

**Curso de Qualificação
para Conselheiras e Conselheiros
Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais
Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais**



Curso de Qualificação para Conselheiras e Conselheiros Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais

Unidades 1, 2, 3 e 4



Belo Horizonte / 2017

Fernando Pimentel Governador do Estado de Minas Gerais
Antônio Andrade Vice-Governador do Estado de Minas Gerais
Sávio Souza Cruz Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais
Fernanda Jorge Maciel Superintendência de Política, Planejamento e Gestão em Saúde
Harrison Miranda Assessor de Comunicação Social
Coordenadores Técnicos do Curso
Lavinne de Sousa Oliveira Oelde de Oliveira Costa Filho
Organizadores do Conteúdo
Érica Menezes dos Reis Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita Oelde de Oliveira Costa Filho Rodrigo Martins da Costa Machado
Comissão de Revisão de Conteúdo
Adriana Alves de Andrade Melo Franco Amanda Nathale Soares Érica Menezes dos Reis Fernanda Jorge Maciel Jean Alves de Souza Juracy Xavier de Oliveira Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita Lavinne de Sousa Oliveira Lenira de Araujo Maia Oelde de Oliveira Costa Filho Rodrigo Martins da Costa Machado Thais Lacerda e Silva

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

MESA DIRETORA GESTÃO 2017/2019

Luiz Sávio de Souza Cruz - Presidente / Gestor SES/MG
Ederson Alves da Silva -Vice-presidente / Usuário CUT/MG
Lourdes Aparecida Machado - Secretária Geral / Trabalhadora CRP/MG
Júlio César Pereira de Souza - 1º Secretário / Usuário FAMEMG
Gislene Gonçalves dos Reis - 2ª Secretária / Usuária CMP/MG
Camila Moreira de Castro - 3ª Secretária / Gestora SES/MG
Renato Almeida de Barros - 1º Diretor de Comunicação / Trabalhador / SindSaúde MG
Maria Nazaré Anjo dos Santos - 2º Diretora de Comunicação / Usuária - FADEMG

MESA DIRETORA GESTÃO 2015/2017

Luiz Sávio de Souza Cruz - Presidente - Gestor –SES/MG
Ederson Alves da Silva - Vice-presidente - Usuário CUT/MG
Jurandir Ferreira - Secretário Geral - Usuário CNBB/Leste
Júlio César Pereira de Souza - 1º Secretário - Usuário FAMEMG

Renato Almeida de Barros - 2º Secretário - Trabalhador / SindSaúde MG
José do Carmo Fonseca - 3º Secretário - Prestador / SINDHOMG
Lourdes Aparecida Machado - 1ª Diretora de Comunicação – Trabalhador CRP/MG
Rubens Silvério da Silva - 2º Diretor de Comunicação – Usuário / FAMENG

Comissão de Revisão

Adriana Fernandes Carajás – Trabalhadora / SEE/MG
Andreza Almeida Fernandes – Trabalhadora / CRESSMG
Ederson Alves da Silva – Usuário CUT/MG
Lourdes Aparecida Machado – Trabalhadora CRP/MG
Júlio César Pereira de Souza – Usuário FAMENG
Gislene Gonçalves dos Reis – Usuária CMP/MG
Camila Moreira de Castro – Gestor SES/MG
Renato Almeida de Barros – Trabalhador / SindSaúde MG
Maria Nazaré Anjo dos Santos – Usuária / FADEMG

Colaboradores

Conceição Aparecida Resende - Ouvidora da Saúde de Minas Gerais
Eleciania Tavares da Cruz - Secretária Executiva do CES-MG
Ethiara Vieira de Macedo - COSEMS-MG
Maria Aparecida Meokaren – Gestora CGE/MG

Câmara Técnica de Educação Permanente (2016/2017)

Adriana Fernandes Carajá - Trabalhadora/SEE-MG
Aline Esteves Pacheco - Usuária/AMAPEM-MG
Andreza Almeida Fernandes - Trabalhadora/CRESS-MG
Cristina das Graças Godoy – Usuária/ARELA
Ederson Alves da Silva – Usuário/CUT-MG
Kênia Lara da Silva – Trabalhadora – Trabalhadora / ABen-MG
Lívia Cozer Montenegro – Trabalhadora / ABen-MG
Margareth Maria Araújo Mendes – Usuária - FADEMG

Revisão Final

Sílvia Amâncio
Coordenadora de Jornalismo da ASCOM/ESP-MG

Frank Sabino
Diagramação e Design Gráfico

Impressão

Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

ESCOLA DE SAÚDE PUBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Unidade Sede:

Av. Augusto de Lima, 2061 – Barro Preto
Belo Horizonte - MG
CEP: 30190-009

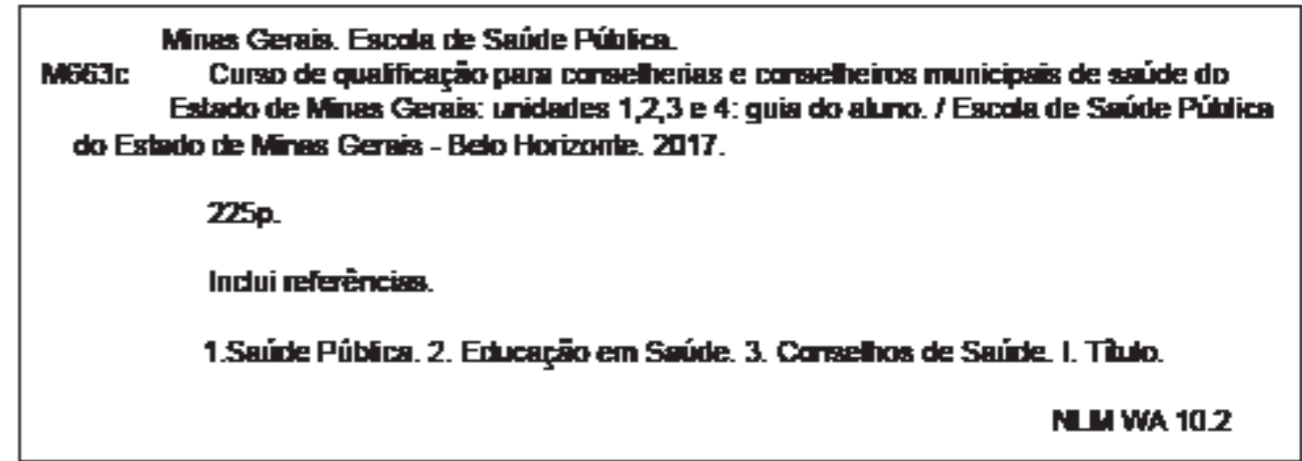
Unidade Geraldo Valadão:

Rua Uberaba, 780 – Barro Preto
Belo Horizonte - MG
CEP: 30180-080
www.esp.mg.gov.br
www.facebook.com/escoladesaudepublicamg
twitter.com/espmg
youtube.com/user/escolasaudepublicamg

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rua Rio de Janeiro, 471 – 10º andar
Centro – Belo Horizonte – MG
CEP: 30160-040
www.ces.saude.mg.gov.br

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



Sumário

Apresentação da ESP-MG.....	09
Apresentação do CES-MG.....	11
Apresentação do Curso.....	13
Unidade 1- Processo Histórico de Construção do SUS.....	15
Antecedentes da Reforma Sanitária.....	19
Reforma Sanitária e Constituição Cidadã.....	22
As Bases Legais do SUS.....	28
Organização e Regulamentação do SUS.....	34
SUS: Avanços e Desafios.....	39
Unidade 2 - Formas de Participação e de Controle Social nas Políticas Públicas de Saúde.....	47
Participação, Democracia e Controle Social no SUS.....	51
Os Conselhos de Saúde e Órgãos de Controle.....	56
Comunicação, Mobilização Divulgação das Ações do Conselho com Sociedade e Educação Popular em Saúde.....	72
Conferências de Saúde.....	75
Instâncias de Pactuação, Comissões Intergestores e PDR.....	82
Vivências como Conselheiras e Conselheiros.....	92
Unidade 3 - Planejamento e Orçamento em Saúde.....	103
Planejamento: conceito e importância.....	108
Planejamento no Sistema Único de Saúde.....	114
Instrumentos de Planejamento no SUS.....	119
Introdução ao Orçamento Público.....	147
Instrumentos Orçamentários.....	150
Execução, Fiscalização e Monitoramento do Orçamento Público.....	158
Unidade 4 - Financiamento em Saúde.....	175
Histórico do Financiamento da Saúde Pública no Brasil.....	177
Fontes de Recursos.....	184
Fundos de Saúde.....	188
Blocos de Financiamento e Gastos Públicos em Saúde.....	194
Tabela de Procedimentos do SUS.....	207
SIOPS.....	211
Nova Modalidade de Financiamento.....	216
Agenda.....	218
Lista de Siglas.....	224

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) vem ao longo de seus 70 anos de história desenvolvendo ações educacionais e de pesquisa na área da saúde pública, com o objetivo de formar profissionais críticos, capazes de transformar a sua prática cotidiana. Com atuação em todo o Estado de Minas Gerais, a ESP-MG trabalha também de forma descentralizada, buscando atender às necessidades das regiões de saúde do Estado. A Escola tem como missão fortalecer o SUS, produzindo e disseminando conhecimentos junto a usuários, trabalhadores e gestores, por meio de ações educacionais e de pesquisa, com a Educação Permanente em Saúde como referencial político-pedagógico.

Dessa maneira, as ações educacionais da Escola levam em consideração as experiências prévias e vivências sobre as práticas, o que possibilita a (re) construção de novos sentidos e significados sobre os serviços ofertados para a população, e, neste caso, novos sentidos e significados sobre a prática do controle social na saúde.

A proposta de Qualificação para Conselheiras¹ e Conselheiros Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais se deu a partir da parceria entre a ESP-MG e o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais - CESMG, com a participação de órgãos como a Controladoria Geral do Estado - CGE - e Ouvidoria Geral do Estado - OGE, considerando a necessidade de qualificar e fortalecer o Controle Social do SUS no Estado. A partir da realização de uma Turma Diagnóstica realizada em 2016, desenvolveu-se uma proposta de ação educacional baseada no levantamento de prioridades e mais contextualizada com as demandas de qualificação das conselheiras e conselheiros municipais de saúde. Essa foi uma etapa fundamental ao desenvolvimento de processos formativos atinentes às realidades. Para além do desenho de uma ação educacional vertical, concebida e executada por um grupo restrito de pessoas, a turma diagnóstico propôs uma autorização a outros discursos, outros sentidos e outras práticas inscritas no cotidiano de atuação nos conselhos. Esperamos, assim, possibilitar às conselheiras e aos conselheiros municipais de saúde o aperfeiçoamento de uma consciência crítica sanitária e apresentar instrumentos para intervenções mais objetivas para que acompanhem de forma mais qualificada, as discussões, negociações e pactuações das políticas públicas do SUS.

Cabe ressaltar que esse material é resultado de um trabalho conjunto entre os autores, a Câmara Técnica de Educação Permanente em Saúde do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e a equipe técnica da ESP-MG.

Esperamos que os conteúdos e atividades sirvam não apenas para os momentos de encontro ao longo do curso, como também para apoiar o cotidiano da conselheira e conselheiro municipal de saúde.

Trata-se, enfim, de uma contribuição da ESP-MG para o fortalecimento da participação social e das políticas públicas de saúde e para a construção de cidadania.

Viva a saúde como direito social!

¹"A língua é o único instrumento que se afia com o uso" (ditado Inuíte)

Na produção dos textos de nosso material, optamos por adotar uma linguagem inclusiva de gênero, ou seja, iremos nos referir a você como Conselheira ou Conselheiro, desconstruindo a ideia de masculino como universal e o uso sexista da língua na expressão oral e escrita.

Trabalhar com linguagem inclusiva de gênero nos permite, em turma mista e diversificada, dar visibilidade para as mulheres e abolir a discriminação linguística, prezando pela paridade entre Conselheiras e Conselheiros.

Qualificar e fortalecer o Controle Social do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais foi um dos primeiros compromissos assumidos pela gestão do Conselho Estadual de Saúde (CES-MG) em 2015. A partir de um projeto elaborado em conjunto com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), o CES-MG busca oferecer às conselheiras e aos conselheiros de saúde ferramentas que fomentem um pensamento crítico e, ao mesmo tempo, possibilitem intervenções para que estes atores acompanhem, com competência, as discussões, negociações e pactuações das políticas públicas de saúde.

O CES-MG realiza, portanto, os primeiros contatos que se deram com a Escola de Saúde Pública, para construir um modelo mais abrangente e eficaz de qualificação. Consequentemente, em setembro de 2015, se reuniram CES-MG, ESP-MG, Controladoria Geral do Estado, Ouvidoria Geral do Estado, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para alinhar os objetivos desse curso. Foi um minucioso processo de trabalho para definir as diretrizes a serem alcançadas pelo projeto, até que em maio do ano seguinte aconteceu a turma diagnóstico que identificou os temas a serem abordados nas aulas aplicados à realidade local. A turma diagnóstico teve a participação das 13 Regiões Ampliadas de Saúde.

Outro compromisso dessa gestão foi a criação das Câmaras Técnicas, entre elas, a de Educação Permanente, que iniciou suas atividades com a missão de organizar a temática e de contribuir na elaboração do material didático do curso. Foram várias reuniões para chegar a um produto final, que busca envolver pedagogicamente os indivíduos e os grupos na participação popular, por meio de formas coletivas de aprendizado e investigação.

Desta forma, pretende-se promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e de enfrentamento, especialmente no cenário atual, onde são várias as tentativas de extinção do Sistema Único de Saúde.

Este material é, acima de tudo, a concretização de um trabalho coletivo, de muitas discussões democráticas e de qualidade. Esperamos contribuir, de forma efetiva, para que conselheiras e conselheiros de saúde desempenhem, cada vez melhor, seu papel junto à sua sociedade. Através da atuação segura e legítima desses atores sociais podemos fortalecer o Controle Social e, consequentemente, o Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Afinal, o SUS depende da mobilização e da defesa de todas e todos!

Ederson Alves da Silva
Vice-presidente CES-MG

Lourdes Aparecida Machado
Secretária Geral CES-MG

Apresentação do Curso

Apresentação

Curso de Qualificação de Conselheiras e Conselheiros Municipais de Saúde

A Qualificação de Conselheiras e Conselheiros Municipais de Saúde é uma ação educativa com carga horária de 40 horas, que tem como objetivo geral promover a qualificação de conselheiras e conselheiros municipais de saúde no Estado de Minas Gerais, incluindo representantes de usuários, prestadores de serviços, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresenta como objetivos específicos: Identificar os desafios enfrentados pelas conselheiras e conselheiros municipais de saúde que influenciam no fortalecimento do controle social do SUS no município sempre colocando em contexto a realidade local; Favorecer a construção de estratégias para ações referentes ao controle/participação social na promoção e envolvimento de atores; Aprofundar o conhecimento das legislações referentes ao Controle Social no SUS; Disseminar e fortalecer o papel do controle social nos municípios mineiros; Fortalecer as instâncias regionais de Controle Social nos municípios na perspectiva da construção de processos formativos regionalizados e descentralizados e de promoção da política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS.

Para atingir esses objetivos, a qualificação será realizada de forma descentralizada nas 13 Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) com 1 encontro de 5 dias consecutivos, de segunda a sexta-feira, com carga horária de 8 horas/dia. As aulas acontecerão em instalações das sedes das Superintendências Regionais de Saúde dos municípios-polo da RAS ou em algum espaço adequado nos referidos municípios a serem articulados e definidos pelo CES-MG em conjunto com os Conselhos Municipais de Saúde da RAS. Já as turmas realizadas em Belo Horizonte, utilizarão as instalações da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG).

Cada turma será composta por 04 alunos por município, sendo em média 10 municípios por turma, totalizando, em média, 30 a 40 alunos. A proposta é que a qualificação contemple os 853 municípios mineiros e capacite aproximadamente 3.412 conselheiras e conselheiros em 84 turmas.

O curso está organizado pedagogicamente em 4 unidades didáticas: Processo Histórico de Construção do SUS; Formas de Participação e de Controle Social nas Políticas Públicas de Saúde; Planejamento e Orçamento em Saúde; Financiamento em Saúde. Portanto, essa ação educativa busca discutir e abordar as principais questões de aprendizagem relacionadas à atuação da conselheira e conselheiro municipal de saúde. Todo o conteúdo e planejamento dessa importante ação educacional foi pensada e elaborada para permitir o protagonismo das conselheiras e dos conselheiros municipais de saúde mineiros, entendendo que eles são atores fundamentais e estratégicos para o fortalecimento e manutenção do SUS. Desejamos a todas e todos, docentes e participantes, um excelente curso!

Unidade Didática 1

Processos históricos de construção do SUS

Sâmia Martins da Costa S. Lacorte

Graduada em Farmácia sou servidora desde 2008 da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), atuado no âmbito da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF) no Núcleo de Vigilância Sanitária (NUVISA) onde desenvolvi meu interesse pela Saúde Pública a partir desta vivência. Buscando continuar meus estudos nesta área iniciei, em 2010, o Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Após a conclusão do mestrado, iniciei minha experiência na área acadêmica como docente de Pós-graduação e de Curso Técnico junto a ESP-MG e a UFJF, ministrando disciplinas e módulos relacionados ao Histórico e Formação do SUS, Regulação Sanitária, Risco Sanitário entre outros temas. Atuei, também, como conteudista do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da ESP-MG e tutora de cursos de EaD do Canal Minas Saúde.

Quadro Referencial

Temática	Atividades	Tempo Estimado
Os Antecedentes da Reforma Sanitária	Atividade 1 – Conhecendo os antecedentes históricos do SUS Quadro Síntese 1 – Apresentação e discussão	01h30
Reforma Sanitária e Constituição Cidadã	Atividade 2 – Discutindo o conceito de saúde Texto 1 – O conceito ampliado de saúde Atividade 3 - Compreendendo a Reforma Sanitária e Constituição Cidadã Texto 2 – Reforma Sanitária e Constituição Cidadã	01h30
As Bases Legais do SUS	Atividade 4 – Vivendo e compartilhando alguns dos princípios do SUS Texto 3 – Leis 8.080/1990 e 8.142/1990: a luta sendo efetivada e regulamentada	02h00
Organização e Regulamentação do SUS	Atividade 5 – Conhecendo a organização e regulamentação do SUS Texto 4 – O SUS: um processo constante de construção	01h30
SUS: Avanços e Desafios	Dinâmica – Jogo “Avanço ou Desafio” Texto 5 – Avanços e Desafios	01h30
Carga Horária Total da Unidade Didática		08h

Introdução

“Um homem precisa viajar. Por sua conta, não por meio de histórias, imagens, livros ou TV. Precisa viajar por si, com seus olhos e pés, para entender o que é seu. Para um dia plantar as suas próprias árvores e dar-lhes valor. Conhecer o frio pra conhecer o calor. E o oposto. Sentir a distância e o desabrigo para estar bem sob o próprio teto. Um homem precisa viajar para lugares que não conhece para quebrar essa arrogância que nos faz ver o mundo como o imaginamos, e não simplesmente como é ou pode ser; que nos faz professores e doutores do que não vimos, quando deveríamos ser alunos, e simplesmente ir ver”.

Amyr Klink, em Mar sem fim

Vamos iniciar nossa jornada para entendermos como o Sistema Único de Saúde (SUS) se formou, como ele está estruturado e quais são suas principais legislações. Para isso, esta unidade irá apresentar uma visão do todo, da evolução das ações na área de Saúde Pública desde 1808 até os avanços e desafios atuais do SUS.

Desta forma, vamos conhecer alguns marcos históricos que tiveram um papel significativo para o desenvolvimento do sistema de saúde do Brasil. Outros acontecimentos sociais importantes também serão explorados, como a Reforma Sanitária até a concretização da Constituição de 1988, também chamada de Constituição Cidadã.

Nesta unidade vamos refletir um pouco sobre o conceito ampliado de saúde e sua concretização a partir do funcionamento do SUS; conhecer como o SUS está organizado, seus princípios e diretrizes.

Os conteúdos desta Unidade Didática são de extrema importância para o seguimento do curso e para criarmos uma visão crítica e reflexiva de como chegamos até aqui. Para entender e discutir a situação do sistema de saúde no momento atual, precisamos buscar referências no processo histórico e sua vinculação com o contexto político e econômico geral do País.

Preparados e curiosos?

Vamos colocar a mão na massa!

Os Antecedentes da Reforma Sanitária

Muitos fatos históricos antecederam a Reforma Sanitária Brasileira e a formação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) como conhecemos hoje. Para iniciar os nossos estudos no Curso Qualificação para Conselheiras e Conselheiros Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais vamos conhecer um pouco sobre essa trajetória.



Atividade 1

Conhecendo os antecedentes históricos do SUS

Objetivos

Conhecer os antecedentes históricos do processo de formação do SUS.

Recursos Necessários

computador ou TV com acesso à internet, ou vídeos em mídias graváveis

Desenvolvimento

1. Os participantes assistirão ao vídeo “A história da saúde no Brasil – 500 anos na busca de soluções”, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7ouSg6oNMe8>.
2. Em seguida, o (a) docente apresentará e discutirá com os (as) participantes o quadro-síntese da página seguinte.

Tempo Estimado: 01h30

Para facilitar o entendimento, apresentamos o **Quadro Síntese 1**, que reúne as principais informações sobre toda esta trajetória. A partir do quadro, para cada período histórico, é possível observar as principais características relacionadas aos contextos político e econômico e à forma como o sistema de saúde era organizado para oferecer acesso à população.

A partir de 1985, com o fim da ditadura militar, tem-se a transição democrática e a promulgação da nova Constituição, que veremos no próximo conteúdo.

Para refletir...

