

# ORIENTAÇÕES

## TRIPARTITE PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

STATEMENT BY CATEGORY

| Category               | Actual  | Original |
|------------------------|---------|----------|
| Salaries               | 10,000  | 11,000   |
| Benefits               | 12,000  | 13,000   |
| Medical                | 15,000  | 16,000   |
| Pharmacy               | 18,000  | 19,000   |
| Medical Equipment      | 20,000  | 21,000   |
| Medical Supplies       | 22,000  | 23,000   |
| Medical Services       | 25,000  | 26,000   |
| Medical Facilities     | 28,000  | 29,000   |
| Medical Research       | 30,000  | 31,000   |
| Medical Education      | 32,000  | 33,000   |
| Medical Training       | 35,000  | 36,000   |
| Medical Conferences    | 38,000  | 39,000   |
| Medical Publications   | 40,000  | 41,000   |
| Medical Journals       | 42,000  | 43,000   |
| Medical Books          | 45,000  | 46,000   |
| Medical Software       | 48,000  | 49,000   |
| Medical Hardware       | 50,000  | 51,000   |
| Medical IT Support     | 52,000  | 53,000   |
| Medical Security       | 55,000  | 56,000   |
| Medical Compliance     | 58,000  | 59,000   |
| Medical Audits         | 60,000  | 61,000   |
| Medical Investigations | 62,000  | 63,000   |
| Medical Litigation     | 65,000  | 66,000   |
| Medical Settlements    | 68,000  | 69,000   |
| Medical Arbitration    | 70,000  | 71,000   |
| Medical Mediation      | 72,000  | 73,000   |
| Medical Conciliation   | 75,000  | 76,000   |
| Medical Reconciliation | 78,000  | 79,000   |
| Medical Arbitration    | 80,000  | 81,000   |
| Medical Conciliation   | 82,000  | 83,000   |
| Medical Reconciliation | 85,000  | 86,000   |
| Medical Arbitration    | 88,000  | 89,000   |
| Medical Conciliation   | 90,000  | 91,000   |
| Medical Reconciliation | 92,000  | 93,000   |
| Medical Arbitration    | 95,000  | 96,000   |
| Medical Conciliation   | 98,000  | 99,000   |
| Medical Reconciliation | 100,000 | 101,000  |



## Instruções de navegação



Arraste e clique com o mouse nas laterais superiores ou inferiores para passar a página



Você poderá usar também as setas direcionais do seu teclado para passar as páginas, se preferir



O índice é interativo, portanto, você poderá simplesmente clicar na seção ou pergunta que deseja ver



<< voltar para o índice

Para retornar ao menu, basta clicar no botão localizado na parte superior de cada página

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>Introdução</b> .....   | 3  |
| <b>Contexto Geral</b> .....   | 5  |
| <b>Organização das RAS no PRI</b> .....                                 | 6  |
| <b>Processo de PRI</b> .....  | 8  |
| Etapas do PRI .....   | 8  |
| Operacionalizações das etapas do PRI .....                              | 9  |
| Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde .....                   | 11 |
| Plano Regional .....  | 11 |
| <b>Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde</b> .....  | 13 |
| <b>Papel dos Entes Federados e das Instâncias Gestoras no PRI</b> ..... | 14 |
| Comissão Intergestores Bipartite .....                                  | 15 |
| Comissão Intergestores Regional .....                                   | 16 |
| Nível Central - SES .....   | 16 |
| Comissão Intergestores Tripartite .....                                 | 16 |
| <b>Outras Informações</b> .....   | 16 |
| <b>Referências</b> .....  | 18 |
| <b>Anexo</b> .....  | 21 |



O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Resoluções nº 23/2017 e nº 37/2018, que estabelecem diretrizes e critérios para a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a organização da Rede de Atenção à Saúde.

Elaborado pelo Ministério da Saúde, pelo Conass e pelo Conasems e publicado em setembro de 2018, este documento intitulado **‘Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado’** traz orientações relativas ao Planejamento Regional Integrado a ser realizado nas macrorregiões de saúde e, dessa forma, esclarecer os gestores e as equipes dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e do Ministério da Saúde as principais questões e etapas, a fim de fortalecer a organização das ações e dos serviços de saúde.



## CONTEXTO GERAL

---

Dando um passo importante para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e buscando 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, foram discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite normas que estabelecem diretrizes para os processos de:

- Regionalização,
- Planejamento Regional Integrado (PRI) e
- Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, na lógica de organização de macrorregiões de saúde.

