ORIENTAÇÕES PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE

2ª edição

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

República Federativa do Brasil

Tribunal de Contas da União

MINISTROS

Aroldo Cedraz de Oliveira (Presidente)
Raimundo Carreiro (Vice-presidente)
Augusto Nardes
Walton Alencar Rodrigues
Benjamin Zymler
José Múcio Monteiro
Ana Arraes
Bruno Dantas
Vital do Rêgo

MINISTROS-SUBSTITUTOS

Augusto Sherman Cavalcanti
Marcos Bemquerer Costa
André Luís de Carvalho
Weder de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU

Paulo Soares Bugarin (Procurador-Geral)
Lucas Rocha Furtado (Subprocurador-geral)
Cristina Machado da Costa e Silva (Subprocuradora-geral)
Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)
Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)
Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

ORIENTAÇÕES PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE

2ª edição

Brasília, 2015

© Copyright 2015, Tribunal de Contas da União
http://www.tcu.gov.br
SAFS, Quadra 4, Lote 01
CEP 70042-900 – Brasília/DF

É permitida a reprodução desta publicação, em parte ou no todo, sem alteração do conteúdo, desde que citada a fonte e sem fins comerciais.

Brasil. Tribunal de Contas da União.

Orientações para conselheiros de saúde. – 2. ed. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015.

111 p.

O conteúdo dessa cartilha também pode ser encontrado em meio eletrônico no Portal do Tribunal de Contas da União.

1. Saúde pública. 2. Conselho de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Controle social. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Ministro Ruben Rosa

Apresentação

Trabalhos de auditoria realizados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) objetivando verificar a realidade dos conselheiros de saúde, em relação aos conhecimentos e deveres pertinentes ao exercício da sua missão, consonantes com a Lei 8.142/90 e com a Resolução 333/2003, vigentes à época, evidenciaram que, apesar do tempo transcorrido desde a edição dos normativos mencionados, era preocupante o nível de capacitação destes agentes públicos, bem como significativo o desconhecimento da população quanto ao poder que possui para mudar a situação da política de saúde.

Visando prestar auxílio aos membros dos Conselhos de Saúde, para bem exercer as suas atribuições, esta Casa lançou, em 2010, a Cartilha "Orientação para os Conselheiros de Saúde", de caráter pedagógico.

Com a edição do Decreto 7.508/2011, da Lei Complementar 141/2012, e da Resolução 453/2012, tornou-se necessário atualizar o texto da Cartilha para adequá-lo à nova realidade normativa, uma vez que esse arcabouço legislativo ensejou mudanças na atuação dos Conselheiros de Saúde, pois não só criou novos regramentos para o funcionamento do SUS, como expandiu as suas competências.

Assim, com a disponibilização desta 2ª versão, esta Corte de Contas espera ampliar o alcance deste material, que vem sendo largamente utilizado como guia prático, de forma a solidificar a formação de Conselheiros, de maneira que estes agentes, membros da sociedade organizada, estendam a visão de todos os envolvidos em relação ao papel que podem desempenhar na formulação de políticas públicas para a área de saúde.

É o que espero ver concretizado, razão pela qual é com grande satisfação que apresento a nova edição da publicação "Orientações para Conselheiros de Saúde", que pode ser encontrada também em meio eletrônico, no Portal do Tribunal de Contas da União.

AROLDO CEDRAZ
Presidente

Sumário

Introdução 7

Capítulo 1 - Tribunal de Contas da União 8

Competências do TCU 8
Funcionamento do TCU 8
Como formalizar denúncia 9
Quem pode denunciar ao TCU? 10
O que não pode faltar na denúncia? 10
Comunicação de irregularidade por meio da Ouvidoria 11
Diferença entre denúncia e comunicação de irregularidade 11
Fiscalização das prefeituras 12

Módulo 1 - CONTROLE SOCIAL 13

Capítulo 1 - Controle social no contexto do sistema de controle brasileiro 14

Os Conselhos de Saúde contribuem decisivamente para a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. 16

Capítulo 2 - O conselho de saúde 18

Conferências de Saúde 23
Missão dos conselheiros de saúde 24
O que influencia a qualidade da saúde das pessoas 26
Informações importantes sobre o funcionamento dos conselhos de saúde 28
Criação do Conselho de saúde 28
Orçamento do conselho de saúde 29
Conselheiros 30
Estrutura e funcionamento do conselho de saúde 31
Reuniões do conselho de saúde 32

Capítulo 3 - Competências dos conselhos de saúde 34

Competências dos conselhos de saúde previstas na Lei Complementar 141, de 2012 34
Como os conselhos de saúde podem exercer suas atribuições 35
Detalhando as principais competências do conselho de saúde 36
Análise do Relatório de Gestão 36
O que analisar, prioritariamente, no Relatório de Gestão 39
Fiscalização das ações de saúde 41
Importância do papel do conselheiro na fiscalização das ações de saúde 41
Exemplos do que pode ser fiscalizado e de como fiscalizar 42
Divulgação das atividades do conselho para a sociedade 44
Divulgação das atividades do conselho para a comunidade 44

Capítulo 4 - Matriz de Fiscalização 46

Matriz de Fiscalização 47

Módulo 2 - A SAÚDE NO BRASIL 48

Capítulo 1 - Sistema Único de Saúde (SUS) 49

Princípios que regem o SUS 49
O que significa SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)? 49
Gestão do SUS 53
Os recursos do SUS 54
Formas de transferência dos recursos federais para a saúde 55
Transferências fundo a fundo 56
Remuneração por serviços produzidos 57
Convênios, contratos de repasse e outros instrumentos similares 58
Condições para estados e municípios receberem recursos do FNS 59
Blocos de financiamento do SUS 59
Movimentação bancária do dinheiro do SUS 64
Despesas que podem ser realizadas com recursos da saúde 66

Capítulo 2 - Instrumentos de planejamento em saúde 68

Instrumentos de planejamento da saúde 69
Plano de Saúde 70
Programação Anual de Saúde 71
Relatório de Gestão 72

Capítulo 3 - Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) e Instâncias de Pactuação 73

Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) 74
Instâncias de Pactuação ou Comissões Intergestores 75
Comissão Intergestores Tripartite (CIT) 76
Comissões Intergestores Bipartites (CIB) 76
Comissões Intergestores Regionais (CIR) 76

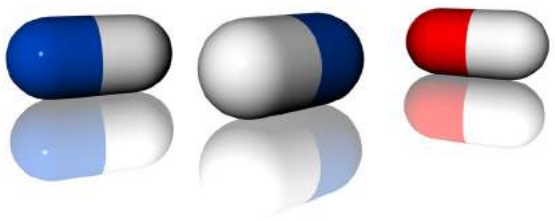
Capítulo 4 - Resumo da Carta dos direitos dos usuários do SUS 77

Capítulo 5 - Aquisição de medicamentos 78

Passo-a-passo da Aquisição de Medicamentos 81
Fatores que interferem no processo de gestão, no aumento dos gastos com aquisição de medicamentos e na qualidade dos produtos e serviços 84

ANEXOS 87

Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer 88
Anexo 2 – Competências do Conselho de Saúde 94
Anexo 3 – Siglas utilizadas nesta publicação 99
Anexo 3 – Legislação 102
Anexo 4 - Endereços das unidades do Tribunal de Contas da União 108



Introdução

Esta segunda edição da publicação **Orientações para Conselheiros de Saúde,** de iniciativa do Tribunal de Contas da União (TCU), sistematiza a forma de acompanhamento da aplicação dos recursos que compõem os Fundos Municipais de Saúde.

Destina-se aos Conselhos Municipais de Saúde, incumbidos, entre outros assuntos, de acompanhar e fiscalizar o Fundo de Saúde, fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS, avaliar a gestão do SUS no âmbito do respectivo município, analisar o Relatório de Gestão apresentado pelo gestor municipal do SUS e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas definidas na Lei Complementar 141, de 2012.

Está dividida em dois módulos. O Módulo 1 – Controle Social e o Módulo 2 – A Saúde no Brasil.

O Módulo 1, com três capítulos, discorre sobre o controle social no contexto do sistema de controle brasileiro, trata dos conselhos de saúde e apresenta o rol de competências dos conselhos estabelecidas na Lei Complementar 141, de 2012, em outras leis, decretos e portarias.

Este módulo contempla ainda uma Matriz de Fiscalização simplificada, que representa um instrumento para auxiliar os conselheiros a coletar evidências e documentar possíveis irregularidades, permitindo que sejam colhidos elementos mínimos, tanto para possível tomada de providências, por parte dos gestores, quanto para encaminhamento aos órgãos de controle.

O Módulo 2, dividido em cinco capítulos, aborda o Sistema Único de Saúde (SUS), trata sobre os instrumentos de planejamento em saúde, sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) e as Instâncias de Pactuação, inclui o resumo da Carta dos direitos dos usuários do SUS, conforme publicado pelo Ministério da Saúde, e traz noções sobre a aquisição de medicamentos.

É importante esclarecer que esta publicação orienta os conselheiros de saúde sobre temas gerais úteis para a fiscalização dos recursos públicos da saúde. Entretanto, não deve ser considerada como única fonte de informações quando se tratar de temas específicos relacionados a tributação, licitações ou regras de políticas específicas. Para aprofundar sobre tais temas, os conselheiros devem buscar complementar as informações consultando normas, sites ou outras publicações relacionados a cada caso.

A nova edição encontra-se atualizada com a legislação vigente até julho de 2014, substituindo a versão anterior.

1 Capítulo Tribunal de Contas da União

Competências do TCU

A Constituição Federal de 1988 conferiu ao TCU o papel de auxiliar o Congresso Nacional no exercício do controle externo. Dentre as competências constitucionais privativas do Tribunal listadas nos artigos 71 a 74 e 161, podem ser citadas as seguintes:

- Apreciar as contas anuais do presidente da República.
- Julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos.
- Realizar inspeções e auditorias por iniciativa própria ou por solicitação do Congresso Nacional.
- Fiscalizar a aplicação de recursos da União repassados a estados, ao Distrito Federal e a municípios.
- Aplicar sanções e determinar a correção de ilegalidades e irregularidades em atos e contratos.
- Apurar denúncias apresentadas por qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato sobre irregularidades ou ilegalidades na aplicação de recursos federais.

Além das atribuições previstas na Constituição, várias outras têm sido conferidas ao Tribunal por meio de leis específicas. Destacam-se, entre elas, as atribuições conferidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, pela Lei de Licitações e Contratos, pela Lei Complementar 141 e, anualmente, pela Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Funcionamento do TCU

O Tribunal de Contas da União (TCU) é um tribunal administrativo. Julga as contas de administradores públicos e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos federais,

bem como as contas de qualquer pessoa que der causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário. Essa competência do TCU, entre outras, está prevista no art. 71 da Constituição brasileira. O TCU não faz parte do Poder Judiciário, sendo um órgão auxiliar do Congresso Nacional.

Conhecido também como Corte de Contas, o TCU é órgão colegiado, ou seja, é composto por nove ministros. Seis deles são indicados pelo Congresso Nacional, um, pelo presidente da República e dois, escolhidos entre auditores e membros do Ministério Público que funciona junto ao Tribunal. Suas decisões são tomadas, em regra, pelo Plenário – instância máxima – ou, nas hipóteses cabíveis, por uma das duas Câmaras.

É importante ressaltar que o Tribunal atua, principalmente, por meio de fiscalizações, que acontecem com o objetivo de avaliar a gestão dos recursos públicos. Esse processo consiste, basicamente, em colher dados e informações, analisar, produzir um diagnóstico e formar um juízo de valor.

As fiscalizações do TCU podem ser feitas por iniciativa própria ou em decorrência de solicitação do Congresso Nacional. Para que o Tribunal possa exercer esse papel fiscalizador, ele se utiliza de cinco instrumentos, que são os seguintes:

a) **levantamento**: esse instrumento é utilizado para conhecer a organização e funcionamento de órgão ou entidade pública, de sistema, programa, projeto ou atividade governamental, para identificar objetos e instrumentos de fiscalização e para avaliar a viabilidade da sua realização;
b) **auditoria:** por meio desse instrumento verifica-se *in loco* a legalidade e a legitimidade dos atos de gestão, quanto aos aspectos contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial, assim como o desempenho operacional e os resultados alcançados de órgãos, entidades, programas e projetos governamentais;
c) **inspeção:** serve para a obtenção de informações não disponíveis no Tribunal, ou para esclarecer dúvidas; também é utilizada para apurar fatos trazidos ao conhecimento do Tribunal por meio de denúncias ou representações;
d) **acompanhamento:** destina-se a monitorar e a avaliar a gestão de órgão, entidade ou programa governamental por período de tempo predeterminado;
e) **monitoramento:** é utilizado para verificar o cumprimento das deliberações do Tribunal e dos seus resultados.

Como formalizar denúncia

ESTÁ NA LEI

Nos termos do art. 53 da Lei 8.443, de 1992, qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para denunciar ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União (TCU).

Os Tribunais de Contas, de modo geral, são acionados pelo cidadão por meio de denúncias. Nada impede que os tribunais de contas estaduais ou municipais recebam a denúncia.

Quando o caso que der origem à denúncia envolver dinheiro federal, a denúncia deve ser feita ao Tribunal de Contas da União, que possui unidades em cada um dos estados do Brasil. As irregularidades que envolvam recursos públicos Estaduais ou Municipais devem ser levadas ao conhecimento do Tribunal de Contas do Estado ou do Município correspondente.

A denúncia deve ser apresentada, pessoalmente ou por via postal, no Edifício Sede, em Brasília, ou nas Secretarias do TCU localizadas nos estados. Em caso de urgência, a denúncia poderá ser encaminhada ao TCU por telegrama, fac-símile (fax) ou outro meio eletrônico, sempre com confirmação de recebimento e posterior remessa da documentação original em 10 (dez) dias, contados a partir da data da confirmação do recebimento.

A denúncia será dirigida ao Ministro-Presidente do Tribunal de Contas da União. Deverá conter relato detalhado dos fatos irregulares com o maior número possível de informações e de documentos (quando houver), de modo a possibilitar ao Tribunal os elementos mínimos necessários à realização do trabalho de fiscalização.

O denunciante poderá ser considerado interessado no processo, desde que autorizado pelo Ministro Relator, sendo-lhe assegurado o direito de petição para requerer vistas, cópia do processo ou mesmo sustentação oral, conforme disposto no Regimento Interno desta Casa.

Quem pode denunciar ao TCU?

Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o TCU.

O que não pode faltar na denúncia?

Para se encaminhar denúncia ao Tribunal de Contas da União é necessário que se observe atentamente alguns requisitos obrigatórios, sem os quais o Tribunal não dará prosseguimento à apreciação da denúncia. Esses requisitos são os seguintes:

- A matéria deve referir-se a administrador ou responsável sujeito à jurisdição do TCU (que administre ou seja responsável, de alguma forma, por dinheiro federal).
- A denúncia deve ser redigida em linguagem clara e objetiva.
- A denúncia deve conter o nome legível do denunciante, sua qualificação e endereço.
- Toda denúncia deve estar acompanhada de indício relacionado à irregularidade ou ilegalidade denunciada.

O denunciante não estará sujeito a nenhuma sanção administrativa, cível ou penal em decorrência da denúncia, exceto se for comprovada sua má-fé.

O TCU dará tratamento sigiloso às denúncias até a decisão definitiva sobre a matéria, de modo a resguardar os direitos e as garantias individuais. Após a decisão definitiva, o sigilo não mais será assegurado.

Comunicação de irregularidade por meio da Ouvidoria

A sociedade conta com o cidadão para fazer o controle social, ou seja, para verificar a aplicação dos recursos públicos federais repassados a estados e municípios. Para auxiliar neste processo, a Ouvidoria do Tribunal de Contas da União promove um canal de diálogo entre o TCU e a sociedade, fazendo a mediação entre o cidadão e a Administração Pública.

Para comunicar irregularidade por meio da Ouvidoria, basta encaminhar relato detalhado dos fatos irregulares mediante o preenchimento do Formulário Eletrônico disponível no Portal do TCU <www.tcu.gov.br> ou por intermédio da central telefônica de atendimentos (0800-644-1500, opção 1). A comunicação também pode ser feita pessoalmente, mediante atendimento previamente agendado, ou enviada para o Fax: (61) 3316-5015 ou por meio dos correios para o endereço Setor de Administração Federal Sul (SAFS), Quadra 4, lote 1, Ed. Anexo 1, salas 124-126, CEP 70042-900, Brasília-DF.

Nas comunicações à Ouvidoria do TCU o manifestante terá sigilo assegurado em relação aos seus dados pessoais e receberá da Ouvidoria o número do registro para que possa acompanhar sua manifestação. Receberá também informações quanto a ações adotadas.

Diferença entre denúncia e comunicação de irregularidade

Tanto a comunicação de irregularidade como a denúncia ao TCU devem tratar de irregularidades envolvendo recursos federais.

A comunicação de irregularidade é utilizada para dar ciência ao Tribunal de um fato irregular de que se tenha notícia e que poderá auxiliar os trabalhos de fiscalização.

O sigilo dos dados do manifestante é mantido e, dependendo da relevância do assunto, da materialidade e da oportunidade, o Tribunal poderá atuar de imediato. Os dados serão encaminhados às unidades técnicas competentes, para que decidam sobre a melhor oportunidade de utilizarem as informações, no auxílio dos trabalhos a seu cargo.

É fundamental que a manifestação seja apresentada com a maior quantidade possível de informações que permitam a atuação do TCU.

O manifestante será sempre comunicado a respeito das medidas a serem adotadas pelas unidades técnicas.

A denúncia, por sua vez, está regulamentada no Regimento Interno do Tribunal e, conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal, não pode ser anônima.

Da mesma forma, deve ser apresentada com o maior número possível de informações, a fim de apresentar os elementos mínimos necessários à realização de trabalho de fiscalização.

A denúncia será formalizada como processo e será apurada de imediato.

Fiscalização das prefeituras

As prefeituras são jurisdicionadas aos respectivos Tribunais de Contas Municipais - TCMs, quando existentes, ou aos Tribunais de Contas Estaduais - TCEs, ou seja, os gastos das prefeituras são fiscalizados pelos TCEs e/ou TCMs.

O TCU fiscaliza recursos federais. Assim, quando o Governo Federal repassa recursos às prefeituras – mediante transferências fundo a fundo, ou por meio de convênios, acordos e ajustes –, o TCU pode fiscalizar a aplicação.

No entanto, essa fiscalização não se realiza, num primeiro momento, no âmbito do TCU. A competência para a apreciação das contas dos convênios, acordos e ajustes fica a cargo do órgão repassador dos recursos (Ministério ou outro órgão federal).

O órgão repassador, ao acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos, tem a obrigação de instaurar processo de Tomada de Contas Especial, na ocorrência de dano à administração pública federal. A Controladoria-Geral da União - CGU, órgão federal responsável pelo controle interno, é também responsável por essa fiscalização.

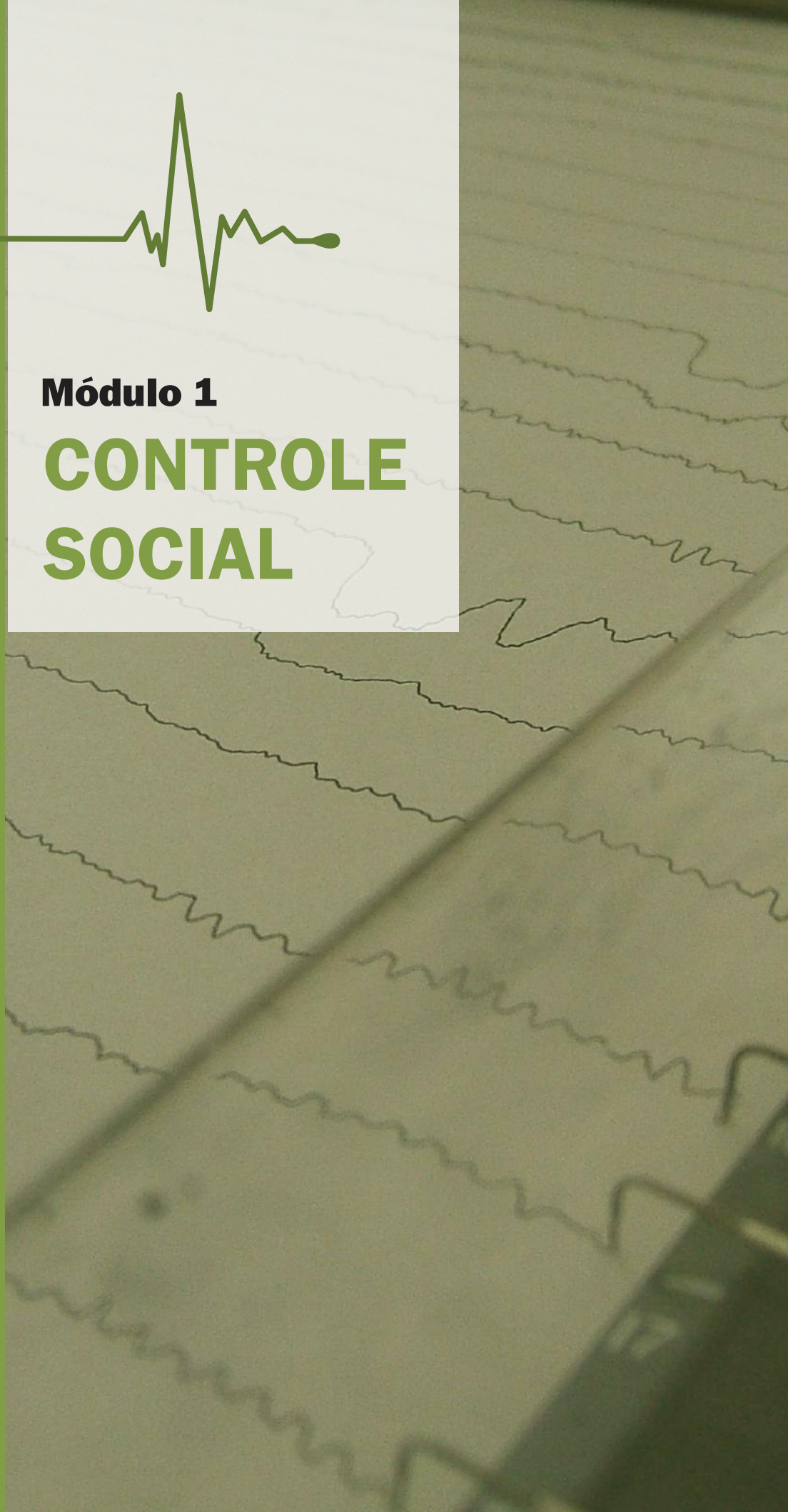
Dessa forma, haverá a atuação do Tribunal de Contas da União na fiscalização de gastos de prefeituras mediante a realização de auditorias e quando houver denúncia envolvendo recursos federais ou, ainda, quando for instaurado processo de Tomada de Contas Especial pelo órgão repassador dos recursos.