*Preste atenção no quadro abaixo!
É possível compreender toda essa trajetória? Discuta com seus colegas e com o docente as dúvidas que surgirão.*

Quadro Síntese 1: Antecedentes históricos do processo de formação do SUS

Período	Cenário macro e socioeconômico	Cenário político	Sistema de Saúde	Relação do contexto político-econômico com a saúde
Período Colonial (1500 – 1822)	Exploração da terra e extração de matérias primas com exclusividade de Portugal na utilização e comercialização desses recursos.	Colonialismo com controle político e cultural da colônia feito por Portugal.	Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda; Organização sanitária simples e insuficiente (século XVI).	Foco de Portugal era explorar. Buscavam-se condições mínimas de sobrevivência para os colonizadores e para a manutenção da exploração.
Império (1822 – 1889)	Vinda da família real para o Brasil e abertura dos portos ao comércio externo. Abertura da economia ao capitalismo moderno e início da industrialização.	Centralização do poder com sistema de coronéis- mo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle dos meios de produção, político, econômico e social local.	Surgimento e ênfase da saúde na polícia sanitária; Administração da saúde centralizada no município; Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850).	Com abertura dos portos ao mercado externo, o Brasil precisava melhorar suas condições sanitárias para o comércio. Com o início da industrialização os operários precisavam se manter saudáveis para trabalhar.
República Velha (1889 – 1930)	Economia agroexportadora, crise do café e problemas sanitários nos portos.	Estado liberal-oligárquico, com o poder político nas mãos de poucos. As revoltas militares e emergência das questões sociais são mais evidentes.	Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (1897); Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) pela Lei Eloy Chaves (1923); Início da assistência à saúde pela previdência social; Separação das ações entre saúde pública e previdência social.	Com a crise geral das questões sociais e as revoltas crescentes o governo tenta buscar soluções para melhorar as condições sanitárias e de saúde.
Era Vargas (1930 – 1945)	Investimento na Industrialização com manutenção da economia agrária.	Era Vargas com o chamado “Estado Novo”, Autoritário- mo com medidas populistas.	Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública; Previdência social e assistência à saúde institucionaliza- das pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose; Substituição das CAPs pelos institutos de Aposentado- rias e Pensões (IAPs), com ampliação da previdência social para a maior parte dos trabalhadores urbanos.	As ações públicas de saúde acompa- nharam as distinções estabelecidas entre o Ministério do Trabalho Indús- tria e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde Pública. Por um lado, fortalecimento da assistência médica individual previdenciária, destinado aos inseridos no mercado formal de trabalho. Por outro, pouco investimento nas ações coletivas de saúde.

Período	Cenário macro e socioeconômico	Cenário político	Sistema de Saúde	Relação do contexto político-econômico com a saúde
Instabilidade Democrática (1945 – 1964)	Valorização do mercado interno com substituição de importações, crescimento acelerado das cidades, processo de urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional com cenário desenvolvimentista.	Governos liberais e populistas. Golpe militar em 1964;	Criação do Ministério da Saúde (1953); Criação do Departamento de Endemias Rurais; Promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social com a unificação do regime geral da previdência social (1960); Criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL); Permanência da separação entre saúde pública e assistência médica; Adesão à Campanha de Erradicação da Malária propos- ta pela OMS; Expansão da assistência hospitalar; Crescimento das empresas privadas de assistência à saúde.	Com o processo de urbanização, cenário desenvolvimentista e com os movimentos sociais, os governos desse período buscam medidas democráti- cas e populistas aderindo a visão internacional que a saúde é critério para o desenvolvimento do país.
Ditadura Militar (1964 – 1985)	Internacionalização da Economia; Esse período viveu o “milagre econômico” com capital estrangeiro e o fim do “milagre econômico”; Expansão do capitalismo para o campo e para os serviços; Expansão da urbanização e da industrialização.	Implantação imediata de reforma administrativa do Estado com autoritarismo e repressão; Crise e aumento dos movimentos sociais; Abertura política lenta, segura e gradual; Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979);	Unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdên- cia Social (INPS); Privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde com grandes investimentos públicos no setor privado; Capitalização da medicina pela previdência social e crise do sistema de saúde; Programas de extensão de cobertura da assistência à saúde para populações rurais; Criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) Crise na previdência social; Permanência de condições de saúde críticas com aumento da mortalidade infantil, tuberculose, malária, Chagas, acidente de trabalho; Predomínio das doenças da modernidade e ainda das doenças da pobreza (doenças infecto-parasitárias).	Instauração da ditadura com repressão à oposições e discurso de restauração da ordem social. Crescimento do financiamento da assistência à saúde com grandes investimentos no setor privado. Sistema entra em crise com o fim do “milagre econômico”. As ações de saúde pública continuavam relega- das a segundo plano não recebendo quase nenhum investimento.

Reforma sanitária e constituição cidadã

Antes de aprendermos sobre o movimento de Reforma Sanitária que resultou na conquista da saúde como direito constitucional e na construção do SUS, precisamos discutir o conceito de saúde. Mas afinal, é possível definir o que é saúde? O que é saúde para você? Você sabe o que é o conceito ampliado de saúde?

Atividade 2

Discutindo o conceito de Saúde

Objetivo

Promover uma reflexão inicial sobre o conceito de saúde entre as conselheiras e os conselheiros.

Recursos Necessários

10 tarjetas, caneta, fita adesiva

Desenvolvimento

- Deverão ser distribuídas aleatoriamente

as 10 tarjetas entre 10 participantes.

- Cada participante deverá registrar na tarjeta a resposta da pergunta: “Para você, o que é ter saúde”?
- Os(as) participantes deverão colar suas tarjetas no quadro e o (a) docente deverá ler as respostas para toda a turma.
- Após a leitura do *Texto 1*, o (a) docente retornará às tarjetas e discutirá com os (as) participantes sobre o conceito ampliado de saúde.

Tempo Estimado: 45min

Texto 1

O conceito ampliado de saúde

Vamos focar aqui na reflexão do conceito ampliado de saúde.

Depois de estudar os precedentes históricos da saúde no Brasil você vai en-

tender como esse conceito foi mudando e o quanto ele foi essencial para a conformação do SUS, sua aplicabilidade, bem como seus princípios e diretrizes. A utilização do

novo conceito de saúde norteia até os dias atuais o planejamento e a execução da política de saúde e dos serviços prestados pelo sistema.

A figura abaixo demonstra muito bem o conceito ampliado de saúde.



Fonte: Adaptado de - PINTO, 2011.

Só de observar a figura, você concorda que esse conceito vai muito além da ausência de doenças? E que para ter saúde é necessária a integração entre vários serviços e setores?

Esse conceito amplo de saúde foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e valoriza o coletivo e a cidadania, já que envolve todas as áreas sociais, para uma boa qualidade de vida. Você consegue perceber também que esse conceito representa muito bem o que o setor saúde buscou no período de redemocratização?

E aí quem entra como o grande protagonista e provedor? O SUS.

Mas, você acha que o SUS é o único responsável na garantia da saúde? Mesmo não sendo, você acha que o formato adotado hoje por esse sistema consegue atingir os objetivos do conceito ampliado de saúde?

Para ajudar a pensar sobre isso, seguem abaixo alguns dados:

Em todo o mundo, 2,8 milhões de pessoas adultas morrem por problemas decorrentes do sobrepeso e da obesidade. Em 2009, 1,7 milhões de pessoas morreram por causa de uma doença antiga, mas que até hoje vitima muita gente: a tuberculose. Pelo Datasus, no ano de 2007, mais de 1.600 crianças menores de cinco anos morreram em consequência de diarreia aguda (JÚNIA, 2016).

Além disso, no início de 2011,

as passagens de ônibus aumentaram em várias cidades brasileiras. Em São Paulo, o reajuste foi de 11,11% [...]. A cesta básica também aumentou, de acordo com um estudo do Dieese, em 14 das 17 capitais. Em relação à habitação, pelos dados divulgados do Censo de 2010 foi possível saber que há 6,7 milhões de domicílios vagos no país, enquanto o déficit habitacional, de acordo com o próprio Ministério das Cidades, era de 5,8 milhões em 2008. O acesso à terra no Brasil também é muito desigual: 2,8% das propriedades rurais brasileiras são latifúndios e ocupam mais da metade da extensão territorial agricultável do país (56,7%), enquanto as pequenas propriedades ocupam apenas 7,9% da área total. O problema se agrava quando se cruza este dado com o da segurança alimentar (JÚNIA, 2016).

Você percebe que a utilização desse conceito amplo de saúde nos leva a pensar que:

- A discussão de saúde vai além da medicina e do conhecimento técnico, compreendendo-a não apenas como a ausência de doença;
 - Vários setores e serviços são responsáveis pela proteção, promoção e recuperação da saúde;
 - A saúde representa diretamente o desenvolvimento de um país, pois o bem-estar das pessoas e da sociedade possui relação direta com os níveis sociais e econômico dos países.
- E então? Estamos no caminho certo?



Atividade 3

Compreendendo a Reforma Sanitária e Constituição Cidadã

Objetivo

Compreender a conjuntura em que se deu a reforma sanitária e Constituição Cidadã.

Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do texto 2 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 45min

Texto 2

Reforma sanitária e constituição cidadã

Hoje sabemos que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Mas com o que já vimos até aqui, você acha que sempre foi assim? Tenho certeza que sua resposta foi não.

Já vimos, que durante muito tempo foi predominante no Brasil a ideia de cidadania regulada, ou seja, somente tinha acesso à assistência quem tinha carteira assinada, o trabalhador formal.

Verificamos também, que o investimento na saúde, por parte do Governo, se deu praticamente no setor

privado, ocorrendo de forma muito mais intensa durante a Ditadura Militar.

Assim, você concorda que historicamente o Estado brasileiro excluiu de sua responsabilidade grande parte da população ao acesso a serviços e bens sociais necessários à sobrevivência do indivíduo, incluindo aqueles relativos à saúde? E que a busca desses direitos foi uma luta sempre presente e crescente?

Durante o governo militar, com as crises econômicas e sociais, o atendimento à saúde, que já não era bom,

começou a piorar. Praticamente não existia investimento e ações de saúde pública com foco na promoção e prevenção. As doenças infectocontagiosas não foram controladas e as doenças da modernidade não paravam de crescer. Além disso, existia corrupção e falta de atenção do governo em todas as áreas sociais. Os brasileiros não estavam satisfeitos com os serviços prestados e queriam mudanças.

E então, o que aconteceu?

Ainda dentro do período da ditadura militar, se organizaram no Brasil diversos grupos, ligados principalmente às universidades, que começaram a se encontrar para discutir as questões relativas à saúde. No início, essas pessoas se reuniam nos fundos de bares e restaurantes, já que o período era de repressão.

Já ao final do período militar, esses grupos se uniram aos movimentos sociais também crescentes na época e juntos organizaram o movimento sanitaria. Este movimento questionou o sistema de saúde vigente, e desencadeou a Reforma Sanitária no âmbito da redemocratização do País, com grande participação popular.

Você sabia?

Você já parou para pensar no significado do termo Reforma Sanitária? Essa expressão vai além de significar mudanças para a saúde, ela engloba a ideologia do pensamento médico-social, também chamada de teoria social da medicina. Envolve uma ruptura de paradigma com relação às políticas de saúde empregadas até então, muito focadas nas ciências biológicas, bem como, a forma de buscar saúde e de ofertá-la à população. Assim, a expressão incorpora à saúde as questões sociais e culturais, além do autocuidado e do empoderamento, por meio da consciência sanitária. Você conhecerá um pouco mais sobre esse movimento no próximo texto.

Os ideais do movimento da Reforma Sanitária envolviam a saúde para todos de forma igualitária. Além disso buscava trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de agravos, com foco na mudança do modelo de atenção, então hospitalocêntrico, direcionado ao atendimento no hospital, realizado pelo médico e focado na doença, para um modelo focado na saúde, considerando seu conceito ampliado, já visto anteriormente.

Essas ideias já estavam sendo discutidas em todo o mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma agência internacional de grande credibilidade e especializada em saúde, e foi o grande plano de fundo da Conferência Internacional de Alma Ata, realizada na República do Cazaquistão em 1978. Essa conferência teve como lema: Saúde para todos no ano 2000. Ela também discutiu a importância da saúde pública, de priorizar a promoção, prevenção e a atenção primária.

Assim, todas essas questões refletidas e pensadas pelo movimento da Reforma Sanitária foram levadas para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada em 1986. Nesta conferência foram criados e discutidos os princípios e diretrizes do SUS, que serão cenários do próximo capítulo. Além disso, promoção, prevenção e atenção primária também foram foco nessa conferência.

Os ideários da Reforma Sanitária e as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram incorporados na nova Constituição de 1988. Assim, temos escrito na lei máxima do Brasil que, saúde é direito de todos e dever do Estado e temos também na lei, a criação do SUS com seus princípios e diretrizes.

Você sabia?

Você conhece a nossa Constituição Federal, a chamada Constituição Cidadã? Você sabe o que ela significa e para que ela serve?

Você pode ler, na íntegra, os artigos da Constituição Federal que tratam do tema Saúde, que estão no Caderno de Anexos do curso.

Se tiver interesse, assista, também, a uma reportagem sobre a nossa Constituição no vídeo disponível em: <<http://migre.me/wvcZw>>.

Agora que você já aprendeu sobre o conceito ampliado de saúde, vamos conhecer melhor como a Constituição Federal de 1988 trata este assunto.

A Constituição define que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Para concretizar esse direito, afirma que o Estado deve oferecer acesso igualitário às ações e serviços de saúde para toda a população. Além disso, o governo deve garantir que suas políticas sociais e econômicas também produzam efeitos na saúde dos cidadãos, ou seja, não causem riscos e/ou danos que afetem o seu bem-estar. Isso significa dizer que as ações do governo relacionadas a temas como moradia, lazer, saneamento básico, educação, alimentação, renda e trabalho, por exemplo, também são parte importante da promoção da saúde.

Para refletir...

Você consegue perceber a relação entre a forma como a Constituição Federal de 1988 trata a saúde e o conceito ampliado de saúde que estudamos anteriormente?

Para concretizar o que foi preconizado na Constituição, em 1990, foram promulgadas as Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142, que regulam o SUS, estabelecendo as condições para a sua organização e funcionamento. Essas leis serão detalhadas no próximo conteúdo.

Então, agora que você já conhece o contexto da Reforma Sanitária, como conselheira e conselheiro você se identificou com alguma coisa? O que vocês fazem hoje está muito próximo daquele movimento. Na verdade, as conselheiras e os conselheiros foram criados para lutar pela garantia desses direitos. Na vida prática de vocês, o objetivo é continuar lutando pela efetivação da Reforma Sanitária com concretização cada dia maior do SUS e para que ele funcione de forma cada vez mais eficiente.

Agora, você pode articular o conceito ampliado de saúde com as questões apresentadas na Constituição de 1988. Isso porque, o setor saúde, durante o período da Reforma Sanitária e na busca da consolidação de um sistema público para todos, focou em um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva.

Em outras palavras, o ideário da Reforma Sanitária, concretizado na Constituição de 1988, em conjunto com o emprego desse conceito ampliado de saúde buscam uma satisfação individual e coletiva, que envolvem um conjunto de condições, bens e serviços para se ter saúde.

Saiba mais!

A forma de organizar um sistema de saúde e oferecer ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde à população varia muito ao redor do mundo.

Para conhecer experiências de outros países de forma crítica, procure assistir ao documentário do diretor norte americano Michael Moore, "Sicko: S.O.S Saúde" (2007). O filme mostra os obstáculos que a população dos Estados Unidos da América enfrenta para ter acesso à saúde e compara essa realidade com experiências vivenciadas por moradores de outros países como Canadá, França, Inglaterra e Cuba.

Uma versão completa e legendada do documentário está disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VoBleMNAwUg>>.

Saiba mais!

Você se interessou pela discussão sobre os princípios do SUS?

Conheça mais sobre o assunto assistindo ao vídeo "Os princípios do SUS", da Série SUS, dirigida por Mayara Floss, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=PzVxQkNyqLs>>.

As bases legais do SUS

A partir deste momento, vamos continuar e aprofundar os conhecimentos com relação às Leis Orgânicas da Saúde. Foram essas Leis que começaram a definir a forma de organização do SUS como conhecemos hoje.



Atividade 4

Vivendo e compartilhando alguns dos princípios do SUS

Objetivo

Sintetizar e reforçar os conhecimentos relacionados aos princípios do SUS articulando/considerando as vivências das conselheiras e dos conselheiros.

Recursos necessários

Papel A4 e caneta.

Desenvolvimento

1. Os (as) participantes deverão realizar a leitura do Texto 3;
2. Depois deverão ser divididos em 6 grupos. Cada grupo ficará responsável por um dos princípios abaixo:

- Universalidade
- Integralidade
- Equidade
- Descentralização
- Regionalização
- Participação social

3. Em cada grupo, os(as) participantes deverão relatar um caso de concretização ou não relacionado ao princípio pelo qual está responsável. Ao final dos relatos, um caso deverá ser escolhido para apresentação em plenária.
4. Ao final de cada apresentação em plenária, o(a) docente refletirá com a turma sobre a pertinência do caso ao princípio pelo qual o grupo ficou responsável. Assim, o(a) docente poderá reforçar elementos conceitos relacionados aos princípios do SUS apresentados no texto 3.

Tempo Estimado: 02h

Texto 3

Leis 8.080/1990 e 8.142/1990: A luta sendo efetivada e regulamentada

Você sabia que apesar de o SUS ter sido criado e definido pela Constituição em 1988, ele foi regulamentado somente em 1990, por meio da Lei nº 8.080 e da Lei nº 8.142?

Com essas Leis são criadas as bases de funcionamento do SUS com seus princípios e diretrizes e entre eles como deveria ser a participação popular e o controle social.

É muito importante reforçar que as Leis Orgânicas do SUS concretizam um sistema de saúde orientado por um modelo de atenção integrado, mudando o modelo hospitalocêntrico focado na doença. Antes, a saúde era pensada como ausência de doença, agora já é de conhecimento geral que, para se ter saúde é necessário uma sociedade funcionando em todos os seus aspectos. Para uma pessoa ter saúde ela precisa de moradia, acesso ao ensino de qualidade, emprego, renda, lazer, entre outros. Mas isso, você já sabe não é mesmo?

O SUS veio para fortalecer essas questões. As ações desenvolvidas nos serviços do SUS não estão restritas às ações de assistência à pessoa com algum agravo ou doença. Mas também ações que viabilizam: o empoderamento do usuário e da comunidade para compreender e intervir sobre sua situação de saúde; ações de intervenção em ambientes de trabalho; imunização; ações de vigilância ambiental; entre outras. Em outras palavras, o SUS

prioriza a integralidade do cuidado, que envolve a assistência, a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Vamos entender então como essas ações são colocadas em prática? Como você acha que um sistema tão complexo vai funcionar?

Você Concorda que primeiro é importante definir ideários, conceitos, princípios e diretrizes? E foi isso mesmo que essas Leis trouxeram. Elas definiram os princípios do SUS. Mas você sabe o que é um princípio?

Princípio é algo fundamental, principal, essencial, ou seja, uma regra que não pode ser quebrada. Assim, o SUS é regido por princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e Equidade; e por princípios organizativos: Descentralização, Hierarquização, Regionalização e Participação Social.

Vamos conhecer e discutir cada um deles. Enquanto discutimos aproveite para refletir sobre sua atuação como conselheira e conselheiro de saúde frente a esses princípios, certo?

Universalidade

Vamos começar com a **Universalidade**, em que todos têm direito à saúde e aos serviços de saúde que necessitarem, independente de sua condição socioeconômica.

Você como conselheira e

conselheiro de saúde percebe a evolução desse princípio no nosso sistema de saúde? Lembra que antes do SUS o acesso aos serviços de saúde era garantido somente para quem tinha carteira de



trabalho assinada? Então, quando, no seu município, todos estão tendo acesso e direito à saúde e aos serviços de saúde você está garantindo a Universalidade, certo? Olha o tamanho dessa importância e responsabilidade.

Integralidade

O outro princípio fundamental é a **Integralidade**. Este é expresso como um conjunto de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de acordo com a necessidade do usuário. Isso traz como consequência o funcionamento integrado do SUS, ou seja, em rede. Vamos pensar em um exemplo:

Uma pessoa vai consultar em um posto de saúde, como são popularmente conhecidas as Unidades de Atenção Primária em Saúde, porque estava com dor no peito. Quando essa pessoa é atendida o médico percebe que ela está infartando. O médico chama uma ambulância e encaminha o paciente para o pronto socorro. No pronto socorro, esse usuário realiza exames e faz uma cirurgia. Depois disso, essa pessoa passa por recuperação e volta a ser acompanhada pela equipe do

posto de saúde.

Por esse princípio, o sistema de saúde precisa oferecer desde orientações de como fazer uma escovação correta dos dentes, como prevenir a proliferação de mosquitos até cirurgias ou tratamentos mais complexos como hemodiálise.

Outra parte do princípio da Integralidade diz respeito à efetivação da saúde como sistema buscado pela Reforma Sanitária e concretizado pela Constituição de 1988. Ou seja, aqui a saúde é vista como um todo, os órgãos, o corpo, a mente, o social, inclusive situação econômica. Então, para se fazer saúde precisamos unir conhecimentos científicos e populares, porque o indivíduo e a coletividade são constituídos por tudo isso. Aqui é muito importante a integração de ações tanto no campo da saúde articulando promoção, prevenção, assistência e reabilitação como os outros campos fora da saúde, como: educação, saneamento básico, segurança, entre outros.

Estudando esse princípio, do que você se lembra? Do conceito ampliado de saúde, certo? Percebe como tudo está interligado e que você como conselheira e conselheiro pode ser replicador desse conhecimento? Você pode e deve orientar sua comunidade da forma como tudo isso funciona e como o sistema se constitui.

Equidade

O terceiro princípio doutrinário é a **Equidade**. Será esse o mais difícil de entender? Acho que depois de hoje você não vai mais ter dúvidas sobre ele.

Equidade não significa igualdade, mas é a convivência entre diferentes e diferenças com o objetivo de reduzir as desigualdades. Trata-se de justiça social.

Além disso, Equidade também

está relacionada com o direcionamento dos recursos. Como assim? Bom, vamos supor que no seu município as pessoas adoçam mais de malária do que de hipertensão. Logo, você concorda que terá que ser disponibilizado para a sua cidade mais medicação para malária do que para hipertensão?

Outro exemplo, no seu município existe uma área que está totalmente descoberta de serviços de saúde, não existe lá um posto de saúde para atender a população. Então surge uma verba para a construção de uma unidade de saúde. Para qual local o Conselho Municipal de Saúde irá aprovar a construção deste posto? Assim, os serviços não são os mesmos em todos os lugares, é importante conhecer o território, conhecer a população, para que as prioridades sejam colocadas à frente. Isso também é Equidade.

Então, equidade é tratar os diferentes de forma diferente para que todos tenham direitos iguais. Entendeu?



Você, conselheira e conselheiro, precisa entender com muita clareza esse princípio, porque muitas pessoas ainda não compreendem e você precisa lutar para que ele seja concretizado, certo? Equidade não é dar para alguns e deixar outros sem, mas é dar mais para quem precisa mais, para garantir seus direitos.

Agora vamos falar dos Princípios Organizativos. Também são princípios, ou seja, são regras fundamentais que não podem ser quebradas, mas como o

próprio nome já diz, são organizativos, que vão dar forma e estabelecer o funcionamento do SUS. Os principais deles são: Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação social.

Descentralização

Descentralização significa que não está no centro, mas fora dele e no contexto do SUS, fora do centro e mais próximo das pessoas. Como assim?

A responsabilidade da saúde é compartilhada entre as três esferas do governo: União, Estado e Município, mas a gestão é local e o serviço prestado deve estar o mais próximo possível do usuário, mesmo que o financiamento tenha participação estadual e federal. Ou seja, as ações são descentralizadas da esfera federal e estadual para o município.

