta do PRMS, os GCE e GTM, com apoio logístico dos hospitais de excelência, poderão realizar oficina para validação estadual das sistematizações propostas de cada PRMS, para, em seguida, encaminhar as mesmas para as respectivas instâncias de pactuação do SUS em conformidade com os fluxos estabelecidos pela(s) CIB do(s) Estado(s). O articulador do HE deverá acompanhar o processo de encaminhamento e pactuação em cada uma das instâncias necessárias, colocando-se à disposição, em parceria com os respectivos GTM e GCE, para a produção de esclarecimentos aos membros componentes e órgãos técnico-políticos sempre que necessário. O

objetivo final é a adequada pontuação da proposta do PRMS em todas as instâncias colegiadas e de pontuação do SUS, o qual se consubstanciará como o principal produto desta fase do projeto.

5. OFICINA 2 - ORIENTAÇÃO QUANTO À NECESSIDADE DE AJUSTES NOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DOS ENTES FEDERADOS ENVOLVIDOS, VISANDO A IMPLEMENTAÇÃO DO PRMS

5.1 Objetivo

Prover orientação técnica e metodológica ao GCE e GTM para fomentar que sejam promovidos os ajustes necessários nos instrumentos de gestão dos entes federados envolvidos, visando a implementação do PRMS.

5.2 Produto

Entes federados envolvidos com o PRI devidamente capacitados e mobilizados para a realização dos ajustes necessários nos instrumentos de gestão, com vistas à implementação do plano regional de saúde.

5.3 Público-alvo

GCE, GTM e facilitadores/assessores/apoiadores dos demais projetos do eixo de apoio à qualificação da governança no SUS no âmbito do PROADI.

5.4 Tempo

4 horas

5.5 Atividades

Para alcançar o objetivo e desenvolver o produto, propõe-se a realização das seguintes atividades:

- Atividade 1: realizar alinhamento conceitual e debate sobre o tema – ajustes necessários nos instrumentos de gestão dos entes federados envolvidos visando a implementação do PRMS.
- Atividade 2 – discutir e propor a elaboração do plano de ação para a efetivação do produto da oficina.

5.6 Texto de Apoio 5 – vide Anexo II

5.7 Plano de Ação para a orientação quanto aos ajustes necessários nos instrumentos de gestão dos entes federados envolvidos, visando a implementação do PRMS.

Recomenda-se que o articulador do HE proponha para o GTM a elaboração de um plano de ação para a consolidação do produto da oficina. Para tanto, segue uma proposta de Matriz – Plano de ação a ser elaborada pelo GTM com apoio do articulador do HE.

Matriz – Plano de Ação para identificação dos ajustes necessários nos Instrumentos de Gestão dos Entes Federados			
Etapa	Ação	Responsável	Prazo
1. Capacitação dos entes federados sobre o tema – ajustes necessários nos instrumentos de gestão dos entes federados envolvidos visando a implementação do PRMS			
2. Mobilização dos entes federados para realização dos ajustes necessários, em parceria com os demais projetos do eixo de apoio à qualificação da governança no SUS no âmbito do PROADI			

OBS: Para aqueles entes que farão alterações em seus instrumentos de gestão, como o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde, será necessário reenvio do(s) instrumento(s) alterado(s) para apreciação pelo respectivo Conselho de Saúde, bem como realizar o registro do instrumento atualizado no Sistema DigiSUS Gestor / Módulo Planejamento.

5.8 Reuniões de acompanhamento para identificação de ajustes necessários nos instrumentos de Gestão dos Entes Federados

Para suporte técnico no acompanhamento do GTM durante o momento 2 desta Fase 5, a proposição é a realização de uma reunião com os GTM e GCE para monitoramento do desenvolvimento desta etapa, solicitando que os GTM apresentem o estado da arte do desenvolvimento do plano de ação dela, apontando os avanços, resultados alcançados e dificuldades encontradas. Sugere-se que esta reunião aconteça pelo menos 30 dias antes do prazo final desta etapa, e que resulte na construção de ações corretivas e de apoio que o GCE poderá implementar até findar o prazo da etapa visando a superação de dificuldades encontradas pelos GTM para o pleno desenvolvimento do plano de ação.

5.9 Encaminhamentos

Finalizada a orientação quanto aos ajustes necessários nos instrumentos de gestão dos entes federados envolvidos no PRMS, os GTM deverão orientar, ainda, que tais alterações devem ser aprovadas pelos respectivos conselhos de saúde. Todo esse processo deverá ser realizado em sinergia

com os facilitadores/coordenadores/apoiadores dos projetos PROADI de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS e Rede Colaborativa, a quem caberá apoiar e acompanhar os processos de encaminhamento e produção de ajustes nos entes federados. Nesse contexto, o articulador do HE se manterá à disposição, em parceria com os respectivos GTM e GCE, para a produção de esclarecimentos aos atores envolvidos sempre que necessário. O objetivo final é a adequada produção de ajustes nos instrumentos de gestão dos entes federados, visando a implementação do PRMS.