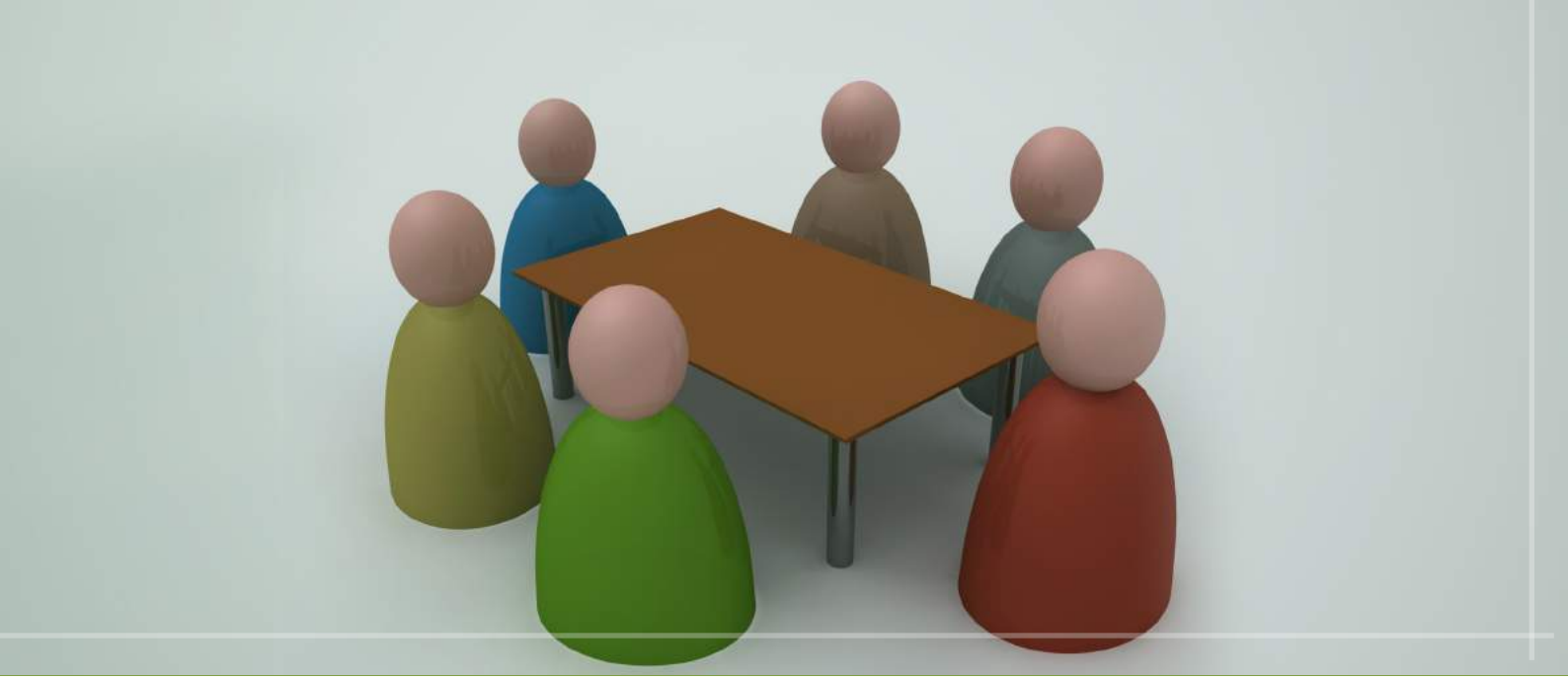
VOCÊ SABIA?

O TCU lançou uma campanha nas redes sociais chamada #EuFiscalizo. O objetivo dessa campanha é promover a troca de conhecimentos sobre a fiscalização dos recursos públicos. O Tribunal espera, com isso, estimular o cidadão a conhecer mais sobre a atuação do TCU e a descobrir como participar da fiscalização dos recursos públicos em sua cidade. Você pode participar da campanha enviando fotos, vídeos ou comentários. Basta utilizar a hashtag #EuFiscalizo. Saiba mais no Portal do TCU. Você também pode curtir a página do TCU no Facebook (facebook.com/TCUoficial) e, também, no Twitter (@TCUoficial).

Módulo 1

CONTROLE SOCIAL





1 Capítulo

Controle social no contexto do sistema de controle brasileiro

Será que o Tribunal fiscaliza todos os municípios sozinho?
Qual o papel dos Conselhos Municipais neste processo?

Realmente seria muito difícil o TCU fiscalizar sozinho mais de cinco mil municípios, por isso existe uma rede de controle que tem a atribuição de fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

Como é composta esta rede de controle?
Quais as funções que desempenha?

Boas perguntas! Antes de responder a elas, vamos primeiro entender a estrutura de controle no Brasil, de forma simplificada, analisando o diagrama a seguir.

Controle Social	Controle Externo	Controle Interno
Conselhos municipais, etaduais e nacional	Congresso Nacional Assembleias Legislativas Câmara Legislativa do DF Câmaras Municipais Tribunal de Contas da União Tribunais de Contas Estaduais Tribunal de Contas do DF Tribunais de Contas Municipais	CGU e unidades de controle interno do Governo Federal Unidades de controle interno dos governos estaduais Unidades de controle interno do DF Unidades de controle interno dos governos municipais

Fiscalização da aplicação dos recursos públicos

A sociedade fiscaliza a aplicação dos recursos públicos por diversas abordagens distintas, mas ao mesmo tempo interconectadas e com o mesmo objetivo: garantir a aplicação dos recursos públicos em benefício da sociedade.

O Congresso Nacional, com o auxílio do Tribunal de Contas da União, fiscaliza a aplicação dos recursos de origem federal, tanto aqueles geridos diretamente pelo Ministério da Saúde, como aqueles repassados para os Estados e Municípios.

As Assembleias Legislativas e as Câmaras Municipais, com o auxílio dos Tribunais de Contas Estaduais e Municipais, fiscalizam a aplicação dos recursos de origem estadual e municipal, respectivamente.

A Câmara Legislativa do Distrito Federal, com o auxílio do Tribunal de Contas do Distrito Federal, fiscaliza a aplicação dos recursos do orçamento do Distrito Federal.

Perceba que esse diagrama só se completa com uma parcela do controle muito importante: o controle exercido pela própria sociedade, por meio dos conselhos – o chamado **controle social**.

O controle social é realizado pelo cidadão a partir da sua vivência na comunidade, no trabalho, na escola. É a forma organizada que os cidadãos têm de demandar os órgãos de governo para o aperfeiçoamento das políticas públicas: na área da assistência social, educação e saúde.

O controle social auxilia os Tribunais de Contas e os órgãos de controle interno a fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. É tão importante que está previsto na Constituição Federal, a nossa Lei Maior (art. 198).

A Constituição e a Lei 8.142, de 28/12/1990 preveem que a população participará na formulação das políticas da saúde e no controle das ações.

Com base nessa lei, os estados e municípios devem formar conselhos que têm por atribuição acompanhar a execução das políticas de saúde.

Os Conselhos de Saúde contribuem decisivamente para a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para ter bons serviços prestados nos postos de saúde, para ter atendimento hospitalar de qualidade e para receber ações de prevenção a doenças, temos que participar do controle social na área de saúde.

Controle social significa o entendimento, a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado. O controle social propicia a vivência da democracia direta, conduzida pelo povo. Ao praticar o controle social, os cidadãos podem interferir no planejamento, na realização e na avaliação das atividades do governo. Diversas áreas do governo têm como um de seus princípios o controle social. Uma dessas áreas é a saúde, coordenada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

SUS: sistema que coordena as ações voltadas para o cuidado com a saúde da população brasileira. A função do SUS é garantir acesso integral, universal e igualitário à população brasileira.

Acesso integral: tratamento adequado para o problema de cada indivíduo, considerando a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

Acesso universal: todos os cidadãos têm direito de serem atendidos.

Acesso igualitário: todos têm direito a tratamento igual, sem preferências ou discriminações.

Veremos mais sobre o SUS no Módulo 2, Capítulo 1 – Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabemos que a participação popular é difícil, mas a construção de uma sociedade melhor, mais justa e democrática se faz com a participação de todos. É por isso que o controle social deve ser incentivado e vivido no dia a dia, como exemplo de cidadania para a comunidade.

ESTÁ NA LEI

O que a Constituição Federal diz sobre a saúde?

A Constituição definiu que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Além disso, determinou que o Estado deve prover saúde à população. Existem várias leis que determinam como a saúde deve funcionar no Brasil. A Constituição também estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde a serem prestados à população devem ocorrer por meio do SUS.

Para conhecer os direitos dos usuários do SUS, leia o resumo da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde e reproduzido no Capítulo 4 desta edição. Para conhecer o texto completo, consulte o endereço eletrônico do Ministério da Saúde na internet. Conheça os direitos dos usuários e comunique-os à comunidade. Todos saem ganhando.

O controle social é um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988. É uma forma de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país. **Embora não seja a única forma de garantir a participação da comunidade na saúde, o conselho de saúde desempenha um papel importantíssimo no controle social na área da saúde.**

2
Capítulo

O conselho de saúde

O Conselho de Saúde é órgão ou instância colegiada, de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (no caso do Conselho Municipal de Saúde) ou da Secretaria Estadual de Saúde (no caso do Conselho Estadual de Saúde), com composição, organização e competência fixadas em lei, para desenvolver o controle social na área de saúde. O conselho é composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre seus membros.

Os conselhos de Saúde têm como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Formados por entidades e movimentos sociais de usuários, prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde, os Conselhos são organizados em municipais, estaduais e nacional.

Por meio dos conselhos de saúde, a comunidade ali representada:

a) fiscaliza a aplicação do dinheiro público na saúde;
b) verifica se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população; e
c) verifica se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população precisa.

Por meio dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde.

Na **Resolução 453/2012**, que aprovou novas diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, foram incluídas as atribuições previstas na Lei Complementar 141/2012 e no Decreto 7.508/2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde.

De acordo com a Resolução, os conselhos poderão avaliar a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS e, além disso, examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do conselho, nas suas respectivas instâncias.

Os conselhos têm como responsabilidade, juntamente com os gestores da saúde, contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a saúde, baseada nos direitos de cidadania de toda a população. Os conselheiros têm que estar a favor da vida e da saúde, defendendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade.

De acordo com Lei Complementar 141/2012, os estados e municípios devem instituir e manter em funcionamento o Conselho de Saúde (art. 22, parágrafo único, inciso II). A Lei 8.142, de 28/12/1990 determinou que a União (governo federal), os estados e os municípios deveriam criar os conselhos de saúde.

Atenção: a existência do conselho de saúde é muito mais que o simples cumprimento de uma exigência da lei. Os conselhos de saúde são a garantia de melhoria contínua do nosso sistema de saúde.

A Lei 8.142/1990, art. 1º, § 2º, estabelece que:

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

Vamos entender esse conceito, dividindo-o em partes:

"CARÁTER PERMANENTE" – O conselho de saúde deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município. Não é um órgão que possa ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal. É necessária outra lei federal para que ele possa ser extinto.

"CARÁTER DELIBERATIVO" – Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema, ou tomar uma decisão. Assim, o conselho de saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir determinados assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão.

"ÓRGÃO COLEGIADO" – Um órgão colegiado é composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade. Os conselhos de saúde são compostos por:

- **representantes dos gestores** do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal.
- **representantes dos prestadores de serviço** instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas;
- **representantes dos trabalhadores de saúde** sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde;
- **representantes dos usuários de saúde** associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias etc. O usuário é aquele que **não está** comprometido de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde), não possuindo qualquer vínculo empregatício na área de saúde.

A população do estado ou do município deve estar representada no conselho. Dessa forma as decisões podem ser mais democráticas.

Exemplos de grupos que podem estar presentes no conselho de saúde:

- *associações de portadores de patologias;*
- *associações de portadores de necessidades especiais;*
- *entidades indígenas;*
- *movimentos sociais e populares organizados;*
- *movimentos organizados de mulheres, em saúde;*
- *entidades de aposentados e pensionistas;*
- *entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;*
- *entidades de defesa do consumidor;*
- *organizações de moradores;*
- *entidades ambientalistas;*
- *organizações religiosas;*
- *trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;*
- *comunidade científica;*
- *entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;*
- *entidades patronais;*
- *entidades dos prestadores de serviço de saúde.*

ATENÇÃO

É importante lembrar que muitos usuários, que dependem exclusivamente do SUS, frequentemente têm baixa capacidade de organização e de mobilização, e raramente têm suas reivindicações atendidas e seus direitos representados nos conselhos. Cabe à sociedade organizada e aos gestores promover sua inclusão nas discussões do conselho para que eles sejam representados perante o SUS.

A Lei 8.142, de 1990, estabelece também que o conselho de saúde:

"ATUA NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE" – isso nada mais é do que exercer o controle social. Assim, a população dos estados e dos municípios, por meio do conselho de saúde, ajuda a planejar a política de saúde, identificando necessidades e prioridades, e fiscaliza como o governo administra e realiza as ações de saúde e, também, verifica se as leis relacionadas ao SUS estão sendo cumpridas. O conselho de saúde deve fiscalizar até mesmo as questões financeiras do gerenciamento da saúde no estado ou município.

"AS DECISÕES DO CONSELHO DE SAÚDE SERÃO HOMOLOGADAS PELO CHEFE DO PODER LEGALMENTE CONSTITUÍDO EM CADA ESFERA DO GOVERNO" – isso quer dizer que o prefeito ou o secretário de saúde municipal, no caso do conselho municipal de saúde, ou o governador ou o secretário de saúde estadual, no caso do conselho estadual de saúde, devem aprovar as decisões do conselho relacionadas à formulação das estratégias de saúde.

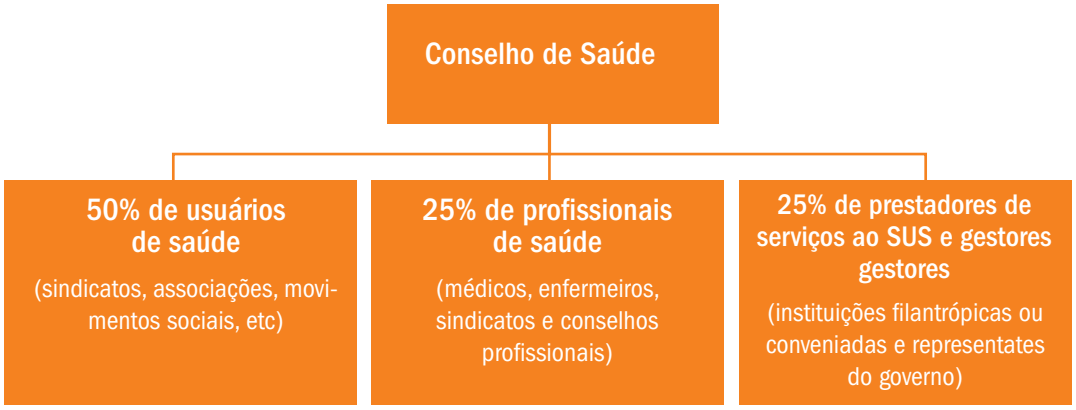
ATENÇÃO

É importante esclarecer que a fiscalização exercida pelo conselho de saúde não está subordinada ao prefeito, governador ou secretário de saúde. O conselheiro deve atuar de forma independente e imparcial.

A Lei 8.142, de 1990 também estabeleceu que os conselhos de saúde devem ter COMPOSIÇÃO PARITÁRIA. O que isso significa?

- *COMPOSIÇÃO PARITÁRIA significa que a soma dos representantes dos usuários de saúde deve ser igual à soma dos representantes dos trabalhadores de saúde e dos representantes dos gestores e prestadores de serviços ao SUS.*

De acordo com a Resolução 453/2012, a composição paritária deve ocorrer da seguinte forma:



Assim:

50% de representantes dos usuários
+ 25% de representantes dos profissionais de saúde
+ 25% de representantes de prestadores de serviços e gestores

= 100% dos integrantes do conselho

ATENÇÃO

Preste atenção para que a paridade sempre exista! Os usuários devem sempre ser a metade dos conselheiros, pois, se isso não ocorrer, o objetivo de promover a melhoria do SUS para os seus usuários, por meio do conselho, pode ficar prejudicado!

O conselho de saúde não é paritário quando sua formação (representatividade) não obedece ao que está na lei.

A Resolução 453/2012 definiu, ainda, que o conselho de saúde deve ser composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária. Nos municípios onde não existam entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o conselho, a eleição da representação deve ser realizada em plenária no município, promovida pelo conselho municipal de maneira ampla e democrática.

Os conselhos de saúde reúnem pessoas com pensamentos diferentes uns dos outros, ideias que podem ter semelhanças e diferenças e sugestões que podem até mesmo ir contra sugestões de outros. Mas essas diferenças são muito importantes para que o conselho tenha uma visão geral da saúde, acolhendo diversas perspectivas, e possa tomar decisões com mais qualidade, sempre respeitando todas as opiniões. Por isso, você, conselheiro de saúde, deve

expressar suas opiniões e ouvir os outros conselheiros, para que todos se entendam e cumpram o objetivo maior do conselho de saúde, que é melhorar a saúde da comunidade.

No que se refere à renovação periódica da composição do conselho, a recomendação trazida pela Resolução 453/2012 é de que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

As entidades que participam do conselho devem ser independentes da gestão (governo municipal ou estadual). Para o conselho dar certo, deve haver independência política, para que as decisões reflitam, de fato, as reais necessidades dos usuários do SUS. Antes de qualquer coisa, o conselheiro luta pela defesa e pela melhoria da saúde da população, através do SUS. Ele deve ser a favor do SUS, e não de uma entidade X ou Y.

Da mesma forma que no caso dos usuários, a participação dos demais segmentos no conselho também é importante, pois eles também têm papeis importantes no funcionamento do SUS. Portanto, os profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço precisam também participar para compreender a realidade dos usuários e expressar suas opiniões.

Divulgue essa ideia! O conselho de saúde é a participação da sociedade organizada na administração da saúde! O conselho de saúde representa a sociedade nas questões de saúde. A população precisa saber disso!

Conferências de Saúde:

Primeiro, é necessário entender o que é uma conferência de saúde. A conferência de saúde é um espaço institucional utilizado para avaliar a política de saúde e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em determinada localidade (estado ou município) e para a proposição de diretrizes e de políticas na área de saúde.

De acordo com a Lei 8142/1990, o SUS deve contar, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- a Conferência de Saúde; e
- o Conselho de Saúde.

Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao Executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde,

quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento (Resolução 453/2012).

Podemos entender, então, como **objetivos** das Conferências de Saúde, os seguintes:

- avaliar a situação da saúde no estado ou município;
- formular as diretrizes para a política de saúde na localidade, por meio da eleição de prioridades na área de saúde;
- subsidiar a elaboração do Plano Estadual de Saúde ou do Plano Municipal de Saúde.

De acordo com a Lei 8142/1990, as Conferências Municipais de Saúde devem se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pela Presidência da República ou pelo Conselho de Saúde.

Além disso, a Resolução 453/2012 definiu como competência do Conselho de Saúde a convocação e organização das Conferências de Saúde, bem como estruturação da comissão organizadora. Compete ao Conselho, ainda, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e Conferências de Saúde.

A Conferência Municipal de Saúde deve ter sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme a Lei 8142/90. Deve contar com a participação dos usuários (50%), de representantes do governo, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores de saúde.

Missão dos conselheiros de saúde

O ponto de partida da atuação dos conselheiros de saúde são as necessidades da comunidade. Os conselheiros são a ligação entre o conselho de saúde e o grupo social que representam.

De acordo com a lei 8.142/90 e a Lei Complementar 141, de 2012, a **existência** e o **funcionamento** dos conselhos de saúde pode ser uma condição necessária ao recebimento de recursos, se assim definirem a União ou os Estados.

Cada conselheiro representa uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde. Os conselhos de saúde são aliados da secretaria de saúde na busca de um sistema de saúde melhor para todos. Não há subordinação entre conselho de saúde e prefeitura ou secretaria de saúde. Todos devem atuar com o objetivo de beneficiar a sociedade.

ATENÇÃO

Não podemos confundir o trabalho do conselho de saúde com o trabalho da Secretaria de Saúde. O conselho, em linhas gerais, faz propostas sobre o que deve constar na política de saúde e fiscaliza sua execução e a utilização de recursos financeiros. A Secretaria de Saúde executa a política de saúde.

VOCÊ SABIA?

É importante lembrar que os conselheiros de saúde têm o papel fundamental de acompanhar, de perto, como está a saúde da população e a qualidade dos serviços oferecidos. Isso acontece porque o conselheiro pode chegar onde, muitas vezes, os gestores ou outras autoridades não podem ir. Por isso, é muito bom que os conselheiros estejam sempre muito bem informados a respeito das seguintes questões:

- *A quem se destina o atendimento em determinada unidade de saúde, ou em determinado programa, ou seja, qual é a população-alvo dos serviços prestados por determinada unidade de saúde?*
- *Quais os problemas de saúde mais comuns na população? Existem serviços de saúde para atender esses problemas?*
- *A quantidade de atendimentos realizados nos postos/centros de saúde, maternidades e hospitais, a cada mês, é compatível com as necessidades da população?*
- *As especialidades oferecidas nas unidades de saúde e o número de consultas realizadas por especialidade nessas unidades de saúde (por exemplo, na pediatria, na cardiologia, na clínica-geral) estão compatíveis com as necessidades da população?*
- *Há falta de médicos especialistas na região? Se houver, em quais especialidades?*
- *Quantas crianças devem ser vacinadas?*
- *Há vacinas disponíveis para as próximas campanhas em quantidade suficiente para o público a ser atendido?*
- *Qual a previsão da quantidade de gestantes que devem fazer o pré-natal nos próximos meses em cada unidade de saúde? Há profissionais para atendê-las?*
- *Quantos leitos hospitalares há na rede pública, em sua região (cidade ou estado)? Quanto tempo, em média, esses leitos ficam ocupados? Quais os principais problemas de saúde que levam às internações na rede pública?*

- *Quais são os hospitais privados que têm convênio com o SUS e qual o número de vagas para usuários do SUS nesses hospitais?*
- *Nos hospitais privados que têm convênio com o SUS, qual é a qualidade do serviço prestado?*
- *Quais são os serviços disponíveis para a população? Há carência de determinados serviços? A população está indo procurar ajuda em outras cidades?*

Além de estar atento a essas questões, o conselheiro deve rever o relatório da última conferência de saúde e acompanhar suas decisões.

É muito importante que os conselheiros de saúde visitem hospitais, centros e postos de saúde para verificar a qualidade dos serviços prestados: observar se há muitas filas, se há equipamentos adequados etc.

Ao visitar unidades de saúde, os conselheiros podem ouvir usuários e trabalhadores de saúde, elaborando relatório da situação encontrada. Esse relatório deve ser apresentado em reunião do plenário do conselho de saúde. É importante que o conselheiro lembre-se de que, ao visitar um hospital ou centro/posto de saúde, ele não pode, por conta própria, exigir providências dos profissionais ali existentes. Ele deve relatar a situação ao conselho de saúde para que o conselho adote as medidas legais necessárias.

Os conselhos representam a oportunidade de que a sociedade dispõe para participar das políticas de saúde, tanto na etapa do planejamento - o começo do processo - quanto da execução das políticas e no final do processo, com a fiscalização.