É esse princípio que faz com que os serviços do SUS sejam ofertados em todos os lugares e de preferência, o mais próximo possível da sua casa e que, os serviços mais básicos, que são muitas vezes os mais necessários, estejam disponíveis.

Você, conselheira e conselheiro, participa de forma muito efetiva na concretização desse princípio, já que compartilha de todas as decisões gestoras e ajuda no levantamento de prioridades e na definição da aplicação dos recursos.

Você pode estar se questionando: mas não é bem assim não! Nem todos os serviços estão próximos de mim.

Realmente, você está certo, os serviços de atenção primária, ofertados nos postos de saúde, que buscam intervir na maioria das condições de saúde das pessoas, ficam bem próximos de nós, mas os mais complexos, que utilizam de grandes tecnologias, como em hospitais e centros de especialidades nem sempre.



Você concorda que não tem como ter um mamógrafo em cada Unidade de Saúde? Um centro cirúrgico em cada Unidade de Pronto Atendimento (UPA)? Se quisermos isso ficaria inviável, por mais dinheiro que tivéssemos, certo?

E a Lei nº 8080/90 não pensou diferente. Ou seja, a Descentralização é complementada e melhor compreendida quando estudamos a Hierarquização e a Regionalização.

Hierarquização

A **Hierarquização** classifica os serviços do SUS de acordo com a sua complexidade. Existem ações que são básicas como a imunização e o pré-natal de baixo risco e existem outras ações bem mais complexas, como uma cirurgia cardíaca, hemodiálise e transplantes.

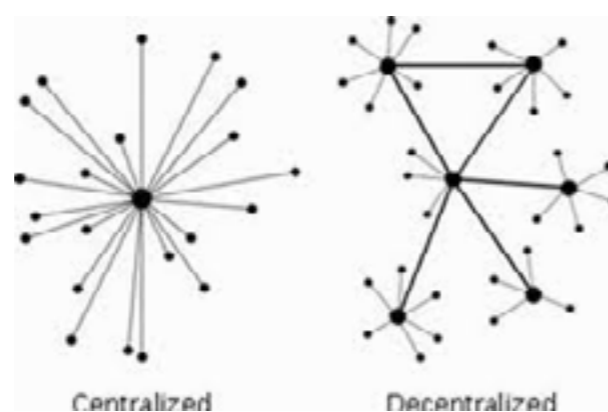
Essa complexidade envolve também o financiamento. Os serviços mais complexos – aqueles em que são utilizadas tecnologias de alta densidade, como por exemplo, tomógrafos, próteses e “stents” – são financiados pelo Estado e pela União enquanto que os básicos pelo Município.

Por tudo isso, os serviços básicos estão perto de você, sendo ofertados no posto de saúde enquanto que os mais

complexos às vezes não, pois precisam estar organizados por um conjunto de municípios e em rede e aí entra a Regionalização. Isso porque menos pessoas precisarão deles e por eles serem mais caros é necessário se dispor por região.

Regionalização

A **Regionalização** organiza essa rede e organiza esses serviços mais complexos de forma regionalizada, baseado em um Plano Diretor de Regionalização, o famoso PDR, onde as regiões foram estudadas e organizadas de forma que comportassem os serviços complexos e pudessem atender a população de forma mais ampliada.



Segue um exemplo para ficar mais claro:

Vamos supor que você mora em Rochedo de Minas e faz acompanhamento da sua glicose todo mês no posto de saúde porque você é diabético. Com o passar do tempo sua doença complicou e você precisou de um especialista. Então, você foi encaminhado para atenção secundária que é ofertada em São João Nepomuceno, uma cidade maior e que os especialistas atendem várias cidades ao seu redor. Ao passar pela consulta com o especialista você descobriu que vai precisar de hemodiálise e foi encaminhado para Juiz

de Fora, local mais próximo de você que oferece esse serviço mais complexo.

Ou seja, o serviço está organizado em rede de forma hierarquizada e de forma regionalizada.

Assim, você, conselheira e conselheiro, precisa conhecer sua região e a rede que compõe seu município. Que tal, se você ainda não conhece, ficar com esse dever de casa?

Participação social

Para que tudo isso aconteça precisamos do último princípio que vamos ver, que é a Participação Social ou Participação da Comunidade. Para que o SUS possa atender as necessidades da população todos nós precisamos participar das decisões sobre as ações que serão executadas no SUS, além de contribuir no seu acompanhamento. Uma das formas disso acontecer é a participação nos Conselhos Municipais de Saúde, instância do próprio SUS de participação popular.

Um CMS bem organizado e cumpridor de seus deveres garante que a população participe do processo de construção do SUS e decida sobre o funcionamento dos serviços, como, por

exemplo, onde será o melhor local para implantar um novo posto de saúde ou o melhor horário de atendimento do serviço.

Existem outras formas de Participação da Comunidade no SUS e você irá aprofundar esse conhecimento na próxima unidade de estudo.

Agora, você já sabe que cada esfera governamental tem suas responsabilidades na gestão do SUS, sabe também que o usuário é parte integrante do processo de construção do sistema. Com isso, podemos refletir sobre o verdadeiro papel como conselheira e conselheiro e que o sucesso desse sistema depende da participação de todos.

Por fim, é preciso deixar claro que a Participação Social é regulamentada pela Lei nº 8.142/90 em conjunto com o financiamento da saúde. Alguns pontos do financiamento já foram apresentados aqui, mas você também terá uma unidade específica para abordar os critérios de financiamento, formas de alocação dos recursos, entre outras questões.

Prontos para o próximo conteúdo? Antes de conhecê-lo, vamos realizar uma atividade para reforçar os princípios do SUS.

Organização e regulamentação do SUS



Atividade 5

Conhecendo a organização e regulamentação do SUS

Objetivo

Conhecer o processo de organização e regulamentação.

■ Desenvolvimento

O(a) docente realizará exposição dialogada do texto 4 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 1h30

Texto 4

O SUS: Um processo constante de construção

Vocês sabem que o SUS não parou de ser construído. Ele não está pronto e nos dias atuais esse processo ainda acontece com o objetivo de modernizar, atualizar e melhorar o sistema, para que seja ofertado da melhor maneira à população.

Com o passar do tempo, com a aplicabilidade e efetivação do sistema, foi verificado a necessidade de melhorias, reformas e novas demandas, e assim, foram criadas outras regulamentações.

Ao falar do SUS, não podemos deixar de conhecer e aprofundar o Decreto

nº 7.508/2011. Este Decreto foi publicado e instituído 21 anos depois da publicação da Lei nº 8.080/1990. Mas, você sabe por que esse Decreto surgiu?

Ele surgiu com o objetivo de definir critérios operacionais para a organização do SUS e contribuir para que cada ente governamental assumia suas responsabilidades na gestão da saúde, de forma que os usuários do sistema tenham mais serviços de saúde com qualidade, bem como seja propiciada uma melhoria do acesso aos mesmos.

Assim, o Decreto nº 7.508/2011 regulamenta a Lei nº 8.080/1990 ofertando mais transparência na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações intergovernamentais e maior controle social.

Mas, o que esse Decreto efetivamente muda no SUS?

A regulamentação do SUS expressa por meio do Decreto nº 7.508/2011 aprofunda conceitos e apresenta algumas inovações com o objetivo de aprimorar a implementação do sistema de saúde com base nos princípios presentes na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/1990. São eles: Regiões de Saúde, Mapa de Saúde, Planos de Saúde, RENAME, RENASE e o COAP. A partir de agora vamos apresentar cada um desses elementos.

Prontos para ampliar seus conhecimentos?

Um dos maiores desafios do SUS é o acesso, concorda? Com esse Decreto o SUS busca concretizar o acesso de todos que precisam, de tudo que precisam, em todas as cidades do Brasil. Para isso, o Decreto reforça a importância e a necessidade da efetivação das Regiões de Saúde e a concretização das Redes de Atenção à Saúde.

Mas, mesmo assim, continua a pergunta: o que mudou?

O Decreto ratifica e incrementa o conceito referente às Regiões de Saúde, já apresentado em legislações anteriores. Trata-se de uma inovação do sistema, com foco na regionalização, que se constituem por municípios vizinhos identificados pela cultura, hábitos de cada população. Tem o objetivo de promover ações integradas entre esses municípios no que se refere ao atendimento à saúde. Com as regiões de saúde instituídas.

O SUS pode otimizar os recursos e planejar os serviços de saúde de forma

mais eficiente. Consultas e procedimentos são melhores organizados em uma rede de serviços de forma hierarquizada, sendo que tudo começa pela Atenção Primária, coordenadora e ordenadora de todo o sistema.

Redes de Atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Ministério da Saúde, 2010).

Vamos dar um exemplo para você entender o que são e como funcionam essas redes.

Você não está passando bem e precisa de um médico. Geralmente o primeiro atendimento será na unidade de saúde mais próxima da sua casa (Atenção Primária). O médico que te atendeu verificou que sua pressão está muito alta e não está sendo controlada de forma adequada. Para resolver esse problema você necessita de um exame mais complexo, de um procedimento que não é ofertado no posto, então o médico te encaminha para uma policlínica, para um hospital maior ou para os institutos especializados, que geralmente ficam no maior município da região. Depois de passar por esses serviços você necessita de um acompanhamento, então você irá frequentar também um centro especializado em hipertensos, que também faz parte da rede de atenção.

Mas, você pode estar se perguntando: nós já tratamos disso anteriormente? É verdade, já abordamos isso quando falamos dos princípios do SUS. É bom deixar claro, que o Decreto nº 7.508/2011 não destitui nenhum desses princípios, ele só organiza e estrutura o funcionamento dos mesmos.

Para essa rede funcionar, o Decreto

determina que as Regiões de Saúde tenham seus Mapas de Saúde. Esses são instrumentos utilizados para identificar as necessidades de saúde de cada região e os serviços ofertados naquele território. O Mapa vai orientar o planejamento integrado dos diversos municípios que compõem a Região de Saúde e com o Mapa cada município irá elaborar seus respectivos Planos de Saúde.

E você, conhece a sua Região de Saúde? Imagina quais são os desafios que os gestores enfrentam para colocar um conjunto de municípios atuando de forma compartilhada em uma região?

Vamos recapitular para entender melhor.

Rede de Atenção à Saúde, como o próprio nome já diz, se trata de uma rede, ou seja, algo coeso, articulado, certo? No SUS essa rede articula os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), com base em territórios específicos (regiões de saúde) e de acordo com a necessidade da população (mapas de saúde). Mas, e os Planos de Saúde que falamos agora a pouco?

Os **Planos de Saúde** englobam uma série de metas, objetivos, diretrizes e propostas para cada município, estado e para o nível federal. Cada um desses entes irá construir seu Plano de Saúde de forma coordenada e baseado nas realidades locais. Neste documento também deve constar os investimentos em saúde. O **Plano de Saúde** é o plano de governo para a saúde, envolvendo todas as áreas: assistenciais, promoção, prevenção e reabilitação. Os Conselhos Municipais de Saúde são responsáveis por aprovar os planos, bem como, fiscalizar seu cumprimento. O **Plano de Saúde** em conjunto com outras estratégias são instrumentos de gestão e de planejamento

do sistema, que estudaremos na Unidade Didática 3, então não se preocupe se ainda não ficou claro para você.

Uma coisa que já deve ficar claro: o município precisa estar preparado para atender a maioria das necessidades de saúde dos usuários, as outras necessidades, as mais complexas, serão atendidas no âmbito das **Regiões de Saúde**, definidas e englobadas à **Rede de Atenção**.

Mas, para isso ocorrer deve existir uma interação e uma cooperação entre os gestores dos diferentes entes, concorda?

Existem espaços previstos para que de fato isso ocorra, os quais chamamos de instâncias de pactuação. Para atender aos objetivos do SUS, a articulação se dá por meio de fóruns de negociação como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que engloba nível municipal e Estadual e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que engloba Município, Estado e a União.

Hoje, com o Decreto nº 7.508/2011, temos também a Comissão Intergestores Regional (CIR), que envolve a articulação de forma regionalizada, uma estratégia para reforçar a regionalização como processo orientador da organização do SUS. Todo e qualquer projeto, financiamento, mudanças possíveis entre outras situações, precisam passar por essas instâncias de negociação para serem aprovadas e colocadas em prática. O Conselho Municipal de Saúde é um ator principal nesse processo, pois as aprovações nessas instâncias dependem também da previa aprovação do conselho.

Além disso, o Decreto nº 7.508/2011 também procurou orientar o que o SUS deve ofertar para atender a integralidade e manter a população informada sobre isso por meio da RENASES e a RENAME.

Mas, o que é **RENASES** e a **RENAME**?

Vamos entender melhor?

A **RENASES** é uma lista de ações e

serviços que o SUS oferece a população. O significado ao pé da letra é: Relação Nacional de Serviços de Saúde. Essa relação engloba todos os serviços de mamografia, radiografia, acupuntura, exames de rotina, exames específicos, testes e procedimentos complexos, entre outros, além de todos os outros serviços como: vacinas, cirurgias e as ações de promoção e vigilância.

Já a **RENAME** é a lista de medicamentos que o SUS disponibiliza para a população de acordo com as suas necessidades. A sigla significa: Relação Nacional de Medicamentos.

Essas duas relações são nacionais, ou seja, são amplas e servem como base para todos os cantos do país. Então, elas servem de apoio para que Estados e Municípios construam as suas relações específicas, já que estes poderão complementar estas relações, caso necessitem.

Mas aí você pode perguntar: e se o Estado ou Município quiser ofertar ações e medicamentos que não estão na lista? Eles poderão, seguindo as normas de planejamento, incluindo tais ações e/ou medicamentos no Plano de Saúde, que deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pactuado na CIR, CIB e, se necessário, na CIT.

Mas, mesmo assim, você concorda comigo que não é possível oferecer todos os serviços e medicamentos existentes? Isso seria inviável até para o país mais rico do mundo. Assim, essa relação padroniza ações e medicamentos baseado em estudos e considerando preço, segurança, patologias, necessidades locais, entre outros fatores. Vamos dar um exemplo para ficar mais claro.

Um usuário procura o SUS e ele tem asma. O médico tem muitas opções para medicá-lo dependendo da gravidade

do caso, certo? Dependendo também da gravidade esse usuário terá acesso a medicamentos no próprio posto de saúde, já se a prescrição envolver medicamentos de alto custo ou os chamados estratégicos esse usuário irá retirá-los a nível Estadual. Mas, vamos supor que o médico prescreveu um medicamento novo, muito caro, sem tentar nenhuma outra opção possível. Esse medicamento novo e caro ainda não está disponível no SUS.

Mas, por que não está?

Porque o SUS possui uma área de avaliação de novas tecnologias, que vai estudar se aquele medicamento realmente tem grandes vantagens sob os outros, para quem ele será mais indicado, se vale a pena ofertá-lo para todos, se o custo compensa os benefícios, entre outros fatores. Por isso, nem todas as opções possíveis estão no SUS.

Isso também é equidade, concorda? Otimização dos recursos, ou seja, utilizar os recursos da melhor maneira possível, atendendo a necessidade da maioria. Claro que, se uma pessoa asmático, que já tentou todos os tratamentos disponíveis no SUS e a única possibilidade para ele for o que não está disponível, ele poderá sim buscar que seus direitos sejam atendidos, seja por meios administrativos ou judiciais.

Portanto, podemos concluir o seguinte: para formar as Regiões de Saúde, os Mapas de Saúde e o processo de planejamento regional é necessários fortalecer a governança do SUS. Para isso, o Decreto nº 7.508/2011 ratifica as Comissões Intergestores Estaduais (CIB) e Federal (CIT) e institui a CIR (Comissão Intergestores Regional), que já citamos anteriormente.

Para que tudo isso que estudamos até aqui seja efetivado e viabilizado de forma legalmente instituída, o Decreto

definiu o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP. É neste contrato que os Estados, Municípios e a União deixam claro as responsabilidades de cada um referente às ações e serviços do SUS, aprimorando os processos implantados com o Pacto pela Saúde.

Esse contrato é um pacto entre entes, ele remete àquele documento que assinamos quando vamos comprar um carro, abrir uma conta no banco, quando vamos precisar de algum serviço. Aqui ele é assinado entre as instâncias governamentais e nele estará determinado o que cada um irá fazer, as diretrizes, os objetivos e metas de atendimento, prazos de execução e investimentos de cada ente em cada região, com maior transparência para a população. Neste contrato também irá constar a programação das ações e dos serviços de saúde incluindo: promoção, assistência, vigilância em saúde e assistência farmacêutica. Assim, o cidadão exercitando o controle social através dos Conselhos Municipais de Saúde pode cobrar de cada nível suas responsabilidades com mais clareza dos processos e maior eficiência.

Ficou claro para você como o SUS está funcionado hoje? É de suma importância que você saia dessa unidade sabendo isso, pois você como conselheira e conselheiro de saúde é peça fundamental para um efetivo e coeso funcionamento do SUS. Então vamos fazer um apanhando geral?

O Decreto nº 7.508/2011 que acabamos de estudar é a mais recente regulamentação das Leis nº 8.080 e nº 8.142. Ele definiu e aprofundou os conceitos de Regionalização, Hierarquização, Região de Saúde e Contrato entre os entes públicos. Oficializou a Atenção Primária como porta de entrada e coordenadora do acesso ao SUS, criou o COAP como instrumento para estabelecer a relação entre as esfe-

ras de governo. Ele ainda definiu o planejamento integrado, apresentando o Mapa da Saúde como ferramenta importante para descrição das necessidades de saúde da população e das ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS naquela região. Criou a RENASES e aperfeiçoou a RENAME. Então, você concorda comigo que esse Decreto precisa urgentemente ser colocado em prática? Ele qualifica o acesso do usuário ao SUS com maior integração entre os entes públicos, traz maior eficiência no atendimento básico e especializado, transparência no cumprimento das ações e maior poder de fiscalização para o controle social.

Para refletir...

Como está a aplicabilidade desse Decreto nº 7.508/2011 em seu Município, Região e Estado? Você sabe o que está sendo feito para colocá-lo em prática?

Saiba mais!

Dicas de leitura:

Se quiser aprofundar seus conhecimentos sobre a forma de organização do nosso sistema de saúde, sugerimos a leitura do livro: Matta, Gustavo Corrêa. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. O livro também está disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>>.

Dicas de vídeos:

Série SUS – Programa 2 – Porque o SUS hoje é assim? Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wV_SPOJfqgk>.

Saúde: o Decreto 7.508 e a organização do SUS Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=p6hZ9yzi-Fc>>.

O SUS: avanços e desafios

Dinâmica: Jogo “Avançou ou Desafio”

Objetivo

Explorar a realidade e a experiência das conselheiras e dos conselheiros para ilustrar avanços e desafios do SUS.

Recursos necessários

Garrafa pet vazia.

Desenvolvimento

- Os (as) participantes farão a leitura do Texto 5;
- Em seguida, os (as) participantes se sentarão em um círculo e o docente colocará uma garrafa pet no centro do círculo para que possa ser girada;
- Ao girar a garrafa, o (a) participante selecionado (a) pela ponta da garrafa deverá

informar um avanço que percebe em seu município, enquanto outro participante que for selecionado pela base da garrafa deverá indicar um desafio;

- Os avanços e desafios relatos pelos (as) participantes deverão obedecer à ordem de temas contida no Quadro Síntese 2:

Universalidade
Financiamento
Modelo institucional do SUS
Modelo de atenção à saúde do SUS
Participação social

- A cada duas rodadas (giros de garrafa) o tema deverá ser alterado na ordem especificada acima e o docente problematizará as questões apresentadas para discussão entre os (as) participantes;
- O(a) docente deverá problematizar os relatos em relação ao conteúdo apresentado na seção.

Tempo estimado: 1h30

Texto 5

Avanços e Desafios

O SUS é hoje, no mundo, um dos sistemas mais completos de saúde pública, porque leva em consideração o indivíduo de forma integral, sua família, sua comunidade e o seu cuidado. Além disso, o

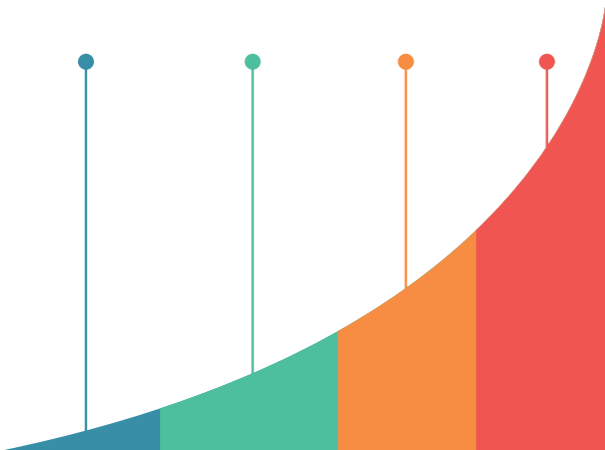
SUS trabalha a saúde prestando assistência, promoção, prevenção e reabilitação.

O SUS vem ampliando suas ações voltadas para promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde com maiores

investimentos nas ações preventivas fortalecendo a Atenção Primária. Desde a sua criação o SUS cresceu em qualidade e quantidade como:

- Inovações institucionais com intenso processo de descentralização das ações para os municípios, colocando os serviços e a gestão mais perto do usuário;
- Aperfeiçoou o acesso;
- Qualificou o planejamento e a gestão;
- Aumentou seu atendimento tanto na atenção primária, secundária e terciária;
- Aumentou o número de agentes comunitários e saúde e o número de equipes da saúde da família;
- Criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), aumentando o escopo de profissionais na atenção primária;
- Agregou a saúde bucal aos serviços de atenção primária;
- Aperfeiçoou e ampliou o controle social, dando mais transparência ao sistema;
- Aumentou seu escopo tecnológico, oferecendo mais serviços e medicamentos;
- Aperfeiçoou o programa de imunização;

/ 40



Para refletir...

O que mais você, conselheira e conselheiro de saúde, acrescentaria nesses avanços? Quais avanços referentes ao SUS em seu município você pode apresentar?

Têm sido muitos os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar. Dentre eles, distinguem-se: o desafio da universalização; o desafio do financiamento; o desafio do modelo institucional; o desafio do modelo de atenção à saúde e o desafio da participação social.

Para conhecer melhor sobre este debate, utilizaremos a contribuição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O **Quadro Síntese 2** contém reflexões sobre os principais desafios para a consolidação do SUS. A cada desafio apresentado não deixe de pensar na sua realidade, nos desafios do SUS do seu município, certo?

Bom, então vamos lá!

Quadro Síntese 2: desafios para o consolidação do SUS

Desafios para o SUS

O que significa?