6. OFICINA 3 – IMPLEMENTAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA RAS

6.1 Objetivo

Prestar suporte técnico e metodológico ao GCE e GTM para o alinhamento conceitual e instrumentalização para a implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS.

6.2 Produto

Comitê Executivo de Governanças da RAS instituído e implementado, conforme diretrizes das instâncias deliberativas do SUS no Estado.

6.3 Público-alvo

GCE e GTM

6.4 Tempo

4 horas

6.5 Atividades

Para alcançar o objetivo e desenvolver o produto, propõe-se a realização das seguintes atividades:

- Atividade 1: realizar alinhamento conceitual e debate sobre o tema – implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS.
- Atividade 2: apresentar, discutir e ajustar o roteiro sugestivo de atividades para o apoio à implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS.
- Atividade 3 – discutir e propor a elaboração do plano de ação para a efetivação do produto da oficina.

6.6 Texto de Apoio 6 – vide Anexo II

6.7 Roteiro sugestivo de atividades de apoio à implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS

ROTEIRO
1. Resgatar produto construído na fase 4 com as propostas de composição, competências e normas de funcionamento do CEGRAS
2. Elaborar proposta de texto para estruturação do Regimento Interno do CEGRAS, considerando as propostas de competências e normas de funcionamento construídas no produto da fase 4, assim como as sugestões de atribuições recomendadas no documento de Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado
3. Realizar articulação com instituições indicadas na proposta de composição do produto construído na fase 4 visando a confirmação de sua disponibilidade para a participação no CEGRAS, assim como a indicação dos respectivos ocupantes de cargos que irão representá-las nessa instância de governança da RAS
4. Encaminhar proposta do Regimento Interno e composição do CEGRAS para as instâncias deliberativas do SUS, conforme fluxos estabelecidos pela CIB
5. Apoiar a SES na convocação da primeira reunião visando a apresentação do Regimento Interno e das responsabilidades dos seus membros, após a devida institucionalização do CEGRAS pelas instâncias deliberativas do SUS

6.8 Plano de Ação para a Etapa de apoio à implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS

Recomenda-se que o articulador do HE proponha para o GTM a elaboração de um plano de ação para a consolidação do produto da oficina. Para tanto, segue uma proposta de Matriz – Plano de ação a ser elaborada pelo GTM com apoio do articulador do HE.

Matriz – Plano de Ação para Apoio à implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS			
Etapa	Ação	Responsável	Prazo
1. Apoio à implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS			

6.9 Reunião de acompanhamento para a implementação e institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS

Para suporte técnico no acompanhamento do GTM durante o momento 3 desta Fase 5, a proposição é a realização de uma reunião com os GTM e GCE para monitoramento do desenvolvimento desta etapa, solicitando que os GTM apresentem o estado da arte do desenvolvimento do plano de ação dela, apontando os avanços, resultados alcançados e dificuldades

encontradas. Sugere-se que esta reunião aconteça pelo menos 30 dias antes do prazo final desta etapa, e que resulte na construção de ações corretivas e de apoio que o GCE poderá implementar até findar o prazo da etapa visando a superação de dificuldades encontradas pelos GTM para o pleno desenvolvimento do plano de ação.

6.9 Encaminhamentos

Após a institucionalização do Comitê Executivo de Governança da RAS, recomenda-se que seja produzido um calendário de reuniões para o ano e que o funcionamento de tal instância possa ser implementado a partir de ações sistemáticas de monitoramento do PRMS e da RAS, contribuindo para a qualificação da governança uma vez que a participação de profissionais, gestores e prestadores de serviço possibilitará uma nova prática de governança, de composição pluri-institucional, que poderá auxiliar na operacionalização das decisões tomadas, oportunizando melhores resultados sanitários e econômicos.

7. ANEXO I - METODOLOGIA PARA APOIO À IDENTIFICAÇÃO DOS GASTOS SUS NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Dimensionar o financiamento do SUS nas regiões é fundamental para embasar o planejamento regional da política de saúde pública nacional. Identificar a contribuição financeira de cada ente federado para a constituição do SUS na região, bem como a alocação dos recursos por nível de atenção, tem como objetivo subsidiar os atores envolvidos no processo de pactuação regional na organização do sistema de saúde local. Assim, a presente nota metodológica busca contribuir para o fortalecimento e aprofundamento das análises do financiamento tripartite do SUS regional, especialmente no que diz respeito aos gastos SUS nas macrorregiões de saúde.