Essas normas visam orientar a organização regional dos serviços e das ações de saúde, levando em consideração a diversidade no processo de implementação das RAS existentes no país, no qual as Comissões Intergestores têm papel decisivo, uma vez que são foros de negociação e pactuação entre gestores que devem decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS e definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados. Esta atuação deve estar em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde.

O PRI é parte do processo de planejamento do SUS, a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, resultante

das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, será o Plano Regional, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme § 2º, art. 30, da [Lei Complementar 141/2012](#). Esse processo visa promover a equidade regional, bem como contribuir na concretização do planejamento ascendente do SUS.

Todas as ASPS de interesse regional, bem como as responsabilidades dos entes para com essas ações e serviços, deverão estar contidas no próprio Plano Regional, elaborado no âmbito da macrorregião de saúde, que deverá evidenciar o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção, por meio da organização das RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

Além disso, o fortalecimento da regionalização no SUS, que se materializa por meio da organização das RAS, busca promover a equidade, a integralidade na atenção à saúde, a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, com ganho de escala, o estabelecimento de mecanismos de governança e a atuação do Estado orientada pela lógica dos interesses coletivos e do SUS no espaço regional. Esse modelo organizativo permite a superação da atenção episódica, reativa e fragmentada, no âmbito do sistema, por uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas.

## ORGANIZAÇÃO DAS RAS NO PRI

---

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



clínica e sanitária; e eficiência econômica. Para tanto, sua organização deve ser estruturadas segundo os fundamentos<sup>1</sup>:

- Economia de Escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de Recursos;
- Integração Vertical e Horizontal;
- Reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis;
- Definição dos seus limites geográficos e sua população;
- Organização dos pontos de atenção de acordo com as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

Há mudanças significativas nos sistemas de atenção à saúde que se organizam com base nesses fundamentos. Assim, nas RAS, a atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar são diferentes daquelas praticadas nos sistemas fragmentados, e a diferença está no fato de que, nesse modelo de atenção, há comunicação e interdependência entre os diversos componentes e há coordenação exercitada pela Atenção Primária à Saúde - APS. Ou seja, ao contrário dos sistemas fragmentados, a organização da atenção ambulatorial especializada não se concretiza de forma independente, mas de maneira coordenada entre os cuidados especializados e a atenção primária à saúde.

Quanto à modelagem das RAS - parte integrante do processo de

---

1 Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, de 28/09/17 ( Origem: PRT MS/GM 4.279/2010).

PRI - devem ser observados os planos de saúde dos municípios e as diretrizes do planejamento aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite, assim como realizada a análise da situação de saúde nas regiões, a fim de estabelecer os critérios para a estratificação de risco e priorização das RAS. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e, baseada em análise epidemiológica, permite a organização dos serviços para oferecer o recurso assistencial mais adequado para quem mais necessita.

Como instrumento de apoio à modelagem da rede, a ser desencadeado junto com as Comissões Intergestores Regionais, propõe-se a utilização da matriz contida no anexo deste documento.

## O PROCESSO DE PRI

---

O PRI, como parte do planejamento ascendente, expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS, considerando como premissas fundamentais a análise dos planos de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

### Etapas do PRI

O processo do Planejamento Regional Integrado inicia-se com a definição das Macrorregiões de Saúde e do cronograma de sua implantação, aprovados na CIB e informados à CIT, considerando as seguintes etapas:

- a) Elaboração da análise da situação de saúde:

- Identificação das necessidades de saúde
  - Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais
  - Identificação dos fluxos de acesso
- b) Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
  - c) Organização dos pontos de atenção da RAS;
  - d) Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde;
  - e) Definição dos investimentos necessários.

## **Operacionalizações das etapas do PRI**

A Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões, e seus respectivos municípios.

No que se refere à identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada, sugere-se trabalhar necessidade de saúde relacionada às seguintes dimensões:

- Análise da situação de saúde da população quanto aos riscos de adoecimento, segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais;
- Serviços de saúde, segundo critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional;
- Análise alocativa de recursos econômicos.

De posse da análise situacional da saúde em seus diversos aspectos é preciso identificar e definir as prioridades sanitárias regionais que comporão o Plano Regional, e deverão ser traduzidas em diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução. Vale observar, que as diretrizes já definidas nos planos nacional, estaduais e municipais, construídas previamente com participação social devem orientar as prioridades, destacando que o Plano Regional da Macrorregião deve conter apenas as ASPS de interesse regional.