Universalidade

De maneira geral, a opção por sistemas de saúde que atendem toda a população, se dá em sociedades em que os valores de solidariedade se sobressaem. Entretanto, o que vemos no Brasil é a coexistência de acesso público e privado aos serviços de saúde, conformando um sistema segmentado ou misto, onde parte dos brasileiros utilizam sistemas privados exclusivamente ou em conjunto com o público. Vários estudos apontam que sistemas de saúde segmentados causam iniquidade, ou seja, são contrários ao referencial da justiça e da equidade. Esta realidade pode ser facilmente observada em nossa realidade. Isso significa que a opção por um sistema público universal no Brasil ainda não foi feita em caráter definitivo. E responder a esta demanda exigirá uma posição sobre o quanto nossa sociedade estaria disposta a pagar por esse sistema público. Portanto, um desafio que pode incomodar fortemente os interesses de indivíduos e de grupos que estão em posição privilegiada na sociedade brasileira (CONASS, 2006).

Financiamento

No SUS, os recursos financeiros são insuficientes para atender ao princípio da universalidade (CONASS, 2006). Além disso, é necessário melhorar a qualidade do investimento, orientando-o de acordo com estudos do uso de tecnologias que indiquem a melhor forma de organizar e ofertar os serviços nas unidades de saúde (UGA et al, 2012).

Modelo institucional do SUS

O Brasil é um país federativo, ou seja, possui um governo central (nacional) e governos descentralizados (estados e municípios), com autonomia e poderes únicos e concorrentes sobre um mesmo território. Atuam, portanto, a partir de competências pactuadas. Nesse contexto, o desafio do modelo institucional do SUS é o de operar um sistema que exige pactuações e relação de cooperação e solidariedade entre os entes de modo a garantir o acesso integral à saúde (CONASS, 2006).

Modelo de atenção à saúde do SUS

Modelo de atenção é a forma de organização dos serviços de saúde de diferentes complexidades e busca responder à situação de saúde da população. Há diversos modelos existentes que, muitas vezes, coexistem em um mesmo sistema de saúde (modelo médico centrado; modelo da estratégia de saúde da família, etc). O grande desafio no Brasil é encontrar a combinação de tecnologias e abordagens mais adequadas para os perfis epidemiológicos locais, considerando a heterogeneidade de realidades de saúde do país (PAIM, 2012).

Participação social

As diversas formas de participação social possuem relação direta com o grau de consciência política, mobilização e organização da sociedade. No Brasil, precisamos avançar mais nesses aspectos, de modo que tenhamos não apenas Conselhos de Saúde implantados, mas que sejam atuantes na formulação de estratégias que efetivem os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL/CONASS, 2006).

/ 41

Bom, como vimos, os avanços existem, porém, os desafios são inúmeros e por isso não podemos parar de lutar e de buscar a efetivação da saúde pública implantada pela Reforma Sanitária e definida na Constituição de 1988.

Com esses desafios foi possível verificar a grande importância da conselheira e do conselheiro de saúde no município, não é mesmo? Com relação aos avanços e desafios, como você enxerga a realidade de seu município?

REFERÊNCIAS

BASTOS, G. N. SUS: Dos aspectos históricos a atualidade. 2014. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/EduardoHonorato2/slides-sus>>. Acesso em 03 mai.2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. cesso em 03 mai.2017.

JÚNIA, R. O que é ter saúde?. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2016. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-que-e-ter-saude>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

FLOSS, M. Os princípios do SUS. Série SUS. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=PzVxQkNyqLs>>. Acesso em: 01 Abr. 2017.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries, Saúde no Brasil 1, Bahia, 2011. Disponível em: < http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em 26 mar. 2017.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. IN: GIOVANELLA, L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. RADIS Comunicação em Saúde, n. 10, junho de 2003: 12.

PINTO, L. H. Promoção à Saúde, o Ambiente e Medicalização da Saúde. 2011. Disponível em: <<http://saudeambientebr.blogspot.com.br/2011/02/promocao-saude-o-ambiente-e.html>>. Acesso em: 03 mai.2017.

UGA, M.A.D.; PORTO, S.M.; PIOLA, S.F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. IN: GIOVANELLA, L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BARRETO, M.L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. Ciência & saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329-338, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20388.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2011.

BERCOVICI, G. Dilemas da concretização da Constituição de 1988. Revista do IHJ. São Paulo, n. 2, p. 63-88, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS: vigilância em saúde. Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores, tomo 2. v.6.

MEDICI, A. 26 anos de SUS: Avanços e Desafios, 2014. Entrevista disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Ago 2010.

MORAIS, J.L.B.; NASCIMENTO, V.R. O direito a saúde e os “limites” do estado social: medicamentos, políticas públicas e judicialização. Revista Novos Estudos Jurídicos, Itajaí, v. 12, n. 2, p. 251-266, 2007.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde? SUS. IN: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 435-472.

Unidade Didática 2

Formas de Participação e de Controle Social nas Políticas Públicas de Saúde

B

erenice de Freitas Diniz

Militante da saúde pública, desde 1994, atuou como Auxiliar de Enfermagem, conselheira municipal de saúde em Betim/MG e no movimento sindical da saúde. Foi coordenadora da Gestão Estratégica e Participativa do SUS Betim e participa do Projeto Observatório do Controle Social do SUS (OBCS) desde 2010, desenvolvido pela PUC Betim/MG e município da Microrregião de Saúde de Betim e Contagem/MG. Possui produção acadêmica, experiência docente e de pesquisas na área de participação e controle social no SUS. É graduada em Ciência da Informação (PUC Minas), com especializações *lato sensu* no campo da saúde coletiva, mestrado em Ciências da Saúde pelo ICICT/FIOCRUZ e está cursando doutorado no Programa de Saúde Coletiva no Centro de Pesquisa René Rachou/Fiocruz (CPqRR/Fiocruz Minas).

Quadro Referencial

Temática	Atividades	Tempo Estimado
Participação, Democracia e Controle Social no Sistema Único de Saúde;	Dinâmica - Refletindo sobre a história do Brasil: Como foram as conquistas dos direitos sociais? Texto 1 – Participação, Democracia e Controle Social no Sistema Único de Saúde	01h30
Os Conselhos de Saúde e Órgãos de controle;	Atividade 1 – Refletindo sobre os mecanismos de controle social Texto 2 – Os Conselhos de Saúde Texto 6 - Órgãos de controle	02h30
Comunicação, Mobilização, Divulgação das ações do Conselho com a Sociedade e Educação Popular em Saúde;	Atividade 2 - Conhecendo mais sobre Comunicação, Mobilização e Divulgação das ações do Conselho com a Sociedade Texto 3 – Comunicação, Mobilização e Divulgação das ações do Conselho com a Sociedade	00h40
Conferências de Saúde	Atividade 3 – Organização das Conferências de Saúde Texto 4 – Conferências de Saúde	02h00
Instâncias de Pactuação, Comissões Intergestores e Plano Diretor de Regionalização	Atividade 4 - Conhecendo mais sobre as Instâncias de Pactuação, Comissões Intergestores e PDR Texto 5 - Instâncias de Pactuação, Comissões Intergestores e Plano Diretor de Regionalização	00h40
Vivências como conselheiras e conselheiros	Atividade 5 - Relembrando vivências	00h40
Carga Horária Total da Unidade Didática		08h

“Participação é um dos cinco princípios da democracia. Sem ela, não é possível transformar em realidade, em parte da história humana, nenhum dos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade. Falamos aqui de participação em todos os níveis, sem exclusão prévia de nenhum grupo social, sem limitações que restrinjam o direito e o dever de cada pessoa tomar parte e se responsabilizar pelo que acontece no planeta. Em resumo, cada um de nós é responsável pelo que acontece nas questões locais, nacionais e internacionais. Somos cidadãos do mundo e, portanto, co-responsáveis por tudo o que ocorre. A única forma de transformar este direito em realidade é através da participação.”

Herbert de Souza (Betinho)

Nesta Unidade vamos refletir sobre as formas de participação e de controle social nas políticas públicas de saúde. Será abordado o processo democrático do Brasil e os direitos sociais conquistados e garantidos na Constituição Federal de 1988. Vamos conhecer refletir sobre:

- A democracia brasileira e participação social;
- A estrutura dos conselhos de saúde e conferências de saúde;
- A educação permanente e popular em saúde;
- Os órgãos de controle para além dos conselhos de saúde.

O objetivo é, a partir das experiências de cada um, da realidade vivenciada e das leituras desse conteúdo, pensar sobre como podemos participar, organizar e fortalecer o controle social no SUS por meio dos conselhos de saúde.



Dinâmica

Refletindo sobre história do Brasil: Como foram as conquistas dos direitos sociais? Música: Alegria alegria – Caetano Veloso

Objetivo

Refletir sobre o processo de redemocratização no Brasil e a conquista dos direitos sociais na Constituição Federal de 1988.

Recursos Necessários

Computador com som ou aparelho de som com entrada para CD ou pendrive com a música gravada.

Desenvolvimento

- O (a) docente disponibiliza a música e convida a todos a cantar;
- Ao final, o (a) docente deverá promover uma reflexão sobre a letra da música, a partir das seguintes questões:
 - Você sabia que vários artistas na época da Ditadura Militar utilizaram diferentes linguagens para expressar seus sentimentos, ideias, opiniões em relação ao período?
 - Por que essa música foi importante para as lutas contra a ditadura militar?
 - Você conhece outras músicas com essas características?
- Em seguida o (a) docente realizará a leitura comentada do texto 1.

Tempo Estimado: 1h30

Música: Alegria, Alegria
Caetano Veloso

Caminhando contra o vento
Sem lenço, sem documento
No sol de quase dezembro
Eu vou
O sol se reparte em crimes,
Espaçonaves, guerrilhas
Em cardinales bonitas
Eu vou
Em caras de presidentes
Em grandes beijos de amor
Em dentes, pernas, bandeiras
Bomba e Brigitte Bardot
O sol nas bancas de revista
Me enche de alegria e preguiça
Quem lê tanta notícia
Eu vou
Por entre fotos e nomes
Os olhos cheios de cores
O peito cheio de amores vãos
Eu vou
Por que não, por que não

Ela pensa em casamento
E eu nunca mais fui à escola
Sem lenço, sem documento,
Eu vou
Eu tomo uma coca-cola
Ela pensa em casamento
E uma canção me consola
Eu vou
Por entre fotos e nomes
Sem livros e sem fuzil
Sem fome sem telefone
No coração do brasil

Ela nem sabe até pensei
Em cantar na televisão
O sol é tão bonito
Eu vou
Sem lenço, sem documento
Nada no bolso ou nas mãos
Eu quero seguir vivendo, amor
Eu vou
Por que não, por que não...

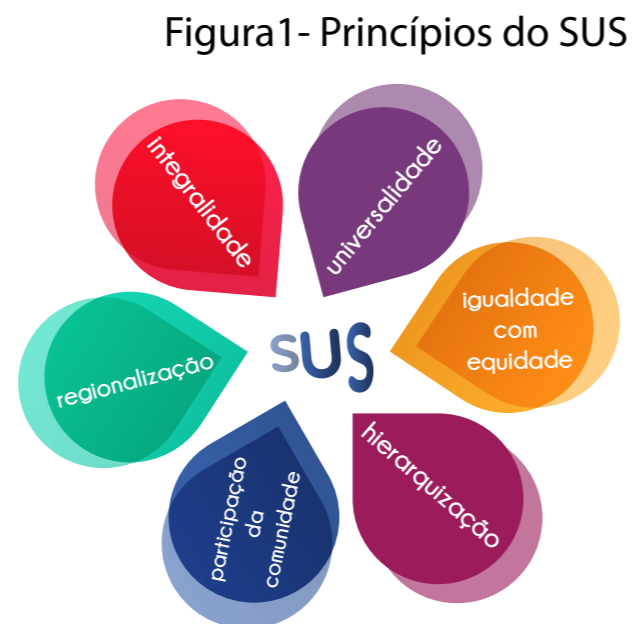
Participação, Democracia e Controle Social no Sistema Único de Saúde

Como você viu na Unidade anterior, o Brasil viveu uma ditadura militar até pouco tempo. O final da década de 1970 e os anos 1980 foram marcados pela luta da sociedade civil brasileira, que exigiu liberdades democráticas, fim da repressão, eleições diretas e participação da sociedade na definição e na elaboração das políticas públicas. Nesse contexto, foi promulgada a Constituição Federal do Brasil, em 1988, que **garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado** e definiu os princípios que regeriam o Sistema Único de Saúde (SUS). Você viu na Unidade anterior quais são esses princípios, vamos relembra-los?

Ampliação dos direitos sociais

Para debater a ampliação dos direitos sociais é fundamental conhecer o que é uma política social. Viana e Levcovitz (2005) discutem que uma política social consiste em uma atribuição definida politicamente, de direitos e de deveres legais dos cidadãos. As políticas sociais incidem na transferência de dinheiro e nos serviços com o objetivo de compensar condições de necessidade e de risco para o cidadão que goza de tal direito e que não consegue acesso com recursos financeiros próprios. Logo, os direitos sociais são a garantia de serviços que devem ser ofertados aos cidadãos para lhes assegurar uma vida digna.

O surgimento dos sistemas de



proteção social ocorreu na Europa (no final do século XIX) e se deu de forma diferente nas sociedades nacionais. O objetivo era introduzir arranjos mais igualitários e sua política devia ser social, compreendendo assim: relações, processos, atividades e instrumentos que possibilitem o desenvolvimento das responsabilidades **públicas na promoção da seguridade social e do bem-estar** (FLEURY e OUVREY, 2008).

Você sabia?

Que os sistemas de proteção social surgem para neutralizar ou reduzir o impacto dos riscos sobre a pessoa ou sobre a sociedade, tais como doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura etc.)
(VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p. 17)

No Brasil, os direitos sociais só foram garantidos na Constituição de 1988. Isso porque na década de 1980 começaram as liberdades democráticas, o fim da ditadura militar, a organização da sociedade civil em diversos espaços, como universidades, igrejas, partidos, escolas, etc. e a sociedade organizada participou de diversos movimentos para garantir e ampliar direitos.

Vamos conversar agora sobre democracia?

Mas o que é mesmo Democracia? O significado da palavra democracia vem do grego demos (povo), kratos (poder) e significa “poder do povo” (RIBEIRO, 2001). Portanto, podemos afirmar que o sentido da democracia é a soberania do povo, o povo escolhendo um determinado governo e participando das instâncias de decisão. Há diferentes tipos de democracia, como a democracia representativa e a democracia participativa.

Democracia Representativa

É um regime em que o povo escolhe seus representantes para que possam defender os interesses da população. A principal base da democracia representativa é o voto direto.

Democracia Participativa

É um regime em que deve haver mecanismos de controle com a participação da população sobre a administração pública.

O Brasil é um país regido pela democracia representativa, na qual os governantes e os representantes do povo são eleitos por meio do sufrágio universal, ou seja, por meio do voto popular. Nas

últimas décadas, a sociedade brasileira tem conquistado o direito à participação social na definição de políticas públicas. Nesse sentido, são exemplos de democracia participativa: os conselhos e as conferências de políticas públicas nas diversas áreas, como saúde, educação, assistência social, habitação, entre outras, que foram realizados com a participação da sociedade a partir da Constituição de 1988.

A participação social deverá se dar em nível local (município), regional (estados) e nacional (união), conforme definido em lei. Esses são os ambientes formalmente definidos no nosso país, que é um Estado democrático de direito. Em cada nível é debatida a política atual, os problemas vivenciados e os desafios. Após essas análises, são feitas propostas a serem implementadas pelo poder público.

Para você, o que é Estado Democrático e Estado de Direito?

O Estado de Direito é aquele que impõe a todos os cidadãos, sejam administrados ou administradores, o respeito à lei, em seu amplo espectro. Já o Estado Democrático traria outros temas de igual relevância e descritos na própria constituição, como a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político, todos conferindo efetiva participação da sociedade no trato da coisa pública
(LEMO FILHO, 2009).

Nesse contexto, os indivíduos têm diferentes intensidades em participar, de acordo com seus interesses e seus

conhecimentos (AVRITZER, 2007). Isso demonstra que os cidadãos mais engajados na luta pela saúde participam dos debates, das conferências e dos encontros relacionados a essa temática.

Para analisarmos o processo de democracia no Brasil, é importante refletir sobre nossa história recente, no que diz respeito ao surgimento e a atuação dos movimentos sociais no país. A partir do final da década de 1970 e nos anos 1980, os movimentos sociais retomaram a questão da democratização, questionando os mecanismos necessários para democratizar o Estado e torná-lo de fato público (MORONI, 2010). Tais movimentos levaram, além da luta pela democratização e publicização do Estado, à discussão e defesa da necessidade do controle social, incorporando cinco dimensões: formulação, deliberação, monitoramento, avaliação e financiamento das políticas públicas (orçamento público). Mais à frente veremos como essas dimensões estão incorporadas nos Conselhos de Saúde.

A discussão sobre democracia e sobre participação dos cidadãos nos leva a pensar no exercício da cidadania.

Mas então, o que é cidadania?

Podemos dizer que cidadania é um conjunto de direitos, meios, recursos e práticas que permite à pessoa participar efetivamente em todos os espaços públicos e de governo. **Devemos interligar nossos direitos e nossos deveres e assim contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária.**

Exercer nossa cidadania é ter consciência dos nossos direitos e das nossas obrigações, garantindo que sejam colocados em prática.

A Constituição Federal de 1988 é considerada por vários estudiosos como

uma Constituição cidadã, pois, além de garantir direitos sociais não assegurados antes pelo Estado, coloca a participação da sociedade na decisão de políticas públicas. O texto constitucional é aberto com os dizeres “Todo poder emana do Povo”, expressão essa que tem o intuito de definir que o povo é quem tem o poder em uma sociedade democrática.

Você sabia?

Os direitos sociais definidos pela Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 6º, são: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

Como vimos na unidade didática anterior, a **participação** da comunidade como princípio do SUS, é a garantia constitucional de que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. A Constituição, no entanto, não definiu como seria essa participação. Somente com as Leis Federais nº 8080, de 1990, e nº 8142, de 1990, foi definido a participação dos cidadãos no SUS.

Quanto maior o envolvimento da população na construção e na fiscalização das políticas públicas, maiores são as chances de êxito em sua efetivação (TOVAR, 2006). Para a saúde pública organizada no Brasil por meio do SUS, as práticas e os mecanismos de participação social constituem referências para a democracia participativa, que se dá formalmente **por intermédio dos Conselhos de Saúde** e das Conferências

de Saúde. Nesses espaços de participação existem representantes de segmentos de governo e prestadores de serviços, trabalhadoras e trabalhadores, usuárias e usuários da saúde.

Segundo a Lei Federal nº 8.142/1990, os **Conselhos de Saúde** são órgãos que funcionam permanentemente e têm a função de fiscalizar, acompanhar, avaliar e propor ações e políticas de saúde para uma determinada localidade, que pode ser de abrangência municipal, estadual ou nacional. Essa Lei determina também que as **Conferências de Saúde** devem acontecer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, e tem como responsabilidade avaliar as políticas de saúde. Além disso, as Conferências possuem caráter propositivo e decidem sobre as diretrizes a serem seguidas pela gestão dos serviços de saúde por um período determinado de tempo. Mais a frente discutiremos um pouco mais sobre os Conselhos e as Conferências.

Você sabia?

Além das formas de participação social na saúde previstas em Lei, podem existir outras formas de participação, como, por exemplo, as plenárias, as reuniões, as assembleias, os fóruns, os encontros e outras formas sobre as quais as cidadãs e os cidadãos se organizam em busca de um objetivo comum.

Vários estudiosos e pesquisadores no Brasil afirmam que os Conselhos e as Conferências são importantes para a sociedade acompanhar o andamento das políticas públicas e também são canais de articulação e diálogo entre o Estado e a sociedade (AVRITZER, 2012; LABRA, 2006; GOHN, 2004; MORONI, 2010).

Os Conselhos de Saúde e Órgãos de Controle



Atividade 1

Refletindo sobre os mecanismos de controle social

Objetivo

Conhecer o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, sua estrutura, normas legais, organização e atribuições.

Recursos Necessários

Pincel atômico, papel kraft, papel A4, fita crepe.

Desenvolvimento

- Dividir os (as) participantes em 4 grupos de acordo com os subtemas do Quadro 1;

- Cada grupo fará a leitura dos subtemas do texto 2 e do texto 6 (pág 85), de acordo com as questões norteadoras no quadro abaixo, relacionando o conteúdo com suas experiências e práticas no cotidiano do Conselho de Saúde;
- Após as discussões, os grupos apresentarão, uma síntese em plenária, abordando os pontos considerados mais importantes;
- Em seguida, o(a) docente poderá comentar as apresentações, reforçando os principais pontos e complementando o que for necessário.

Tempo Estimado: 2h30

Quadro 1 - Orientações para a Atividade 1

Tema dos Grupos	Um exemplo	Perguntas orientadoras para o trabalho em grupo
Grupo 1 <ul style="list-style-type: none">• Criação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS)• Organização dos CMS• Regimento do CMS• Orçamento do CMS	O conselho de saúde do município de LIBERDADE iniciou os seus trabalhos. Esse conselho está organizando sua estrutura para o seu funcionamento. Para isso ele teve que organizar a eleição dos seus membros, discutir e aprovar o seu regimento e também garantir seu orçamento anual. Para tudo isso ser feito, os membros do conselho tiveram que se reunir, discutir e organizar as suas atividades.	<ul style="list-style-type: none">• Como o CMS pode definir o seu funcionamento?• Como o regimento do CMS pode ser elaborado respeitando a participação de todos?• Como pode ser definido o orçamento do CMS?