A elaboração de um método de apuração dos gastos regionais do SUS deve partir inicialmente da definição do conceito de gasto SUS. Esse conceito não abrange todos os gastos públicos com saúde, compreendendo apenas as despesas com serviços de saúde de acesso universal (Brasil, 2012; Mendes, 2015). Em outras palavras, para fins de identificação do financiamento tripartite do SUS, devem ser consideradas apenas as despesas realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde (MS) em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). A definição de ASPS é aquela formulada inicialmente pela Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e consolidada posteriormente pela Lei Complementar nº 141/2012, que regulamentou a EC nº 29/2000.

Importante destacar que a publicação da LC 141/2012 tornou os registros das despesas em ASPS mais confiáveis (Piola, Benevides e Vieira, 2018), contribuindo para a melhora nas análises do financiamento regional do SUS nos últimos anos.

Os esforços de uniformização das classificações orçamentárias de receitas e despesas nas Contas Públicas Nacionais, que vêm sendo empreendidos pelos entes federados desde a publicação da Portaria Interministerial nº 163, de maio de 2001, também tornam promissores os usos desses registros para o aprimoramento dos estudos do financiamento do SUS.

Cabe ressaltar que, segundo Vieira (2017), gastos e despesas em ASPS têm o mesmo significado, uma vez que na administração pública a utilização de recursos do Estado na execução das suas atividades torna esses conceitos idênticos. Assim, no presente texto os termos são usados como sinônimos.

Em consonância com as boas práticas que orientam as estatísticas públicas, a metodologia proposta privilegia bases de informações institucionais consolidadas e de acesso público, com periodicidade adequada e regular, permitindo a sua reprodução padronizada nas diferentes regiões do território nacional, bem como sua continuidade ao longo do tempo. Assim, o método ora proposto

consiste na identificação e, quando necessário, tratamento dos registros de despesas e transferências financeiras referentes aos municípios, aos estados e a União que permitam melhor estimar os gastos SUS no território municipal, que posteriormente são agregados em recortes regionais.

A busca por um método de estimativa comum a todas regiões e que seja replicável ao longo do tempo não impede que atores regionais agreguem às análises outras informações que joguem luz sobre realidades próprias dos territórios.

Considerações sobre o método

O método considera duas dimensões do financiamento do SUS. A primeira dimensão diz respeito a origem do recurso, ou em outras palavras, das fontes tributárias que sustentam o sistema público de saúde. A segunda dimensão diz respeito a sua alocação por subfunção, ou seja, o uso dos recursos por nível de atenção.

Tendo em vista o planejamento regional do SUS, é oportuno identificar na dimensão origem do recurso os gastos realizados com recursos próprios por esfera de governo. Ou seja, identificar os recursos financeiros disponibilizados para a saúde pelos municípios, pelos governos estaduais e pelo governo federal, permite tornar público à sociedade de forma geral e aos gestores em especial, a participação de cada ente federado no financiamento regional do SUS.

Na dimensão alocação são verificados os gastos em ASPS por subfunção, conforme a orientação da Classificação Funcional Programática definida pela Portaria n.º 42, de 14 de abril de 1999 – Atenção Básica; Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Suporte Profilático e Terapêutico; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Alimentação e Nutrição. Identificar a alocação dos recursos por subfunções permite aos atores locais dimensionar as prioridades assistenciais em termos financeiros *vis a vis* as necessidades de saúde identificadas no território.

Devido à dificuldade em identificar os registros de forma regionalizada, o método proposto não considera o gasto direto realizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, não considera os recursos federais aplicados diretamente por órgãos e entidades da Administração Pública Federal ligados ao MS em aquisição e contratação de obras e compras governamentais, em pagamento de salários, entre outros. São consideradas apenas as transferências de recursos realizadas por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) e para os Fundos Estaduais de Saúde (FES).

Ainda que se reconheça que parcela dos gastos diretos do MS tenha importante impacto regional, sobretudo em algumas macrorregiões, o fato é que a descentralização dos recursos federais para os entes subnacionais foi ganhando relevância ao longo da implementação do SUS. Em 2017, a aplicação direta do MS era de apenas 32% do total das despesas federais com saúde (Paiva, Gonzalez

e Benevides, 2020). Isso faz com que, para grande parte das regiões, o método de apuração dos gastos regionais do SUS ora proposto represente a quase totalidade do financiamento regional tripartite. No entanto, conforme a importância dos gastos diretos do governo federal em territórios específicos, os gestores municipais e estaduais locais podem desenvolver métodos próprios para estimar esses gastos, que serão posteriormente agregados aos resultados do método proposto.