O conselho deve ajudar a Secretaria de Saúde a trazer para a realidade o que está no Plano de Saúde do município. Os conselheiros devem discutir, junto com a Secretaria de Saúde, os seguintes assuntos:

- o que deve constar no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, de acordo com o que foi definido nas conferências de saúde;
- como fazer para colocar esse Plano em prática;
- como saber se o que está sendo feito está de acordo com o planejado; e
- como avaliar se o que foi feito atendeu à população.

O que influencia a qualidade da saúde das pessoas

Está na Lei: A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 1990) estabelece, em seu artigo 3º, que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

É importante lembrar que o conselheiro, no exercício do seu papel, precisa olhar para a realidade à sua volta e compreender que, muitas vezes, existem fatores que influenciam na saúde da população, e aparentemente, parecem não ter relação com saúde. Por isso, mesmo que a área de atuação do conselheiro seja a saúde, ele precisará olhar além da saúde pura e simplesmente. Vamos observar as situações exemplificadas a seguir e suas possíveis implicações sobre a saúde da população:

1) O problema da falta de saneamento básico em um município (por exemplo, falta de rede de esgoto) compromete a saúde de toda a população, em virtude do contato com esgotos a céu aberto e da poluição dos rios, dos córregos e de outras fontes de água.

2) A ausência de água tratada para o consumo da população piora sensivelmente a qualidade de vida das pessoas.

3) A existência de estradas mal conservadas e sinalizadas também pode comprometer a saúde, por prejudicar a chegada de alimentos em determinadas cidades, por aumentar a quantidade de acidentes (o que aumenta o número de internações), por prejudicar o acesso a unidades de saúde que, por vezes, são distantes de onde as pessoas estão.

4) A falta de acesso à alimentação, a inexistência de moradia digna, a impossibilidade da prática de lazer e as deficiências na educação também contribuem para o crescimento da violência, com impacto na saúde e na qualidade de vida da população. As casas feitas de barro e pau-a-pique, por exemplo, podem abrigar insetos que causam doenças, como o barbeiro que causa a doença de Chagas, escorpiões, mosquitos que transmitem leishmaniose, dentre outros. Casas de alvenaria melhoram as condições de saúde de seus moradores.

Verifica-se, então, que a saúde é o resultado das condições sociais, econômicas, políticas e culturais. Assim, melhorar a saúde envolve o enfrentamento de problemas que atingem diversos setores das políticas sociais.

Para realmente promover a saúde da população, o Plano de Saúde do estado ou do município deve ser elaborado considerando ações e objetivos que envolvem vários setores e diversas políticas públicas. Saúde é também uma ação de educação permanente. É preciso sempre trabalhar esse conceito entre os conselheiros e com a população, para que não se perca de vista as várias dimensões envolvidas.

O conselheiro de saúde precisa compreender que, antes de mais nada, ao exercer seu papel, ele está exercendo sua cidadania. Ele pode e deve exigir que os seus direitos e os de

todos da sua comunidade sejam respeitados. Agindo assim, o conselheiro luta para melhorar a qualidade de vida da população.

É desejável que o conselheiro de saúde conheça como as pessoas vivem, adoecem e morrem na sua comunidade. Por isso, é importante que ele conheça as doenças de sua região, suas causas e como evitá-las.

É importante saber o que fazer para evitar que as pessoas venham a adoecer ou morrer quando expostas a condições desfavoráveis e geradoras de riscos à sua saúde.

É interessante que o conselheiro conheça os serviços de saúde da sua cidade, desde os que fazem o atendimento mais simples, como os centros e postos de saúde, até os que fazem atendimentos mais complexos, como hospitais, maternidades, laboratórios e unidades de atendimento especializado em saúde mental.

O conselheiro deve conhecer os dados oficiais que medem como está a saúde em sua cidade, a exemplo da taxa de mortalidade infantil, do índice de crianças e idosos vacinados, da expectativa de vida da região, etc.

Mortalidade infantil: É a quantidade de crianças menores de um ano que morrem durante determinado período de tempo, normalmente um ano, em relação ao número de nascidos vivos no mesmo período.

Expectativa de vida: Numa população, expectativa de vida é o número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver. É calculada tendo em conta, além dos nascimentos e mortes, o acesso a saúde, educação, cultura e lazer; os índices de violência, criminalidade, poluição, bem como a situação econômica de uma comunidade, cidade, estado ou país.

ATENÇÃO

A função de conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do conselho de saúde.

Informações importantes sobre o funcionamento dos conselhos de saúde

Criação do Conselho de saúde:

A criação dos conselhos de saúde é estabelecida por lei municipal, no caso dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), ou estadual, no caso dos Conselhos Estaduais de Saúde. Na criação e na reformulação (reestruturação) dos conselhos de saú-

de, a Secretaria de Saúde, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, de acordo com o que foi decidido nas conferências de saúde Resolução 453/2012.

Todo conselho de saúde deve ter regimento interno, que definirá como será o mandato dos conselheiros e estabelecerá regras de funcionamento do conselho. Se ainda não houver regimento interno no seu conselho, você pode conversar com os demais conselheiros a respeito e propor sua elaboração e aprovação.

O conselho de saúde deve dispor de um plenário, estabelecido em seu regimento interno. O plenário é o encontro oficial de todos os conselheiros de saúde para deliberar sobre assuntos previamente agendados na pauta da reunião.

O conselho de saúde precisa contar com uma secretaria executiva, subordinada ao plenário do conselho de saúde. O plenário do conselho definirá a estrutura e a dimensão de sua secretaria executiva.

Conforme as recomendações do SUS, o conselho de saúde é quem define, por orientação de seu plenário, o número de pessoas na sua parte administrativa e como trabalharão.

O conselho de saúde é um espaço democrático de discussões. No conselho todos têm voz e vez. Todos devem conhecer bem suas atribuições. O conselho deve se estruturar de maneira que os conselheiros e as outras pessoas que trabalham nele saibam o que devem fazer, para que o trabalho seja bem dividido. Não pode haver diferença de poder entre os conselheiros.

O conselho funcionará baseado em seu regimento interno. Daí a importância de se aprovar o regimento interno de cada conselho.

Orçamento do conselho de saúde:

Geralmente o dinheiro para cobrir os custos para o funcionamento do conselho vem do orçamento do Poder Executivo, ou seja, da prefeitura ou do governo estadual ou do governo federal, por meio das respectivas secretarias de saúde. De qualquer forma, é preciso lembrar que o dinheiro destinado ao conselho de saúde deve ser gerenciado pelo próprio conselho. Esta é uma questão muito importante para a independência dos conselhos.

O conselheiro tem direito de cobrar da administração municipal a disponibilização de recursos no orçamento para funcionamento do conselho, o qual tem direito de ter dinheiro próprio para custear despesas de funcionamento. Vale lembrar que, de acordo com a Resolução 453/2012, o conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento, não sendo mais apenas o gerenciador dos seus recursos.

As secretarias de saúde devem garantir que os conselhos possuam independência. A garantia de recursos financeiros possibilita ao conselho ter, quando necessário, sua secretaria executiva, a qual é composta por pessoas para trabalhar no dia a dia do conselho e cuidar das reuniões e das comunicações. Os recursos financeiros também possibilitam que o conselho mantenha sua estrutura administrativa e logística (sala própria, móveis, telefone, computador, internet etc.). Garantem também o deslocamento de conselheiros e materiais de divulgação, além de custear ações de educação do conselho na comunidade. A realização das conferências de saúde também faz parte das atividades a serem realizadas com o orçamento do conselho e com a ajuda da secretaria de saúde.

Conselheiros

O número de conselheiros será indicado pelo plenário do conselho e das conferências de saúde e deve ser definido na lei de criação do conselho.

O tempo de mandato dos conselheiros passou a ser definido pelas respectivas representações. As entidades, movimentos e instituições eleitas para o conselho de saúde terão seus representantes indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

A Resolução 453, aprovada em 10 de maio de 2012, definiu as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde e, nesse sentido, apresentou algumas mudanças em relação à Resolução 333/2003, que foi revogada. Assim, vale a pena consultar a Resolução 453/2012 e conhecer as alterações ali definidas.

O conselho de saúde deve ter um presidente eleito por seus membros. A escolha dos conselheiros deve ser amplamente divulgada, para que os grupos da sociedade possam saber e indicar representantes.

Alguns conselhos de saúde estabelecem, em seu regimento interno, que somente representantes dos usuários dos serviços de saúde podem candidatar-se a presidente, já que esse segmento representa a maior parte dos conselheiros e toda a sociedade, cliente dos serviços de saúde.

Estrutura e funcionamento do conselho de saúde

O conselho de saúde exerce suas atribuições através de seu plenário. Para facilitar o trabalho, os conselheiros podem ser divididos em grupos, para trabalharem em comissões, como por exemplo:

- Comissão de acompanhamento e fiscalização;
- Comissão de saúde;
- Comissão de comunicação e educação da sociedade;
- Comissão de orçamento e financiamento do SUS.

Pode haver outras comissões, mais específicas ainda, dependendo da necessidade do conselho. Outras comissões e grupos de trabalho para ações temporárias podem ser criadas, de acordo com as necessidades da região. Alguns conselhos procuram organizar suas comissões considerando os blocos de financiamento do SUS.

O conselho de saúde pode se dividir em conselhos locais, que ficarão responsáveis pela fiscalização e acompanhamento de bairros ou regiões do município, no caso do conselho municipal de saúde, ou regiões estaduais, no caso do conselho estadual de saúde.

Os conselhos locais facilitam a verificação de perto do que está acontencendo na comunidade. Seus conselheiros devem levar propostas e necessidades do local específico para o plenário do conselho de saúde. Essa descentralização em conselhos locais deve estar prevista no regimento interno.

Outra ação interessante é a construção de redes entre diversos conselhos. Conhecer e comunicar-se com outros conselhos fortalece o controle social.

O conselho de saúde constituirá uma coordenação geral ou mesa diretora, respeitando a paridade (proporção dos segmentos representados), todos os integrantes da coordenação geral ou da mesa diretora devem ser conselheiros. A coordenação geral ou mesa diretora será eleita pelo plenário, inclusive o seu presidente ou coordenador.

As decisões do conselho serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) de seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos (consoante Resolução 453/2012, art. VIII).

Quórum é o número mínimo de pessoas necessário para que o conselho possa tomar decisões. O quórum é definido no regimento interno. Se o quórum não for obedecido, as decisões não terão validade.

A Resolução 453/2012 traz, ainda, as seguintes definições:

- maioria simples: o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;
- maioria absoluta: o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do conselho;
- maioria qualificada: 2/3 (dois terços) do total de membros do conselho;

Qualquer alteração na organização do conselho de saúde deve preservar o que está garantido em lei. Além disso, para se alterar a organização do conselho, que se encontra estabelecida em seu regimento interno, é necessário que o próprio conselho faça a proposta e vote em reunião plenária. O gestor (prefeito ou governador) deve homologar essa mudança.

VOCÊ SABIA?

O conselho de saúde pode buscar auditorias externas e independentes para ajudar a fiscalizar as contas e as atividades do gestor do SUS. Mas é preciso que haja uma justificativa para essa ajuda externa.

O plenário do conselho tem que tornar públicas suas decisões por meio de documentos, tais como resoluções, recomendações e propostas. As resoluções serão homologadas pelo prefeito ou governador em 30 (trinta) dias e devem ser divulgadas oficialmente. Se os 30 dias se passarem e a resolução não for homologada, ou se o gestor não enviar ao conselho uma justificativa com proposta de mudança ou rejeição da resolução, o conselho de saúde pode buscar sua validação recorrendo, se necessário, ao Poder Judiciário ou ao Ministério Público.

Reuniões do conselho de saúde

VOCÊ SABIA?

O Conselho Nacional de Saúde estabeleceu, por meio da Resolução 453/2012, que o plenário do conselho deve se reunir, no mínimo, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário. As reuniões plenárias são abertas ao público.

É importante que os assuntos tratados em cada reunião sejam registrados em ata. Basta que, durante a reunião, a pessoa responsável pela Secretaria Executiva escreva tudo o que está sendo falado, o mais detalhadamente possível, e registre o nome de todos os conselheiros presentes. Após a reunião, os escritos são organizados no caderno de atas. Na reunião seguinte será apresentada a ata da reunião anterior, para que seja assinada pelos conselheiros que estiveram presentes e concordarem com tudo o que foi escrito.

VOCÊ SABIA?

A pauta (os assuntos que serão tratados) e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência, para facilitar os trabalhos durante a reunião e permitir que os assuntos em pauta sejam conhecidos previamente.

Sabemos que, por vezes, a convocação dos conselheiros para as reuniões não acontece com a antecedência necessária ou, pior, simplesmente não acontece. Por isso, sugere-se que a convocação seja encaminhada aos conselheiros por escrito, por meio de Aviso de Recebimento (AR) dado pelos correios, bem como divulgado em *site* e enviado por *e-mail.* Assim, é possível assegurar se a convocação de fato aconteceu ou não.

É importante que o regimento interno defina a antecedência mínima para a convocação das reuniões, para o recebimento da pauta com os assuntos a serem discutidos e de cópia da ata da reunião anterior. Caso o regimento interno não fale de tais assuntos, você pode sugerir que eles sejam incluídos.

ATENÇÃO

Atenção: O conselheiro não deve, de forma alguma, assinar listas de presença ou atas de reuniões das quais não participou.

VOCÊ SABIA?

Você sabia? Há municípios, principalmente os da região amazônica, onde as comunidades isoladas têm grande dificuldade de acompanhar as reuniões do conselho. Com o objetivo de garantir maior participação de moradores destas localidades longínquas, as reuniões são organizadas de forma itinerante, mobilizando e alcançando maior número de moradores.

De acordo com a Resolução 453/2012, as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde, além de serem abertas ao público, deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

3
Capítulo

Competências dos conselhos de saúde

Competências dos conselhos de saúde previstas na Lei Complementar 141, de 2012

A partir da Emenda Constitucional 29/2000, que acrescentou o art. 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, os Conselhos de Saúde passaram a ter maior relevância. O § 3º do art. 77 estabeleceu que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde.

Com o advento da Lei Complementar 141/2012, foram consolidadas as competências do Conselho de Saúde, até então definidas em Resolução do Conselho Nacional de Saúde. Outras atribuições estão estabelecidas na Lei 8.080/1990, em decretos presidenciais e em portarias do Ministério da Saúde.

Ao exercer o controle social do SUS, o conselho deve participar da fiscalização e do planejamento das políticas de saúde, propondo a forma de emprego dos recursos destinados a essa área, sobretudo no que diz respeito aos recursos recebidos pelos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Para tanto, cabe ao conselho, exercer, resumidamente, as seguintes atividades:

- deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive quanto aos seus aspectos econômicos e financeiros;
- deliberar, analisar, controlar e apreciar o funcionamento do Sistema Único de Saúde no estado ou no município;
- aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano de Saúde;

- apreciar, previamente, emitindo parecer sobre o Plano de Saúde e a aplicação de recursos financeiros recebidos fundo a fundo, bem como dos recursos destinados pelos orçamentos do estado ou do município para a saúde;
- apreciar a movimentação dos recursos financeiros do SUS e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão apresentados pela Secretaria de Saúde do estado ou município;
- acompanhar e fiscalizar os procedimentos do Fundo de Saúde;
- propor critérios para a criação de comissões necessárias ao efetivo desempenho do Conselho de Saúde, aprovando, coordenando e supervisionando suas atividades;
- apreciar os parâmetros estaduais ou municipais quanto à política de recursos humanos para a saúde, bem como a alocação de recursos econômicos, financeiros operacionais e humanos dos órgãos integrantes do SUS;
- promover a articulação entre diferentes instituições e setores a fim de garantir a atenção à saúde no estado ou município;
- aprovar o regimento, a organização e as normas de funcionamento da Conferência de Saúde;
- elaborar propostas, aprovar e examinar quaisquer outros assuntos que lhes forem submetidos, dentro de sua área de competência.

No **Anexo 2** desta publicação, podem ser consultadas as competências dos conselhos de saúde mencionadas em diversos normativos.

Como os conselhos de saúde podem exercer suas atribuições

Para exercer suas atribuições, os conselheiros precisarão ter acesso, periodicamente, a diversos documentos e informações atualizadas sobre as políticas de saúde, sobre a movimentação financeira dos recursos dessa área, bem como sobre a ocorrência de irregularidades.

A seguir, encontram-se transcritas as informações e os documentos aos quais os conselheiros podem ter acesso, segundo leis e outras normas:

- Montante de recursos previsto para transferência da União, com base no Plano Nacional de Saúde, pactuado entre a União, Estados e Municípios (Lei Complementar 141, de 2012, art. 17, § 3º).
- Receber do gestor municipal do SUS, até o dia 30 de março, Relatório de Gestão que demonstre a elaboração dos Relatórios detalhados quadrimestrais, contendo as seguintes informações: I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (Lei Complementar 141, de 2012, art. 36, § 1º).
- Receber do município a programação anual do Plano de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público (Lei Complementar 141, de 2012, art. 36, § 2º).
- Receber, do Ministério da Saúde, se for o caso, comunicação de irregularidades referentes a descumprimento de disposições da Lei Complementar 141, de 2012, ou aplicação de

recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado, para que o Conselho adote medidas a para que o município promova a imediata devolução dos recursos irregularmente aplicados ao respectivo Fundo de Saúde, com recursos do próprio Tesouro (Lei Complementar 141, de 2012, art. 39, § 5º; Decreto 7.827, de 2012, art. 23, §§ 2º e 3º, Portaria 53/GM/MS, de 16/1/2013, art. 23, inciso II).

- Participar do programa permanente de educação na saúde, para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, a ser disponibilizado pelo gestor municipal do SUS, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde (Lei Complementar 141, de 2012, art. 44).
- Receber do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do Ministério da Saúde relatório contendo as irregularidades identificadas na execução das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS (Decreto 1.651, de 1995, art. 10).
- Ter acesso aos dados e informações do acompanhamento da condicionalidade do Programa Bolsa-Família, objetivando subsidiar a definição de ações e políticas de saúde ou nutrição (Portaria Interministerial MS/MDS 2.509, de 18/11/2004, art. 8º).
- Receber do Município informação sobre a adesão do Município ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Portaria 1.654/GM/MS, de 2011, art. 4º, § 2º, inciso III).
- Receber do gestor municipal do SUS informações sobre o Programa Academia da Saúde implantado no âmbito do município (Portaria 1.402/GM/MS, de 2011, art. 16, inciso III; Portaria 2.975/GM/MS, de 2011, art. 3º, § 1º).
- Receber do município as informações sobre a operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (na Região Nordeste, ao Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e ao Vale do Ribeira em São Paulo) (Portaria 729/GM/MS, de 2005, art. 10, parágrafo único).

Detalhando as principais competências do conselho de saúde

O objetivo deste capítulo é trazer mais informações sobre as principais competências dos conselhos de saúde. Serão detalhados os seguintes assuntos:

- análise do relatório de gestão;
- fiscalização;
- divulgação das atividades do conselho para a comunidade.

Lembre-se de que no Anexo 1 - Órgãos e entidades a que recorrer, você poderá obter informações sobre órgãos e entidades que podem auxiliar o conselho de saúde no exercício do seu trabalho.

Análise do Relatório de Gestão

O **Relatório Anual de Gestão (RAG)** é o instrumento da gestão do SUS utilizado para comprovação da aplicação dos recursos, apresentando os resultados alcançados com a execução da **Programação Anual de Saúde (PAS)**. É, portanto, importante para orientar a elaboração da nova programação anual, bem como para apontar os ajustes necessários no Plano de Saúde. O Relatório de Gestão é a principal ferramenta para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito Municipal, Estadual,

no Distrito Federal e União. Esse relatório orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

(Lei Complementar 141, de 2012)

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:
I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;
II - Relatório de Gestão do SUS;
III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.
Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.
(...)
Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará ***Relatório detalhado referente ao quadrimestre*** *anterior, o qual conterá,* ***no mínimo,*** *as seguintes informações:*
I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.
§ 1o A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o ***envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira,*** *cabendo ao Conselho emitir* ***parecer conclusivo*** *sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.*

O Relatório de Gestão serve para que os gestores comprovem a aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Esse relatório deve ser elaborado anualmente pelos gestores de saúde e encaminhado para apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde.

O RAG deve contemplar os seguintes itens: as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; as metas da PAS previstas e executadas; a análise da execução orçamentária e as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde (Portaria GM/MS 2.135/2013, art. 6º).

O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS),** disponível em www.saude.gov.br/sargsus.

O **Relatório de Gestão** deve permitir o controle, pelo Ministério da Saúde, da conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados ao município. O Relatório de Gestão compõe-se dos seguintes **elementos:**

- programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;
- comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei 8.142, de 1990;
- demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;
- documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

O Relatório de Gestão deve, ainda, demonstrar a elaboração dos relatórios detalhados quadrimestrais. O **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior** é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da **Programação Anual de Saúde** e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de **maio, setembro** e **fevereiro**, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

Esse relatório deve observar o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 459/2012. Devem constar do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior as seguintes informações: o montante e fonte dos recursos aplicados no período; as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (Lei Complementar 141/2012, art. 36, § 1º; Portaria GM/MS 2.135/2013, art. 7º).

De acordo com a Lei Complementar 141/2012, o Conselho deve analisar o relatório de gestão apresentado pelo gestor municipal do SUS e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas definidas nessa lei. A Lei prevê, para isso, que o Conselho utilize informações obtidas por meio de amostra. Também estabelece que o Conselho proceda à verificação da veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados descritos.

O município deverá devolver imediatamente os recursos irregularmente aplicados ao respectivo Fundo de Saúde, com recursos do próprio Tesouro, quando forem verificadas irregularidades referentes ao descumprimento, pelo município, de disposições da Lei Complementar 141, de 2012, ou à aplicação de recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado.

O município poderá ficar sujeito à suspensão das transferências de recursos constitucionais caso não comprove a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

Qualquer pessoa pode ter acesso ao Relatório Anual de Gestão (RAG) de seu município, disponível no ***Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS),*** *que pode ser acessado na Internet, no endereço www.saude.gov.br/sargsus. Assim, mesmo que o conselheiro não tenha senha para acesso restrito, poderá acessar a área de uso público e obter o relatório de gestão.*

Ao abrir o site, o usuário deverá clicar, no mapa interativo do Brasil, sobre a unidade da federação que deseja a informação e selecionar o município, o ano, e clicar em Consultar: A seguir, aparecerão os campos ***Relatório Gestão Anual*** *e* ***Parecer do Conselho de Saúde.*** *Clique em* ***baixar arquivo*** *para acessar o relatório e o parecer.*

A opção ***Acesso Restrito ao SargSUS*** *permite a construção do Relatório Anual de Gestão pelos gestores de saúde bem como o parecer de aprovação pelos Conselhos de Saúde.*

O que analisar, prioritariamente, no Relatório de Gestão

Ao analisar o Relatório de Gestão, o conselho de saúde deve verificar se os objetivos previstos no Plano de Saúde foram alcançados e avaliar se as ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde estão beneficiando os cidadãos e melhorando a saúde da população. Outro ponto importante para se analisar é se os recursos gastos na execução das ações de saúde foram bem aplicados ou se poderiam ter sido melhor utilizados.