Tema dos Grupos	Um exemplo	Perguntas orientadoras para o trabalho em grupo
Grupo 2 <ul style="list-style-type: none">• Estrutura e funcionamento• Organização das Reuniões do Conselho de Saúde• Deliberações – tipos e características• Comissões, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho	O conselho de saúde do município FRATERNIDADE está se estruturando. As conselheiras e os conselheiros estão discutindo os tipos de deliberações do conselho, a composição e as atribuições das câmaras técnicas e grupos de trabalho. Para isso o conselho deliberou sobre a criação de uma comissão provisória, composta paritariamente por representantes de todos os seguimentos. Essa comissão irá elaborar uma proposta de estrutura de funcionamento do conselho baseado nas normas legais e depois apresentará para a mesa diretora a ser encaminhada para a reunião ordinária para que todos possam conhecer a proposta, debater e deliberar.	<ul style="list-style-type: none">• Supondo que esse grupo é a comissão provisória, como vocês iriam propor a estrutura e funcionamento do CMS?• De acordo com a necessidade do conselho e da participação da comunidade, as reuniões serão realizadas em quais dias e horários?• Quais as câmaras técnicas que o conselho deve ter e porque?• Quando as comissões serão necessárias?
Grupo 3 <ul style="list-style-type: none">• Papel da conselheira e do conselheiro• Conduta ética das conselheiras e dos conselheiros• Como as conselheiras e conselheiros podem exercer suas atribuições• Representatividade e autonomia	O Conselho de saúde do município de IGUALDADE está nesse momento discutindo o papel da conselheira e do conselheiro de saúde, a conduta ética e como podem realizar as tarefas de acordo com as suas atribuições. Muitos ainda não sabem o seu papel e também tem dúvidas sobre o que é a paridade de gênero e a diversidade representativa dos movimentos sociais e entidades nos conselhos de saúde. Por isso o conselho está propondo uma palestra e um debate com um convidado do Conselho Estadual de Saúde para falar sobre o tema.	<ul style="list-style-type: none">• Na sua prática diária como você pensa que deve ser a conduta ética da conselheira e do conselheiro?• Como as conselheiras e os conselheiros podem exercer as suas funções?• O que podemos entender como representatividade e autonomia da conselheira e do conselheiro?• Porque é importante considerar as questões de paridade de gênero e diversidade de representação?• Como você pensa que deve ser a fala do Conselheiro Estadual de Saúde nessa palestra?
<ul style="list-style-type: none">• Papel do Conselheiro• Órgãos de fiscalização e controle (Texto 6)	O Conselho de saúde do município PAZ se queixa de diversos problemas na relação com a gestão. Eles não apresentaram a prestação de contas, se negam a dar informações às conselheiras e aos conselheiros. Também o conselho tem recebido denúncias de falta de medicamentos, mas o governo não explica o motivo dessa situação. O gestor municipal não homologou a deliberação do conselho de saúde que definiu sobre a realização da conferência de saúde. Por tudo isso, o conselho decidiu em plenário uma série de ações a fim de garantir que o governo cumpra a lei.	<p>Quais ações o conselho poderia aprovar para essa situação?</p> <p>Quais órgãos de controle o Conselho pode recorrer e porque?</p>

Texto 2

Os Conselhos de Saúde

O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública. É um importante mecanismo de participação, prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania. Como vimos, os conselhos são resultados de uma luta social para que o poder fosse compartilhado e não ficasse concentrado, dando voz à população na tomada de decisões.

No Brasil, a preocupação em se estabelecer um controle social forte e atuante torna-se ainda maior, em razão da extensão territorial do país e da descentralização geográfica dos órgãos públicos da União, estados, Distrito Federal e municípios. Por esse e outros motivos, a fiscalização da aplicação dos recursos públicos precisa ser feita com o apoio da sociedade (BRASIL, 2012).

Você sabia?

O Controle social na saúde é a sociedade controlando as ações do Estado?

Podemos afirmar que o Conselho de Saúde é um mecanismo de controle

social que integra a 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), ou da União (no caso do Conselho Nacional de Saúde) com composição, organização e competência fixadas em lei.

Os Conselhos de Saúde devem trabalhar na direção de fiscalizar as políticas de saúde em andamento, ao mesmo tempo em que devem discutir as políticas que serão implementadas, opinar sobre as prioridades e decidir o que for melhor para uma determinada população na sua área de abrangência e atuação. Isso quer dizer que o Conselho tem um caráter deliberativo.

Na Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde (CNS 453/2012), que aprovou novas diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, foram incluídas as atribuições dos conselhos, previstas na Lei Complementar nº 141, de 2012, e no Decreto nº 7.508, de 2011. Essas leis regulamentam a Lei nº 8080/90 e a Lei nº 8142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

Como a Resolução CNS nº 453/2012 define o Conselho de Saúde?

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012).

O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas,

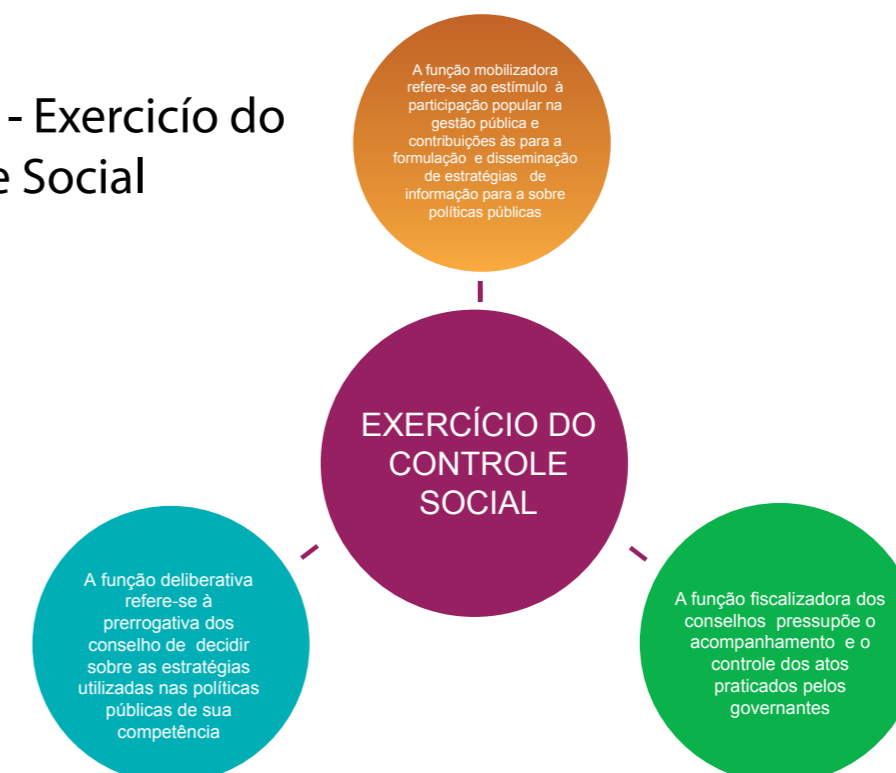
sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente.

A Resolução nº 453/2012 definiu também que os conselhos devem avaliar a organização e o funcionamento do SUS e, além disso, devem 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 de Saúde têm a responsabilidade, junto aos gestores, de contribuir para a formação de conselheiras e conselheiros comprometidos com a saúde, baseada nos direitos de cidadania de toda a população. Os conselhos 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.**

No diagrama abaixo, você pode observar as três principais funções dos Conselhos de Saúde:

Figura 2 - Exercício do Controle Social



Fonte: DINIZ, 2017

Criação e funcionamento dos Conselhos

A liberação dos repasses financeiros está condicionada à criação dos conselhos municipais de saúde (Lei nº 8.142/1990), cuja composição, baseada na Resolução CNS nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, apresentamos no diagrama a seguir.

Os conselhos de saúde são compostos pelos seguintes segmentos:

- Representantes dos gestores**
do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde Estadual e da Secretaria Municipal de Saúde;
- 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, entidades e movimentos sociais que tem atuação na área da saúde 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.

Fonte: DINIZ, 2017

Ainda de acordo com a Resolução CNS nº 453/2012, a composição deve ser **paritária** e ocorrer da seguinte forma:

25% de representantes das trabalhadoras e trabalhadores da saúde (psicólogos, agentes comunitários de saúde, médicos, profissionais de enfermagem, pessoal administrativo etc. sindicatos e conselhos profissionais).

25% de representantes de prestadores de serviços e gestores (instituições filantrópicas ou conveniadas e representantes do governo).

Composição dos Conselhos de Saúde

50% de representantes das usuárias e usuários (sindicatos, associações, movimentos sociais, etc)

Para **saber mais** sobre a composição do Conselho, consulte o livro “Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS”, disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf>.

Fonte: DINIZ, 2017

O Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais de Saúde, inclusive o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais têm discutido a importância da paridade de gênero e da diversidade representativa dos movimentos sociais e entidades nos conselhos municipais de saúde.

Organização dos Conselhos

Quem decide sobre o número de conselheiras e conselheiros?

O número de conselheiros será discutido no plenário do conselho, devendo ser avaliado qual a necessidade das conselheiras e conselheiros para cada localidade; É importante que seja discutido também nas conferências de saúde. Após definição, deve constar em lei de abrangência para cada conselho, municipal, estadual ou nacional.

Como são eleitos a conselheira e o conselheiro?

A conselheira e o conselheiro vinculado à organização governamental é indicado pelo ministro, pelo secretário estadual de saúde ou pelo secretário municipal de saúde. A conselheira e o conselheiro do órgão ou da entidade não governamental tem sua entidade eleita num fórum específico, ou seja, numa reunião convocada para esta eleição.

Importante!

A eleição dos conselheiros deve sempre ser democrática. Para isso, deve ser amplamente divulgada para toda a sociedade!

Como o conselho de saúde que você participa divulga as eleições?

Veja no quadro abaixo como são eleitos os membros de cada segmento:

Quadro 2- Eleições dos membros do CMS por segmento

Segmento	Como são eleitos?
Governo e prestadores de serviços	São indicados pelo governo. O Ministro da saúde, Secretários Estadual e municipal de saúde que indicam seus representantes.
Usuárias e usuários	São eleitos em plenária ou reunião própria para esse fim. De acordo com a Resolução 453/2012, devem ser eleitas as entidades que representam o segmento de usuárias e usuários.
Trabalhadoras e trabalhadores	São eleitos em plenária ou reunião própria para esse fim. De acordo com a Resolução 453/2012, devem ser eleitas as entidades que representam o segmento de trabalhadoras e trabalhadores.
	A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do conselho de saúde. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

Importante:

- A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde NÃO pode ser representante dos (as) Usuários (as) ou de Trabalhadores (as).
- A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiras e conselheiros, NÃO é permitida nos Conselhos de Saúde.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012.

Você sabia?

Com a Resolução nº 453/2012, o presidente do conselho deve ser eleito entre seus membros, em reunião plenária?

É fundamental que o processo de eleição para escolha de conselheiras e conselheiros seja realizado de forma transparente. Para isso, deve ser divulgado em órgão oficial, da União, dos Estados e dos Municípios, quando houver. Quando não houver órgão oficial municipal deve ser divulgado principalmente nas unidades de saúde. Outras formas são jornais locais, rádios comunitárias, igrejas, movimentos sociais etc.

Conselheira e conselheiro, é importante lembrar que a Resolução nº 453/2012 recomenda 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.

Qual é o período de mandato da conselheira e do conselheiro?

Será definido no regimento interno do CMS. Não deve coincidir com os mandatos do governo municipal, estadual e do Distrito Federal ou do governo federal. Sugere-se que seja um mandato

de dois anos, podendo a conselheira ou o conselheiro ser reconduzido de acordo com o regimento interno do conselho.

Regimento do Conselho

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

O regimento é um documento que contém um conjunto de regras para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. Esse regimento deve ser elaborado pelas conselheiras e pelos conselheiros e aprovado em plenária ordinária.

Você sabia?

Que as competências e atribuições da Secretaria Executiva do CMS devem ser estabelecidas no regimento interno?

O regimento pode ser mudado de acordo com a necessidade e a realidade de cada CMS. O mais importante é sempre discutir com a participação de todos o que constará nesse documento.

Importante!

O Regimento do Conselho Municipal de Saúde deve estar adequado às Legislações vigentes, inclusive à Resolução nº 453/2012.

Estrutura e funcionamento do Conselho

O conselho de saúde deve possuir um plenário, estabelecido em seu regimento interno. O plenário é o encontro oficial de todas as conselheiras e conselheiros de saúde para deliberar sobre assuntos previamente agendados na pauta da reunião.

Algumas atividades são necessárias para conduzir bem os trabalhos das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho. Antes da reunião, por exemplo, é preciso organizar a pauta proposta pela Mesa Diretora e enviar às conselheiras e aos conselheiros, com os anexos de cada item de pauta, para ser apreciado com antecedência de 10 dias. Após a plenária, elaborar ata da reunião; dar andamento aos encaminhamentos aprovados na reunião, etc.

Você sabia?

De acordo com a Resolução nº 453/12, o Conselho deve ter uma Mesa Diretora eleita em plenário e composta paritariamente?

É recomendável pela Resolução nº 453/12 que Conselho Municipal de Saúde conte ainda com uma **secretaria executiva**, subordinada ao plenário do CMS. O plenário do Conselho definirá a estrutura e a dimensão de sua secretaria executiva, que deverá estar expressa no regimento do conselho. O conselho Nacional de

Saúde (CNS) prevê no seu regimento interno, no artigo 45 as atribuições dessa secretaria executiva. O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais orienta a todos os conselhos seguirem essas atribuições e outras descritas abaixo:

- organizar o processo eleitoral;
- promover e praticar os atos de gestão administrativa necessários ao desempenho das atividades do conselho e das unidades organizacionais integrantes de sua estrutura;
- verificar a promoção de capacitação permanente das conselheiras e dos conselheiros, visando ao conhecimento e à atualização da legislação inerente à área da saúde, direcionando-se aos aspectos orçamentário, financeiro, pactos, contratualizações, prestações de contas, etc. (atenção à regulamentação de ajuda de custos e diárias);
- oferecer o suporte técnico na realização das reuniões das Comissões ou das Câmaras Técnicas;
- verificar as condições de estrutura física, garantidora de funcionamento adequado às funções dos conselhos, sobrelevando-se o caráter de autonomia indispensável;
- verificar a existência e as condições de outros aspectos também importantes à funcionalidade e à efetividade dos conselhos, como veículos, mobiliários, telefone, internet, projetores e demais meios de comunicação, assim como pessoal administrativo.

Importante!

Orientações para as Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde como Modelos de crachá, pauta, lista de presença, convocações, atas, resoluções, entre outros podem ser encontradas no Conselho Nacional de Saúde, disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_orientacoes_sec_executivas2.pdf>.

Comissões, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho

Os Conselhos de Saúde podem criar Comissões ou Câmaras Técnicas de acordo com a necessidade local. Elas têm a função de avaliar documentos, debater o tema e emitir pareceres para o plenário do conselho, dentre outras atividades definidas no regimento. A critério de cada CMS, podem ser criados os Grupos de Trabalho (GTs) que são organismos instituídos pelo Plenário para assessoramento temporário ao Conselho ou às Comissões, com objetivos definidos e prazo para o seu funcionamento.

Organização das Reuniões do Conselho de Saúde

O CMS deve fazer pelo menos uma reunião mensal, com divulgação prévia da pauta às conselheiras e aos conselheiros titulares e suplentes, à comunidade e às unidades de saúde, abertas ao público. As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

As decisões serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) de seus integrantes. As atas de todas as reuniões devem ser assinadas

somente pelas conselheiras e conselheiros presentes nas reuniões. As atas são a memória das reuniões, dos debates, das deliberações, dos encaminhamentos, dos pareceres etc. Por isso, é muito importante que seja escrito de maneira clara e concisa.

Importante constar claramente nas atas

A pauta – a pauta aprovada pelos conselheiros

Os debates – os principais pontos e questionamentos

As deliberações – o que foi decidido sobre o assunto

Os encaminhamentos – resoluções, recomendações e moções, quando houver.

Por ter valor jurídico, a ata deve apresentar um resumo fiel dos fatos, ocorrências e decisões tomadas pelas conselheiras e conselheiros durante as reuniões. O texto, escrito sem parágrafos, corridamente, deve ser assinado, preferencialmente, por todos os presentes. Caso seja identificado algum erro ou imprecisão, quem escreve a ata faz uma observação escrita no texto e, posteriormente, submete a redação da ata novamente à apreciação do Plenário.

Saiba mais!

Conheça as dicas para padronização dos documentos utilizados pelos Conselhos no livro “Para entender o controle social na saúde”, disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf>.

A pauta que contém os assuntos que serão tratados e o material de apoio das reuniões deve ser encaminhada às conselheiras e aos conselheiros com antecedência, para facilitar os trabalhos durante a reunião e permitir que os assuntos em pauta sejam conhecidos previamente.

Para refletir...

Você tem recebido a pauta das reuniões do CMS previamente para estudar os documentos e emitir a sua opinião?

Veja abaixo quais são os tipos de Deliberações mais usados nos conselhos e nas conferências de saúde, bem como as suas características:

Quadro 3- Deliberações do CMS

Deliberações	O que é?
Resolução	É uma decisão de caráter geral que estabelece normas a todos aqueles diretamente relacionados ao seu conteúdo. Devido a esse caráter, as resoluções devem ser obrigatoriamente homologadas pelo chefe do Poder Executivo, em até trinta dias. Caso isso não aconteça, ou não seja encaminhada uma justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na próxima reunião do CMS, as conselheiras e conselheiros podem buscar a validação da resolução, recorrendo ao Ministério Público.
Recomendação	É uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou da forma de execução de uma política ou ação de saúde. Normalmente, aborda assuntos específicos, não de responsabilidade direta do Conselho, mas que são relevantes e necessários.
Moção	É uma manifestação de aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato relativo à política de saúde pública.

Orçamento do Conselho

Você tem ideia de como o CMS do seu município é financiado? Você sabe quem é o (a) responsável por gerenciar suas receitas e despesas? A seguir, vamos entender um pouco mais sobre orçamento do Conselho de Saúde.

Geralmente o dinheiro para cobrir os custos para o funcionamento do CMS vem do orçamento do Poder Executivo, ou seja, do governo federal, do governo estadual ou da prefeitura 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. Essa é uma questão muito importante para a independência destes colegiados.

A conselheira e o conselheiro tem direito de cobrar da administração municipal a disponibilização de recursos no orçamento para funcionamento do CMS, o qual tem direito de ter dinheiro próprio para custear despesas de funcionamento. Um exemplo disso é a própria realização deste curso que foi discutido e deliberado pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Para ele acontecer, foi necessário indicar recurso financeiro no plano de saúde de cada município. Dessa forma, deve ser garantida a autonomia administrativa, financeira e também a infraestrutura necessária ao pleno funcionamento do Conselho e de sua secretaria executiva (Brasil, 2012).

Para refletir...

Como é feito o orçamento do CMS de sua cidade? Há previsão no Plano de Saúde Municipal?

Papel da conselheira e do conselheiro

Conselheira e Conselheiro de Saúde, vocês compreendem a importância da função social que exercem? Vocês conhecem suas atribuições, direitos e deveres?

Cada conselheira e conselheiro representa uma parte da sociedade e deve participar desse colegiado buscando fortalecer o SUS e a garantia do direito à saúde para todos. Aqui citaremos alguns papéis importantes das conselheiras e conselheiros. Um deles é o de conhecer os serviços de saúde existentes em seu município, como funcionam, quais são os principais problemas de saúde da população naquele local, identificando ações de saúde que possam ser implementadas pela gestão municipal (Brasil, 2013). Nesse sentido, é muito importante que a conselheira e o conselheiro de saúde compreendam como as pessoas vivem, adoecem e morrem na sua comunidade. Ou seja, é necessário que conheçam as doenças de sua região, suas causas e como evitá-las.

Para entender o funcionamento dos serviços de saúde, a conselheira e o conselheiro pode visitar unidades de saúde e ouvir usuários e trabalhadores de saúde. As informações identificadas, devem ser registradas em um relatório e debatidas no Conselho Municipal de Saúde, que adotará as medidas legais.

Para exercer suas atribuições, as conselheiras e os conselheiros precisa ter acesso, periodicamente, a documentos e informações atualizados sobre as políticas de saúde, sobre a movimentação financeira dos recursos dessa área. Nesse sentido, o CMS deve também ajudar a Secretaria de Saúde a trazer para a realidade o que

está no Plano de Saúde do município. As conselheira e os conselheiro deve discutir, junto à 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 colocar esse Plano em prática;
- Como saber se o que está sendo feito está de acordo com o planejado;
- Como avaliar se o que foi realizado atendeu à população.

Você sabia?

Que o Conselho Municipal de Saúde, a cada quatro meses, pode solicitar pauta junto ao Gestor Municipal com o objetivo de avaliar a execução financeira e os impactos nas condições de saúde e na qualidade desses serviços à população?

Os Conselhos de Saúde podem enviar sugestões de leis sobre saúde para o poder legislativo (vereadores ou deputados). Eles devem avaliar os programas de saúde do governo e dizer como as ações desses programas podem ser consideradas válidas e de qualidade para a população, considerando as melhorias na tecnologia de saúde (como remédios, terapias, equipamentos, materiais médicos etc.).

As conselheiras e conselheiros devem saber as ações que a Secretaria de Saúde está fazendo e discutir como está sendo aplicado e movimentado o dinheiro da saúde. O Conselho, ao ver como estão as ações e os serviços de saúde, pode, se houver necessidade, encaminhar

denúncias a outros órgãos, tais como: Tribunal de Contas da União (TCU), Controladoria Geral da União (CGU), Ministério Público, Tribunais de Contas dos Estados etc.

O que fazer quando a conselheira ou o conselheiro identificar uma irregularidade?

O primeiro passo, quando você identifica um problema, é, se possível, relatá-lo ao gestor. Dessa forma, você, além de exercer sua cidadania, dá a oportunidade para que ele resolva o problema, sem a necessidade de utilizar outras formas de pressão, como o instrumento da denúncia. Esse é o melhor caminho. Caso o gestor esteja agindo de má-fé e descomprometido com a solução do problema identificado, de forma que não haja ambiente favorável para uma rápida solução administrativa, o caminho a se seguir é a utilização denúncia.

Recolha o máximo de informações possíveis (fotos, documentos, artigos de jornal, etc.), consulte os portais de transparência, solicite informações pela Lei de Acesso à Informação, divulgue nas redes sociais, mobilize a comunidade local, começando pelas pessoas que são próximas a você, ou seja, ponha a “boca no trombone”. Com as informações nas mãos, acione os órgãos de controle, a começar pelo Ministério Público local. Quanto melhor for a coleta de informações, maior a possibilidade de ação desses órgãos.

Fonte: ENAP, 2015

O Conselho de Saúde, se sentir necessidade, pode, portanto, acionar o Poder Judiciário. Alguns exemplos de

dispositivos que poderiam ser utilizados através do Poder Judiciário são o Mandado de Injunção, Mandado de Segurança e o Habeas Data.

Saiba mais!

Para aprofundar seus conhecimentos sobre esses dispositivos, acesse:

- Mandado de Injunção – disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=M&id=188>.
- Mandado de Segurança - disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=M&id=189>.
- Habeas Data - disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=H&id=156>.

Quadro 3 - O que o Conselho de Saúde pode e deve fazer?

O Conselho deve

- Por iniciativa própria, examinar as denúncias que chegarem a ele e, se for o caso, encaminhar aos órgãos responsáveis. Também pode responder a dúvidas sobre assuntos relacionados à saúde em sua esfera de atuação. Se alguém ou alguma entidade se sentir prejudicado por uma decisão do conselho e entrar com um recurso contra ele, o próprio conselho pode analisá-lo.
- Servir como instrumento de aproximação entre diversas entidades, a fim de promover a melhoria da saúde. Deve interagir com outros conselhos de saúde e com conselhos de outras áreas, com outros órgãos de governo além da Secretaria de Saúde e com entidades privadas que tenham relação com a saúde, como hospitais, escolas, universidades.