Em relação à esfera estadual, cabe esclarecer que identificar as despesas em ASPS regionalizadas depende do nível de detalhamento dos registros de execução orçamentária de cada estado. Ainda que se reconheça a tendência dos gestores estaduais em facilitarem o acesso as suas informações financeiras e contábeis, tanto para promover a melhora na tomada de decisão para a ação pública, como para dar maior transparência à sociedade em geral, é esperado que os governos estaduais estejam em diferentes estágios nesse processo. Alguns estados já possuem sistemas de informações consolidados, permitindo a extração de informações desagregadas e territorializadas, facilitando a execução do método. Será necessário realizar adaptações no uso dos registros naqueles estados nos quais os sistemas de informações ainda não estejam em estágio mais avançado. Espera-se que o processo de elaboração do método dos gastos regionais do SUS seja mais um estímulo para o aprimoramento da gestão e transparência do gasto público no nível estadual.

De qualquer forma, mesmo em estados com maior facilidade de acesso às informações da execução orçamentária e financeira, deve-se reconhecer a existência de algumas despesas executadas de forma centralizada, normalmente na sede da SES, como por exemplo as despesas com pessoal ativo ou a compra de medicamentos, em especial os de alto custo. Para que essas despesas não sobrestimem os municípios em que estão localizadas as sedes da SES, é necessário aplicar um método de distribuição que estime a participação dos demais municípios na despesa. No presente método, sugere-se o uso da distribuição da população pelos municípios para realizar o rateio das despesas descentralizadas.

Devido às recentes mudanças no financiamento do SUS, em especial da política de atenção básica, torna-se oportuna a elaboração de uma série histórica que permita o conhecimento temporal dos gastos regionais do SUS a partir de 2017 até o último ano de disponibilidade das informações. Tendo em vista o aspecto inovador do método ora proposto, considera-se também que a elaboração de uma série histórica possibilitará a análise crítica dos resultados alcançados quanto a sua consistência metodológica.

Procedimentos metodológicos

Origem dos recursos financeiros

Essa dimensão considera as três esferas de governo – municipal, estadual e federal. Para estimar a origem dos recursos financeiros nas regiões deve-se considerar os gastos com receita própria dos municípios, dos estados e as transferências financeiras efetuadas pelo governo federal para os fundos municipais de saúde (FMS) e para o Fundo Estadual de Saúde (FES) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Esfera municipal

Para a estimativa dos recursos financeiros disponibilizados pelos municípios, devem ser usadas as informações de despesas com recursos próprios extraídas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde (MS).

Esfera estadual

Para a estimativa dos recursos financeiros originados nos tesouros dos 26 estados e do Distrito Federal devem ser usadas informações extraídas dos sistemas de informações de execução orçamentária dos governos disponibilizados pelas secretarias da fazenda ou similares. As informações consideradas devem ser referentes as despesas liquidadas classificadas na Função 10 – Saúde, cujo órgão executor é a SES, tendo o Tesouro estadual como fonte dos recursos. Devem ser retiradas da base de dados todas as despesas realizadas com juros e amortização da dívida e com pessoal inativo.

Conforme apresentado anteriormente, é necessário identificar nos orçamentos as despesas registradas de forma centralizadas, para que posteriormente sejam distribuídas segundo a população municipal.

Esfera federal

Para o cálculo dos recursos para o SUS com origem na esfera federal devem ser considerados os valores brutos registrados no Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e para os Fundos Estaduais de Saúde. Dessa forma os recursos originados nessa esfera de governo são desagregados em dois segmentos, um que se refere a transferência regional que passa pela gestão municipal e outro, pela gestão estadual. Em relação as transferências para os municípios, o método deve considerar o valor total transferidos para os 5.568 municípios.

O valor referente a transferência para os estados deve ser regionalizado segundo as despesas estaduais realizadas com recursos vinculados federais. Dessa forma é necessário observar na execução

orçamentária estadual as despesas cuja fonte é o governo federal que será usado como *proxy* para a distribuição do valor total transferido para o FES.

O quadro 1 possibilita a visualização sintética do método de regionalização dos recursos SUS segundo sua origem.