É preciso avaliar se os resultados das ações foram positivos e o que trouxeram de melhorias na qualidade da assistência à saúde, atentando principalmente para atenção básica, para a eficiência dos serviços e para a satisfação dos trabalhadores e usuários.

ATENÇÃO

O Relatório de Gestão, para ser aprovado pelo Conselho de Saúde, deve apresentar justificativas, claras e bem fundamentadas, que expliquem todas as situações em que o planejamento original não foi cumprido. Assim, o conselho deve verificar não apenas os recursos financeiros aplicados, mas principalmente se as ações programadas foram realizadas.

Para analisar o Relatório de Gestão, é importante que você, conselheiro, além de conhecer bem o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o orçamento, conheça também as ações que envolveram **obras, aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e todas as outras ações que envolverem despesas elevadas ou que possam ter impacto significativo na saúde do município.**

Tendo em vista a complexidade do Relatório de Gestão, é interessante que uma comissão específica do conselho fique com a função de analisá-lo mais detalhadamente.

Talvez seja necessário convidar técnicos do setor de planejamento da Secretaria de Saúde, que geralmente são responsáveis pela elaboração do Relatório de Gestão, ou de outros setores, para prestarem esclarecimentos aos conselheiros, traduzindo a linguagem mais técnica do documento para uma linguagem mais simplificada e fácil de ser entendida por todos.

É a partir desse conjunto de procedimentos que os conselheiros de saúde poderão ou não aprovar o Relatório de Gestão, antes que ele seja enviado à Secretaria Municipal de Saúde, ao Ministério da Saúde, às Comissões Intergestores e ao Ministério Público, bem como ao Tribunal de Contas.

É preciso lembrar que, embora o Relatório de Gestão contenha a prestação de contas, é possível fazer o acompanhamento orçamentário-financeiro por meio das planilhas e indicadores disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As informações desse sistema são de acesso livre, em www.saude.gov.br/siops.

A grande importância do Relatório de Gestão é que ele estabelece a relação entre objetivos, metas, resultados alcançados e aplicação de recursos.

O que é o SIOPS?

O SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – é um importante instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) para municípios, estados, DF e União.

Idealizado e implementado desde 1999 pelo Ministério da Saúde, o SIOPS organiza e coleta informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo. Essas informações permitem análises sobre o gasto com ações e serviços públicos de saúde nos âmbitos nacional, regional, estadual e municipal.

Qual o objetivo do SIOPS?

Possibilitar, por meio da coleta permanente, o gerenciamento e a consolidação de informações padronizadas, possibilitando:

- **melhor planejamento, gestão e avaliação dos gastos públicos em saúde;**
- **fortalecimento do controle social sobre financiamento e gastos em saúde;**
- **dimensionamento da participação das diferentes esferas de governo no financiamento da saúde;**
- **acompanhamento da implantação dos dispositivos da Emenda Constitucional nº 29/2000 e o seu cumprimento por parte de cada esfera de governo;**
- **elaboração das Contas Nacionais de Saúde.**

Como funciona o SIOPS?

Para preenchimento dos dados, deve-se acessar o site do Datasus – www.datasus.gov.br – e clicar em "Produtos e Serviços" e "SIOPS". O sistema e seu manual estão disponíveis para download. O sistema de coleta de dados é informatizado, permanentemente atualizado e aperfeiçoado para possibilitar mais agilidade no preenchimento dos formulários, transmissão dos dados e no cálculo de indicadores gerados após as verificações automáticas das informações.

Fiscalização das ações de saúde

Importância do papel do conselheiro na fiscalização das ações de saúde

Ao desempenhar essa importante competência, os conselheiros estaduais e municipais de saúde atuam no sentido de auxiliar a Câmara Municipal no processo de fiscalização do cumprimento, pelo município, das normas estabelecidas na Lei Complementar 141/2012, com ênfase no que diz respeito à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual, ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, às transferências dos recursos ao Fundo de Saúde, à aplicação dos recursos vinculados ao SUS e à destinação dos recursos obtidos com a alienação de bens adquiridos com recursos vinculados à saúde.

A fiscalização das ações de saúde é de grande importância, pois é a melhor maneira de saber, na prática, como a Secretaria de Saúde está gastando o dinheiro da saúde no seu estado ou município e se as necessidades da população local estão sendo realmente atendidas.

Assim, é seu papel, conselheiro, visitar as unidades de saúde do estado ou do município, conversar com os pacientes, com os trabalhadores e com a administração da unidade para conhecer a real situação da prestação de serviços de saúde em sua região.

Nas fiscalizações, os conselheiros ficam sabendo se o que foi previsto no Plano de Saúde Municipal e na Programação Anual de Saúde está sendo realmente cumprido pela Secretaria de Saúde.

Caso você perceba alguma irregularidade na prestação dos serviços de saúde, deve informar ao plenário do conselho, para que as irregularidades ou os problemas detectados possam ser discutidos e, em um segundo momento, encaminhados à Secretaria de Saúde ou a um órgão de controle.

Exemplos do que pode ser fiscalizado e de como fiscalizar

O que fiscalizar	Exemplos de itens que podem ser fiscalizados
Fundo Municipal de Saúde (FMS)	· verificar se os recursos estão sendo repassados pelos três níveis de Governo (Federal, Estadual e Municipal) de acordo com o Plano de Saúde; · acompanhar a aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, verificando documentos contábeis. · verificar se existem contas bancárias específicas para a movimentação dos recursos do fundo.
Secretaria de Saúde	· conhecer quais são as ações de prevenção em saúde que estão sendo executadas no município.
Convênios	· analisar plano de trabalho; · acompanhar se o cronograma físico-financeiro está sendo cumprido e se os gastos estão sendo realizados de acordo com o programado; · verificar se o dinheiro do convênio está sendo movimentado em uma só conta-corrente (a legislação sobre convênio obriga que seja assim); · verificar se a Secretaria de Saúde está aplicando sua contrapartida (pagamentos de despesas do convênio feitos com dinheiro do município ou estado); · fazer a conciliação bancária das despesas: verificar notas fiscais e recibos para assegurar que o dinheiro do convênio está sendo gasto somente com o objeto do convênio e conferir extratos bancários da conta-corrente do convênio para checar se os valores lançados coincidem com os valores das notas/recibos; · lembre-se que o dinheiro repassado por meio de convênio não pode ser utilizado para finalidade diferente daquela que foi combinada; · visite a página da Controladoria Geral da União na internet sobre convênios. Lá você poderá obter informações sobre os convênios firmados pelo seu estado ou município (www.cgu.gov.br/convenios).

O que fiscalizar	Exemplos de itens que podem ser fiscalizados
Unidades de Saúde/ Hospitais	· visitar periodicamente as unidades de saúde públicas e conveniadas, juntamente com funcionários da Vigilância Sanitária (municipal e estadual); · conversar com usuários, trabalhadores de saúde e direção da Unidade para conhecer os problemas e para saber a opinião deles sobre a qualidade dos serviços; · acompanhar os serviços nas unidades de saúde públicas e conveniadas, observando: » o cumprimento de horários pelos funcionários, a qualidade do atendimento (cordialidade, tempo de espera, emissão dos resultados) e as condições de acesso por parte dos usuários, propondo sugestões para simplificação e melhoria do atendimento; » quantos atendimentos são realizados mensalmente na unidade; » quais as especialidades consultadas e o número de consultas por especialidade; » quantos leitos hospitalares da rede pública e particular/conveniada com o SUS existem nos municípios e qual é a procura por esses leitos; » em quais casos os pacientes são direcionados para outro município para tratamento e para quais cidades vão; » existência de transporte da Prefeitura para transportar esses pacientes para outras cidades;
Medicamentos (Mais informações sobre aquisição de medicamentos no Capítulo 5 – Aquisição de Medicamentos, desta publicação)	· visitar o local de armazenagem dos medicamentos, observando: » o estoque de vacinas ou recibo de compra de vacinas e o número de crianças vacinadas; » quais medicamentos estão em falta, há quanto tempo, o motivo para estarem em falta e a previsão de solução do problema; · acompanhar a entrada das compras no almoxarifado da Secretaria de Saúde e também a saída dos materiais e o consumo nas unidades de saúde; · solicitar o controle de estoque e proceder a contagem das mercadorias estocadas, verificando se o controle eletrônico reflete o estoque físico; · verificar as condições de armazenamento e as datas de validade dos produtos; · confrontar o estoque com a média de consumo para verificar se a quantidade de produtos estocados é suficiente ou exagerada, evitando sua falta ou compras desnecessárias; · consultar os dados e informações sobre preços de medicamentos adquiridos por instituições de saúde em diferentes regiões do Brasil, disponíveis no endereço eletrônico do Banco de Preços do SUS (http://portal2.saude.gov.br/bps/login.cfm), no qual há um módulo para consulta pública, por qualquer cidadão, sem a necessidade de senha. · Consultar as listas de preços de medicamentos com os preços-fábrica (que representam o "teto" para as aquisições públicas) e os preços máximos ao consumidor, divulgadas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), , disponíveis no endereço eletrônico http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/regulacaodemercado

O que fiscalizar	Exemplos de itens que podem ser fiscalizados
Obras (Construções e/ou Reformas)	· participar do planejamento da localização das obras (hospitais/unidades de saúde) a serem construídas; · quando a obra for entregue, verificar se está de acordo com o que foi planejado e se atende às necessidades da população.
Credenciamento ao SUS de novos serviços e Unidades de Saúde (unidades e serviços que passarão a ser conveniados ao SUS após terem seu pedido analisado e aprovado pela Secretaria de Saúde)	· conhecer os serviços/unidades que irão ser conveniados ao SUS, a proposta dessas unidades e a qualidade dos serviços ali prestados; · aprovar os credenciamentos (o conselho precisa aprovar o credenciamento para que ele possa ser efetivado);
Contratação de pessoal	· visitar unidades para saber se os funcionários cumprem o horário de trabalho previsto; · confrontar folha de pagamento das unidades com o número de funcionários que realmente trabalham na unidade (folha de ponto); · verificar se as especialidades profissionais contratadas atendem realmente às necessidades da unidade de saúde.

Caso sejam identificadas irregularidades durante as visitas, devem ser levadas ao plenário do conselho, para que, em conjunto, seja avaliado e decidido sobre o melhor encaminhamento para a matéria.

Divulgação das atividades do conselho para a sociedade

Divulgação das atividades do conselho para a comunidade

A divulgação das atividades realizadas pelo conselho e de seus objetivos faz com que a comunidade local entenda a importância do seu trabalho e o valorize. O apoio da comunidade é fundamental para o amadurecimento do conselho de saúde.

Além disso, para que o conselho se fortaleça perante a Secretaria de Saúde, é necessário que a comunidade conheça seu trabalho. Caso os gestores da saúde local não tenham interesse em que o conselho cumpra seu papel de fiscalizador do funcionamento do SUS no município, a comunidade pode se manifestar a favor do conselho, pressionando os gestores a aceitar o conselho e seu papel no controle social.

O conhecimento das ações do conselho é importante para despertar na comunidade o interesse pelo controle social. A partir do momento em que as pessoas percebem que a atuação do conselho pode melhorar a qualidade dos serviços de saúde, mais pessoas se interessam em participar, pois veem que podem gerar resultados positivos para a comunidade.

Os membros do conselho de saúde que representam os usuários são indicados por associações. Mas como muitos municípios ainda não contam com um número significativo de associações comunitárias atuantes, é fundamental que o conselho apoie a formação dessas associações e estimule a participação da comunidade nesses movimentos.

Quando o conselho divulga suas ações para a comunidade, ele exerce um importante papel, conscientiza a população da importância do controle social. Conscientizadas, essas pessoas poderão ser os futuros membros do conselho.

VOCÊ SABIA?

O Conselho pode ser criativo na hora de divulgar suas ações:

- *criando um jornalzinho ou um gibi;*
- *criando páginas na internet;*
- *desenvolvendo uma logomarca que será usada em todo o material do conselho;*
- *produzindo camisetas e crachás para identificação dos conselheiros;*
- *usando programas de rádio e televisão;*
- *usando o sistema de som da igreja;*
- *apresentando peças teatrais sobre a importância do conselho;*
- *fixando cartazes sobre o conselho em locais importantes, como hospitais, postos de saúde, farmácias, supermercados, bancas de jornal, etc.;*
- *distribuindo folders;*
- *visitando moradores;*
- *usando como parceiros os agentes de saúde e os profissionais do Programa de Saúde na Família.*

O importante é que as pessoas saibam que os problemas e as soluções da saúde devem ser levados para o conselho, pois ele pode ajudar os gestores a melhorar o SUS.

4
Capítulo

Matriz de Fiscalização

Conforme foi dito no capítulo anterior, ao desempenhar o seu papel fiscalizador, os conselheiros estaduais e municipais de saúde auxiliam a Câmara Municipal no processo de fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas na Lei Complementar 141/2012, com ênfase no que diz respeito à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual, ao cumprimento das metas estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, e à aplicação dos recursos vinculados ao SUS.

A fim de facilitar a atuação do Conselho de Saúde na fiscalização das ações e serviços, sugere-se a utilização da "matriz de fiscalização" abaixo, que representa um modelo de organização de informações. A matriz apresenta os elementos mínimos necessários a fim de que os conselheiros possam solicitar providências, por parte dos gestores ou, ainda, a fim de que possam encaminhar uma denúncia ou reclamação aos órgãos de controle.

Vale relembrar que, para que a comunicação de irregularidade seja aceita pelos órgãos de controle, de modo geral, é necessário, no mínimo, que:

- seja redigida em linguagem clara e objetiva;
- esteja acompanhada de indício relacionado à irregularidade ou ilegalidade denunciada;
- os responsáveis pelas irregularidades (pessoas físicas ou jurídicas) sejam indicados com clareza, incluindo o CPF e/ou o CNPJ.

Na primeira coluna da matriz (SITUAÇÃO ENCONTRADA), deve ser descrita a irregularidade verificada pelos conselheiros. A seguir, encontram-se alguns exemplos de como podem ser descritas as irregularidades nessa coluna:

1) O Plano Municipal de Saúde/ a Programação Anual de Saúde (PAS)/o Relatório de Gestão elaborado pelo gestor municipal do SUS não apresentam os elementos que permitam a emissão do parecer pela aprovação;
2) O município não aplicou corretamente os recursos financeiros destinados à saúde;
3) Não há adequação no sistema de compra e distribuição de medicamentos;
4) Os funcionários do hospital não estão cumprindo os horários estabelecidos.

Na segunda coluna (RESPONSÁVEIS) devem ser relacionados os responsáveis pela ocorrência da irregularidade encontrada, incluindo o CPF e/ou o CNPJ.

Na terceira coluna deve ser indicado o período em que ocorreu a irregularidade encontrada.

Na coluna EVIDÊNCIAS deve ser apresentada a relação de documentos que comprovem a ocorrência da irregularidade encontrada.

Na coluna ENCAMINHAMENTO devem ser apresentadas as propostas de alertas a serem dirigidos às autoridades competentes, caso o Conselho de Saúde decida que essas propostas são cabíveis.

Abaixo encontra-se o modelo de matriz de fiscalização que pode ser utilizado pelo conselho.

Matriz de Fiscalização

ÓRGÃO/ENTIDADE: Declarar o nome do(s) órgão(s)/entidade(s) em que foi verificada a possível irregularidade

SITUAÇÃO ENCONTRADA	RESPONSÁVEL (IS)	PERÍODO EM QUE FOI VERIFICADA A IRREGULARIDADE	EVIDÊNCIAS / DOCUMENTAÇÃO QUE COMPROVE A OCORRÊNCIA DA IRREGULARIDADE	ENCAMINHAMENTO
Descrever a irregularidade encontrada.	Indicar, além do nome, o cargo e o CPF do responsável, no caso de pessoa física. Caso a situação envolva pessoa jurídica, informar o CNPJ.	Indicar o período em que ocorreram as irregularidades encontradas.	Mencionar (e, se possível, acrescentar como anexo) a documentação e/ou os elementos ou provas que comprovem que a irregularidade realmente aconteceu.	São as possíveis propostas (conclusão da equipe de fiscalização) de alertas dirigidos à autoridade competente, se for o caso. Conforme o caso, encaminhe os alertas à Secretaria Municipal de Saúde (ou órgão equivalente), ao Gestor do Fundo Municipal de Saúde ou aos demais órgãos e entidades listados no Anexo 1 desta Cartilha – Órgãos e Entidades a Quem Recorrer.

Módulo 2

A SAÚDE NO BRASIL

1
Capítulo

Sistema Único de Saúde (SUS)

Princípios que regem o SUS

O que significa SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

É importante que você, conselheiro de saúde, entenda o que é o SUS, como ele funciona e quais são seus princípios. Você deve compreender que a saúde é um direito do cidadão, um dever do Estado e é preciso ter sempre mais informações e conhecimento sobre o SUS. Esse conhecimento trará mais segurança e profundidade ao seu trabalho e mais resultados para o dia-a-dia.

ESTÁ NA LEI

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por meio da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei 8.142/1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

O SUS reúne em si todas as ações, os serviços de saúde e as unidades de saúde sob responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, de forma integrada, a fim de beneficiar a todas as pessoas a partir de ações na área de saúde. As ações e serviços de atenção à saúde também podem ser prestados, de forma complementar, pela iniciativa privada conveniada e contratada (Lei Federal 8.080/1990, art. 4º).

De acordo com o art. 3º do Decreto 7.508/2011, o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Por esse motivo, o SUS é considerado um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo. O fundamento do SUS é o conceito mais amplo da saúde, que envolve não apenas o tratamento de problemas de saúde, mas também, ações de promoção da qualidade de vida e a prevenção de doenças.

Os princípios estabelecidos na Constituição de 1988 que orientam a organização do SUS são:

- **UNIVERSALIDADE:** Todas as pessoas têm garantido o acesso a todo e qualquer serviço de saúde. O SUS alcança a todos os brasileiros e estrangeiros que estejam no território nacional, independente de sexo, idade ou condição social.
- **EQUIDADE:** Todos os cidadãos terão acesso à saúde, de igual forma e em igualdade de condições, independentemente da complexidade de cada caso. Assim, todo cidadão é igual perante o SUS, e será atendido conforme suas necessidades e, ainda, considerando as necessidades coletivas e os riscos.
- **INTEGRALIDADE:** O SUS deve atender a todos em todas as suas necessidades. As ações do SUS são muito abrangentes, envolvendo desde campanhas de vacinação até programas, palestras, exames, internações e outros. A prioridade no atendimento deve ser dada às atividades de prevenção, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- **GRATUIDADE:** O atendimento no SUS é gratuito, isto é, não será cobrado diretamente do cidadão nenhum valor, total ou parcial, referente a serviços prestados por meio do SUS (Lei 8.080/1990, art. 43).

ATENÇÃO

É ILEGAL A COBRANÇA AO CIDADÃO DE SERVIÇOS QUE LHE FORAM PRESTADOS POR MEIO DO SUS!!! Se isso estiver acontecendo em sua região, você, conselheiro, deve denunciar. Para mais informações consultar o Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer – desta Publicação.

Existem, ainda, outros princípios que orientam a organização do SUS em todo o país. São eles: hierarquização, regionalização, descentralização e participação da comunidade.

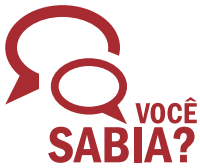
- **HIERARQUIZAÇÃO**: A organização e a gestão (administração) dos serviços prestados pelo SUS devem ocorrer com base em níveis crescentes de complexidade, ou seja, vão dos mais simples aos mais complexos:

  1º) ATENÇÃO BÁSICA: É a "porta de entrada" da população no SUS. Isso acontece nos postos de saúde, nas unidades do Programa Saúde da Família etc. Se, a partir desse primeiro contato, não forem encontrados meios para resolver o problema de saúde,

a pessoa será encaminhada para outros serviços de maior complexidade (média e alta complexidade).

2º) MÉDIA COMPLEXIDADE: São procedimentos de saúde que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde, cuja complexidade demande a disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento. Se, ainda assim, não for possível solucionar o problema de saúde, a pessoa será encaminhada para a unidade de alta complexidade.

3º) ALTA COMPLEXIDADE: Conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, como cirurgia cardiovascular, implante coclear, cirurgia reprodutiva, neurocirurgia, etc. .



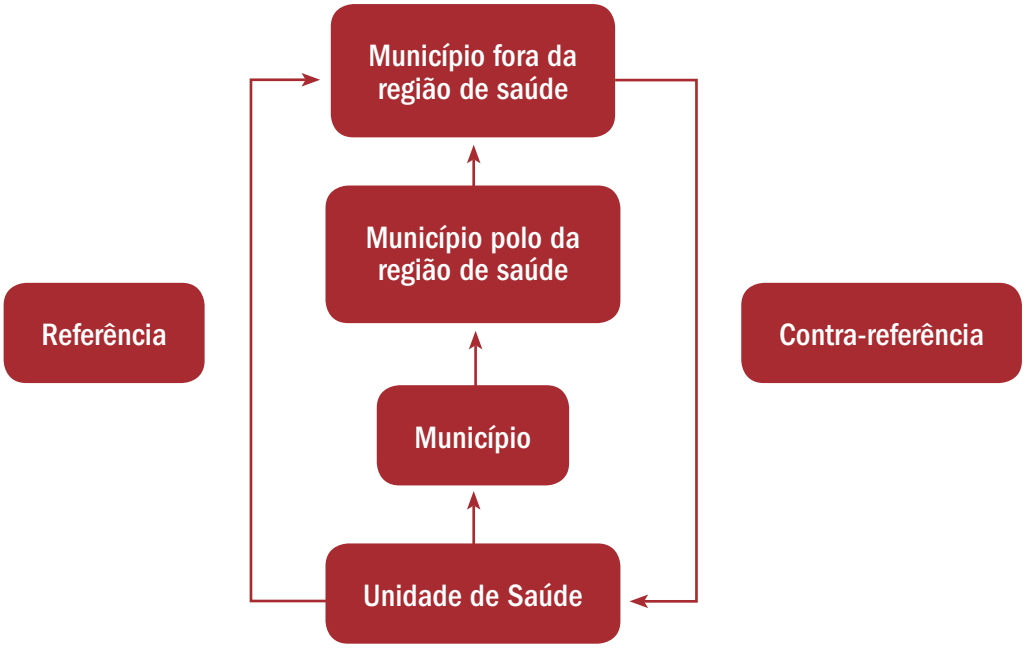
De acordo com o Decreto 7.508/2011, as portas de entrada são os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS. Dessa forma, são portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- de atenção primária;
- de atenção de urgência e emergência;
- de atenção psicossocial; e
- especiais de acesso aberto.