O Conselho pode

- Estimular as conselheiras e os conselheiros e a comunidade a estudarem sobre o SUS: como melhorá-lo e melhorar a saúde da população.
- Comunicar, por todos os meios possíveis, o que ele faz, sua importância e como a população pode ajudá-lo a cuidar da saúde da comunidade. As reuniões do conselho devem ser abertas à população em geral. Isso é importante para que a população conheça o conselho de saúde, de modo que o controle social seja cada vez mais fortalecido.
- Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão no conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e as competências do conselho de saúde, bem como a legislação do SUS, as suas políticas de saúde, o seu orçamento e o seu financiamento.
- Estar atento ao cumprimento, pela Secretaria de Saúde, de suas orientações. Tão importante quanto deliberar é verificar se as deliberações estão sendo atendidas.

Você sabia?

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

É importante também que a conselheira e o conselheiro municipal de saúde reflitam sobre o seu próprio papel. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde para o Controle Social pode ser compreendida como “processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas” (Brasil, 2006).

Para refletir...

Você considera vivenciar ações educativas no cotidiano do conselho de saúde?

Como você tem percebido a educação permanente em saúde em sua atuação como conselheira ou conselheiro?

Como você pode constituir espaços de aprendizagem no trabalho em meu dia a dia?

Porque a educação permanente é importante para seu exercício como conselheira e conselheiro de saúde?

Para saber mais sobre a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social o livro “Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS”, disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>

Conduta ética das conselheiras e conselheiros

Quando uma conselheira e um conselheiro são eleitos para defender o direito à saúde, espera-se deles um compromisso ético. Assim, deve exercer a sua função seguindo determinados valores, princípios, ideais e regras.

A palavra Ética origina do termo grego *ethikos* (*ethos*, ou seja, hábito ou costume). Essa palavra se remete à natureza ou caráter do indivíduo.

A ideia de ética no sentido geral trata do discernimento entre certo e errado, em termos morais. Este, entretanto, trata-se de um conceito subjetivo. Assim sendo, trabalha-se a ética como padrões de comportamento socialmente aceitáveis. (...)

A ética impõe padrões de pensamentos; afirmações e ações que orientam pessoas, a agir corretamente. Envolve um repensar sobre a própria vida e as posturas adotadas no trabalho, nas organizações, nos espaços onde participamos, incluindo aspectos como compreensão, tolerância, empenho, entusiasmo, firmeza, gratidão, honestidade, seriedade, sigilo, solidariedade, flexibilidade e zelo. Assim, eventuais atos ilícitos praticados pelas conselheiras e conselheiros, no exercício de suas funções ou a pretexto de, pode gerar a aplicação de sanções civis e até mesmo penais. (Serviço Social da Indústria de Mato Grosso, 2017).

Assim, eventuais atos ilícitos praticados pelas conselheiras e conselheiros, no exercício de suas funções ou a pretexto de, pode gerar a aplicação de sanções civis e até mesmo penais.

Para refletir...

Não é função das conselheiras e dos conselheiros o encaminhamento de pessoas aos serviços de saúde ou a tentativa de resolver pessoalmente os problemas apresentados. Quando a conselheira e o conselheiro tomam a decisão de tentar resolver pessoalmente essas questões, correm o risco de beneficiar apenas alguns e acabar prejudicando os demais.

Representatividade, Autonomia e Conflitos

Em relação à representatividade é importante salientar que a conselheira e o conselheiro devem atuar como interlocutores de suas bases, não se distanciando da entidade ou do movimento que o indicou, porém devem representar e defender os interesses de toda a sociedade.

A conselheira e o conselheiro nem sempre defenderão propostas semelhan-

tes, mas não devem esquecer que todas elas devem estar norteadas pelo interesse da população, reconhecendo a necessidade de saúde do território. Cabe a todos negociar soluções, ou seja, discutir e buscar acordos uns com os outros, visando a encontrar as melhores propostas para a população do município.

A conselheira e o conselheiro devem estar preparados para os conflitos, que são inevitáveis, e para discussões, próprias do processo democrático. Devem buscar agir com habilidade e paciência e, acima de tudo, se afastar de interesses pessoais, políticos ou corporativistas, com foco no interesse coletivo.

Importante!

O Conselho é um órgão independente. Assim, a conselheira e o conselheiro não podem se intimidar diante de pressões e conflitos com o Poder Público, porque sua atuação é garantida por lei.

Comunicação, mobilização, divulgação, das ações do conselho com a sociedade e educação popular em saúde



Atividade 2

Conhecendo mais sobre Comunicação, Mobilização e Divulgação das ações do Conselho com a Sociedade

Objetivo

Aprimorar conhecimentos a cerca da Comunicação, Mobilização e Divulgação das ações do Conselho com a Sociedade.

Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do texto 3 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 40min

Texto 3

Comunicação, Mobilização e Divulgação das ações do Conselho com a Sociedade

Comunicação, Mobilização e Divulgação das ações do Conselho com a Sociedade

A comunicação e a informação são requisitos essenciais para as relações sociais e são fundamentais para a tomada de decisões e a viabilização da participação

da sociedade nesses fóruns coletivos. É também por meio da comunicação e da informação que as decisões deliberadas são repassadas à sociedade. Significa, portanto, que o exercício do controle social, além de condições políticas e de infraestrutura, depende também de investimentos no campo da comunicação

e da informação, bem como da qualidade destas, como atestam os relatórios das conferências nacionais de saúde, que as consideram ferramentas imprescindíveis ao exercício do controle social.

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. Isso contribui para que o Conselho se fortaleça perante a Secretaria de Saúde. Caso os gestores da saúde local não tenham interesse em que o Conselho cumpra seu papel, a comunidade pode se manifestar a favor, pressionando os gestores a aceitarem o Conselho e o 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 recebidos pela população, mais pessoas se interessam em participar, pois veem que sua participação pode gerar resultados positivos para a comunidade.

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.

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

- criando um blog, um jornalzinho ou um gibi;
- criando páginas na internet ou utilizando a página de outras instituições/entidades, como o Conselho Estadual de Saúde;
- desenvolvendo uma logomarca que será

usada em todo o material do conselho;

- produzindo camisetas e crachás para identificação das conselheiras e dos conselheiros;
- usando programas de rádio e televisão, principalmente das rádios comunitárias;
- usando o sistema de som de entidades, movimentos sociais, 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 panfletos;
- visitando moradores;
- produzindo um boletim impresso do Conselho enviado-o via correio e e-mail para instituições e pessoas cadastradas. Uma dica para baratear custo e integrar a divulgação das políticas setoriais é organizar um único jornalzinho ou boletim com informações de todos os conselhos municipais;
- fazendo reuniões periódicas (talvez uma por ano) com a comunidade local para divulgar as atividades do conselho e discutir com um público mais abrangente as questões que demandam maior participação direta da população local;
- veiculando informação sobre o conselho em website do órgão gestor;
- realizando atos junto aos movimentos e entidades sociais e populares.

Importante!

Cada Conselho deve conhecer a realidade dos moradores do seu município, das regiões, dos bairros, e também conhecer como as pessoas se comunicam. Assim fica mais fácil definir qual a melhor estratégia de comunicação e a linguagem a ser utilizada em cada localidade.

Educação popular em Saúde (EPS)

Ao pensarmos nas relações entre o Conselho e a comunidade, seja divulgando as atividades, seja estabelecendo outros diálogos com a população, é importante discutirmos o conceito da Educação Popular em Saúde. A educação popular parte da premissa de que cada sujeito detém saber sobre si, sobre seu corpo, seu modo de vida e cuidado, sua família, seu trabalho, sua comunidade, suas necessidades, entre outros. Todos detêm algum tipo de saber, ninguém vive só na ignorância e, também, “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p. 78).

A educação popular compartilha conceitos com a educação permanente em saúde, mas enquanto a EPS tem em vista o trabalho, a educação popular tem em vista a cidadania. A educação popular prevê a valorização das sabedorias populares, das expressões culturais locais e da participação popular, compreendendo que assumir um lugar de questionamento e de proposição de práticas educativas capazes de fortalecer a população para se organizar e lutar pelo direito à saúde significa lutar pelo direito à educação, à moradia, ao lazer, à alimentação, ao transporte, à cultura, ao saneamento e a tantas outras coisas fundamentais para se

construir territórios e sujeitos saudáveis.

A educação popular se expressa a partir do saber e da vida dos participantes, de questionar as distâncias e hierarquias, e pela construção de uma cidadania crítica que busca a transformação da sociedade para que seja menos injusta, menos desigual, menos geradora de sofrimento (NESPOLI, 2016).

Cabe às conselheiras e conselheiros, refletir sobre a potencialidade da educação popular no processo de reorientação dos modelos de atenção à saúde, no sentido de fortalecer a participação social e os espaços democráticos nos territórios, promover um trabalho coletivo e práticas de cuidado que articulem saberes populares e científicos, combater as iniquidades sociais e respeitar a diversidade de culturas existentes (NESPOLI, 2016).

Para refletir...

Construímos espaços para a participação popular na gestão dos serviços e nas ações de saúde? Ouvimos a população de fato? Quando ouvimos, o que fazemos com suas necessidades e seus desejos? Respeitamos a diversidade de pessoas, suas escolhas e crenças?

Conferências de Saúde



Atividade 3

Organizando as Conferências de Saúde

Objetivo

Discutir sobre os principais passos para a organização de uma Conferência de Saúde.

Recursos Necessários

Pincel atômico, papel kraft, papel A4, fita crepe

Desenvolvimento

- Os (as) participantes formarão 4 grupos, elegerá um dos municípios dos quais são representantes como referência para esta atividade;
- Os grupos farão a leitura do Texto 4 e do quadro 4 “Organização de Conferências de Saúde”;
- Em seguida, escolherão um dos temas de conferência propostos a seguir;
- De acordo com esse tema elaborar todos os passos para a realização da conferência de Saúde.

- Cada grupo apresentará em plenária os principais pontos abordados e conclusões para a organização de uma conferência de saúde;
- Ao final, o (a) docente poderá tecer comentários sobre as apresentações.

Tempo estimado: 2h

Sugestão de Temas para as conferências

(cada grupo escolhe um tema abaixo ou pode sugerir outros temas)

- Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.
- Saúde das mulheres: Desafios para a integralidade com equidade.
- Direito, conquistas e defesa de um SUS público de qualidade.
- Saúde, cidadania e políticas públicas.
- Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro.
- Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
- SUS: Nenhum Direito a Menos.

Texto 4

Conferências de saúde

A Conferência de Saúde é um espaço institucional utilizado para avaliar a política de saúde e o funcionamento do

SUS em determinada localidade (estado ou município) e para a proposição de diretrizes e de políticas na área de saúde.

Para isso, o SUS deve contar, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas (Lei 8142/1990): Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

Objetivos das Conferências de Saúde

- avaliar a situação da saúde na União, Estado Distrito Federal ou no 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 Nacional de Saúde, do Plano Estadual de Saúde ou do Plano Municipal de Saúde.

Importante!

O processo de eleição dos conselheiros não deve ocorrer durante as conferências de saúde.

Em Minas Gerais, o Conselho Estadual de Saúde recomenda que o processo de renovação do Conselho ocorra por Edital de Chamamento Público, com divulgação dos prazos para o processo de renovação dos Conselhos Distritais Regionais e Comissões Locais de Saúde, assim como, a publicização das normas para que associações e movimentos sociais possam participar. Essa iniciativa busca assegurar a legitimidade das Conferências para o seu fim principal e que o processo de composição do Conselho ocorra em outro momento.

Você sabia?

Que as conferências Nacionais devem ocorrer a cada 4 anos, mas as conferências Estaduais e Municipais de Saúde podem ocorrer em intervalo menor de tempo, como, por exemplo, a cada 2 anos?

A Conferência Municipal de Saúde deve ter sua organização e suas normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 8142/90) e contar com 50% da participação das usuárias e usuários, 25% de representantes do governo, dos prestadores de serviços e 25% das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde.

É importante que todo o processo de organização e realização das conferências seja o mais transparente possível, possibilitando assim a participação de toda a sociedade.

Cada membro ou grupo de pessoas

dos setores da Comissão Organizadora devem iniciar seus trabalhos com antecedência para garantir o cumprimento dos objetivos. Vale destacar que a comissão organizadora das conferências é dividida em outras comissões para facilitar os trabalhos. Veja abaixo algumas comissões mais comuns:

- **Relatoria** – Responsável por organizar o tema, os trabalhos em grupo, as propostas e o relatório final.
- **Infraestrutura** – Responsável por organizar o local, o credenciamento, o almoço, o lanche, o transporte etc.
- **Comunicação e Mobilização** – Responsável por organizar o material gráfico, os materiais de divulgação e promove a mobilização para acontecer a conferência.
- Podem haver outras comissões, de acordo com cada realidade e necessidade.

Para outras informações de como organizar uma conferência acesse:
<http://ces.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/PASSO-A-PASSO-CONFER%C3%80NCIAS.pdf>

Vamos pensar: O que precisamos para organizar a conferência municipal de saúde do meu município?

Veja a seguir alguns lembretes para organização das Conferências Municipais de Saúde:

Quadro 4 - Organização de Conferências de Saúde

Realização das Atividades		
Atividade	Como fazer?	Observações
Data e local do evento	A escolha deve se feita com bastante antecedência, e levando em conta o número de delegados e a capacidade financeira.	Importante utilizar espaços públicos como escolas, auditórios etc.
	Número de Delegados	Deve ser o mais representativo possível. Uma Conferência com menos de 50 delegados, mesmo para Município de pequeno porte, é pouco representativa. Tomar por base o número de instituições dos usuários para propor o número de delegados, caso não tenha associações fazer pré-conferência e tirar os delegados. Após a listagem dos delegados dos usuários, que representam 50% do total, devem ser listados os demais: trabalhadores da saúde (25%) e os gestores e prestadores públicos e privados, que representam os 25% restantes.

De acordo com a Resolução nº 453/2012, é competência do Conselho de Saúde a convocação e a organização das Conferências de Saúde, bem como a estruturação da comissão organizadora. Compete ao Conselho, ainda, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e nas Conferências 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 a composição do Conselho Municipal. A mesma regra é aplicada ao Conselho Nacional de Saúde no âmbito de sua competência.

Realização das Atividades		
Atividade	Como fazer?	Observações
Temas	Deve se definir o tema central e os subtemas, que devem estar relacionados aos problemas e propostas de mudança do sistema de Saúde no Município.	Quando a Conferência é etapa da Conferência Nacional de Saúde, o tema já é definido pelo Conselho Nacional de Saúde.
Palestrantes	Podem ser convidadas pessoas de fora da cidade, contudo estas devem ter conhecimento da realidade local e facilidade para falar para o público em geral. É importante privilegiar também as pessoas da comunidade, aproveitar as experiências do Município.	
Pré-conferências	São espaços que permitem uma maior divulgação da conferência, pode ter várias finalidades: escolher os delegados, principalmente onde não tem associações formais; estimular a Conferências Municipais de Saúde e a participação popular; levantar os problemas de saúde; levantar dados primários para elaborar as diretrizes da política de saúde.	
Despesas com a Conferência	É preciso definir de onde vem os recursos e qual o valor, e este valor é que vai direcionar todos os itens citados anteriormente. Contudo, não deve ser um fator limitador da qualidade do evento, alguns municípios tem solicitado o apoio do comércio local e de instituições públicas e privadas e da própria comunidade.	
Participantes	Definir quantas pessoas além dos delegados participarão do evento. Os convidados são autoridades locais, secretários de saúde da região e palestrantes e os demais participantes são: profissionais de saúde, universidades, professores, suplentes de delegados e demais pessoas de outras instituições. Devem ser definidos de acordo com o tamanho do local e a capacidade de recursos do Município.	
Período de realização	A conferência deve ter a duração de no mínimo 8 horas, contudo se a abertura for realizada na noite anterior ao dia do evento, facilitará os trabalhos. Se possível realize a conferência num período de 2 dias reservando 1 turno para os trabalhos de grupo.	A definição de dia e horário deve ser de acordo com a realidade de cada local. O mais importante é que seja em dias e horários que as pessoas possam participar.

Atividade	Como fazer?
Documentos a serem Elaborados	
Decreto de Convocação	Tem por finalidade convocar legalmente a Conferência pelo Prefeito Municipal de acordo com o regimento do Conselho de Saúde. Deve ser publicado de acordo com os trâmites legais do Município. Pode ser convocado pelo Conselho e ou Secretário, em caso de recusa do Prefeito, e ou quando a Lei assim o permitir.
Portarias ou Resoluções	Tem por finalidade publicar as decisões do conselho e as normas de organização e funcionamento da Conferência. Pode ser expedida 1(uma) ou mais, sendo que a primeira nomeia a comissão organizadora, delimita suas funções e expede normas de funcionamento da Conferência e das Pré-Conferências.
Regimento	O regimento apresenta o processo organizativo da Conferência e regulamenta o processo de realização da Plenária Final. Deve estar claro o papel dos delegados e ser aprovado em Conferências Municipais de Saúde reunião do Conselho. Os delegados podem alterar o regimento durante a Conferência.
Convites e Ofícios	Devem ser elaborados dentro das normas técnicas de documentos oficiais e arquivados com cópias com o recebido do destinatário
Programação	Depois da definição do período de realização, temas, subtemas, tempo de apresentação de cada palestrante, trabalhos de grupo, deve ser elaborado o programa final observando os seguintes itens: <ul style="list-style-type: none">• Horário de credenciamento e entrega de material• Abertura (considerando atrasos)• Duração de cada mesa redonda ou conferência• Tempo para debate• Intervalos para lanche e almoço• Duração dos trabalhos de grupo• Duração da plenária final

Atividade	Como fazer?	Observações
Organização Geral		
Convocação dos Delegados	Devem ser feitas no mínimo 20 dias antes da Conferência, através de ofício e devem ser confirmadas as presenças na semana que antecede o evento. Nos casos dos delegados escolhidos nas Pré-Conferências, confirmar com os mesmos: presença, local, se precisa de transporte e outras informações no caso de hospedagem.	
Convite aos Palestrantes	Devem ser enviados com mais de um mês de antecedência, com solicitação de confirmação, em caso de haver impossibilidade de participação, pedir de imediato nome do representante ou substituto. Após confirmação, passar dados de transporte e hospedagem, uma semana antes voltar a confirmar presença	
Convite para compor a Mesa de Abertura	Deve ser enviado no mínimo duas semanas antes do evento, mandar junto programação.	
Material áudio-visual	Ver com os palestrantes o tipo de explanação e material a ser usado na explanação. Em caso da Secretária não dispor, reservar com antecedência, solicitar empréstimo ou aluguel de equipamento. Testar todo o equipamento antes do evento.	
Arrumação das Pastas	Nas pastas deve conter o regimento, a programação, folhas ou blocos para anotações, Lápis ou caneta e outros materiais que a comissão organizadora julgar importante.	
Crachás	Podem ser feitos impressos na gráfica como também no computador da Secretaria. Usando a mesma logo do certificado e dos demais materiais de divulgação da Conferência. É aconselhável diferenciar os crachás dos delegados, dos participantes, pode ser através da cor do crachá ou do cordão. Lembramos ainda que na identificação do delegado de ser colocada a sua condição de prestador, trabalhador ou usuário.	
Trabalhos de Grupo	<div>Objetiva sintetizar os problemas levantados e formular propostas sobre a política Municipal de Saúde para um período determinado no Regimento, os trabalhos de grupo devem ser organizados conforme o tempo disponível para realização dos mesmos. O temas a serem discutidos no grupo devem estar relacionados ao tema central e subtemas da Conferência</div> <div>A divisão dos grupos deve ser feita pela própria comissão organizadora. Em municípios grandes que a inscrição for feita com antecedência, pode-se até solicitar que o delegado indique o grupo que quer participar, não esquecendo de observar a paridade e número de pessoas</div>	

Atividade	Como fazer?	Observações
Organização Geral		
Plenária Final	Tem por finalidade aprovar as propostas apresentadas e moções se existirem e escolher delegados para a Conferência Estadual, quando for o caso. Todo o processo de conclusão da plenária final deve estar no Regimento. Antes do seu início deve se explicar as regras para os delegados e negociar os conflitos.	Quando a Conferência tiver como finalidade escolher os delegados para a Conferência Estadual, deve ser reservado um espaço de tempo para a escolha dos mesmos. O número de delegados de cada Município é estabelecido pelo Conselho Nacional e ou Conselho Estadual.
O Relatório Final	É um documento que registra as decisões da Conferência, o mesmo deve ser divulgado no Município e encaminhado cópia para o Conselho Estadual de Saúde. É importante que as instituições que participaram da Conferência, recebam uma cópia do relatório. O relatório final deve apresentar as principais discussões da Conferência e detalhar propostas apresentadas pelos diversos grupos. Descreveremos a seguir alguns pontos que devem conter no relatório: a) Introdução – colocando aspectos gerais de organização da Conferência e metodologia; b) Resumos dos temas e subtemas apresentados – não é preciso descrever a fala de todos os palestrantes e sim o resumo. É bom pedir a cada palestrante uma síntese da sua apresentação; c) Propostas - devem ser apresentadas todas as propostas de cada grupo, organizadas por temas específicos; d) Conclusão – deve-se fazer uma avaliação da Conferência; e) Quando for escolhido os delegados para a Conferência Estadual ou Nacional.	

Fonte: Adaptado de CONASEMS, 2003.

Importante!

Delegada e delegado é a pessoa eleita em encontro, conferência local, regional, municipal ou estadual, que representa determinado segmento da sociedade. Durante as conferências tem direito a voz e voto que pode sugerir, propor e votar nas propostas.

Os regimentos e regulamentos de cada Conferência definem como as delegadas e delegados serão eleitos.

Instância de Pactuação, Comissões Intergestores e Plano diretor de Regionalização (PDR)



Atividade 4

Conhecendo mais sobre as Instâncias de Pactuação, Comissões Intergestores e PDR

Objetivo

Compreender melhor as Instâncias de Pactuação, Comissões Intergestores e PDR.

Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do Texto 5 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 40min

Texto 5

Instâncias de Pactuação, Comissões Intergestores e Plano Diretor de Regionalização

De acordo com o Decreto nº 7.508, de 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 dos serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. São espaços para planejar, negociar e entrar em acordo sobre como colocar em prática as políticas públicas na área da 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 contra-referências e demais aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os entes federativos;
- III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização do sistema de saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federativos;
- IV - responsabilidades dos entes federativos no sistema de 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 intra-estaduais

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 dos municípios. É 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, que são os titulares das Secretarias; 7 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e 7 do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

A CIB é estabelecida no âmbito do estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais. Essa comissão estadual é constituída 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.

Comissões Intergestores Regionais (CIR)

A CIR é instância colegiada de articulação, negociação e pactuação dos aspectos de gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região de Saúde, com a finalidade de fortalecer a identidade

sanitária regional, por meio do debate dos problemas comuns, com destaque na Atenção Primária, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, da busca por soluções conjuntas, do compartilhamento de recursos, culminando na consolidação das ações e serviços de saúde ofertados à população.

Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA)

A Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA) é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação dos aspectos de gestão do SUS da Região Ampliada, com a finalidade integrar todos os níveis de ações e serviços de saúde.

Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um instrumento de planejamento e gestão que, na área da saúde, objetiva

direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, considerando os princípios da integralidade, da equidade e da economia de escala. O propósito de um PDR da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde, ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial.

Saiba mais!

Saiba mais sobre o PDR no link:
<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>

os conselhos de saúde e órgãos de controle

Texto 6

Órgãos de controle

Agora nós vamos conhecer os diversos órgãos de controle existentes. Cada órgão com a sua atuação definida contribui para que as ações governamentais sejam realizadas de acordo com as normas vigentes e para que a lei seja cumprida.

Esses órgãos também podem auxiliar a atuação das conselheiras e dos conselheiros de saúde, seja com o fornecimento de documentos como relatórios, informação e transparência para o cidadão, seja no recebimento de denúncias etc. **Veja abaixo como cada órgão atua.**

Ouvidorias da Saúde

A Ouvidoria trata-se de um espaço de cidadania e também um instrumento que contribui com a gestão do SUS, buscando a melhoria da qualidade no atendimento conferido ao cidadão e prezando pela otimização dos serviços prestados no âmbito da saúde pública. É mais um espaço para manifestar reclamações, sugestões, solicitações, denúncias, elogios,

bem como para solicitar informações relativas à saúde. Ela tem um papel mediador entre o cidadão e as diversas instituições, entidades e órgãos que prestam serviços públicos. Por meio da Ouvidoria, o cidadão pode se manifestar, qualitativa e diretamente, sobre determinado serviço. É o único instrumento de avaliação dos serviços públicos pelo qual o próprio usuário se manifesta sem necessidade de representação.

A Ouvidoria busca de equilíbrio entre os entes envolvidos – cidadão, órgãos e serviços, fortalecendo o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. É função da Ouvidoria de Saúde efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (REZENDE, 2016).

A Ouvidoria é também considerada uma ferramenta de escuta do cidadão

que tem como objetivo tornar os dados um instrumento de gestão e assim incluir o cidadão no processo de decisão das políticas públicas. Ela tem o papel “fundamental de corrigir o desequilíbrio existente entre o cidadão e o Estado, constituindo-se, de um lado, como valioso sistema intergovernamental de defesa dos direitos e dos interesses individuais e coletivos e, por outro lado, como um eficiente instrumento de controle de administração pública” (BRASIL, 2005).

Você sabe como acessar as Ouvidorias do SUS?

Você pode acessar a Ouvidoria do Ministério da Saúde pelo telefone:

Disque Saúde

136

Ouvídoria Geral do SUS

A ligação é gratuita

E também através da internet ou Correios:

Internet: formulário disponível no site: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/doges-departamento-de-ouvidoria-geral-do-sus/ouvidoria-g-sus>>

Correios: Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/DOGES; Endereço: SAF Sul, Trecho 2, lotes 5 e 6, Edifício Premium, Torre I, 3º andar, sala 305; CEP: 70070-600 – Brasília/DF

**OUVIDORIA-GERAL DO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Ouvidoria de Saúde



A Ouvidoria de Saúde recebe, registra, apura e envia respostas às reclamações, denúncias e sugestões dos cidadãos sobre os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

DISQUE 162
www.ouvidoriageral.mg.gov.br



Auditoria do SUS

A auditoria do SUS tem um papel importante no combate ao desperdício dos recursos públicos, na avaliação do desempenho dos seus agentes, observando se as suas ações estão voltadas à garantia do acesso, à integralidade do cuidado, à equidade, às melhorias dos indicadores de saúde, à humanização do atendimento e à inclusão do controle social, permitindo a transparência e garantindo as informações e as prestações de contas à sociedade. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) é responsável por coordenar a avaliação

técnica e financeira do SUS em todo território nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal.

Os relatórios de auditoria do Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus), unidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), podem ser acessados por qualquer pessoa, física ou jurídica, sem necessidade de apresentar motivo. Na consulta estão disponíveis as auditorias encerradas, ou seja, os relatórios concluídos pelo SNA. Veja a seguir o passo a passo para acessar aos relatórios:

Passo a passo - Os relatórios estão no formato PDF (Formato Portátil de Documento), bastando que o software Adobe Acrobat esteja instalado no equipamento do interessado.

Siga os seguintes passos:

- 1. **Acessar a página do SNA no endereço sna.saude.gov.br/ (sem www)**
- 2. Na página do SNA, clicar no botão Consulta Auditorias, à esquerda na tela, abaixo do título Sistemas;
- 3. No mapa do Brasil que surge, clicar no Estado desejado ou abrir a caixa de consulta UF e escolher a sigla da unidade;
- 4. Na caixa de consulta Municípios, escolher aquele onde foi realizada a atividade desejada;
- 5. Na caixa Tipo de Atividade, escolher a desejada (dispondo das outras informações, os demais campos podem ser preenchidos);
- 6. Clicar no botão Consultar;
- 7. Na lista de atividades clicar em Relatório na coluna Consulta.

Fonte: BRASIL, 2017

Órgãos de Controle e suas atribuições

Órgão/ Entidades	Descrição	O que fazem?	Fontes para consultas	Fonte e saiba mais
Tribunal de Contas da União (TCU)	Órgão federal de controle externo	Aprecia as contas anuais do Presidente da República; fiscaliza a aplicação dos recursos da União repassados a estados, DF e municípios; apura as denúncias apresentadas por qualquer cidadão; auxilia o Congresso Nacional na realização do controle da União e das entidades da administração direta e indireta que recebem bens ou valores federais. Encontram-se submetidas ao controle externo exercido pelo TCU pessoas físicas e jurídicas, entidades públicas e privadas que: <ul style="list-style-type: none">• Utilizam, arrecadam, guardam, gerenciam, aplicam ou administram dinheiros, bens e valores públicos federais ou pelos quais a União responde;• Assumem, em nome da União, obrigações de natureza pecuniária;• Ocasionam perda, extravio ou outra irregularidade que resulte em dano ao erário. (Informações completas no site do TCU).	Constituição Federal/88 art. 71 a 74 e 161. Outras leis específicas trazem em seu texto atribuições conferidas ao Tribunal. Entre essas estão a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2001), a Lei de Licitações e Contratos (8666/93)e, anualmente, a Lei de Diretrizes Orçamentárias	Disponível em: < http://portal.tcu.gov.br/institucional/conheca-o-tcu/competencias >
Controladoria Geral da União (CGU)	Órgão federal de controle interno que faz parte do poder executivo	Examina a aplicação dos recursos; assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições; realizar auditorias e fiscalizações para verificar a aplicação do dinheiro público; instaurar sindicância e processo administrativo; dar andamento a denúncias de lesão ao patrimônio público; fiscalizar a implementação dos programas do governo. Realizar atividades relacionadas à defesa do patrimônio público e ao incremento da transparência da gestão, por meio de ações de controle interno, auditoria pública, correição, prevenção e combate à corrupção e ouvidoria.	As competências da CGU foram definidas pela Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003 e pelo Decreto nº 8.109, de 17 de setembro de 2013	Disponível em: < http://www.cgu.gov.br/ >.
Ministério Público da União (MPU)	Órgão de controle externo a administração pública	Defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais disponíveis; promove e fiscaliza a lei; zela pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública assegurado na CF. Fiscaliza o cumprimento das leis que defendem o patrimônio nacional e os interesses sociais e individuais, fazer controle externo da atividade policial, promover ação penal pública e expedir recomendação sugerindo melhoria de serviços públicos. Pertencem ao Ministério Público da União (MPU): o Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério Público Militar (MPM), Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).	Constituição Federal/88 art. 127 a 130	Disponível em: < http://www.brazil.gov.br/governo/2010/01/ministerio-publico >.

Órgão/ Entidades	Descrição	O que fazem?	Fontes para consultas	Fonte e saiba mais
Tribunal de Contas Estadual (TCE)	Órgão de controle externo da gestão de recursos públicos estadual e municipais presta auxílio ao Poder Legislativo	Apreciar as contas prestadas anualmente pelo Governador do Estado e sobre elas emitir parecer prévio. O controle externo exercido pelo Tribunal compreende a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial e abrange os aspectos de legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade de atos que gerem receita ou despesa pública.	Constituição Estadual art. 76, Lei Complementar nº 102/2008 art. 2 a 4	Disponível em: <http://www.tce.mg.gov.br>.
Ministério Público Estadual (MPE)	Instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado	Defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais; fiscalizar a aplicação de quaisquer recurso repassados ou recebidos pelo estado; examinar a legalidade de ato dos procedimentos licitatórios de modos especial dos editais, das atas de julgamento e dos contratos celebrados.	Constituição estadual art. 119 a 123 e Lei nº 8625/93 art. 26 a 27	Disponível: <https://www.mpmg.mp.br/conheca-o-mpmg/o-que-e/>.
Controladoria Geral do estado (CGE)	Órgão central do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais.	Auditoria-Geral: responsável pelas fiscalizações das licitações, concessões, convênios de saída, transferências às entidades, programas governamentais, auditorias orçamentária, financeira, contábil e patrimonial. Corregedoria-Geral: responsável por coordenar e aplicar o regime disciplinar dos servidores públicos estaduais (Lei nº 869, de 5 de julho de 1952). Trimestralmente, a CGE divulga os relatórios do Cadastro dos Servidores Públicos Cíveis Excluídos da Administração Pública Estadual (CEAPE), constando os nomes dos servidores envolvidos com práticas ilícitas comprovadas. Subcontroladoria de Governo Aberto (SGA): tem por objetivo promover a integridade e a ética no setor público e privado, incentivar a transparência pública e o acesso à informação nos órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual, fomentando a participação da sociedade civil na gestão pública		Disponível em: <http://www.cge.mg.gov.br/sobre/institucional/organograma>.

Órgão/ Entidades	Descrição	O que fazem?	Fontes para consultas	Fonte e saiba mais
Congresso Nacional	Órgão constitucional-que exerce no âmbito federal, as funções do Poder Legislativo.	Discutir o sistema tributário, a arrecadação e distribuição de rendas; o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias, o orçamento anual de operações de crédito; aprovar leis e fiscalizar o estado brasileiro.	Constituição Federal / 88 - Art. 48 a 52	Disponível em: <https://www.congresso nacional.leg.br/portal/congresso/atribulcoes>.
Assembleia Estadual	Órgão de representação do poder Legislativo que se compõe de representante do povo eleito na forma da lei (deputados estaduais)	Discutir e elaborar leis, fiscaliza o Poder Executivo estadual tanto em relação à utilização dos recursos financeiros e patrimoniais como na edição de normas regulamentadoras; representar os interesses dos vários setores da sociedade, intermediando politicamente os conflitos que surgem. Você pode acompanhar todas as atividades da Assembleia de Minas: Debates e votações no Plenário e nas comissões; Audiências públicas na Capital e no interior; Eventos de educação para a cidadania; Seminários legislativos; Fóruns técnicos; Ciclos de debates; Debates públicos.	Constituição Estadual - Art. 52 a 55	Disponível em: <http://www.almgov.br/a_assembleia/entenda_assembleia/index.html>.
Câmara de Vereadores	Órgão legislativo da administração dos municípios exercidos pelos vereadores	Elaborar regimento interno próprio, a fim de disciplinar os procedimentos relacionados às funções de legislar e fiscalizar.	Constituição Federal/ 88 - Art. 29 a 31	-

Vivências como Conselheiras e Conselheiros



Atividade 5

Retomando os assuntos trabalhados na unidade didática

Objetivo

Refletir sobre os temas trabalhados nessa unidade didática relacionando-os com as experiências dos participantes;

Recursos Necessários

Pincel atômico, folhas de papel A4, fita crepe

Desenvolvimento

- Os(as) participantes formarão 4 grupos;
- Cada grupo discutirá sobre os conteúdos/temas da unidade didática estudada, relacionando-os com suas vivências como

conselheira e conselheiro municipal de saúde;

- Cada grupo elaborará uma síntese das discussões, argumentando a importância desses conteúdos/temas para o desempenho da função de conselheira e conselheiro de saúde.
- Ao final, o(a) docente promoverá uma reflexão sobre a aplicação do conteúdo à vida prática da conselheira e conselheiro de saúde.

Tempo estimado: 40min

Anexo 1 - Relação de contatos de órgãos relacionados à atividade da Conselheira e do Conselheiro Municipal de Saúde:

Órgão/ Contato

Conselho Nacional de Saúde
<http://www.conselho.saude.gov.br>
Telefone: (61) 3315-2150 / 3315-2151 / 3315-3566
e-mail: cns@saude.gov.br
Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B.
Brasília-DF, CEP: 70.058-900

Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
<http://ces.saude.mg.gov.br/>
Telefone: (031) 3215-7208(031) 3215-7209 - (031) 3215-7210
email: ces@saude.mg.gov.br
Endereço: Rua Rio de Janeiro, 471 - 10º Andar Centro - Belo Horizonte - MG CEP: 30160-040

Ministério da Saúde
portalsaude.saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-2425
Disque Saúde: 136 Endereço: Esplanada dos Ministérios Bloco G Brasília-DF / CEP: 70058-900

Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
<http://www.saude.mg.gov.br>
Telefone: Tel: (31) 3916-0618/0764/0607/0606 e-mail: gabinete@saude.mg.gov.br
Endereço: Edifício Minas Rodovia Papa João Paulo IIB.: Serra Verde, nº 4143 - BH / MG CEP: 31630-900

Tribunal de Contas da União
Telefone: 0800-644.1500
Telefone geral: (61) 3316-7222
Endereço: Setor de Administração Federal SulSAFS - Quadra 4, Lote 1 CEP 70042-900 Brasília - DF

Controladoria Geral da União
<http://www.cgu.gov.br/>
Telefone: (61) 2020-7019 e 2020-7216 E-mail: sic@cgu.gov.br
Serviço de atendimento ao Cidadão -, Quadra 01, Bloco A, Edifício Darcy Ribeiro, Brasília/DF - CEP: 70070-905

Ministério Público da União
<http://www.mpu.mp.br>
PABX: (61) 3105-5100
Endereço: SAF Sul Quadra 4 Conjunto C - Brasília / DF - CEP 70050-900

Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
<https://www.tce.mg.gov.br>
Telefone: (31) 3348-2111
Endereço: Av. Raja Gabaglia, 1315 - Luxemburgo, Belo Horizonte - MG, 30380-43

Ministério Público de Minas Gerais
<https://www.mpmg.mp.br>
Telefone: (31) 3330-8100
Endereço: Av. Álvares Cabral, 1690 - Lourdes - Belo Horizonte - MG CEP: 30170-008 Horário de funcionamento: de segunda a sexta, das 7h às 19h Interior: Conforme horário de funcionamento da comarca

Controladoria Geral do Estado de Minas Gerais
<http://www.controladoriageral.mg.gov.br>
Telefone: (31) 3915-8992
Email: gabinete@cge.mg.gov.br
Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - Serra Verde
Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves
12º andar do Edifício Gerais
Belo Horizonte/MG - CEP 31630-901

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
www.esp.mg.gov.br
Telefone: (31) 3295-6772
Av. Augusto de Lima, 2061 (entrada pela R. Uberaba) Barro Preto - Belo Horizonte/MG CEP: 30190-009

Assembleia Legislativa de Minas Gerais
<https://www.almg.gov.br>
Telefone: (31) 2108-7666
Endereço: Rua Rodrigues Caldas, 30-Santo Agostinho - Belo Horizonte/MG CEP 30190-921

REFERÊNCIAS

AVRITZER, L. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: Da Autorização à Legitimidade da Ação. DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443 – 464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

AVRITZER, L. Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. Texto para discussão. Brasília: Ipea, 2012. Disponível em: <http://www.consocial.cgu.gov.br/uploads/biblioteca_arquivos/274/arquivo_f4176c9563.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em 26 abr.2017.

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

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 13 mar.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. 2012 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para as secretarias executivas dos Conselhos de Saúde/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. 80 p.: il. – (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 28 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 b. 178 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS. Acesso à informação. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=5218>>. Acesso em 13/03/2017.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Atribuições do Congresso Nacional. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/portal/congresso/atribuicoes>>. Acesso em 13 mar.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO. Saiba mais sobre o Ministério Público do Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2010/01/ministerio-publico>>. Acesso em 13 mar.2017.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Mandado de Injunção. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=M&id=188>>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Mandado de Segurança. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=M&id=189>>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Habeas Data. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=H&id=156>>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Institucional. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/institucional/conheca-o-tcu/competencias>>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. Página inicial. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/>>. Acesso em 26 abr.2017.

CONASEMS. Conferências municipais de saúde passo a passo. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 2003. 31p. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiY1OyJrcLTahUGh5AKHehpDuUQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F1248&usg=AFQjCNFfcSWWuHBQb_fsgP_FZHFdSYSghg&sig2=aQgrFLIqrQV4fHoazuUlvQ>. Acesso em 26 abr.2017.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Controle Social. Modulo 4 – Controle Social e Cidadania. Brasília: Enap, 2015. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/2702/MODULO%204_CONTROLE_SOCAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 29 mar.2017.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. Política de Saúde: Uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-64.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GOHN, M.G. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JUNIOR, O. A.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. (Orgs.). Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

LABRA, M.E. Conselhos de Saúde: visões “macro” e “micro”. Civitas - Revista de Ciências Sociais. Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan.-jun., p. 199 – 221, 2006.

LEMON FILHO, T. O Estado Democrático de Direito. Jornal Correio do Povo Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://www.esapergs.org.br/site/arquivos/artigo_1291133399.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2014.

MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Oficina de Qualificação para Controle Social no SUS-BH: Módulo 1: Guia do Docente. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012. p.28-29.

MINAS GERAIS. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Entenda a Assembleia. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/a_assembleia/entenda_assembleia/index.html>. Acesso em 13 mar.2017.

MINAS GERAIS. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Passo a passo para Organização de Conferências. Disponível em: <<http://ces.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/PASSO-A-PASSO-CONFER%C3%84NCIAS.pdf>>. Acesso em 26 abr.2107.

MINAS GERAIS. CONTROLADORIA GERAL DE MINAS GERAIS. Disponível em: <<http://www.cge.mg.gov.br/sobre/institucional/organograma>>. Acesso em 31 mar.2107.

MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Plano Diretor de Regionalização

(PDR). Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em 10 mar.2017.

MINAS GERAIS. MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/conheca-o-mpmg/o-que-e/>>. Acesso em 13 mar.2017.

MINAS GERAIS. TRIBUNAL DE CONTAS DE MINAS GERAIS. Tribunal de Contas de Minas Gerais - CE/MG. Disponível em: <<http://www.tce.mg.gov.br>>. Acesso em 26 dez.2016.

MORONI, A.J. O direito a participação no governo Lula. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 248-269.

NESPOLI, G. Da educação sanitária à educação popular em saúde. In: Bornstein.V.J. [et al.]. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2016. P. 47-50.

REZENDE, C.A.P. Conversando sobre ouvidoria pública. setembro de 2016. (mimeo)

RIBEIRO, R. J. A democracia. São Paulo: Publifolha, 2001.

SERVIÇO SOCIAL da Indústria de Mato Grosso. Cartilha - Código de Conduta Ética. Cuiabá: SESI/MT, 2008. Disponível em: <<http://www.sesimt.com.br/comitedeetica/cartilha.pdf>>. Acesso em 26 abr.2017

TOVAR, M. T. Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação Informação. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.57-60.

VIANA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E.; IBANEZ, N. (Orgs.) Proteção Social: Dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e princípios. Brasília-DF, 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações

entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Guia de implantação do Portal da Transparência. ed. Brasília, 2013 c. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente>>. Acesso em 15 mar.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. História do disque 136. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/871-sgep-raiz/doges-raiz/ouvidoria-geral-do-sus/12919-historico-do-disque-saude-136>>. Acesso em 30 mar.2017.

CEBES. A questão democrática na área da saúde. Saúde em Debate. São Paulo, n.9, jan/fev/mar, 1980.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. IN: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em 29 mar.2017

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Cartilha de acesso à informação pública. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.acessoainformacao.gov.br/central-de-conteudo/publicacoes/arquivos/cartilhaacessoainformacao.pdf>>. Acesso em 25 abr.2017.

CORREIA, M.C.C. Controle Social. IN: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da educação profissional em saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

DINIZ, B.F. Comunicação, informação e controle social no Sistema Único de Saúde: um estudo em dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte - MG. 2014. 170f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz), Rio de Janeiro/RJ, 2014.

ESCOREL, S. et al. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-82.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. de. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Ed.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio

de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.83-119.

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. Política e Educação. São Paulo: Cortez, 1993.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. Disponível em: <<http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em 30 mar. 2017.

GOHN, M.G. Conselhos gestores e participação sociopolítica. Coleção Questões da nossa época. São Paulo: Cortez, v. 84, 2003.

LABRA, M.E. Existe uma política de participação e controle social no setor saúde? Contribuições para um debate urgente. Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Rio de Janeiro, dezembro de 2007.

LÜCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. São Paulo: Lua Nova, v. 70, p.139-170, 2007.

MINAS GERAIS. CONTROLADORIA-GERAL DO ESTADO. A Controladoria-Geral do Estado. Belo Horizonte, 2017. xxp.

MORAES, N. A. Comunicação, sentidos e saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.61-66.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos municipais de saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, mai./ago. 2004.

OLIVEIRA, V.C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.29-43.

SILVA, I.G. Democracia e participação na Reforma do Estado. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, R. B.; Kischlat, E.; Cortes, R. Controle Social e cidadania II. Módulo 4. Escola Nacional de Administração Pública, 2015, 21p. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/2702/MODULO%204_CONTROLE_SOCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 28 mar.2017.

SOARES, M.V. Democracia por razões de justiça: fronteiras entre a argumentação moral e a deliberação política. Disponível em: <http://www.sndd2014.eventos.dype.com.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=4152>. Acesso em: 10 fev. 2014.

SOUZA, M. F. Comunicação e democracia nos conselhos de saúde: um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2011. 164 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação em Saúde) ICICT/FIOCRUZ, Rio de Janeiro/RJ, 2011.

TORO, B.; WERNECK, N.M.D. F. Mobilização Social: Um modo de construir a democracia e a participação. UNICEF - Brasil, 1996.