Quadro 1. Variáveis por esfera de governo

Municipal	Estadual	Federal	
Despesas com recursos próprios (SIOPS)	Despesas com recursos próprios por município (sistemas de informações estaduais)	Parcela municipal: repasses para os municípios (FNS)	Parcela estadual: Repasses para os estados (FNS) distribuído pela despesas estaduais cuja fonte é o governo federal (sistemas de informação estadual)

Recursos alocados por subfunção

Conforme apontado anteriormente, os registros das despesas nos sistemas de informação públicos disponíveis são realizados seguindo a orientação da Classificação Funcional Programática definida pela Portaria n.º 42, de 14 de abril de 1999. Dessa forma, a Função saúde (Função 10) nos sistemas de informações apresenta ao menos seis subfunções: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição. A função pode ser traduzida como o maior nível de agregação das diversas áreas de atuação do setor público e reflete a competência institucional do órgão. Já a subfunção, representa um nível de agregação imediatamente inferior à função e evidencia a natureza da atuação governamental¹

Com o objetivo de tornar os níveis de atenção (subfunções) mais agregados, as despesas realizadas em ASPS na dimensão alocação de recursos financeiros foram classificadas em cinco subfunções: i) Atenção Básica; ii) Média e Alta Complexidade; iii) Assistência farmacêutica; iv) Vigilâncias; e v) Outras ASPS. Sendo que na Vigilâncias, foram agregadas as ASPS relacionadas às vigilâncias de forma geral e no Outras ASPS, além das ASPS relacionadas à alimentação e nutrição, todas as demais informadas pelos sistemas de dados.

O método não considera os gastos diretos do gestor federal. Nessa dimensão foram considerados os gastos SUS realizados pelos governos municipais, pelos governos estaduais e pelo Distrito Federal.

¹ MANUAL TÉCNICO DE ORÇAMENTO MTO 2022 Brasília Edição 2022 (13ª Versão) Disponibilizada Em 15 De Fevereiro De 2022. Ministério da Economia /Secretaria Especial Do Tesouro E Orçamento/Secretaria de Orçamento Federal – Disponível em :
<https://www1.siop.planejamento.gov.br/mto/lib/exe/fetch.php/mto2022:mto2022-atual.pdf>

Importante lembrar que o montante relevante dos gastos diretos do gestor federal está relacionado ao pagamento dos servidores. Embora parte dos servidores federais esteja cedido a estados e municípios, entende-se ser muito complexa a identificação desses recursos federais alocados regionalmente. Entretanto, há situações que dada a relevância dos recursos federais alocados na região de saúde, o GCE pode tentar levantar tais informações, para melhor refletir os recursos tripartite alocados na região/macrorregião.

Nesse sentido, destacamos especialmente a situação do estado do Rio de Janeiro, em virtude da presença dos hospitais federais, onde além do grande número de servidores federais, há também o aporte desse tipo de recurso como gasto direto na prestação de serviços, que encontram-se na Função saúde (Função 10), especialmente na subfunção 302 (Assistência Hospitalar e Ambulatorial). Outra particularidade, por exemplo, são as regiões com grande contingente populacional indígena, uma vez que os recursos federais destinados aos povos indígenas, não estão na função 10 (saúde), mas sim na função 14 – Direitos da Cidadania, alocados na subfunção 423 – Assistência aos Povos Indígenas. Assim, para essas regiões, os recursos federais podem ser significativos.

Alocação dos recursos por subfunção sob gestão municipal

Para o cálculo dos recursos alocados sob gestão do governo municipal devem ser usadas as informações do Sistema Finanças do Brasil e Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (FINBRA/Siconfi) disponibilizados pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), e considerar todas as despesas liquidadas classificadas na Função 10 – Saúde.

Conforme apontado, as despesas devem ser agregadas em cinco níveis de atenção segundo sua classificação por subfunção. Vale ressaltar que a partir do ano 2017 a Função 10 é maior do que a somatória das subfunções. Para corrigir essa distorção a diferença entre a Função 10 e a somatória das subfunções deve ser incorporada no nível de atenção “Outras ASPS”.

O Quadro 2 detalha os níveis de atenção com as subfunções correspondentes. Optou-se por manter a grafia das subfunções conforme grifadas nas bases de dados.

Quadro 2

Nível de atenção	Subfunção
Atenção básica	10.301 - Atenção Básica
Atenção hospitalar e ambulatorial	10.302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Assistência farmacêutica	10.303 - Suporte Profilático e Terapêutico
Vigilância	10.304 - Vigilância Sanitária 10.305 - Vigilância Epidemiológica 10.122 - Administração Geral
Outras ASPS	10.306 - Alimentação e Nutrição 10.999 - Demais Subfunções Saúde

Alocação dos recursos por subfunção sob gestão estadual

Para o cálculo dos recursos alocados no âmbito dos governos estaduais devem ser usadas as despesas informadas nos sistemas de informações de execução orçamentária dos governos disponibilizados pelas secretarias da fazenda ou similares. Devem ser consideradas todas as despesas liquidadas classificadas na Função 10 – Saúde, cujo órgão executor é a Secretaria de Estado da Saúde, independente da fonte dos recursos. As despesas realizadas com juros e amortização da dívida devem ser retiradas da base de dados. Também devem ser retiradas as despesas com transferências para municípios, uma vez que, assim como as transferências realizadas pelo governo federal, a aplicação em ASPS desse recurso fica a cargo da gestão que recebe o recurso, no caso a municipal.