» **A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão poderá ser encaminhado para os outros serviços de maior complexidade (hospitais e clínicas especializadas).**

» **As ações e os serviços de saúde voltados à atenção básica, de modo geral, são disponibilizados à população em unidades de saúde mais próximas de seu domicílio (no seu bairro ou município). As ações e os serviços mais complexos (média e alta complexidade) são disponibilizados em unidades de "referência", ou seja, em uma instância do SUS mais especializada (considerando, também, a organização dos serviços nas esferas estadual e federal). O contrário também acontece: caso o usuário do SUS tenha tido atendimento especializado e depois disso necessite acompanhamento na atenção básica, ele pode ser "contra-referenciado", isto é, conduzido para o atendimento em um nível menos complexo.**

» **Os serviços de saúde, então, são organizados por grau de complexidade, na seguinte sequência: unidades básicas de saúde, unidades especializadas no próprio município, unidades que disponham de serviços de maior complexidade em outro município da região de saúde, outro município fora da região de saúde para procedimentos não disponíveis no primeiro município referenciado.**



- **REGIONALIZAÇÃO:** Na prestação de serviços do SUS devem ser considerados o tamanho e as necessidades do território a ser atendido, bem como os serviços existentes.
- **DESCENTRALIZAÇÃO:** Significa que cada esfera de governo (União, estados e municípios) tem as suas atribuições específicas no que se refere às ações e à prestação de serviços de saúde à população. Essa distribuição de funções atribui, sobretudo, a responsabilidade pela execução das ações de saúde aos municípios, que devem contar com o apoio técnico e financeiro da União para atingir esse objetivo.

Os municípios são os entes que possuem a maior responsabilidade em relação à saúde da população, por estarem mais próximos à realidade local. Isso colabora para que a tomada de decisões possa ser feita de forma mais rápida.

Quando ocorre a transferência de funções para os municípios, também ocorre a transferência de responsabilidades, como por exemplo, a necessidade de controlar o dinheiro que o município recebe para aplicar em saúde e a necessidade de fiscalizar as ações e os serviços de saúde prestados à população.

- **PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE:** A população deve participar na definição, no controle e na fiscalização da execução das políticas de saúde. As diretrizes das políticas de saúde encontram-se detalhadas nos planos municipais e estaduais de saúde. A participação popular ocorre por meio de entidades e movimentos que representam a sociedade.

ATENÇÃO

O SUS é algo muito maior do que uma simples gestão de um ou outro governo. O SUS é uma política do Estado brasileiro. Por isso, é importante que você, conselheiro, esteja atento para que não haja interferências político-partidárias que prejudiquem o funcionamento do SUS em seu município ou estado. O povo brasileiro é o verdadeiro "dono" do SUS!

Gestão do SUS

Entender sobre a gestão do SUS significa entender como o SUS é administrado, coordenado. Como foi visto anteriormente, as três esferas (União, estados e municípios) possuem seus papéis relacionados à forma como o SUS é administrado.

Mas, qual é o papel de cada esfera? A Lei 8080 define as competências de cada uma. Vejamos:

Primeiramente, é necessário entender que a União, os estados e os municípios distribuem seus recursos de maneira tal que os procedimentos de atenção básica e de média e alta complexidade sejam totalmente atendidos.

- **União:** A União detém um papel importante no que se refere ao financiamento da saúde pública no Brasil. Também é responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, mas a implementação, ou seja, o ato de "colocar em prática" tais políticas cabe também aos estados, municípios, ONGs e à iniciativa privada.

  » **Principal gestor em nível federal: Ministério da Saúde.**

- **Estados:** Cabe ao governo estadual colocar em prática (implementar) as políticas nacionais e estaduais de saúde e organizar o atendimento à saúde em seu território. Conforme foi dito anteriormente, o estado também participa do financiamento da saúde em seu território.

  » **Principal gestor em nível estadual: Secretaria Estadual de Saúde.**

- **Municípios:** É no município que o atendimento à população acontece de forma mais direta. Assim, o município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. Isso ficou mais evidente a partir do **Pacto pela Saúde**, de 2006, que estabeleceu que os gestores municipais deverão assumir imediatamente ou gradualmente a gestão de todas as ações e serviços de saúde do município, por meio da assinatura de termo de compromisso. Se no município não houver todos os serviços de saúde, o gestor deve fazer um acordo, um pacto com outros municípios de sua região, a fim de que sua população não fique sem atendimento. O Pacto também deve ser negociado com os gestores estaduais. Além disso, a escolha dos municípios "referência" também ocorre no Pacto. Por isso se diz que o funcionamento do sistema público de saúde ocorre de forma referenciada.

Atenção: Em 2011, o Decreto 7.508 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), e o definiu como o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. Assim, gradualmente os pactos serão substituídos pelos COAP.

» **Principal gestor em nível municipal: Secretaria Municipal de Saúde.**

Além disso, o Decreto 7.508/2011 estabeleceu o conceito de **Regiões de Saúde**. Essas regiões são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Abaixo encontram-se outros conceitos importantes relacionados ao SUS, trazidos pelo Decreto 7.508/2011:

- **Mapa da Saúde:** descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;
- **Rede de Atenção à Saúde:** conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
- **Serviços Especiais de Acesso Aberto:** serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e
- **Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica:** documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Os recursos do SUS

Embora o atendimento prestado no SUS aos cidadãos não seja cobrado diretamente, a sociedade paga pelos serviços do SUS quando paga seus impostos.

ESTÁ NA LEI

De acordo com a Constituição Federal de 1988, art. 198, as ações e os serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS devem ser financiados com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do DF e dos municípios, além de outras fontes, ou seja, todos os entes políticos (União, estados e municípios) são responsáveis pelo financiamento do SUS.

Essa participação conjunta da União, dos estados e dos municípios no financiamento da saúde foi detalhada por meio da Emenda Constitucional 29/2000 e da Lei Complementar 141,

de 2012, que estabeleceu os percentuais mínimos que cada um desses entes políticos deve aplicar nas ações e nos serviços públicos de saúde:

- Até 2015, os gastos da União em saúde devem ser a soma dos gastos do ano anterior adicionados da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Com a emenda à Constituição 86/2015, a regra mudou: a partir de 2016 o mínimo a ser aplicado será 13,2% da receita líquida da União, e será elevado gradualmente em cinco anos, até alcançar 15%.
- Aos estados compete aplicar 12% de suas receitas originadas de impostos em saúde;
- Aos municípios compete aplicar pelo menos 15% de suas receitas de impostos em saúde.

Um processo poderá ser instaurado contra a autoridade estadual ou municipal que aplicar em saúde menos que o percentual mínimo exigido (12% e 15%). Como o descumprimento do mínimo afronta a lei, a autoridade que descumprir esta regra pode perder o direito de candidatar-se a cargo eletivo e, consequentemente, de ser eleito. Já o estado ou o município fica sujeito a:

- *Suspensão de repasses federais ao estado/município, conforme exposto no art. 160, parágrafo único, incisos I e II da Constituição Federal, bem como no art. 25, §1º, alínea "b", da Lei de Responsabilidade Fiscal;*
- *Intervenção da União no estado/município (ou do estado no município), conforme exposto no art. 35, inciso III, da Constituição Federal.*

Em outras palavras, o gestor é OBRIGADO a aplicar o mínimo de suas receitas em saúde.
Além disso, a Lei Complementar 141/2012 acrescenta, em seu artigo 27, a possiblidade de devolução dos recursos ao Fundo de Saúde em caso de uso dos recursos repassados em ação diferente da prevista dos recursos repassados, com a devida apuração de responsabilidades. A devolução, nesse caso, deve ser feita para o Fundo de Saúde que recebeu originalmente aquele recurso, com a devida atualização.

Situação diferente ocorre quando houver desfalque, desvio de recursos públicos. Nesse caso os órgãos de controle deverão ser acionados para que realizem a apuração do danos e adotem as medidas necessárias à recuperação dos recursos e aplicação de penalidades aos responsáveis.

Formas de transferência dos recursos federais para a saúde

Como foi dito, União, estados, DF e municípios contribuem para o financiamento da saúde. No entanto, o foco desse capítulo será apenas o dinheiro de origem **federal.**

Os estados, o DF e os municípios administram com independência o dinheiro que recebem da União destinado à saúde, mas essa administração deve ocorrer de acordo com o que foi estabelecido em suas Programações Anuais de Saúde e em seus Planos de Saúde, que, por sua vez, devem estar de acordo com o Plano Nacional de Saúde.

Os Planos de Saúde e as Programações Anuais de Saúde devem ser sempre submetidos à aprovação do Conselho de Saúde.

Os recursos da União para o SUS são transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os estados, o Distrito Federal e os municípios, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS. Os recursos federais destinados à saúde chegam aos estados e aos municípios por meio das seguintes modalidades:

- transferências fundo a fundo;
- Remuneração por serviços produzidos;
- Convênios, contratos de repasse e outros instrumentos similares.

As transferências para entidades privadas ocorrerão na modalidade de convênios ou instrumento semelhante. A seguir, serão detalhadas cada uma das modalidades.

Transferências fundo a fundo

De acordo com a Lei Complementar 141/2012, art. 20, as transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde deverão ser realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos estados, pelo DF ou pelos municípios são transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres.

São Fundos na área da saúde:

- **Fundo Nacional de Saúde –** recebe recursos da União para cobrir ações e serviços de saúde executados pelo SUS é administrado pelo Ministério da SAúde e é fiscalizado pelo Conselho Nacional de Saúde.
- **Fundo Estadual de Saúde –** recebe recursos do governo estadual e recursos da União. É administrado pela Secretaria Estadual de Saúde e fiscalizado pelo conselho estadual de saúde.
- **Fundo Municipal de Saúde –** recebe recursos dos governos federal, estadual e municipal. É administrado pela Secretaria Municipal de Saúde e fiscalizado pelo conselho municipal de saúde.

As transferências de recursos ocorrem de forma regular e automática entre os fundos. Assim, o Fundo Nacional de Saúde pode transferir recursos para os Fundos estaduais e municipais. Esse processo denomina-se **"transferências fundo a fundo".**

VOCÊ SABIA?

Ao lado dos Planos de Saúde, das Programações Anuais de Saúde e dos Relatórios de Gestão, os fundos de saúde representam um instrumento para gestão dos recursos do SUS destinados a financiar ações e serviços de saúde. A partir do acompanhamento dos fundos, os gestores podem fazer o planejamento de como o dinheiro deve ser gasto (e com que prioridade).

As receitas e as despesas ocorridas no Fundo de Saúde devem ser acompanhadas pelo Conselho de Saúde.

É importante lembrar que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) faz o acompanhamento e o controle do dinheiro repassado aos estados e aos municípios. Para isso, uma das medidas que o FNS promove é o encaminhamento às Assembleias Legislativas, às Câmaras Municipais e aos Conselhos de Saúde de notificação sobre todo o repasse de recursos que foi realizado para determinado estado ou município.

Para saber mais:
*Caso haja alguma dúvida ou diferença nas informações prestadas pelos gestores e pelo FNS, você pode consultar o endereço na internet do FNS (*www.fns.saude.gov.br*).*

Remuneração por Serviços Produzidos

Nessa modalidade de financiamento, é feito o pagamento de forma direta aos prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais realizados em instituições cadastradas no SUS. É preciso lembrar que as instituições onde os serviços são prestados não precisam ser necessariamente públicas; elas podem ser privadas, mas precisam estar cadastradas e credenciadas para realizar procedimentos pelo SUS.

Para que haja o pagamento aos prestadores de serviços, é necessária a apresentação de uma fatura, calculada com base nas tabelas de serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ambas do Ministério da Saúde. Essas tabelas mostram, de forma bem específica, quanto custa cada procedimento. Em geral esse tipo de pagamento por produção ocorre na relação entre gestores estaduais ou municipais e prestadores. A União repassa os recursos aos fundos estaduais ou municipais e esses mantêm o relacionamento com os estabelecimentos de saúde.

É importante saber que esse tipo de pagamento não pode acontecer sem limites. Existe um "teto financeiro", ou seja, um valor máximo para o pagamento das faturas. Esse "teto" é calculado com base em alguns dados de determinada região (população, perfil epidemiológico, estrutura da rede de saúde etc.).

Perfil epidemiológico é a frequência e a distribuição de doenças em uma região específica.

Convênios, Contratos de Repasse e Outros Instrumentos Similares

O convênio é um tipo de acordo realizado entre o Ministério da Saúde e órgãos ou entidades federais, estaduais ou municipais. Pode ser celebrado também com entidades filantrópicas, organizações não governamentais e outros. O convênio tem o objetivo de financiar projetos específicos na área de saúde. Os interesses daqueles que fazem o acordo são os mesmos, a fim de alcançar uma mesma finalidade como, por exemplo, construir ou reformar hospitais, comprar equipamentos e colocar em prática outras ações fundamentais para o sucesso das políticas de saúde no estado ou no município.

Ao contrário das transferências fundo a fundo, que são obrigatórias, a transferência do dinheiro por meio de convênios acontece de forma voluntária.

Transferências obrigatórias são as transferências de recursos determinadas pela Constituição ou por leis, em que não há intervenção da autoridade pública sobre seu repasse a outro ente.

Transferências voluntárias são aquelas em que há alguma decisão da autoridade pública e que podem ser feitas por meio de contratos, convênios ou acordos para alcançar objetivos comuns.

Todo convênio deve apresentar um **Plano de Trabalho** informando quando e como devem ser executadas as ações. O repasse do dinheiro é feito com base no **cronograma físico-financeiro** que faz parte do Plano de Trabalho. O dinheiro repassado por meio de convênio não pode ser utilizado para finalidade diferente daquela que foi prevista no convênio.

Você pode obter mais informações sobre convênios consultando a publicação "Convênios e Outros Repasses", do Tribunal de Contas da União, disponível no site www.tcu.gov.br. *Outras informações sobre convênios podem ser obtidas nas unidades responsáveis pela gestão de convênios localizadas nas unidades descentralizadas do Ministério da Saúde em cada estado e, também, no site do Fundo Nacional de Saúde (*www.fns.gov.br*). No endereço eletrônico do FNS você também pode obter mais informações sobre as outras formas de financiamento da saúde.*

Condições para estados e municípios receberem recursos do FNS

Para receber recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS), os estados, DF e municípios devem cumprir algumas condições, conforme descrito no quadro abaixo:

Condição	Fundamento
Instituir e manter em funcionamento o Fundo Municipal de Saúde, constituído em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde.	Lei Complementar 141, de 2012, arts. 2º, parágrafo único, 14 e 22, parágrafo único, inciso I; Lei 8.142, de 1990, art. 4º, inciso I; Decreto 1.232, 1994, art. 2º.
Instituir e manter em funcionamento o Conselho Municipal de Saúde, com composição paritária	Lei Complementar 141, de 2012, arts. 14 e 22, parágrafo único, inciso I; Lei 8.142, de 1990, art. 4º, inciso II.
Elaborar o Plano de Saúde, e submeter à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.	Lei Complementar 141, de 2012, art. 22, parágrafo único, inciso II, e art. 30; Lei 8.142, de 1990, art. 4º, inciso III; Decreto 1.232, 1994, art. 2º.

De acordo com a Lei 141, a União e os estados poderão restringir a entrega de recursos caso as condições acima não sejam cumpridas. Além disso, a legislação exige ainda:

Elaborar anualmente relatório de gestão e submeter à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.	Lei Complementar 141, de 2012, art. 36, § 1º; Lei 8.142, de 1990, art. 4º, inciso IV; Decreto 1.651, de 1995, art. 6º, inciso I, alínea b; Portaria GM/MS 204, de 29/1/2007, art. 32.
Destinar recursos próprios no orçamento municipal, alocados no respectivo Fundo Municipal de Saúde.	Lei Complementar 141, de 2012, art. 14; Lei 8.142, de 1990, art. 4º, inciso V.

Blocos de financiamento do SUS

Ministério da Saúde definiu, por meio de portarias, que as transferências de recurso federal a serem realizadas a estados e municípios se deem com base em diferentes blocos. São os chamados **"blocos de financiamento"**.

O objetivo dos blocos de financiamento é organizar as transferências realizadas por tipo de política de saúde e dar aos gestores de saúde mais autonomia para aplicar os recursos, considerando o Plano de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde.

Isso significa, por exemplo, que dentro do bloco de recursos da Atenção Básica, o gestor poderá escolher, com mais autonomia, em quais ações o dinheiro deverá ser, prioritariamente, aplicado, considerando as necessidades locais.

É importante que os conselhos de saúde conheçam os blocos de financiamento e acompanhem se a aplicação dos recursos está realmente sendo feita de modo a resolver o que é mais necessário.

Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde são, portanto, organizados e transferidos aos estados, ao DF e aos municípios, na modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento.

A Portaria GM/MS 204, de 29/1/2007, estabelece os seguintes blocos de financiamento:

1) **Atenção Básica;**
2) **Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;**
3) **Vigilância em Saúde;**
4) **Assistência Farmacêutica;**
5) **Gestão do SUS; e**
6) **Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.**

De acordo com essa Portaria, os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados, conforme descrito a seguir:

1) O bloco da **Atenção Básica** é constituído por dois componentes: **Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)** e **Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável).**

O Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do FNS aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Os recursos do Componente Piso da Atenção Básica Variável **(PAB Variável)** são transferidos do FNS aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde. O PAB **Variável** é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

- Saúde da Família;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Saúde Bucal;

- Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e
- outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está definido na Portaria GM/MS 2.488, de 21/10/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

2) O bloco da **Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitala**r é constituído por dois componentes: **Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial** e **Hospitalar (MAC); e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).**

O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar **(MAC)** dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destina-se ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem:

- Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
- Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;
- Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; e
- outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

- procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;
- transplantes e procedimentos vinculados;
- ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e
- novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

3) Vigilância em Saúde

De acordo com a Portaria MS 1.378/2013, o bloco de financiamento Vigilância em Saúde possui 2 componentes: **Componente de Vigilância em Saúde e Componente de Vigilância Sanitária.**

O **Componente de Vigilância em Saúde** refere-se aos recursos federais destinados às ações de:

- vigilância;
- prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e
- promoção.

Esse componente é constituído do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS). Os recursos oriundos desse componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, desde que cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para execução das ações e observada a legislação pertinente em vigor

O **Componente da Vigilância Sanitária** refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de:

- **Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa):** destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e
- **Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa):** destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

4) O bloco de financiamento para a **Assistência Farmacêutica** é constituído por três componentes:

- **Componente Básico da Assistência Farmacêutica;**
- **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e**
- **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

A Assistência Farmacêutica Básica é descentralizada, cabendo ao gestor municipal, com o apoio do gestor estadual, planejar e executar cada uma das etapas (programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos). Os recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde são transferidos diretamente ao Fundo Estadual de Saúde ou ao Fundo Municipal de Saúde e se destinam exclusivamente à aquisição dos medicamentos utilizados no âmbito da Atenção Básica.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose,

a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso. De acordo com a Portaria 1.554/2013, o acesso aos medicamentos desse componente será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

5) O bloco de financiamento de **Gestão do SUS** tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. É constituído de dois componentes:

- **Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e**
- **Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;**

O **Componente para a Qualificação da Gestão do SUS** apoiará as ações de: Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Participação e Controle Social; Informação e Informática em Saúde; Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

O **Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde** inclui os incentivos atualmente designados: implantação de Centros de Atenção Psicossocial; qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS AD; inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

6) O bloco de **Investimentos na Rede de Serviços de Saúde** é composto por recursos financeiros transferidos, mediante repasse regular e automático do FNS para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

Vale a pena conhecer a Portaria GM/MS 3.134, de 17/12/2013, que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do SUS e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde.

Movimentação bancária do dinheiro do SUS

Os recursos financeiros transferidos pelo FNS são depositados e mantidos em conta específica aberta para este fim em instituições financeiras oficiais federais. As contas específicas são abertas pelo Ministério da Saúde, por meio da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde, por processo automático, para todos os blocos de financiamento, vinculadas ao respectivo fundo de saúde, exclusivamente nas seguintes instituições financeiras: Banco do Brasil S/A; Caixa Econômica Federal; Banco da Amazônia S/A; e Banco do Nordeste do Brasil S/A.

Os recursos do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica serão movimentados por meio de contas específicas abertas para cada um de seus componentes.

As contas correntes apresentam a seguinte nomenclatura (Portaria 412/GM/MS, de 15/3/2013, Anexo):

A) A nomenclatura das contas correntes seguirá o formato AAA/BBBBBBBBBBB-FNS CCCCC (25 posições), sendo:

- Campo AAA (3 posições): identificador do CNPJ do Fundo de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município cadastrado para recebimento das transferências financeiras e, consequentemente, titular das contas;

- Campo BBBBBBBBBBB (11 posições): identificador do nome do Estado, Distrito Federal ou Município;

- Campo FNS (3 posições): identificador do órgão transferidor dos recursos financeiros; e

- Campo CCCCC (5 posições): identificador do bloco de financiamento.

B) Para identificação dos blocos de financiamento, serão utilizados os seguintes códigos de identificação:

BLATB: Bloco de Atenção Básica;

BLMAC: Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

BLVGS: Bloco de Vigilância em Saúde;

BLAFB: Bloco de Assistência Farmacêutica - Componente Básico;

BLMEX: Bloco de Assistência Farmacêutica - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional;

BLGES: Bloco de Gestão do SUS; e

BLINV: Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve ser realizada exclusivamente por meio eletrônico, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor (fornecedores e prestadores de serviços).

Só excepcionalmente poderão ser realizados saques para pagamento em dinheiro a pessoas físicas que não possuam conta bancária ou saques para atender a despesas de pequeno vulto, adotando-se, em ambas as hipóteses, mecanismos que permitam a identificação do beneficiário final, devendo as informações sobre tais pagamentos constar em item específico da prestação de contas. Os saques são permitidos apenas para os fins de realização de ações de investigação de surtos, epidemias e outras emergências em saúde pública, devidamente configurada, mediante o emprego de recursos financeiros transferidos do Fundo Nacional de Saúde para esta finalidade específica.

Atenção: o conselho de saúde poderá fiscalizar se a movimentação dos recursos ocorre em contas específicas e com a identificação dos destinatários, porque essa é uma forma de assegurar transparência na aplicação dos recursos do SUS.

Com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde, os repasses dos recursos do **Bloco Atenção Básica** aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim. O Ministério da Saúde envia o aviso de crédito ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo. Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas devem ficar, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento e a fiscalização.

Eventualmente o gestor dos recursos recebidos por transferências fundo a fundo podem manter os valores em aplicações financeiras. Os conselheiros de saúde devem estar atentos para que os recursos não fiquem paralisados muito tempo em aplicações financeiras, já que a prioridade é o atendimento das necessidades de saúde.

Em muitos estados e municípios o dinheiro dos fundos é transferido para contas únicas ligadas às Secretarias de Fazenda. Pela legislação atual, cada área do SUS deve ter uma **conta específica**, que deve ser gerenciada pela Secretaria de Saúde e fiscalizada pelos conselhos de saúde e o dinheiro depositado nessas contas específicas deve ser utilizado **APENAS** para a finalidade para a qual aquela conta foi criada (por exemplo, o dinheiro na conta ECD deve ser utilizado unicamente para ações na área de epidemiologia e controle de doenças, tais como a dengue).