A seguir a definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, conforme o [Manual de Planejamento no SUS \(MS 2016\)](#), considerando a importância desses elementos no processo de planejamento:

- As diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias.
- Os 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.
- As 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.
- Os indicadores retratam um 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.

Definidas as prioridades sanitárias regionais, emerge a necessidade de construção de consensos e pactuação acerca das responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo, na Macrorregião de Saúde, para a organização das RAS, seus respectivos pontos de atenção e financiamento previsto. Responsabilidades essas que podem destacar melhorias de indicadores relacionados à atenção básica e à vigilância em saúde, pois, em parte, quanto mais efetivos forem esses resultados, menores são os impactos nas necessidades de ações e serviços de interesse regional da média e alta complexidade.

## **Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde**

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é uma das etapas do PRI, e consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ASPS a serem desenvolvidos, no âmbito da Macrorregião de Saúde, buscando a otimização dos recursos físicos e financeiros e contribuindo para a conformação e organização da RAS. Abrange as ações de assistência à saúde (atenção básica/primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica, da saúde do trabalhador e em saúde ambiental) e de assistência farmacêutica, de interesse regional, constantes na Renases e na Rename, a serem realizadas no território.

## **Plano Regional**

Conforme o inciso III do art. 2º da [Resolução CIT nº 37/18](#), o Plano Regional da Macrorregião de Saúde, resultante do processo de PRI, deverá expressar:

- I. A identificação do espaço regional ampliado.

- II. A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada<sup>2</sup>.
- III. As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.
- IV. As responsabilidades dos entes federados no espaço regional.
- V. A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional.
- VI. A programação geral das ações e serviços de saúde.
- VII. 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.

A citada Resolução estabelece ainda, que a consolidação dos Planos Regionais será parte integrante do Plano Estadual de Saúde.

---

<sup>2</sup> A capacidade instalada na macrorregião de saúde refere-se à rede própria dos serviços do SUS bem como aqueles da rede conveniada/contratada. Os serviços de saúde contratados de forma complementar devem ter a relação com o Gestor estabelecida por meios formais (contratualização), assegurada a preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, conforme art. 199, §1o da C.F. 88. A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e deveres de cada uma das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, de mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços (CONASS, 2006).

# COMITÊ EXECUTIVO DE GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

---

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.

## **PAPEL DOS ENTES FEDERADOS E DAS INSTÂNCIAS GESTORAS NO PRI**

---

Conforme a [Resolução CIT nº 37 de 22/03/18](#), o processo de 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 CIB.

O Ministério da Saúde participará do PRI, prestando apoio técni-



co-institucional, por meio dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde e das áreas técnicas de acordo com as necessidades de cada estado e assumindo os compromissos e responsabilidades que lhe compete na pactuação regional. Também atuará como indutor das articulações entre os entes federados, nas discussões interestaduais.

Destaca-se aqui o papel fundamental das instâncias gestoras nesse processo, que se inicia na CIB, aprovando as diretrizes, continuando nas CIR, e terminando na CIB, para aprovação dos planos macrorregionais. Cabe à equipe técnica da Secretaria Estadual da Saúde coordenar esse processo, envolvendo os técnicos das regionais da secretaria.

## **Comissão Intergestores Bipartite**

- a) Reunião com representantes do Cosems para alinhamento conceitual, definição inicial das macrorregiões de saúde e elaboração de diretrizes para o planejamento regional integrado no estado para aprovação na CIB.
- b) Reunião da CIB para aprovação das diretrizes do PRI, cronograma para a realização desse planejamento, aprovação das macrorregiões definidas, para envio à Comissão Intergestores Tripartite - CIT, conforme [Resolução nº37/2018](#).
- c) Elaboração de documento guia para a operacionalização do processo de planejamento regional integrado, conforme as diretrizes aprovadas na CIB.
- d) Aprovação dos planos macrorregionais na CIB.
- e) Criação dos Comitês Executivos de Governança, quando da implantação das redes nas macrorregiões de saúde.

## Comissão Intergestores Regional

f) Reuniões nas CIR para a modelagem das redes naquela região, com base nos planos de saúde dos municípios e nas diretrizes aprovadas na CIB.

g) Reuniões nas CIR para a programação das ações e serviços de saúde.