O quadro 3 permite observar de forma sintética a agregação final das despesas em ASPS por níveis de atenção e a esfera de governo responsável por sua execução.

Quadro 3

Recursos Alocados	Estadual	Atenção Básica
		Atenção hospitalar e ambulatorial
		Assistencia farmacêutica
		Vigilância
		Outras
	Municipal	Atenção Básica
		Atenção hospitalar e ambulatorial
		Assistencia farmacêutica
		Vigilância
		Outras
	Total	Atenção Básica
		Atenção hospitalar e ambulatorial
		Assistencia farmacêutica
		Vigilância
		Outras

Disponibilidade das informações

Conforme apontado anteriormente, o acesso às informações referentes aos orçamentos estaduais depende dos sistemas de informação disponíveis em cada uma das unidades federativas estaduais. A identificação desses sistemas de informação ocorrerá ao longo da execução do projeto.

Os acessos às informações referentes à esfera federal e à esfera municipal apontadas no presente métodos de estimativa do financiamento regional do SUS estão detalhados no Quadro 5.

Quadro 4 – Variáveis, fontes, formatos de saída do dado e link de acesso

Variáveis	Fonte	Formatos de Saída do dado/informação	Link
Despesas com recursos próprios em saúde (D.R. Próprios)	SIOPS	Tabela/Banco - excel, csv	http://siops.asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicSP.def
Valores líquidos de repasse	FNS	Tabela/Banco - excel	https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada
Despesas liquidadas por subfunção	Siconfi	Tabela/Banco - csv	https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/consult_a_finbra/finbra_list.jsf

Tendo em vista que o processo de extração e tratamento dos dados dos sistemas de informações disponíveis não é trivial para parcela considerável dos gestores regionais do SUS, poderão ser desenvolvidas capacitações específicas para essa etapa do projeto. Espera-se que o desenvolvimento de ferramentas de ensino/aprendizagem que facilite o acesso e uso das informações promova a ampliação da autonomia dos gestores regionais na formulação da política de saúde nos territórios.

Referências bibliográficas

Brasil. 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... Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1-4, 16 jan. 2012.

Mendes, AN. Assessoria para estudo sobre apuração do financiamento e gasto público em saúde no estado de São Paulo. Relatório Técnico. Produto 1. São Paulo, SP. Dez 2015.

Paiva, AB; Gonzalez, R; Benevides, R. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. In: Jaccoud, L. (org.). Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras. Brasília: IPEA, 2020. p. 149-182. Disponível em: 200821_coordenacao_book.pdf

Vieira, FS. Produção de informação de custos para a tomada de decisão no sistema único de saúde: uma questão para a política pública. TD 2314. Brasília: Ipea, 2017.

Vieira, FS; Piola, SF; Benevides, RPS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. TD 2439. Brasília: Ipea, 2018.

8. ANEXO II – TEXTOS DE APOIO

TEXTO DE APOIO 1 - DOMI: conceitos e implicações para os instrumentos de gestão do SUS

Segundo o Manual de Planejamento do SUS, com a análise situacional elaborada, é possível avançar na identificação e definição das diretrizes e prioridades que comporão o Plano de Saúde e todos os demais instrumentos de planejamento. É bom lembrar que as diretrizes serão definidas visando responder às necessidades de saúde da população, identificadas na análise situacional e, por isso mesmo, mantêm relação com os temas que orientaram a construção da análise situacional.

Nesta etapa são consideradas as condições de saúde da população e explicitados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde expressos em Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; os determinantes e condicionantes de saúde, onde constam as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersetorialidade); e a gestão em saúde, com as respectivas medidas de seu aperfeiçoamento.

São definições apresentadas no citado Manual:

Diretrizes — Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde.

Objetivos — Expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. **Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas**, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.

Metas — Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.