Se o dinheiro, por acaso, for para uma conta única ligada à Secretaria de Fazenda, esse dinheiro pode ser desviado para finalidades diferentes da saúde (exemplo: dinheiro da saúde usado para recapear asfalto) ou, pior, para coisas ilegais (exemplo: para financiar campanhas políticas, para pagar propinas etc.). Além disso, o depósito desse dinheiro em uma conta única torna muito difícil o acompanhamento dos gastos realizados. Infelizmente, algumas vezes, o objetivo é este mesmo: dificultar a fiscalização.

ATENÇÃO

É importante que o conselheiro de saúde conheça como o dinheiro transferido por meio dos fundos é movimentado pelos gestores e quais são os bancos e as contas utilizadas para esta movimentação. Esse tipo de acompanhamento pode contribuir para a diminuição do desvio dos recursos públicos e para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

Além disso, você, conselheiro, pode solicitar aos gestores a relação de contas bancárias utilizadas na movimentação dos recursos do SUS por parte da prefeitura/governo estadual.

Caso você verifique qualquer irregularidade, relate a situação ao Ministério da Saúde, ao Ministério Público ou a outros órgãos, a fim de que a situação possa ser devidamente tratada.

Para saber mais: *sobre a quem recorrer consulte o Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer.*

Despesas que podem ser realizadas com recursos da saúde

Você sabia que nem tudo aquilo que é divulgado como gasto em saúde corresponde verdadeiramente aos gastos com ações e serviços de saúde? Em outras palavras, quando os gestores afirmam que foi gasto o percentual mínimo em saúde, é preciso observar se, nessas despesas, não foram incluídas outras que, mesmo que indiretamente causem impacto sobre a saúde da população, não estejam diretamente relacionadas às ações e aos serviços de saúde.

No art. 3º da Lei Complementar 141/2012, encontram-se detalhadas as despesas com ações e serviços públicos de saúde que devem ser consideradas para apuração da aplicação dos recursos mínimos em saúde. No art. 4º da mesma lei, encontram-se as despesas que não devem ser consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde. O quadro a seguir ilustra ambas as situações:

São despesas com ações e serviços públicos de saúde segundo a LC 141/2012:	Não são despesas com ações e serviços públicos de saúde, segundo a LC 141/2012, as decorrentes de:
Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;	Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;	Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);	Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;	Merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3o;
Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;	Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;	Limpeza urbana e remoção de resíduos;
Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;	Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;	Ações de assistência social;
Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;	Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;
Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;	Ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.
Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;	
Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.	

Capítulo 2

Instrumentos de planejamento em saúde

A primeira e importantíssima fase de um bom projeto é a fase de planejamento. Planejar algo envolve estabelecer como o processo será feito e decidir as ações a serem executadas para alcançar os objetivos propostos. Quando trazemos esse conceito para a esfera do governo, verificamos que a ação política também precisa ser planejada, a fim de que o bem-estar da população seja alcançado, com a melhor utilização possível do dinheiro público.

No setor público, o planejamento envolve a elaboração de **planos** ou **programas**. Os **programas** de governo são conjuntos de **ações** que trazem para as condições reais da população determinada política, de modo a solucionar problemas anteriormente identificados. Os programas possuem **objetivos, metas** e **indicadores** que permitem acompanhar, controlar e avaliar sua execução.

- Os **objetivos** são o que deve acontecer a fim de solucionar determinado problema ou reduzir seu impacto.
- As **metas** são expressões quantitativas de determinado objetivo. Exemplo: uma meta do Programa Nacional de Imunizações poderia ser vacinar 1 milhão de crianças.
- Os **indicadores** são números, percentagens ou razões que medem determinado aspecto do desempenho, com o objetivo de comparar esta medida com as metas preestabelecidas. Exemplo: percentual (%) de crianças vacinadas em relação à meta – total de 1 milhão de crianças.

VOCÊ SABIA?

***Os planos** são instrumentos de planejamento de médio prazo do governo. Eles estabelecem, de forma regionalizada, as **diretrizes**, os objetivos e as metas da Administração Pública para a realização de suas despesas.*

***As diretrizes** são as estratégias para que os objetivos sejam alcançados.*

O plano de saúde é a base para o planejamento de todas as ações de governo na área da saúde. Ele deve refletir as necessidades de saúde nos municípios e nos estados e ser referência para os processos de planejamento e formulação de programações e projetos. O **Plano de Saúde** é o instrumento básico que orienta a definição da **Programação Anual** das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.

De acordo com o Decreto 7.508/2011, o processo de planejamento de saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Essa compatibilização deve ser feita no âmbito dos Planos de Saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

Instrumentos de planejamento da saúde

Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o **Plano de Saúde**, as respectivas **Programações Anuais** e o **Relatório de Gestão**. De acordo com a Portaria GM/MS 2.135/2013, esses instrumentos estão interligados sequencialmente entre si, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

> **Para saber mais:** *Consulte a Portaria GM/MS 2.135, de 25/9/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

Plano de Saúde

O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à 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. Explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

A elaboração do Plano de Saúde deverá ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: i) análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições sociossanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; ii) definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e iii) o processo de monitoramento e avaliação.

O Plano de Saúde deverá ainda considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus.

O Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS) é uma ferramenta eletrônica desenvolvida com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde. O sistema disponibiliza informações para análises estratégicas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS, na esfera municipal, a partir de uma base de dados proveniente dos Sistemas de Informação (IBGE, SINAN, SIM, SINASC, SISPACTO, SIOPS).

O SargSUS é de utilização obrigatória para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do SUS, com os seguintes objetivos: (Portaria GM/MS 575, de 29/3/2012, art. 2º)

i) contribuir para a elaboração do RAG previsto no inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

ii) apoiar os gestores no cumprimento dos prazos legais de envio dos RAG aos respectivos Conselhos de Saúde e disponibilização destas informações para as Comissões Intergestores;

iii) facilitar o acesso a informações referentes aos recursos transferidos fundo a fundo e sua aplicação por meio da Programação Anual de Saúde (PAS);

iv) constituir base de dados de informações estratégicas e necessárias à construção do RAG;

v) disponibilizar informações oriundas das bases de dados nacionais dos sistemas de informações do SUS;

vi) contribuir para o aperfeiçoamento contínuo da gestão do SUS; e

vii) facilitar o acesso público ao RAG.

ATENÇÃO

O Plano de Saúde orienta a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. Ele é a base, portanto, para o planejamento de todas as ações no âmbito da saúde. É importante que todos os municípios possuam seu Plano de Saúde, porque o Plano orienta o gestor acerca de como ele deve coordenar e colocar em prática as ações relacionadas ao SUS na sua localidade.

O município atua como executor do que foi estabelecido no Plano de Saúde, para que as políticas nacionais e estaduais de saúde funcionem de fato. Assim, o Plano orienta os gestores sobre como devem aplicar os recursos municipais na saúde e, também, os recursos repassados pelos estados e pela União. É por esse motivo que a elaboração do Plano deve ser feita de forma participativa, e deve levar em consideração os resultados das conferências de saúde. O conselho de saúde tem a responsabilidade de aprovar o Plano de Saúde.

Mas de que maneira o Plano de Saúde pode orientar os gestores na execução das políticas de saúde?

No Plano de Saúde é feito o diagnóstico da saúde do estado ou do município, isto é, o plano descreve sua situação (análise situacional), apontando, também, quais os objetivos, quais as metas e quais as prioridades a serem alcançados com a atuação do governo estadual ou municipal na saúde. Essa análise faz parte apenas do Plano de Saúde, ou seja, não precisa constar dos demais instrumentos de planejamento (Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão).

Em resumo, na elaboração do Plano de Saúde, devem ser tratados, de maneira bem objetiva, os seguintes pontos:

- **as condições de saúde da população atendidas pelas ações e serviços de saúde;**
- **os fatores ligados a outros setores diferentes da saúde e que causam impacto na saúde da população (intersetorialidade); e**
- **a gestão da saúde.**

O Plano de Saúde é elaborado durante o exercício do primeiro ano da gestão. Ele começa a ser executado a partir do segundo ano da gestão e essa execução dura até o primeiro ano da gestão seguinte. Precisa ser revisado uma vez por ano, para que suas metas possam ser reavaliadas e readequadas às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Ao final dos quatro anos de vigência do plano, este deve ser mais uma vez avaliado, para readequação das estratégias e das prioridades a serem aplicadas por um novo período.

Programação Anual de Saúde

Conforme a Lei Complementar 141/2012, os municípios deverão encaminhar a Programação Anual de Saúde ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do exercício correspondente.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo apresentar de forma anual as metas do Plano de Saúde, além de prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

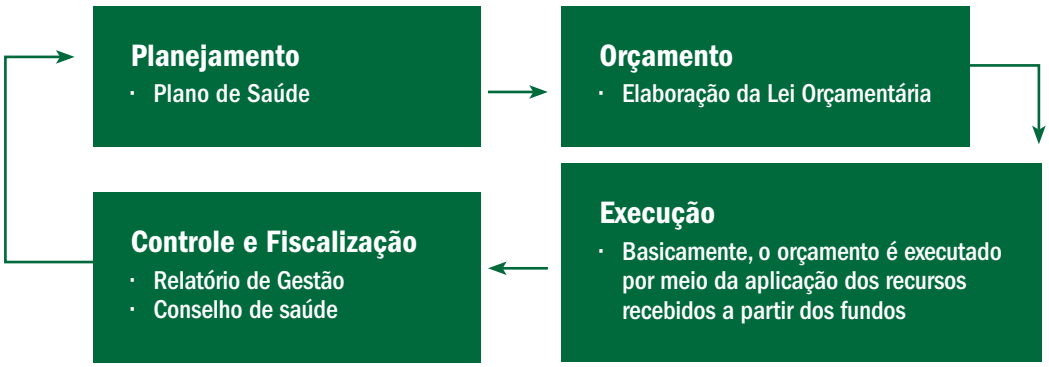
A Programação Anual de Saúde é, assim, um instrumento destinado a servir de referência para a construção do Relatório Anual de Gestão, delimitando o seu objeto. Deste modo, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão representam (RAG) recortes anuais do Plano de Saúde. Sendo a PAS o instrumento de previsão das ações e o RAG o que descreve as ações efetivamente realizadas.

De acordo com a Portaria GM/MS 2.135/2013, a PAS deverá conter: i) a definição das ações que, no ano especifico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; ii) a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e iii) a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. O prazo de vigência coincide com o ano calendário.

Relatório de Gestão

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão, com elaboração anual, que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Contempla os seguintes itens: as **diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;** as **metas da PAS previstas e executadas;** a **análise da execução orçamentária;** e **as recomendações necessárias,** incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação do Conselho de Saúde, que poderá aprová-lo ou não, e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde, à Comissão Intergestores Bipartite e ao Ministério Público.



VOCÊ SABIA?

Existe uma certa flexibilidade dada aos gestores para eventuais alterações nos orçamentos, haja vista que o planejamento é um processo contínuo que, muitas vezes, exige a revisão das metas. No entanto, qualquer alteração no planejamento da saúde deve ser autorizada pelo conselho de saúde. Caso ocorra alguma situação de emergência ou de calamidade, a aprovação do conselho pode acontecer em momento posterior, durante a prestação de contas.

3
Capítulo

Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) e Instâncias de Pactuação

Pela sistemática estabelecida pela Portaria GM/MS 399/2006, se no município não houvesse todos os serviços no Pacto pela Saúde, o gestor deveria fazer um acordo, um pacto, com outros municípios de sua região, a fim de conseguir o acesso a esses serviços, para que a sua população não ficasse sem atendimento.

De acordo com o Pacto pela Saúde:

- Todo município seria responsável pela atenção integral à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade juntamente com o estado e a União.
- Todo estado deveria responder, juntamente com os municípios e a União, pela integralidade (totalidade) da atenção à saúde da população.

No Pacto, ainda, foi reconhecido o dever de os gestores destinarem mais recursos para o controle social. O controle social foi contemplado nesse documento por causa das dificuldades relatadas por muitos conselhos referentes à ausência de estrutura mínima para a realização de seu trabalho e ao desrespeito, por parte de muitos gestores, das deliberações dos conselhos.

A ideia de se estabelecerem compromissos entre os entes da federação ainda permanece como um importante pilar do SUS, para dar efetividade aos princípios da hierarquização, da regionalização e, sobretudo, para garantir a integralidade do cuidado aos usuários. Porém, com o Decreto 7.508/2011, o instrumento de pactuação passou a ser formalizado pelo Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e não mais pelos Termos de Compromisso de Gestão.

ATENÇÃO

Com a publicação da Portaria GM/MS 1.580/2012, ficou afastada a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que tratava a Portaria GM/MS 399/2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde aos estados, Distrito Federal e Municípios.

Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP)

De acordo com o Decreto 7.508/2011, o COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada.

O COAP deve definir:

- responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações de saúde
- indicadores e metas de saúde;
- critérios de avaliação de desempenho;
- recursos financeiros que serão disponibilizados;
- forma de controle e fiscalização da execução dos recursos; e
- demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

O objetivo do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Assim, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

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

A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

ATENÇÃO

O Relatório de Gestão deve conter seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Além disso, os entes que participarem do COAP devem incluir dados sobre o contrato no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

Instâncias de Pactuação ou Comissões Intergestores

As Comissões Intergestores são espaços para planejar, negociar e entrar em acordo sobre como colocar em prática as políticas públicas na área da saúde. De acordo com o Decreto 7.508/2011, as Comissões Intergestores são definidas como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Assim, as comissões devem pactuar entre si a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde.

Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é integrada por representantes da União, dos estados e municípios, e vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.

O Plenário da CIT é composto por 21 membros, sendo: 7 do Ministério da Saúde, quais sejam os titulares das Secretarias; 7 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e 7 do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Comissões Intergestores Bipartites (CIB)

As CIB são estabelecidas no âmbito dos estados, vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais. Essas comissões estaduais são constituídas também de forma paritária por representantes do governo estadual e dos secretários municipais de saúde. Os representantes do governo estadual são indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e os representantes dos secretários municipais de saúde são indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde dos estados (COSEMS), órgão de representação do conjunto dos municípios.

Compete à CIB pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Comissões Intergestores Regionais (CIR)

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são estabelecidas no âmbito regional, vinculada às Secretarias Estaduais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais composta por representantes dos municípios da região de saúde, devendo observar as diretrizes da CIB.

4
Capítulo

Resumo da Carta dos direitos dos usuários do SUS

A Portaria GM/MS 1.820, de 13/8/2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, que constituem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, cujo objetivo é tornar claro aos cidadãos os seus direitos em relação à saúde e, a partir dessa conscientização, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. De acordo com o Resumo da Carta, publicado pelo Ministério da Saúde em 2013:

1. Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, da prevenção, da proteção, do tratamento e da recuperação da sua saúde.
2. Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.
3. Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, acolhedor e acessível a todas as pessoas.
4. Toda pessoa deve ter seus valores, sua cultura, sua crença e seus direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.
5. Toda pessoa é responsável para que seu tratamento e sua recuperação sejam adequados e sem interrupção.
6. Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e as diversas formas de participação da comunidade.
7. Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e das conferências de saúde e de exigir que o gestor federal e os gestores estaduais e municipais cumpram os princípios desta Carta.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em sua versão completa e atualizada, pode ser consultada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

5
Capítulo

Aquisição de medicamentos

Uma das maneiras que os Conselhos de Saúde podem atuar em seu município ou estado é conhecendo e acompanhando o modo como acontecem as compras de medicamentos, para garantir que essa aquisição ocorra da forma mais vantajosa possível para a comunidade.

A aquisição de medicamentos faz parte da Assistência Farmacêutica, que é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da melhoria do acesso aos medicamentos e seu uso racional. Espera-se garantir que não faltem medicamentos e que estes possuam qualidade comprovada e sejam confiáveis.

Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. O monitoramento e a avaliação são fundamentais para aprimorar a gestão e solucionar os problemas surgidos durante o processo de aquisição.

ATENÇÃO

A compra de medicamentos é algo que envolve muito mais do que aspectos legais, administrativos ou burocráticos. Envolve, também: a relação entre o tipo de medicamento e a necessidade local. Por esse motivo, além de conhecer bem os requisitos legais relacionados ao processo de aquisição, é necessário que as pessoas responsáveis pela aquisição de medicamentos também conheçam e levem em consideração as características diferenciadas dos produtos farmacêuticos.

A Assistência Farmacêutica Básica é descentralizada, cabendo ao gestor municipal, com o apoio do gestor estadual, planejar e executar cada uma das etapas (programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos). Os recursos, oriundos do Fundo Nacional de Saúde, são transferidos diretamente ao Fundo Estadual de Saúde ou ao Fundo Municipal de Saúde e se destinam exclusivamente à aquisição dos medicamentos utilizados no âmbito da Atenção Básica.

Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde considerando as características e necessidades da região. Os medicamentos do componente especializado (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como medicamentos para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher e Parkinson – e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas pelo Ministério da Saúde é feito mediante comprovação de entrega ao paciente.

Toda solicitação de compras de medicamentos deve ser justificada e assinada pelo gestor responsável. Nessa justificativa deve constar, de forma bastante clara, os motivos da compra.

Os medicamentos adquiridos no âmbito da Assistência Farmacêutica não podem ser comercializados. Por isso, as embalagens dos medicamentos devem conter a seguinte impressão: "Proibida a Venda ao Comércio". Essa impressão permite ao conselho de saúde verificar a ocorrência de comercialização ilegal de medicamentos. Verificada a comercialização ilegal de medicamentos, o conselho tem o dever de denunciar ao Ministério Público ou a outros órgãos e entidades, caso necessário.

Para Saber Mais: *Consulte a Portaria GM/MS 1.555/2013, que aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na Atenção Básica em Saúde, e a Portaria GM/MS 1.554/2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

O Decreto 7.508/2011 estabelece que a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A RENAME deve ser acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos constantes da relação.

A RENAME, o FTN e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas devem ser atualizados pelo Ministério da Saúde a cada 2 anos. A RENAME e a relação específica complementar es-

tadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Os estados, o DF e os municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica é possível quando o usuário atende às seguintes condições:

- estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

Sistema Hórus

Para qualificar e ampliar o acesso da população aos medicamentos, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS), criou, em 2009, o HÓRUS: Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.

Esse sistema, de acesso** on-line**, tem como objetivo contribuir para a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) e promover a melhoria nos serviços prestados aos cidadãos brasileiros. Assim, o HÓRUS possibilita o registro dos medicamentos utilizados por cada paciente, facilitando medidas de controle por parte dos gestores (gerenciamento eletrônico de estoque, datas de validade, rastreio e controle farmacoepidemiológico dos medicamentos dispensados).

***Em síntese,* a utilização do HÓRUS permite:**

- Aperfeiçoar os mecanismos de controle de estoque e aplicação dos recursos financeiros.
- Conhecer o perfil de acesso aos medicamentos pelos usuários.
- Contribuir para a formação da Base Nacional de dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (Portaria GM/MS 271/2013).

Vantagens para os diferentes usuários do HÓRUS, segundo o Ministério da Saúde	
Gestores	Controle mais eficiente do estoque, evitando perdas, e dos recursos financeiros investidos nos processos de aquisição e distribuição dos medicamentos. Geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de assistência farmacêutica para auxiliar no planejamento, avaliação e monitoramento das ações nessa área.
Profissionais de saúde	Conhecer o perfil de utilização de medicamentos pela população local. Conhecer os agravos mais prevalentes na comunidade. Rastrear os medicamentos distribuídos e dispensados.
Cidadãos	Agendar a retirada dos próximos medicamentos. Obter informações, em linguagem adequada, acerca dos medicamentos recebidos.

As informações acima foram obtidas no sítio eletrônico da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE) na *internet*: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/horus

Passo-a-passo da Aquisição de Medicamentos:

- **Seleção –** Nessa etapa, deve-se definir, com base em critérios de essencialidade, qualidade e eficácia comprovada, uma relação de medicamentos essenciais, escolhidos de acordo com o perfil epidemiológico da população local (enfermidades prevalentes). A Portaria GM/MS 4.217/2010 apresenta, em seu Anexo I, a lista dos fármacos com aquisição pelos municípios, Distrito Federal e/ou estados, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite. Considerando as constantes atualizações relativas a esse assunto, convém verificar periodicamente as portarias do Ministério da Saúde que tratam das normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
- **Programação –** O objetivo dessa fase é definir os quantitativos do medicamento selecionado que devem ser adquiridos, de acordo com os recursos disponíveis, de modo a evitar a descontinuidade do abastecimento. Para isso, é necessário avaliar a situação local de saúde; o nível de acesso dos usuários aos medicamentos; o perfil de doenças da população; as metas de cobertura e oferta de serviços e a disponibilidade orçamentária e financeira. O gestor municipal deve implantar um bom sistema de controle de estoques, prevendo os recursos financeiros e orçamentários a serem empregados. Deve-ser dispor dos medicamentos selecionados, nas quantidades necessárias e no tempo oportuno, o que exige a organização de uma logística eficiente.
- **Aquisição –** Deve cumprir a Lei Federal 8.666/1993 (Lei de Licitações). O gestor deve implantar mecanismos que garantam a avaliação dos fornecedores; o controle dos estoques integrado com o controle orçamentário e financeiro; a utilização das modalidades adequadas de licitação; editais fiéis às exigências técnicas e administrativas.

VOCÊ SABIA?

Os preços dos medicamentos tendem a reduzir conforme o volume da compra efetuada. Dessa forma, a opção por realizar contratos de compra com volume maior, com prazo determinado e entregas parceladas costumam apresentar vantagens como regularidade no abastecimento, redução dos estoques e nos custos de armazenamento, garantia de medicamentos com prazos de validade favoráveis e execução financeira planejada e gradual. Outra opção para diminuir os custos é estabelecer consórcios intermunicipais para a compra de medicamentos ou negociação para inclusão do município nas atas de registro de preços do estado.

No processo de aquisição, devem estar previstas, também, as penalidades a serem aplicadas aos fornecedores em caso de descumprimento de lei ou regulamento.

Para consultar os preços máximos de todos os medicamentos que existem no Brasil, você pode consultar as listas divulgadas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (CMED/Anvisa). A CMED disponibiliza as listas com os preços-fábrica dos medicamentos e com os preços máximos a serem repassados ao consumidor. Todos os laboratórios são obrigados a informar à CMED os preços praticados por cada um deles. Ao adquirir medicamentos, o setor público nunca poderá pagar valor superior ao preço-fábrica.

A CMED estabeleceu, além do preço-fábrica, o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), que é uma espécie de desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sobre o preço-fábrica de uma lista de medicamentos excepcionais ou de alto custo, toda vez que forem realizadas vendas para o setor público. O desconto CAP deve ser sempre aplicado sobre o teto estabelecido pela CMED, ou seja, sobre o preço-fábrica.

A Secretaria-Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) publica a relação de produtos cujos preços serão submetidos ao CAP. Atualmente fazem parte da lista de produtos sujeitos ao desconto os medicamentos constantes do "Programa de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica" (de alto custo ou para uso continuado). Além desses, o CAP também se aplica nas compras públicas de qualquer medicamento adquirido por força de decisão judicial.