## Nível Central - SES

h) Coordenar o processo de Planejamento Regional Integrado.

i) Realizar oficinas macrorregionais para a elaboração dos planos macrorregionais, com base no material discutido nas CIR.

## Comissão Intergestores Tripartite

j) Decidir sobre casos específicos, omissos e controversos relativos à conformação das macrorregiões de saúde e do Planejamento Regional Integrado.

k) Acompanhar a consolidação e as informações da composição das macrorregiões de saúde.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

---

Importante ressaltar que no Plano Regional devem estar expressos os compromissos financeiros no custeio e investimento, de interesse regional, bem como as responsabilidades dos entes federados envolvidos nas RAS acerca de sua operacionalização, considerando sua estrutura operacional (sistemas logísticos e sistemas de apoio). Nesse processo, em cumprimento à legislação vigente, deve-se ressaltar o compromisso dos gestores na contratualização de

serviços públicos e privados integrantes do SUS, para garantia do atendimento da população na Macrorregião de Saúde.

Por meio do [Portal Datasus \(datasus.saude.gov.br\)](https://datasus.saude.gov.br), o gestor tem acesso a todos os sistemas de informações disponibilizados pelo Ministério da Saúde, bem como às informações de saúde geradas por esses sistemas.

Outras informações importantes para o presente processo de Regionalização e PRI, podem ser acessadas por meio da Sala de Gestão Estratégica – [SAGE \(sage.saude.gov.br\)](https://sage.saude.gov.br) - e também por meio do [Digisus-gestor \(digisus.saude.gov.br/gestor/#/home\)](https://digisus.saude.gov.br/gestor/#/home), que traz dentre outras informações, o Mapa da Saúde.



## REFERÊNCIAS

| Leis, Portarias, e Resoluções Tripartite.                                     | Conteúdos   |
|---|---|
| <a href="#"><u>Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</u></a>               | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.   |
| <a href="#"><u>Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.</u></a>               | Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.   |
| <a href="#"><u>PRC nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo I.</u></a>    | Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).  |
| <a href="#"><u>Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.</u></a> | 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. |
| <a href="#"><u>Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011.</u></a>         | Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.  |

|   |  |
|---|--|
| <p><a href="#"><u>Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.</u></a></p>        | <p>Regulamenta o § 3 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 três esferas de governo; e revoga dispositivos das Leis n 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n 8.689, de 27 de julho de 1993.</p> |
| <p><a href="#"><u>PRC nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, arts. 94 a 101</u></a></p> | <p>Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde;</p>  |
| <p><a href="#"><u>Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016.</u></a></p>            | <p>Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p>   |
| <p><a href="#"><u>Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017.</u></a></p>             | <p>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.</p>  |

[A Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018.](#)

Dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado - PRI e a organização das macrorregiões de saúde, estabelece que esse processo será coordenado pelos estados, que deverão mobilizar e articular os profissionais de saúde das várias áreas técnicas da secretaria estadual de saúde, dos municípios e da União, a partir das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite.

1. Constituição Federal de 1988.
2. CONASS. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2014. 171 p.
3. Mendes EV. A governança regional das redes de atenção à saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate: Governança regional das redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2016
4. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
5. Brasil. Manual de Planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016

# ANEXO

## Matriz de modelagem da RAS

| Nível de Atenção   | Pontos de Atenção |  |  | Território Sanitário        |           |
|--------------------|-------------------|--|--|-----------------------------|-----------|
| Atenção Terciária  |                   |  |  | Macrorregião de Saúde       |           |
| Atenção Secundária |                   |  |  | Região de Saúde             |           |
| Atenção Primária   |                   |  |  | Município                   | Município |
|                    |                   |  |  | Micro área das UBS          |           |
|                    |                   |  |  | Área de abrangência dos ACS |           |

Fonte: Adaptação da Matriz dos pontos de atenção da Rede Mãe Paranaense - SES/PR

Obs.: Importa destacar que a modelagem das Redes de Atenção deve ser realizada a partir de protocolos clínicos, que dimensionam a população-alvo por estrato de risco, utilizando parâmetros demográficos e epidemiológicos.

[Clique aqui](#) para baixar a “Matriz de modelagem da RAS”.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



**CONASEMS**  
Conselho Nacional de  
Secretarias Municipais de Saúde



**CONASS**

Conselho Nacional de Secretários de Saúde