Indicadores — Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

TEXTO DE APOIO 2 - O sistema de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

A LC 141/2012 disciplinou que ASPS são: ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8080/1990, e às seguintes diretrizes:

- Sejam destinadas às ASPS de acesso universal, igualitário e gratuito;
- Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;
- Sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando às despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Para que as ações e serviços sejam definidos como ASPS devem estar disponíveis a toda a população de forma gratuita, constar no plano de saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho de Saúde, sendo os recursos financeiros movimentados até sua destinação final por meio dos fundos de saúde. Na verdade, muitas ações e serviços são considerados como ASPS e seria impossível fazer uma lista fechada frente a toda a complexidade de se fazer saúde nos diversos municípios e Estados brasileiros. Assim, a LC 141/2012 especifica em seu artigo 4º, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, os gastos que não são considerados como ASPS. As vedações apresentadas demonstram a preocupação do legislador em excluir aquelas despesas que, embora possam contribuir para a melhoria da saúde da população, não entram no cômputo de aplicação do mínimo constitucional, tais como meio ambiente, merenda escolar e bolsa família, por exemplo.

Outro aspecto importante é que a demonstração legal da aplicação de recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos se dá pela entrada dos dados contábeis no SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Neste sistema as despesas consideradas para o cômputo da aplicação mínima do município são agrupadas em:

- Despesas liquidadas e pagas no exercício;
- Despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício financeiro do município ou Estado, consolidadas nos fundos municipais e estaduais de saúde.

E vale lembrar, ainda, que os recursos provenientes da disponibilidade de caixa vinculados aos restos a pagar, referentes às despesas empenhadas e não liquidadas, que forem canceladas ou prescritas, deverão necessariamente ser aplicados em ASPS até o término do exercício seguinte ao do

cancelamento ou prescrição. Importante também lembrar que as despesas provenientes de receitas de operações de crédito não são consideradas para aplicação em ASPS.

Os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde são administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e se destinam a financiar as ASPS das entidades integrantes do SUS e que grande parte deste recurso é transferida para os Estados/Distrito Federal e os Municípios. Até o ano de 2017 a Portaria 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência destes recursos com o respectivo monitoramento e controle por meio dos seguintes Blocos de Financiamento: Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Investimentos na rede de serviços de saúde. A forma de transferência por meio destes blocos foi importante no processo de organização do sistema, mas ao mesmo tempo engessou a execução financeira dos demais entes federados.

Foi então que, em 28 de dezembro 2017, a Portaria 3992/2017 alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017, a qual contemplava o conteúdo da Portaria nº 204/2007. A regra estabeleceu que o repasse dos recursos financeiros federais, transferidos por meio do FNS aos demais entes federados, destinados ao custeio das ASPS, passa a ser realizada em apenas uma conta financeira, e não mais em cinco diferentes blocos com suas inúmeras contas correntes. Além disso, os recursos destinados a investimentos passaram a ser transferidos também em uma só conta. Ou seja, a partir de 10 de janeiro de 2018 os recursos federais transferidos aos demais entes passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única na forma em dois blocos de financiamento que foram denominados: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Mais recentemente, em abril de 2020, foi publicada a Portaria nº 828, que mais uma vez alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação das Transferências federais de recursos da saúde. Desta forma, os recursos repassados pelo FNS passaram a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- I- Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde: repasses financeiros destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde incluindo reparos, consertos, revisões, pinturas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, reparos em instalações elétricas e

hidráulicas, reparos, recuperações e adaptações de biombos, carpetes, divisórias e lambris e manutenção de elevadores, limpeza de fossa e afins. Fica vedada a utilização para pagamento de servidores inativos, servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde, gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde, pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado e obras de construções novas bem como de ampliações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

II- Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde: repasses financeiros destinados à aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde, obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde. Vedada a utilização em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

Referências bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS - Diálogos no cotidiano. CONASEMS. Brasília, 2021. Disponível em: https://gestaosus.suprema.edu.br/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf

TEXTO DE APOIO 3 - O desafio da articulação interfederativa no planejamento regional integrado

Um desafio permanente da gestão do SUS é o fortalecimento dos vínculos interfederativos, necessários à consolidação do Sistema. As Comissões Intergestores, enquanto instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, constituem-se foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores na construção de consensos federativos, em cada nível da organização do Sistema: regional, estadual e nacional do SUS.

O Decreto 7.508/11 estabelece a organização do SUS em Regiões de Saúde, sendo estas instituídas pelo estado em articulação com os seus municípios e que representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos: garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Intergestores, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Outrossim, a Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das RAS no âmbito do SUS, definindo que o planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado. Dessa forma, fica claro que o Plano Regional de Saúde, decorrente do processo de planejamento regional integrado, deverá contemplar uma sistematização das responsabilidades dos entes federados para sua adequada implementação, sendo tal produto decorrente de um processo de articulação interfederativa legítima e produzida nos espaços de pactuação formais do SUS.