Dessa forma, os dados divulgados pela CMED podem ser extremamente importantes para os gestores durante o processo de aquisição de medicamentos.

É importante estar atento também às isenções de ICMS concedidas a vendas para órgãos públicos para diversos medicamentos. Consultando o Convênio Confaz 87/02 pode-se ter acesso à lista completa dos medicamentos sobre os quais não pode ser cobrado o imposto. O conselheiro deve observar, na Nota Fiscal de Venda ao governo, se consta parcela de ICMS quando esses medicamentos forem adquiridos, porque não deverá haver.

Para saber mais:
Caso haja interesse em consultar as listas de preço divulgadas pela CMED, você pode consultar o seguinte endereço eletrônico:
http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/regulacaodemercado

Você também pode consultar o Banco de Preços do SUS. O Banco de Preços em Saúde (BPS) é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza, por meio da internet, os preços de medicamentos e produtos para a saúde que são adquiridos pelas instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Assim, o BPS pode ser um importante instrumento para auxiliar as instituições de saúde nos processos de compras de medicamentos, auxiliando a identificar preços praticados, de modo a evitar compras em valores superiores aos de mercado.

Para saber mais: *Em caso de dúvidas sobre o Banco de Preços da Saúde (BPS), pode-se entrar em contato com o Ministério da Saúde por e-mail (bps@saude.gov.br).*

O Registro de Preços é um tipo de licitação que tem se demonstrado bastante vantajosa para a aquisição de medicamentos. Permite melhor racionalização na utilização do orçamento, na medida em que ele deve ser disponibilizado no momento da contratação, e não no início da licitação. Outra grande vantagem é permitir que não se mantenham grandes estoques, uma vez que a licitação já foi realizada e as contratações podem ser até mensais, de acordo com a necessidade.

Registro de Preços: É um tipo especial de licitação, realizada obrigatoriamente nas modalidades de Concorrência ou Pregão (para bens e serviços comuns). Ao final de uma concorrência ou de um pregão, é feita uma Ata de Registro de Preços. Na Ata de Registro de Preços são averbados os bens, os preços, os fornecedores e as condições das futuras contratações.

- **A Ata de Registro de Preços fica à disposição da Administração Pública, pelo período de até 12 meses para, quando, e se necessário, realizar-se a contratação. Portanto, os quantitativos exigidos são estimados para aquisição pelo período de vigência da Ata de Registro de Preços.**
- **Periodicamente deve ser realizada pesquisa de mercado para verificar se o preço registrado ainda está compatível com aquele praticado no mercado. Caso o preço do item registrado esteja maior que o praticado no mercado, o fornecedor deve ser comunicado e o preço deve ser reduzido, sob pena de o registro ser cancelado.**

- **Armazenamento e distribuição** – O armazenamento de medicamentos deve ser feito em áreas físicas apropriadas, respeitando-se as exigências especificadas pelo fabricante. As áreas de armazenagem de medicamentos precisam, assim, ser definidas e adaptadas de acordo com um projeto técnico adequado. Minimizar os estoques de medicamentos e maximizar seu giro (não manter medicamentos em estoque por muito tempo, com perda dos prazos de validade) tem-se mostrado uma prática que torna mais eficientes o armazena-

mento e a distribuição de remédios, razão por que é importante a existência de algum tipo de controle de estoque periódico.

- **Dispensação –** A dispensação é um momento de esclarecimento e sensibilização do usuário para a importância do cumprimento integral do tratamento proposto, complementando as orientações de quem prescreveu o medicamento. Os medicamentos devem ser entregues ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e com as informações para o uso correto, tais como: doses, horários, quantidades, duração do efeito, como preparar e administrar, reações, interações, precauções, automonitoramento.

ATENÇÃO

Para o sucesso de todo o processo de aquisição de medicamentos, portanto, é necessário que exista algum tipo de acompanhamento ou de sistema que permita o controle sobre os fornecedores, os preços praticados no mercado, sobre o tipo de medicamento a ser adquirido e sobre os estoques. Ao estabelecer esse tipo de controle, os gestores passam a ter acesso a dados e informações que os auxiliam na tomada de decisões relacionadas à aquisição de medicamentos. O conselho de saúde pode cobrar que tal controle passe a ser feito e, também, solicitar o acesso às informações que julgar necessárias.

Além disso, os dados que constarem dos sistemas de controle podem servir como base para a avaliação de todo o processo de aquisição, que pode ser feita por meio de indicadores.

Exemplos de indicadores:

- *Percentual do orçamento gasto com medicamentos na unidade de saúde "x" (em comparação com o orçamento total para aquisição de medicamentos do município);*
- *Tempo médio de compra dos medicamentos no ano em relação à média de tempo nos anos anteriores;*
- *Percentual de unidades de saúde que empregam cadastro de fornecedores (em comparação com o total de unidades de saúde existentes).*

Fatores que interferem no processo de gestão, no aumento dos gastos com aquisição de medicamentos e na qualidade dos produtos e serviços:

1 - Falta de organização e estruturação dos serviços farmacêuticos.

Uma gestão eficiente necessita de pessoal qualificado e estrutura mínima adequada. Uma gestão eficiente pode contribuir decisivamente para a melhoria do acesso, para a resolução dos problemas rotineiros e para a racionalização dos procedimentos de compra/dispensação, gerando impacto positivo na cobertura assistencial. Aumentar os recursos para compra de medicamentos sem organizar e estruturar os serviços de Assistência Farmacêutica é aumentar os riscos de desperdício.

É importante lembrar que as pessoas responsáveis pelo processo de aquisição de medicamentos precisam ter conhecimento não só da área administrativa, mas também da área farmacêutica.

2 - Compras frequentes, em pequenas quantidades, segmentadas, em regime de urgência, por meio de vale e outras

Compras frequentes, em pequenas quantidades, segmentadas, em regime de urgência, utilizando "vale" e outras modalidades de compras são problemas comuns no serviço público, em sua maior parte em consequência de falta de planejamento e de programação das compras. Essa situação gera irregularidade no abastecimento e riscos de desperdícios de recursos, pois compras menores e em regime de urgência tendem a apresentar preços maiores.

Com a organização do processo de compras aperfeiçoam-se os recursos, racionaliza-se o quantitativo de compras e presta-se melhor atendimento a número maior de pessoas.

3 - Falta constante de medicamentos

A interrupção no tratamento por falta de medicamento, seja por cortes dos pedidos de compras, seja por falta de orientação adequada ao paciente, representa prejuízos efetivos, diminui a qualidade de vida do paciente como também a credibilidade do serviço prestado. É preciso estar atento a este problema, pois a falta de medicamentos de uso contínuo pode comprometer a saúde do paciente e agravar doenças.

Um serviço organizado deve cadastrar os pacientes por meio de fichas ou planilhas,registrar e monitorar os pacientes de risco e assegurar seu tratamento.

4 - Falta de eficiente sistema de controle e de informação

Sem informação não há gerenciamento. Sem registros, em especial das demandas atendidas e não-atendidas, dificilmente se conseguirá programação de medicamentos ajustada. Um sistema de informação eficiente permite evitar a falta e/ou desperdício de medicamentos, garantir a regularidade no abastecimento e suprir as necessidades dos serviços de saúde.

Existem várias alternativas para registrar e coletar dados de demanda. Mesmo sem um programa informatizado, podem se empregar alguns recursos para coleta e armazenagem de dados. Ficha cadastral, planilha, cópia da 2ª via da prescrição ou cadastro do paciente são recursos que possibilitam registrar as quantidades de medicamentos entregues, a data da entrega e outras informações.

5 - Falta de planejamento e avaliação

Em geral, o planejamento concentra-se nos aspectos financeiros e de distribuição – medicamentos recebidos e dispensados (distribuídos). Entretanto, o planejamento da Assistência Farmacêutica deve ir além e avaliar o impacto dos gastos em relação à cobertura assistencial com medicamentos *versus* atendimento de pacientes em números absolutos e *per capita*; per-

centual de cobertura de medicamentos por grupos terapêuticos, por programas estratégicos, por especialidade ou clínica médica, e/ou enfermidades, entre muitos indicadores representativos para avaliar resultados.

Em suma, é importante que o conselho de saúde, entre outras ações, possa:

- **visitar a central de medicamentos, e observar, por exemplo:**
  - » **o estoque de vacinas ou recibo de compra de vacinas o número de crianças a ser vacinadas;**
  - » **quais medicamentos estão em falta, há quanto tempo, o motivo para estarem em falta e previsão de solução do problema;**

- **acompanhar a entrada, no almoxarifado da Secretaria de Saúde, dos medicamentos adquiridos e também a saída dos materiais e o consumo nas unidades de saúde;**
- **solicitar o controle de estoque e realizar a contagem das mercadorias estocadas, para certificar se as informações refletem o estoque físico;**
- **verificar as condições de armazenamento e conferir as datas de validade dos produtos;**
- **confrontar o estoque com a média de consumo para verificar se a quantidade de produtos estocados é suficiente ou exagerada, evitando sua falta ou compras desnecessárias.**

Para saber mais:

Se você, conselheiro, quiser conhecer mais sobre licitações, pode consultar a Lei de Licitações (Lei 8.666/1993), a Lei do Pregão (Lei 10.520/2002) e a Lei Geral da Micro e Pequena Empresa (Lei 123/06). Essas e outras leis estão disponíveis na página da Presidência da República, na internet: http://www.presidencia.gov.br/legislacao*. O Tribunal de Contas também disponibiliza, em seu endereço eletrônico (*www.tcu.gov.br*), a publicação "Licitações e Contratos: Orientações Básicas". Nessa publicação, pontos importantes e decisões do TCU a respeito do assunto são tratados de forma mais aprofundada.*

Além disso, é possível encontrar informações úteis relacionadas a medicamentos nos seguintes endereços eletrônicos:

- www.anvisa.gov.br (onde é possível consultar as decisões da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos e encontrar outras informações importantes sobre medicamentos)
- www.portalsaude.gov.br (onde é possível encontrar, dentre outras, informações sobre o Banco de Preços em Saúde)
- Organização Pan-americana de Saúde (Opas): http://www.opas.org.br/medicamentos

Para a elaboração deste capítulo, as principais fontes utilizadas foram publicações do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde. Nesse sentido, as informações apresentadas reproduzem, em parte, o conteúdo dessas publicações.

ANEXOS

Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer

Existem alguns órgãos e entidades aos quais o conselho de saúde pode recorrer a fim de obter ajuda, esclarecimentos e orientação. No entanto, é importante lembrar que, sempre antes de acionar quaisquer desses órgãos ou entidades, o conselho deve procurar a solução dos problemas junto à Secretaria de Saúde, aos prefeitos ou governadores, ao Poder Legislativo (Assembleias Legislativas ou Câmaras de Vereadores), e, ainda, conforme o caso, ao próprio Ministério da Saúde. Agindo assim, os problemas, muitas vezes, podem ser resolvidos com muito mais rapidez.

Órgãos de Controle

Tribunal de Contas da União

O Tribunal de Contas da União (TCU) é o órgão de controle externo que fiscaliza o gasto dos recursos públicos federais, ou seja, recursos provenientes da União. Recursos públicos são os bens e direitos que compõem o patrimônio público.

Assim, na hipótese de haver alguma irregularidade envolvendo recursos federais, repassados pela União ao município, o conselho deve denunciar ao TCU e solicitar que se investiguem os fatos.

Para saber mais: *Leia o Capítulo 1 desta Publicação.*

Controladoria Geral da União (CGU)

A Controladoria Geral da União (CGU) é um órgão federal de controle interno. Diz-se que a CGU é órgão de controle interno porque ela faz parte do Poder Executivo e, ao mesmo tempo, o fiscaliza.

A CGU examina a aplicação dos recursos federais repassados pela União aos municípios. Assim, a Controladoria recebe denúncias envolvendo irregularidades no uso de recursos federais repassados aos municípios. O sítio eletrônico da CGU (www.cgu.gov.br) dá instruções sobre como apresentar uma denúncia. Informa que as denúncias à CGU podem ser apresentadas mediante o preenchimento do formulário disponível no *site* ou por correspondência, enviada para o endereço indicado também no sítio.

A CGU promove cursos de educação presencial e de educação a distância e distribui material didático para auxiliar organizações e cidadãos a exercer o controle social.

Para solicitar cursos ou material didático, o conselho deve entrar em contato com a regional estadual da CGU, presente em todas as capitais de estado.

Tribunal de Contas Estadual e dos Municípios

O Tribunal de Contas Estadual é o órgão de controle externo da gestão dos recursos públicos estaduais e municipais.

Alguns estados (CE, PA, GO, BA) possuem, além do Tribunal de Contas Estadual, que controla os recursos estaduais, um Tribunal de Contas dos Municípios, que tem a função de fiscalizar o gasto do dinheiro dos municípios que compõem o estado.

As cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo possuem, cada uma, um Tribunal de Contas Municipal, que fiscaliza os recursos públicos desses dois municípios.

Assim, quaisquer irregularidades que envolvam recursos públicos estaduais ou municipais devem ser levadas ao conhecimento do Tribunal de Contas do Estado ou do Município correspondente.

Os Tribunais de Contas Estaduais e Municipais são acionados por meio de denúncia.

Ministério Público

O Ministério Público da União (MPU) e os ministérios públicos estaduais formam o Ministério Público brasileiro (MP)

Na área dos direitos sociais, há na estruturado MP a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), que atua apoiando as Procuradorias Regionais dos Direitos dos Cidadãos (PRDC) na defesa dos direitos. Na área da saúde, a atuação da PFDC se dá por meio de: instauração de procedimento administrativo, expedição de notificação a autoridades, requisição de informações e documentos, expedição de recomendações, celebração de Termos de Ajustamento de Conduta (TACs), realização de audiências públicas e participação em grupos interinstitucionais, além do diálogo e interlocução direta com parlamentares, representantes da sociedade civil e demais setores interessados. Mais informações estão disponíveis em http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude.

Nos estados, o ministério público estadual (MPE) têm entre suas principais atribuições ajuizar ação penal pública e exigir dos gestores públicos e dos serviços o cumprimento dos direitos citados pela Constituição Federal. Pode ser acionado em caso de descumprimento, por parte dos gestores locais da saúde, da legislação relacionada ao SUS, ao financiamento da saúde ou aos conselhos de saúde.

A representação dos MP mais próxima dos municípios são as promotorias. Em muitos municípios, o Ministério Público tem sido o principal parceiro do conselho de saúde para fazer valer suas atribuições previstas na lei e também para garantir que os gestores locais cumpram a legislação relacionada à saúde municipal. No endereço http://www.cnmp.mp.br/

portal/comites/94-institucional/ministerio-publico/134-confira-onde-encontrar-o-ministerio-publico-nos-estados é possível encontrar os endereços e sites de todos os MPE.

Órgãos, entidades e outros a quem recorrer para orientações e apoio

Ministério da Saúde

Dentro da estrutura do Ministério da Saúde há a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). A SGEP tem como atribuições formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer a participação social.

A SGEP é a área no Ministério da Saúde responsável por apoiar o processo de controle social do SUS e por contribuir para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa tem algumas iniciativas para a capacitação de conselheiros de saúde como programas de educação continuada e publicações sobre o SUS para conselheiros de saúde.

Uma parceria da SGEP com o Conselho Nacional de Saúde é o programa de inclusão digital dos conselhos de saúde. O programa tem como objetivo contribuir para que os conselheiros tenham acesso a informações e adquiram habilidades para comunicação digital indispensáveis ao exercício do controle social. O programa prevê três componentes: aquisição de equipamentos, conectividade e formação de conselheiros.

Em relação aos equipamentos, a SGEP tem como meta distribuir computadores, TVs, DVDs e antenas parabólicas a todos os conselhos de saúde. Além disso, a SGEP está desenvolvendo parcerias para garantir que todos os conselhos tenham acesso à internet.

Está ainda articulando com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a realização de cursos básicos de informática aos conselheiros estaduais e municipais de saúde, por meio dos DATASUS Regionais, em parceria com os conselhos estaduais de saúde.

Além disso, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) promove, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a realização das conferências de saúde e das plenárias dos conselhos de saúde.

A Conferência de Saúde ocorre anualmente e tem como objetivo promover o intercâmbio entre os conselhos municipais, estaduais e o conselho nacional, bem como contribuir para o fortalecimento do SUS e do controle social.

Mais informações no sítio eletrônico do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) ou nos endereços e telefones a seguir:

Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios Bloco G
Brasília-DF / CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-2425

Disque Saúde do Ministério da Saúde: 136
www.saude.gov.br/ouvidoria

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)
Esplanada dos Ministérios - Ministério da Saúde
Bloco G Edifício Sede - 2º andar
70058-900, Brasília-DF
Tel.: (61) 3315-2512
Internet: www.saude.gov.br/sgep

Câmara Municipal/Assembleia Legislativa

As Câmaras Municipais e as Assembleias Legislativas fiscalizam, respectivamente, prefeituras e os governos estaduais.

Qualquer cidadão pode fazer uma denúncia à Câmara Municipal. Dependendo da relevância das provas apresentadas, pode-se solicitar a abertura de Comissão Especial de Investigação (CEI) para investigar fatos que envolvam, por exemplo, desvio de recursos públicos.

Após a apuração da denúncia, a Câmara ou Assembleia pode até afastar gestores (prefeitos, governadores, secretários etc.) envolvidos em corrupção. Por meio de mobilização competente perante os vereadores, nas Câmaras Municipais, ou deputados estaduais, nas Assembleias Legislativas, os conselhos de saúde poderão fortalecer sua composição e cumprir de forma mais efetiva suas atribuições.

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) possui atuação em âmbito nacional e larga experiência na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

Um dos objetivos do CNS é fortalecer a participação e o controle social no SUS. Por essa razão, o CNS pode ser uma importante fonte de consulta e intercâmbio de informações e experiências para os conselhos de saúde estaduais e municipais.

O CNS disponibiliza, em seu sítio eletrônico, informativos, jornais e livros. Além disso, organiza, junto com o Ministério da Saúde, as plenárias dos conselhos de saúde e o Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde.

O sítio eletrônico do CNS é http://conselho.saude.gov.br. Além da visita ao sítio eletrônico, pode-se contatar o CNS por correio eletrônico (cns@saude.gov.br) ou por telefone: (61) 3315-2150 ou (61) 3315-2151.

No site do CNS é possível, também, encontrar formulários eletrônicos de denúncias que podem ser encaminhadas a esse Conselho, por e-mail ou pelos correios. O endereço para envio dos formulários de denúncia pelos correios é:

Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo, Ala B – 1º Andar, Sala 103B
Cep: 70058-900 – Brasília, DF

Conselhos Estaduais de Saúde

Os conselhos estaduais de saúde de muitos estados têm exercido importante papel na capacitação dos conselheiros municipais e no apoio à estruturação e funcionamento dos conselhos municipais de saúde.

Os conselhos estaduais dos estados do Ceará, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, São Paulo e Goiás, por exemplo, organizam cursos de capacitação, fornecem material de apoio e atendem às necessidades de orientação dos conselhos municipais de saúde.

Desenvolver uma parceria com o conselho estadual de saúde pode ser, portanto, muito vantajoso para o amadurecimento dos conselhos municipais.

Outras Entidades

Podem ser mencionadas entidades como o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), bastante atuantes no sentido de promover o aprimoramento do controle social por meio de ações de capacitação. Essas entidades publicam vários materiais sobre o SUS, sobre a gestão e financiamento da saúde e outros temas de interesse dos conselhos de saúde.

ONGs e outras associações da comunidade podem auxiliar o conselho a exercer suas atividades. Essas organizações associativas podem contribuir com sua experiência na área em que atuam. Podem ser, portanto, uma fonte de consulta e capacitação para os conselheiros.

O Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) tem o objetivo de formar lideranças sociais para o monitoramento e controle do orçamento público. Mais informações sobre o assunto podem ser encontradas no sítio eletrônico www.inesc.org.br.

Como essa, há várias outras ONGs e associações no Brasil que exercem de fato o controle social e que podem ser parceiras dos conselhos de saúde no controle da saúde estadual e municipal.

Universidades

As parcerias com universidades podem ser muito interessantes para os conselhos de saúde. As universidades são fontes de importantes conhecimentos, muitos deles relacionados à área de atuação do conselho.

Assim, os conselhos de saúde podem, por exemplo, formar parcerias com as universidades para a organização de cursos de capacitação de conselheiros.

Os conselheiros podem, ainda, buscar auxílio em uma faculdade de contabilidade para analisar o Relatório de Gestão.

Conselhos Regionais de Contabilidade

Em todos os estados há um Conselho Regional de Contabilidade. Esses conselhos congregam todos os profissionais de contabilidade do seu respectivo estado.

Os conselhos de contabilidade podem ser parceiros do conselho de saúde e prestar auxílio aos conselheiros para a análise do Relatório de Gestão.

Além disso, o conselho de saúde pode procurar profissionais de contabilidade de seu município, explicar o importante trabalho que realiza no controle da saúde municipal e solicitar auxílio. Muitas pessoas têm vontade de realizar algum trabalho voluntário em prol da comunidade, mas não sabem como fazer. Ajudar os conselheiros a analisar um Relatório de Gestão pode ser uma excelente oportunidade de trabalhar como voluntário e adquirir uma significativa experiência de trabalho.

Anexo 2 – Competências do Conselho de Saúde

São competências do Conselho de Saúde, segundo os normativos que regem a matéria:

- Acompanhar e fiscalizar o Fundo de Saúde (ADCT, art. 77, § 3º, incluído pela EC 29, de 2000; Decreto 1.232, de 1994, art. 3º).
- Aprovar os critérios de transferência de recursos financeiros do estado para o município, destinados a financiar ações e serviços públicos de saúde (Lei Complementar 141, de 2012, art. 20).
- Deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades quanto aos planos de aplicação dos recursos do fundo de saúde (Lei Complementar 141, de 2012, art. 30, § 4º).
- Avaliar a gestão do SUS no âmbito do respectivo município (Lei Complementar 141, de 2012, art. 31, inciso III).
- Analisar o Relatório de Gestão apresentado pelo gestor municipal do SUS e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas definidas na Lei Complementar 141, de 2012 (Lei Complementar 141, de 2012, art. 36, § 1º, art. 42; Portaria GM/MS 204, de 29/1/2007, art. 32).
- Aprovar a programação anual do Plano de Saúde, antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente (Lei Complementar 141, de 2012, art. 36, § 2º; Portaria GM/MS 2.135, de 25/9/2013, art. 5º, inciso I).
- Auxiliar a Câmara Municipal no processo de fiscalização do cumprimento, pelo município, das normas estabelecidas na Lei Complementar 141, de 2012, com ênfase no que diz respeito: i) à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; ii) ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; iii) à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde; iv) às transferências dos recursos ao Fundo de Saúde; v) à aplicação dos recursos vinculados ao SUS; vi) à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde (Lei Complementar 141, de 2012, art. 38).
- Avaliar, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da Lei Complementar 141, de 2012, nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde da população (Lei Complementar 141, de 2012, art. 41)
- Verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto na Lei Complementar 141, de 2012, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde (Lei Complementar 141, de 2012, art. 42).
- Apreciar os indicadores formulados pelo município para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde (Lei Complementar 141, de 2012, art. 43, § 1º; Portaria 53/GM/MS, de 16/1/2013, art. 27, inciso III).
- Aprovar as despesas com ações e serviços públicos de saúde referentes a saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar 141, de 2012 (Lei Complementar 141, de 2012, art. 3º, inciso VI).
- Adotar medidas para que o município promova a imediata devolução dos recursos irregularmente aplicados ao respectivo Fundo de Saúde, com recursos do próprio Tesouro, quando o Conselho receber do Ministério da Saúde comunicação de irregularidades referentes a

descumprimento, pelo município, de disposições da Lei Complementar 141, de 2012, ou aplicação de recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado, uma vez que o município poderá ficar sujeito à suspensão das transferências de recursos constitucionais caso não comprove a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores (Lei Complementar 141, de 2012, art. 27, inciso I; Decreto 7.827, de 2012, art. 23, inciso V, e §§ 2º e 3º c/c art. 16).