Referências bibliográficas

BRASIL. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Brasília, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html

TEXTO DE APOIO 4 - O Plano Regional de Saúde

Segundo a Resolução CIT nº 37/2018, o produto do processo de planejamento é o **Plano Regional**, conforme disposto na LC nº 141/2012. O mesmo deve expressar:

- a. A identificação do espaço regional ampliado;
- b. A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- c. As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- d. As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- e. A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- f. A programação geral das ações e serviços de saúde;
- g. 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.

Referências bibliográficas

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 37, de 22 de março de 2019. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html

TEXTO DE APOIO 5 - Instrumentos de gestão do SUS

Com a definição das intervenções prioritárias, que contempla a definição das responsabilidades e metas de cada ente federado na execução das ações e serviços na região de saúde, tem início a definição das responsabilidades orçamentárias e financeiras.

No âmbito das políticas governamentais, uma longa tradição que trata de formulação e de implementação, na forma de ciclo de políticas, está sistematizada na literatura especializada. Um dos momentos desse processo, o da implementação, implica na operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas ou atender necessidades, identificadas a partir da relação entre Estado e sociedade.

A implementação de políticas de saúde exige definição da forma pela qual se darão as conexões entre a formulação de diretrizes políticas e sua operacionalização nos serviços de saúde. As conexões referidas podem estar mediadas pelo planejamento, no sentido que lhe é atribuído como parte da gestão dos sistemas e serviços de saúde, na medida em que se constitui como um meio para desenhar, organizar e acompanhar a execução de proposições destinadas a operacionalizar as decisões institucionais.

No processo de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão é identificada como um elemento central na política de saúde, o *lócus* onde esta se opera. Por outro lado, o planejamento pode ser designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores. Essa formulação aproxima o planejamento do conceito de processo de trabalho e permite abordá-lo como organizador de saberes e práticas, que sistematiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais.

Outrossim, faz-se necessário ressaltar que os instrumentos para o planejamento no SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cílico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Assim, o Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. É ele quem norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, consolidando as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. É elaborado no

primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

Da mesma forma, a Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Na Programação Anual de Saúde são detalhadas as ações e serviços — conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano.

Já o Relatório de Gestão (RG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Por essas características, é o instrumento em que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano de Saúde operacionalizadas pela PAS, que foram executadas no ano anterior.

Entretanto, faz-se necessário também, além de compreender dos instrumentos de gestão do SUS, perceber que os mesmos não podem ser construídos de forma fragmentada dos demais instrumentos de planejamento governamental, em especial o Plano **Plurianual** (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), de forma que tais instrumentos incidem sobre a operacionalização dos recursos financeiros em todos os órgão da Administração Direta e Indireta, e uma vez sendo negligenciados, podem inviabilizar a implementação dos instrumentos de gestão do SUS.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

TEXTO DE APOIO 6 - Comitê Executivo de Governança da RAS

No processo de governança do SUS há forte interdependência federativa nos procedimentos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão de redes de atenção à saúde, sendo que as estratégias e os instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque na regionalização. As relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo são de autoridade igual ou superposta, com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo. Exercem esse papel de governança intergovernamental no SUS as Comissões Intergestores: Bipartite (CIB), Regional (CIR) e Tripartite (CIT).

Contudo, para além da governança intergovernamental, no contexto das RAS deve ser considerada uma nova prática de governança, de composição pluri-institucional, que auxilia na operacionalização das decisões tomadas nas comissões intergestores, organiza e coordena a interação entre seus atores de forma a gerar um excedente cooperativo e obter melhores resultados sanitários e econômicos. Nesse sentido, foi instituído pela Resolução CIT nº 23/2017 o Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, fornecer subsídios para a tomada de decisão na macrorregião-território onde a RAS se completa - e contribuir para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR.

Deverão participar desse Comitê gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e representante do Controle Social. A Resolução estabelece ainda que a CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento do Comitê Executivo de Governança da RAS.

Sugestões de atribuições do Comitê:

- a) Acompanhar o funcionamento da RAS nos diversos pontos de atenção da rede;
- b) Monitorar os objetivos e as metas da RAS que devem ser cumpridas em curto, médio e longo prazos;
- c) Monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da RAS na Macrorregião;
- d) Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da RAS;
- e) Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de saúde;
- f) Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais;
- g) Encaminhar para a CIB Estadual as recomendações.

A Secretaria Estadual da Saúde deverá coordenar as reuniões do Comitê, que será organizado e começará a funcionar a partir da implantação das redes nas macrorregiões de saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. Brasília, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integra do.pdf