- Aprovar o plano municipal de saúde (Lei 8.080, de 1990, art. 14-A, Parágrafo único, inciso I; Decreto 7.508, de 2011, art. 15, Decreto 1.232, de 1994, art. 2º; Portaria GM/MS 2.135, de 25/9/2013, art. 3º, § 7 º).
- Pactuar quanto à responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos no âmbito do município, na hipótese de falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica (Lei 8.080, de 1990, art. 19-P, inciso III).
- Fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), depositados em conta especial no âmbito do município (Lei 8.080, de 1990, art. 33).
- Monitorar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados (Decreto 7.508, de 28/6/2011, art. 41, parágrafo único).
- Recomendar, motivadamente, e mediante aprovação da maioria de seus membros, à discrição dos órgãos integrantes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais (Decreto 1.651, de 1995, art. 12).

Outras atribuições do Conselho de Saúde:

- Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XV).
- Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XIV).
- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XVII).
- Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XVIII).
- Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item II).
- Discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item III).
- Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item IV).

- Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item VII).
- Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item IX).
- Avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XI).
- Acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XII).
- Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XIII).
- Estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XIX).
- Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XX).
- Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXI).
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXII).
- Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXIII).
- Deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXIV).
- Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXV).
- Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXVI).
- Deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXVII).

- Acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde e (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXVIII).
- Atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) (Resolução-CNS 453, de 10/5/2012, Quinta Diretriz, item XXIX).
- Aprovar a normalização complementar, elaborada pelo município, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima (NOB SUS 01/1996, item 5.2.3, letra b; Portaria GM/MS nº 1606, de 2001, art. 1º).
- Aprovar a substituição de Equipe de Saúde da Família pela nova modalidade de Equipe de Saúde da Família Ribeirinha, quando o teto de cobertura de Equipes de Saúde da Família já tenha sido atingido (para o caso de atendimento de população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense) (Portaria GM/MS 2.488, de 2011, anexo I).
- Elaborar projetos de implantação das equipes de saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, equipe de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e do NASF (o projeto deve ser aprovado pelo município, que encaminhará à Secretaria Estadual de Saúde) (Portaria GM/MS 2.488, de 2011, anexo I).
- Aprovar as propostas de implantação das equipes de atenção básica elaboradas pelos municípios (Portaria GM/MS 2.488, de 2011, anexo I).
- Apreciar e aprovar a necessidade de complementação de serviços públicos de saúde, com serviços privados de assistência à saúde no âmbito SUS (Portaria GM/MS 1.034, de 2010, art. 2º, § 3º)
- Apreciar as metas definidas pelo gestor em conjunto com o prestador de serviço, de acordo com as necessidades e peculiaridades da rede de serviços, contido no Plano Operativo integrante do ajuste entre o poder público e o setor privado, o qual deverá conter elementos que demonstrem a utilização de capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxos de serviços e pactuação de metas (Portaria GM/MS 1.034, de 2010, art. 7º, parágrafo único).
- Aprovar os recursos orçamentários e financeiros a serem alocados para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão (Portaria GM/MS 1.823, de 2012, art. 13, inciso IV).
- Criar Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), órgão de assessoramento ao Plenário do Conselho, com objetivo, entre outros, de acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (Resolução 493-2013/CNS).
- Estimular e apoiar, em conjunto com o município, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria GM/MS 1.944, de 2009, art. 7º, IX).
- Participar da discussão das ações de alimentação e nutrição no SUS, compreendendo no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição (Portaria GM/MS 2.715, de 2011 – Anexo: Política Nacional de Alimentação e Nutrição, MS, ed. 2013, item 4.5 e 5.3).
- Acompanhar o processo de implantação e operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (na Região Nordeste, ao Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e ao Vale do Ribeira em São Paulo) (Portaria GM/MS 729, de 2005, art. 10).

- Aprovar a proposta apresentada pelo município para implantação da UPA 24h e a proposta para ampliação do estabelecimento de saúde para se constituir UPA 24h (Portaria GM/MS 342, de 2013, art. 14, § 1º, e art. 20, § 1º).
- Participar da realização de atividades de educação ao público e aos profissionais de saúde no tema doenças raras, em conjunto com o Serviço de Referência em Doenças Raras, gestores do SUS, a comunidade científica e as associações civis relacionadas às doenças raras ou outros representantes da sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a compreensão da diversidade humana, dos direitos dos usuários e extinção dos preconceitos, buscando sua integração à sociedade (Portaria GM/MS 199, de 30/1/2014, art. 16, inciso VI).
- Fiscalizar os recursos financeiros transferidos pelo FNS referentes ao incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes profissionais dos estabelecimentos de saúde habilitados como Serviços de Referência em Doenças Raras, e ao incentivo financeiro para custeio dos procedimentos relativos à atenção à pessoa com doença rara no SUS (Portaria GM/MS 199, de 30/1/2014, art. 23, § 2º, 24 e 27).

Anexo 3 – Siglas utilizadas nesta publicação

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BPS – Banco de Preços em Saúde

CAP – Critério de Adequação de Preços

CEI – Comissão Especial de Investigação

CF – Constituição Federal

CGU – Controladoria Geral da União

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPE – Fundo de Participação dos Estados

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

GM – Gabinete do Ministro

ICF – Instituto de Cidadania Fiscal

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IFC – Instituto de Fiscalização e Controle

Inesc- Instituto de Estudos Socioeconômicos

IPI – Imposto sobre Produção Industrial

IPTU – Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana

IPVA – Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores

ISS – Imposto sobre Serviços

ITBI – Imposto sobre transmissão de bens imóveis

ITCMD - Imposto sobre transmissão causa mortis e doação de quaisquer bens ou direitos

ITR – Imposto Territorial Rural

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PPA – Plano Plurianual

PIB – Produto Interno Bruto

SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SICAF – Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISPACTO – Sistema do Pacto pela Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Tribunais de Contas dos Estados

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

TCM – Tribunais de Contas dos Municípios

TCU – Tribunal de Contas da União

VIGISUS – Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios

Anexo 3 – Legislação

Constituição

- Constituição Federal de 5/10/1988 (Artigo 6.º e Seção II – da Saúde).
- Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000 - Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Leis Complementares

- Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 – Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Leis

- Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999 – Acrescenta dispositivos à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
- Lei 9.452, de 20 de março de 1997 – Determina que as Câmaras Municipais sejam obrigatoriamente notificadas da liberação de recursos federais para os respectivos Municípios e dá outras providências.
- Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 – Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.
- Lei 8.429, de 2 de junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa) – Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.
- Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências.
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Decretos

- Decreto 7.827, de 16 de outubro de 2012 – Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput

do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

- Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei 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.
- Decreto 7.507, de 27 de junho de 2011 – Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas.
- Decreto 5.839, de 11 de julho de 2006 – Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências.
- Decreto 1.974, de 5 de agosto de 1996 – Dá nova redação ao art. 2º do Decreto 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a organização e as atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.
- Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995 – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994 – Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

Resoluções

- Resolução 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde
- Resolução 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.
- Resolução 291, de 06 de maio de 1999, do Conselho Nacional de Saúde.
- Resolução 5, de 19 de junho de 2013, da Comissão Intergestores Tripartite - Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Portarias

- Portaria GM/MS 199, de 30 de janeiro de 2014 – Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio.
- Portaria GM/MS 3.134, de 17 de dezembro de 2013 – Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde.
- Portaria GM/MS 2.135, de 25 de setembro de 2013 – Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria GM/MS 1.738, de 19 de agosto de 2013 – Estabelece incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

- Portaria GM/MS 1.378, de 9 de julho de 2013 – Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Portaria GM/MS 424, de 19 de março de 2013 – Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- Portaria GM/MS 412, de 15 de março de 2013 – Redefine as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento de que trata a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007.
- Portaria GM/MS 252, de 19 de fevereiro de 2013 – Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria GM/MS 53, de 16 de janeiro de 2013 – Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.
- Portaria GM/MS 1.823, de 23 de agosto de 2012 – Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
- Portaria GM/MS 575, de 29 de março de 2012 – Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria GM/MS 2.707, de 17 de novembro de 2011 – Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o § 5º do art. 2º do Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, para estabelecer as condições e circunstâncias que permitem a realização de saques para pagamento em dinheiro a pessoas físicas que não possuam conta bancária ou saques para atender a despesas de pequeno vulto.
- Portaria GM/MS 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Portaria GM/MS 1.654, de 19 de julho de 2011 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.
- Portaria GM/MS 1.034, de 5 de maio de 2010 – Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Portaria GM/MS 2.669, de 3 de novembro de 2009 – Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.
- Portaria GM/MS 992, de 13 de maio de 2009 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

- Portaria GM/MS 48, de 12 de janeiro de 2009 – Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria 325/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2008.
- Portaria GM/MS 325, de 21 de fevereiro de 2008 – Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.
- Portaria GM/MS 372, de 16 de fevereiro de 2007 – Altera a Portaria 699/GM/MS, que regulamenta as Diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão.
- Portaria GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007 - Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
- Portaria GM/MS 91, de 10 de janeiro de 2007 – Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.
- A Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi–revogada pela Portaria GM/MS 2.488, de 21 de outubro de 2011, mas, conforme Art. 3º, permanecem em vigor as normas expedidas pelo MS, com amparo na Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, desde que não conflitem com as disposições constantes da Portaria 2.488.
- Portaria GM/MS 3.332, de 28 de dezembro de 2006 – Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.
- Portaria GM/MS 3.277, de 22 de dezembro 2006 – Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Portaria GM/MS 3.085, de 1º de dezembro de 2006 – Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).
- Portaria GM/MS 699, de 30 de março de 2006 – Aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão.
- Portaria GM/MS 698, de 30 de março de 2006 – Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.
- Portaria GM/MS 687, de 30 de março de 2006 – Aprova a Política de Promoção da Saúde.
- Portaria GM/MS 1.820, de 13 de agosto de 2009 - Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e revoga a Portaria GM/MS 675, de 30 de março de 2006.
- Portaria GM/MS 2.023, de 23 de setembro de 2004 – Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.
- Portaria GM/MS 373, de 27 de fevereiro de 2002 – Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS 01/2002.
- Portaria GM/MS 1.606, de 11 de setembro de 2001 – Definir que os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade.

- Portaria GM/MS 95, de 26 de janeiro de 2001 – Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS 01/2001.
- Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006, / Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
- Portaria GM/MS 1.580, de 19 de julho de 2012 - Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias.
- Portaria GM/MS 1.717, de 16 de agosto de 2013 - Restabelece a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios e Estados que cadastraram o serviço de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SNCES) e regularizaram a alimentação da produção no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Outros

- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS/1993.
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS/1996 – aprovada pela Portaria 2.203/GM/MS, de 5 de novembro de 1996.
- Deliberação 001, de 09 de fevereiro de 2006, do Conselho Nacional de Saúde.
- Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 – aprovada pela Portaria 373/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002.

Legislação relacionada a medicamentos:

- Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973, Presidência da República. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos e dá outras providências.
- Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; Presidência da República. Altera a Lei 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.
- Política Nacional de Medicamentos, do Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica; Brasília, 2001.
- Decreto 3.722, de janeiro de 2001 – Regulamenta o art. 34 da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, e dispõe sobre o Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF.
- Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013.
- Portaria GM/MS 1.179, de 17 de junho de 1996, Ministério da Saúde – Aprova as Denominações Comuns Brasileiras DCB, na conformidade do anexo desta Portaria.
- Portaria GM/MS 344, de 12 de maio de 1998, Ministério da Saúde – Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Portaria 2.009, de 13 de setembro de 2012, que aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)]
- Portaria GM/MS 698, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde. Define que o custeio das ações de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. [Portarias 698/MS/2006 revogada pela Portaria GM/MS 204, de 29/1/2007]

- Portaria GM/MS 2.583, de 10 de outubro de 2007, Ministério da Saúde – Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus.
- Portaria 1.555, de 30 de julho de 2013.
- Portaria GM/MS 374 de 28 de fevereiro de 2008, Ministério da Saúde - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.
- Portaria GM/MS 2.012, de 24 de setembro de 2008, Ministério da Saúde - Aprova a 6ª Edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.
- Portaria GM/MS 1.883, de 09 de setembro de 2008, Ministério da Saúde – Aprova o Formulário Terapêutico Nacional da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2006.
- Relatório final da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; Brasília, Ministério da Saúde, 2003; 69 p. 1.
- Resolução 480, de 23 de setembro de 1999 - Publica a atualização das listas de substâncias sujeitas a controle especial (anexo I) em acordo com o artigo 101 do Regulamento Técnico aprovado pelas Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998, republicado no D.O.U de 01 de fevereiro de 1999.
- Resolução 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- Portaria 1.554, de 30 de julho de 2013, do Ministério da Saúde. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Anexo 4 - Endereços das unidades do Tribunal de Contas da União

Secretarias de Controle Externo (Secex)

Secex Estadual do Acre
Endereço: Rua Guiomard Santos, 353 - Bosque
Cep: 69900-724 Rio Branco - AC
Telefones: (68) 3321 – 2400 Fax: 3321 – 2414 Ramal 226
E-mail: secex-ac@tcu.gov.br

Secex Estadual de Alagoas
Endereço: Av. Assis Chateaubriand, nº 4.118 - Trapiche da Barra
Cep: 57010-070 Maceió - AL
Telefones: (82) 3221-5686 (82) 3336-4788 Fax: (82) 3336-4799
E-mail: secex-al@tcu.gov.br

Secex Estadual do Amapá
Endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek, km 2 - Bairro Universidade
Cep: 68903-419 Macapá - AP
Telefones: (96) 2101-6700
E-mail: secex-ap@tcu.gov.br

Secex Estadual do Amazonas
Endereço: Av. Joaquim Nabuco, 1193 - Centro
Cep: 69020-030 Manaus - AM
Telefones: (92) 3303 – 9816
E-mail: secex-am@tcu.gov.br

Secex Estadual da Bahia
Endereço: Av. Tancredo Neves, nº 2242 - STIEP
Cep: 41820-020 Salvador - BA
Telefones: (71) 3341-1966 Fax: (71) 3341-1955
E-mail: secex-ba@tcu.gov.br

Secex Estadual do Ceará
Endereço: Av. Valmir Pontes, nº 900 - Bairro Edson Queiroz
Cep: 60812-020 Fortaleza - CE
Telefones: (85) 4008-8388 Fax: (85) 4008-8385
E-mail: secex-ce@tcu.gov.br

Secex Estadual do Espírito Santo
Endereço: Rua Luiz Gonzalez Alvarado, nº 70 - Enseada do Suá
Cep: 29050-380 Vitória - ES
Telefones: Telefones: (27) 3025-4899 Fax: (27) 3025-4898
E-mail: secex-es@tcu.gov.br

Secex Estadual de Goiás
Endereço: Alameda Couto Magalhães, nº 277 - Setor Bela Vista
Cep: 74823-410 Goiânia - GO
Telefones: (62) 4005-9233 Fax: (62) 4005-9299
E-mail: secex-go@tcu.gov.br

Secex Estadual do Maranhão
Endereço: Av. Senador Vitorino Freire, nº 48 - Areinha - Trecho Itaqui/Bacanga
Cep: 65030-015 São Luís - MA
Telefones: (98) 3232-9970 Fax: (98) 3232-9970 Ramal 217
E-mail: secex-ma@tcu.gov.br

Secretaria de Controle Externo no Mato Grosso
Endereço: Rua 2 - esquina com Rua C - Setor A - Quadra 4 - Lote 4 - Centro Político Administrativo (CPA)
Cep: 78049-912 Cuiabá - MT
Telefones: (65) 3644-2772 Fax: (65) 3644-3164
E-mail: secex-mt@tcu.gov.br

Secex Estadual do Mato Grosso do Sul
Endereço: Rua da Paz, 780 - Bairro Jardim dos Estados
Cep: 79020-250 Campo Grande - MS
Telefones: (67) 3382-7552 (67) 3382-3716 Fax: (67) 3321-3489
E-mail: secex-ms@tcu.gov.br

Secex Estadual de Minas Gerais
Endereço: Rua Campina Verde, 593 - Salgado Filho
Cep: 30550-340 Belo Horizonte - MG
Telefones: (31) 3374-7277 (31) 3374-7239 Fax: (31) 3374-6893
E-mail: secex-mg@tcu.gov.br

Secex Estadual do Pará
Secretário: Norberto de Souza Medeiros
Endereço: Travessa Humaitá, nº 1574
Cep: 66085-148 Belém - PA
Telefones: (91) 3226-7758 Fax: (91) 3226-7499 Ramal 213
E-mail: secex-pa@tcu.gov.br

Secex Estadual da Paraíba
Endereço: Praça Barão do Rio Branco, 33 - Centro
Cep: 58010-760 João Pessoa - PB
Telefones: (83) 3208-2000 (83) 3208-2030 Fax: (83) 3208-2005
E-mail: secex-pb@tcu.gov.br

Secex Estadual do Paraná
Endereço: Rua Dr. Faivre nº 105 - Centro
Cep: 80060-140 Curitiba - PR
Telefones: (41) 3218-1350 Fax: (41) 3218-1350
E-mail: secex-pr@tcu.gov.br

Secex Estadual de Pernambuco
Endereço: Rua Major Codeceira, nº 121 - Bairro Santo Amaro
Cep: 50100-070 Recife - PE
Telefones: (81) 3424-8100 Fax: (81) 3424-8109 Ramal 208
E-mail: secex-pe@tcu.gov.br

Secex Estadual do Piauí
Endereço: Av. Pedro Freitas, 1904 - Centro Administrativo
Cep: 64018-000 Teresina - PI
Telefones: (86) 3218-2399 (86) 3218-1800 Fax: (86) 3218-1918
E-mail: secex-pi@tcu.gov.br

Secex Estadual do Rio de Janeiro
Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, nº 375 - Edifício do Ministério da Fazenda - 12º andar Sala 1204
Cep: 20020-010 Rio de Janeiro - RJ
Telefones: (21) 3805-4200 (21) 3805-4201 Fax: (21) 3805-4206
E-mail: secex-rj@tcu.gov.br

Secretaria de Controle Externo da Administração Indireta no Rio de Janeiro
Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, nº 375 - Edifício do Ministério da Fazenda - 12º andar Sala 1204
Cep: 20020-010 Rio de Janeiro - RJ
Telefones: (21) 3805-4039 Fax: (21) 3805-404617
E-mail: secexestataisrj@tcu.gov.br

Secex Estadual do Rio Grande do Norte
Endereço: Av. Rui Barbosa, 909 - Morro Branco
Cep: 59015-290 Natal - RN
Telefones: (84) 3211-2743 (84) 3211-8754 Fax: (84) 3201-5700
E-mail: secex-rn@tcu.gov.br

Secex Estadual do Rio Grande do Sul
Endereço: R. Caldas Júnior, nº 120 - 20º andar - Ed. Banrisul - Centro
Cep: 90018-900 Porto Alegre - RS
Telefones: (51) 3228-0788 Fax: (51) 3778-5648 Ramal 8
E-mail: secex-rs@tcu.gov.br

Secex Estadual de Rondônia
Endereço: Rua Afonso Pena, 345 - Centro
Cep: 76801-100 Porto Velho - RO
Telefones: (69) 3223-8101 Fax: (69) 3224-5712
E-mail: secex-ro@tcu.gov.br

Secex Estadual de Roraima
Endereço: Av. Getúlio Vargas, 4570-B - Bairro São Pedro
Cep: 69306-700 Boa Vista - RR
Telefones: (95) 3212-2165 (95) Fax: (95) 3623-9414
E-mail: secex-rr@tcu.gov.br

Secex Estadual de Santa Catarina
Endereço: Rua São Francisco, 234 - Centro
Cep: 88015-140 Florianópolis - SC
Telefones: (48) 3952-4600 Fax: (48) 3952-4624
E-mail: secex-sc@tcu.gov.br

Secex Estadual de São Paulo
Edifício Cetenco Plaza – Torre Norte
Avenida Paulista, 1842, 25° andar
CEP: 01310-923 - São Paulo - SP
Telefone: (11) 3145-2600
E-mail: secex-sp@tcu.gov.br

Secex Estadual de Sergipe
Endereço: Av. Dr. Carlos Rodrigues da Cruz, 1340 - Centro Administrativo Augusto Franco - CENAF
Cep: 49080-903 Aracaju - SE
Telefones: (79) 3301-3600 (79) 3301-3601
E-mail: secex-se@tcu.gov.br

Secex Estadual do Tocantins
Endereço: 302 Norte - Av. Teotônio Segurado - Lote 1A - Plano Diretor Norte
Cep: 77001-332 Palmas - TO
Telefones: (63) 3232-6700 Fax: (63) 3232-6725
E-mail: secex-to@tcu.gov.br

Responsabilidade pelo Conteúdo
Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde)

Responsabilidade Editorial
Secretaria-Geral da Presidência (Segepres)
Secretaria de Comunicação (Secom)
Núcleo de Criação e Editoração (NCE)

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa
Núcleo de Criação e Editoração

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde)
SAFS Quadra 4 Lote 1 Edifício Anexo III Sala 243
70042-900 Brasília - DF
Tel: (61) 3316-7334
secexsaude@tcu.gov.br

Ouvidoria
Tel.: 0800 644 1500
ouvidoria@tcu.gov.br
Impresso pela Sesap/Segedam

Fotografias
Q83 - pg. 3
Thiago Miqueias - pg. 6
Bruno Spada - pg. 8
Juan sole - pg. 13
Sigurd Decroos - pg. 14
Tory Byrne - pg. 17
Hidden - pg. 18
Agenciabrasil - pg. 34
Vangelis Thomaidis - pg. 45
Afonso Lima - pg. 46
Ilker - pg. 48
Fernando Audibert - pg. 49
Q83 - pg. 57
Walter Groesel - pg. 66
Rob Owen-Wahl - pg. 68
Jelle Boontje - pg. 73
Wojciech Sadlej - pg. 76
Griszka Niewiadomski - pg. 77
Dima v - pg. 78
Jendo neversil - pg. 87
Sasha dunaevski - pg. 93
Tijmen van dobbenburgh - pg. 98
Jean Scheijen - pg. 107
Irum Shahid2 - pg. 111

MISSÃO

Aprimorar a Administração Pública em benefício da sociedade por meio do controle externo.

VISÃO

Ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável.

WWW.TCU.GOV.BR