Unidade Didática 3

Planejamento e Orçamento

Vanessa Aparecida de Assis Goulart

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Minas Gerais (FESP/UEMG), pós-graduada em Gestão de Saúde Pública (FINOM), Gestão da Clínica na Atenção Primária (SENAC–MG), Gestão Microrregional de Saúde (SENAC– MG), Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde (UFF); Docência do Ensino Superior (UCAM–RJ) e Educação Permanente em Saúde em Movimento (UFRGS). É especialista em políticas públicas e gestão de saúde (EPGS) na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, lotada na Superintendência Regional de Saúde de Passos, desde 2008, onde realiza atividades ligadas à área de planejamento e gestão do SUS. É autora principal do artigo “Controle Social: Conhecer para Agir”, publicado nos anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

QuadroReferencial

1º dia

Temática	Atividades	Tempo Estimado
Planejamento: conceito e importância	Atividade 1 - Discutindo sobre o conceito e importância do planejamento Texto 1 – O que é Planejamento	01h30
Planejamento no Sistema Único de Saúde	Dinâmica 1 – Certo ou errado? Texto 2 - Planejamento no SUS	01h30
Instrumentos de Planejamento no Sistema Único de Saúde	Atividade 2 – Construindo saberes sobre a prática do plano municipal de saúde Texto 3 - Plano Municipal de Saúde – PMS Atividade 3 – Planejando as ações da Programação Anual de Saúde Texto 4 - Programação Anual de Saúde – PAS.	05h

2º dia

Temática	Atividades	Tempo Estimado
Instrumentos de Planejamento no Sistema Único de Saúde (continuação)	Atividade 4 – Conhecendo os Fundamentos do Relatório Anual de Gestão (RAG), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Sistema de Apoio a Construção do Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS) Texto 5 - Relatório Anual De Gestão (RAG), Relatório detalhado do quadrimestre anterior – RDQA e Sistema de apoio a Construção do Relatório de Gestão do SUS – SARGSUS	02h30
Introdução ao Orçamento Público	Atividade 5 – Conhecendo o orçamento público Texto 6 - Orçamento Público	01h30
Instrumentos Orçamentários	Atividade 6 – Conhecendo os Instrumentos Orçamentários (PPA, LOA e LDO) Texto 7 - Conhecendo os Instrumentos Orçamentários (PPA, LOA e LDO)	02h
Execução, Fiscalização e Monitoramento do orçamento Público	Atividade 7 – Conhecendo instrumentos de execução, fiscalização e monitoramento do Orçamento Público Texto 8 – Execução, Fiscalização e Monitoramento do orçamento Público	40min
–	Atividade Final – Refletindo conceitos...	01h20

Introdução

“Devemos planejar o futuro, porque aqueles que ‘ficam’ no presente, permanecerão no passado.”

Abraham Lincoln

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para atender as necessidades de saúde da população brasileira, respeitando importantes princípios como universalidade, equidade e integralidade. Mas você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, certamente já percebeu que as necessidades de saúde da população são inúmeras e de diferentes complexidades. Por isso, se faz necessário refletirmos sobre os recursos financeiros destinados ao SUS e sobre os desafios enfrentados pelos gestores frente às demandas de saúde da população.

A partir deste contexto pode-se destacar que o **planejamento** é um instrumento de grande importância para auxiliar e qualificar a gestão do SUS, pois dentre suas diversas funções, auxilia na identificação das reais necessidades de saúde da população e na priorização das ações e serviços de saúde.

O processo de gestão do **orçamento** em saúde também tem igual importância, uma vez que possibilita a priorização das ações e serviços priorizados pelo planejamento. Cabe ainda complementar, que os processos de planejamento e gestão orçamentária envolvem três diferentes esferas de governo (município, estado e união) por meio da atuação de diversos

atores como, conselheiras e conselheiros municipais de saúde, usuárias e usuários, gestoras e gestores, trabalhadoras e trabalhadores e prestadores de serviços. Frente a este contexto, o processo de gestão orçamentária deve ser regulamentado e pautado em princípios que assegurem à população brasileira uma assistência a saúde resolutiva e efetiva.

A partir desta reflexão, convido você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, a relembrar o Decreto nº 7.508 de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080 de 1990, que dentre outras importantes funções, fortalece o papel dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) na qualificação da gestão do SUS, ao destacar a participação estratégica destes conselhos na construção, monitoramento e avaliação do planejamento em saúde. Também é importante destacar a Lei Complementar nº 141, de 11 de janeiro de 2012 que regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal, e ressalta a participação dos Conselhos de Saúde na deliberação de diretrizes e prioridades da gestão orçamentária do SUS e também no processo de prestação de contas, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle da execução de ações e políticas de saúde, inclusive a aplicação dos recursos financeiros.

Para isso, é importante assegurar o cumprimento dessas legislações. A gestão municipal de saúde deve articular-se com o CMS, oferecendo o suporte necessário para que o mesmo participe ativamente da elaboração, execução, monitoramento e avaliação do processo de planejamento e orçamento em saúde. Desta forma, é fundamental que todos os atores envolvidos neste processo aprofundem seus conhecimentos sobre as legislações, normas e conceitos que se referem aos instrumentos de planejamento e execução orçamentária do SUS. Assim, ao nos apropriarmos das legislações, princípios, normas e conceitos, que envolvem a temática planejamento e orçamento da saúde, possibilitamos não só o fortalecimento do Controle Social no SUS, mas também estimularemos o protagonismo da sociedade civil no processo de gestão participativa nas políticas públicas de saúde de nosso país.

Enfim, esta Unidade Didática tem como objetivo abordar os seguintes conteúdos:

Planejamento: conceito e importância;

Planejamento no Sistema Único de Saúde

e Instrumentos de planejamento do SUS;

Plano de Saúde;

Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG), Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA);

Sistema de Apoio a Construção do Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS);

Orçamento Público.

Esperamos que você, conselheira ou conselheiro municipais de saúde, seja ativo neste processo de qualificação. Aproveite para ler os textos sugeridos, assistir atentamente aos vídeos e participar de todas as atividades propostas compartilhando seus conhecimentos e experiências construídos durante sua trajetória junto à defesa do SUS. Estimamos que essa seja uma oportunidade de compartilhar reflexões e conhecimentos sobre planejamento e orçamento em saúde e que este movimento de educação permanente contribua efetivamente na qualificação do planejamento e gestão do SUS.



Atividade 1

Discutindo sobre o conceito e a importância do planejamento

Objetivo

Refletir sobre o conceito e a importância do planejamento.

Recursos necessários

Computador com acesso à internet ou vídeos em mídias graváveis; Datashow ou TV.

Desenvolvimento

- Os participantes assistirão aos vídeos 1 e 2, e o docente promoverá uma discussão abordando as questões a seguir:

vídeo 1 Porquinho – Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=LOyX-vgdQQQ>>;

vídeo 2 Menino - Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lcBI_ElgvjI>.

- Em seguida, eles farão a leitura orientada do Texto 1, de modo que cada aluno leia um parágrafo do texto e o docente esclarecerá possíveis dúvidas.

Tempo estimado: 01h30

Questões

- 1–Considerando as ações dos personagens principais nos vídeos apresentados, qual deles planejou? Quem improvisou? Qual a importância do planejamento para alcance dos objetivos pretendidos?
- 2- Você já participou ou propôs alguma ação de planejamento em seu trabalho ou nas ações do Conselho de Saúde?

Compartilhe sua experiência.

Texto 1

O que é Planejamento?

“O senhor poderia me dizer, por favor, qual o caminho que devo tomar para sair daqui?” perguntou Alice, “Isso depende muito de para onde você quer ir”, respondeu o Gato. “Não me importo muito para onde...”, retrucou Alice. “Então não importa o caminho que você escolha”, disse o Gato. (Alice no país das maravilhas – Lewis Carroll)

Por meio deste diálogo entre Alice e o Gato, personagens do livro “Alice no País das Maravilhas”, iniciamos nossa reflexão sobre o conceito de planejamento, que, de forma resumida, pode ser compreendido como o **ato de determinar aonde se quer chegar e tomar as decisões que levarão ao objetivo desejado** (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O planejamento é uma atividade presente na vida da maioria das pessoas, em menor ou maior intensidade. Certamente você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, já planejou uma viagem com a família ou com os amigos, a compra de um carro ou ainda uma simples ida ao supermercado. Certamente você conhece pessoas que planejam toda a vida profissional pelos próximos 10 ou 20 anos, mas também identifica pessoas que preferem não planejar e se propõem ao improviso.

Porque planejamos? Relembrando a definição de Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), planejamos porque queremos alcançar um determinado objetivo, porque queremos mudar as “condições insatisfatórias do presente”, ou ainda evitar problemas no futuro.

Para refletir...

Se você deseja alcançar um objetivo de forma rápida e eficiente, um bom caminho é utilizar estratégias de planejamento.

O ato de planejar é importante porque permite um melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, aumentando as chances de alcançarmos nossos objetivos. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Mas você, conselheira e conselheiro, certamente pode recordar momentos em que planejou uma determinada ação ou situação e mesmo assim não obteve sucesso. Isto acontece porque o planejamento não garante o sucesso da ação, mas aumenta a probabilidade de que a ação planejada tenha sucesso. Quanto melhor é o planejamento, maiores as chances de um resultado positivo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Agora que você já conheceu o conceito e a importância do planejamento no cumprimento dos objetivos traçados, vamos refletir sobre a importância do plane-

jamento na gestão do SUS.

Vamos iniciar analisando a complexidade que envolve garantir o funcionamento efetivo do Sistema Único de Saúde por meio da resolução das necessidades de saúde de um município.

Você já parou para pensar na quantidade e na complexidade das tarefas realizadas pelas instituições de saúde do seu município e da sua região? Você pode imaginar o volume de recursos e de pessoas envolvidas na sua realização? E se acrescentarmos ainda o fato de que na saúde, convivemos com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades ou mortes? Diante desta análise, você considera o planejamento realmente importante para a gestão do SUS? Para você, as técnicas de planejamento podem ajudar a gestão do seu município a oferecer uma assistência à saúde de qualidade para a população?

A partir desses questionamentos, podemos compreender a complexidade que envolve a elaboração e o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, e assim, concluir que o planejamento é fundamental para administração das ações e serviços do SUS, pois possibilita elevar a qualidade e a capacidade de resolução dos problemas enfrentados no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saú-

de. (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Durante o processo de planejamento das políticas e serviço de saúde, muitas vezes são definidos objetivos mais complexos, que envolvem uma série de atores como gestores, trabalhadoras e trabalhadores da saúde, instituições prestadoras de serviço, conselhos de saúde e os próprios usuários do SUS. Nesse momento é muito importante contar com um método (forma) de planejamento que possibilite a compreensão e o compartilhamento de uma mesma linguagem (conceitos básicos, termos e instrumentos) que seja capaz de contribuir para o diálogo e para efetiva participação de todos os envolvidos na formulação e na operacionalização das ações planejadas. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para refletir...

Uma história antiga diz que um viajante viu 3 pedreiros trabalhando. Curioso, perguntou ao primeiro o que estava fazendo. A resposta foi seca “estou colocando tijolo sobre tijolo”. Fez a mesma pergunta ao segundo, que respondeu: “Estou levantando um muro”. O terceiro, com uma visão mais ampliada, disse: “estou construindo uma catedral”.

Figura 1 - Conceito de Planejamento



Fonte: GOULART, 2017.

Neste momento você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, pode estar se perguntando: a gestão do meu município utiliza algum método para planejar as ações e serviços de saúde? Qual a forma correta de fazer esse planejamento?

Durante esta unidade didática você vai perceber que existem várias legislações e normas que regulamentam o planejamento no SUS. No momento, é importante destacar a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes, ou seja, caminhos para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Uma das definições que está no artigo 1º desta

portaria, é que “as atividades de planejamento devem ser desenvolvidas de forma individual, por Município, Estado ou pela União, considerando o seu respectivo território e as responsabilidades e atribuições de cada um, definidas pelas normas e acordos” (BRASIL, 2013).

No artigo 2º desta portaria, são definidos os instrumentos obrigatórios para o planejamento no âmbito do SUS, sendo eles o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. A articulação entre estes instrumentos compõe um processo cíclico de planejamento que promove a operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (BRASIL, 2013).

Para que articular os instrumentos?

Esta articulação permite que o processo de planejamento no SUS aconteça de forma dinâmica e permanente. Esta dinâmica é importante porque possibilita que o planejamento seja ajustado conforme sua necessidade, já que ao considerarmos as necessidades de saúde da população de um município, estamos planejando em um cenário de situações que sofrem constantes transformações. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quando falamos de planejamento em saúde pública seria interessante levar em consideração mais alguns aspectos, você conhece ou já ouviu falar sobre o triângulo de governo?

O triângulo de governo, ou triângulo de ferro, foi proposto por Matus, para representar as variáveis necessária para um bom governo, que são: Projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

De acordo com a ideia do triângulo de governo, o processo de gestão está diretamente ligado ao planejamento e a capacidade de acumular e gerir recursos necessários para a execução da proposta. A partir deste conceito é possível que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, reflita sobre o processo de planejamento em saúde do seu município. Para isto é importante que você observe a inter-relação dinâmica entre estes três pontos do triângulo. Por exemplo, seu município pode ter um bom plano de saúde, mas não tem o apoio da comunidade, ou do governo municipal, o que significa que não possui governabilidade para executar o planejamento. Também existem os casos nos quais o gestor possui governabilidade, mas não tem recursos financeiros para executar o projeto de governo do município, o que significa dizer que não possui capacidade de governo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

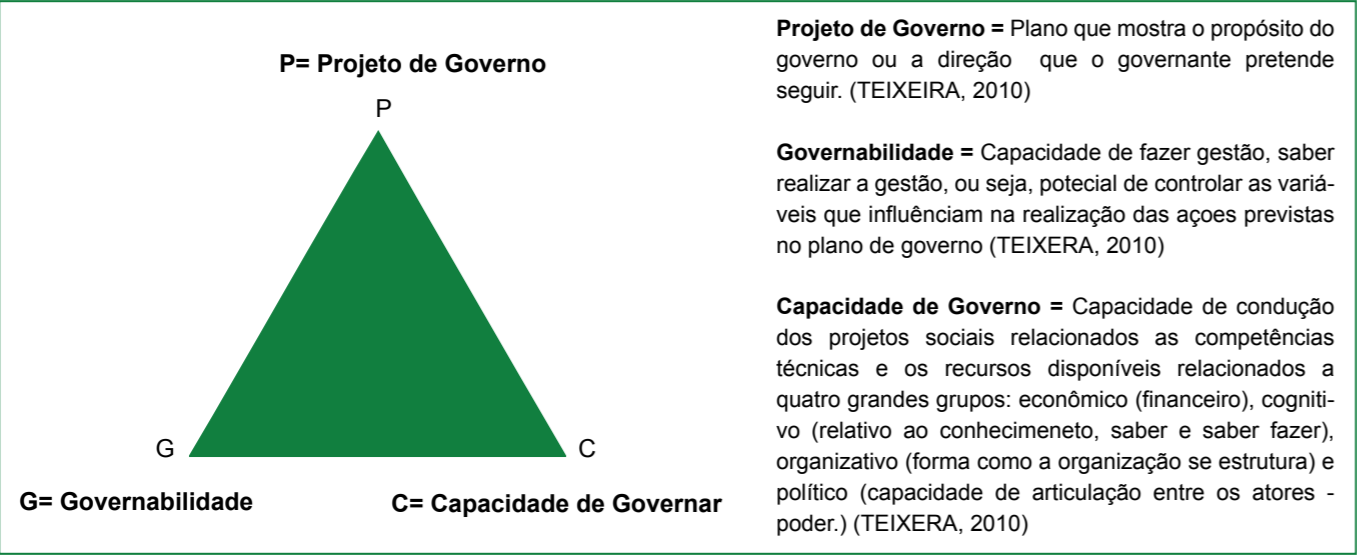
Na relação entre planejamento e gestão em saúde existem diversas interações entre os atores envolvidos neste processo (gestor, equipe de governo, conselhos de saúde, trabalhadoras e trabalhadores de saúde, instituições prestadoras de serviços, etc). (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Por isso, os gestores de saúde, enfrentam o desafio de construir uma gestão participativa, com o envolvimento de todos os atores para que se sintam comprometidos com os resultados esperados, buscando construir mecanismos de governança que garantam o controle e acompanhamento da sociedade na rotina da gestão em saúde e a micropolítica de financiamento (SOARES; CORDEIRO, 2014).

No contexto da gestão municipal de saúde, podemos entender que um plano de governo para as ações de saúde do município, como por exemplo, o plano municipal de saúde, deve considerar as propostas dos profissionais e especialistas em saúde, o projeto político de governo do respectivo prefeito, e também as propostas vindas da comunidade, que em última análise, sofre com os problemas que o planejamento pretende resolver (SOARES; CORDEIRO, 2014).

Para concluir nossa reflexão sobre planejamento, deixo aqui o conceito definido por Huertas (1996) que resume os aspectos de planejamento discutidos até o momento:

Planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos. É projetar-se para o futuro, porque ações de hoje terão sido eficazes, dependendo do que pode acontecer amanhã e do que pode não acontecer. O planejamento é a ferramenta para pensar e criar o futuro porque contribui com um modo de ver que ultrapassa as curvas do caminho e chega à fronteira da terra virgem ainda não palmilhada e conquistada pelo homem. Essa visão ampla serve como suporte das decisões de cada dia: os pés no presente e o olhar no futuro (HUERTAS, 2012).

Figura 2 - O Triângulo de MATUS



Fonte: CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010 (adaptado)

Para refletir...

Na sua vivência de conselheira/conselheiro, como você percebe a dinâmica do planejamento em saúde no seu município? Esse processo considera as reais necessidades de saúde da população?

Para refletir...

O Conselho Municipal de Saúde tem um papel de extrema importância na garantia de que as necessidades de saúde da comunidade sejam inseridas no processo de planejamento.

Dinâmica I – Certo ou errado?

Objetivo

Refletir sobre os pressupostos do planejamento no SUS de acordo com as principais legislações do SUS.

Recursos necessários

papel A4; pincel atômico, computador; Datashow (opcional);

Desenvolvimento

1º momento:

Os participantes formarão 6 (seis) grupos para discutirem e responderem as questões propostas a seguir. Cada grupo elegerá um representante para apresentação em plenária;

O docente distribuirá as folhas A4 e os pincéis para os grupos e os representantes escreverão: (C) para as questões certas, (E) para as erradas e (?) para dúvida.

2º momento:

Em plenária, o docente fará a leitura das questões, sequencialmente, para que os representantes dos grupos mostrem as respostas consensualizadas e anotadas nas folhas A4;

Obs.: Nesta etapa os participantes responderão as questões sem se preocuparem com erros e acertos.

3º momento:

Em seguida, os grupos farão a leitura do Texto 2 e retomarão as questões respondidas associando-as com o texto; Para finalizar, o docente fará argumentações aos grupos identificando possíveis alterações nas respostas.

Tempo estimado: 1h30

Questões

1- () O planejamento em saúde não é obrigatório para municípios menores que 30.000 habitantes.

2- () O gestor do SUS não precisa seguir as normas gerais de planejamento da constituição federal, pois o SUS tem normas específicas como as leis específicas que regem o planejamento do SUS.

3- () A Portaria nº 2.135/2013 reafirma quais são os instrumentos de planejamento e gestão do SUS: o Plano Municipal de Saúde e suas programações anuais, o Relatório de Gestão e seus relatórios trimestrais. Esses instrumentos constituem um processo contínuo e interligado de planejamento, em consonância com os instrumentos de planejamento e de orça-

mento do governo - a Programação Plurianual das Ações – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA, tendo relação direta com o orçamento disponível para a função saúde (plano de saúde).

4- () A elaboração dos instrumentos de planejamento estabelecidos pela legislação são obrigações condicionantes, inclusive, para o recebimento das transferências intergovernamentais.

5- () O Decreto nº 7.508, de 2011, estabelece o planejamento regional em saúde como a base para a definição das metas e indicadores do planejamento da política de saúde, visando conferir maior complementaridade entre as ações a serem desenvolvidas de forma integrada pelas três esferas de governo.

6- () De acordo com o decreto nº 7.508 de 2011, o processo de planejamento no SUS devem ser consideradas como essenciais as pactuações realizadas nas comissões intergestores — CIR, CIB e CIT — uma vez que esses espaços de governança têm a competência de discutir e pactuar de forma permanente a política de saúde e sua execução na construção da gestão compartilhada do SUS.

7- () A Lei 8142/90, dá ênfase à transparência e à visibilidade da gestão da saúde, demandando que os gestores da saúde deem ampla divulgação, inclusive por meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da saúde, para consulta e acesso da sociedade.

8- () A Lei n. 8.080/1990 estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS será descendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberati-

vos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

9- () A portaria n. 2135/2013 define que os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são:

- Plano de Saúde (PS) que é instrumento de prestação de contas do gestor do SUS referente a cada quadrimestre;
- Programação Anual de Saúde (PAS) que operacionaliza as intenções descritas no Plano de Saúde;
- Relatório Anual de Gestão (RAG) que registra os resultados alcançados com a execução da PAS e norteia eventual redirecionamento;
- Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior; que marca as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Planejamento no SUS

/ 116

Até o momento, compreendemos que as práticas de planejamento estão presentes em todo o processo que é conhecido como Gestão do SUS, sendo uma ação estratégica da administração pública. Compreendemos também que o planejamento no SUS tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde (MINAS GERAIS, 2017).

Os princípios gerais para o planejamento público no Brasil estão dispostos ao longo de um conjunto de normas de diversas naturezas, editadas ao longo de várias décadas. O planejamento no SUS deve se orientar por essas regras como também, pelas Leis Orgânicas, portarias e resoluções mais recentes (BRASIL, 2016a).

O artigo 16 da Lei nº 8.080/90 atribui à esfera nacional do SUS o dever de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal”. É importante saber que, os municípios, obrigatoriamente, devem realizar ações de planejamento. A elaboração dos instrumentos de planejamento estabelecidos pela legislação, está condicionada ao recebimento das transferências intergovernamentais (BRASIL, 2016a).

Saiba mais!

Existem várias normas que regulamentam o processo de planejamento do SUS, as principais são:

- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990;
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000;
- Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;
- Resolução CNS nº 459, de 10 de outubro de 2012;
- Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.

Quando falamos em saúde pública, devemos considerar também estas importantes diretrizes do planejamento do SUS definidas pela Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013. Assim, é preciso que os gestores de saúde e você, conselheiras e conselheiros municipais de saúde, tenha como base para a execução das respectivas atribuições no processo de planejamento os seguintes princípios/pressupostos:

Quadro 1 – Princípios do Planejamento no SUS

Princípios	Conceitos	Contexto CMS
1– Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.	As atividades de planejamento devem ser realizadas de forma individual por cada município, Estado e pelo governo federal, considerando os limites do seu território, e as responsabilidades de cada um, conforme as normas e legislações vigentes (MINAS GERAIS, 2017).	O planejamento municipal deve estar integrado aos objetivos do Estado a que ele pertence e aos objetivos da União. (BRASIL, 2016a).
2 - Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).	Estas comissões (CIR, CIB e CIT) têm a competência de discutir e pactuar de forma permanente a política de saúde e sua execução na construção da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2016a).	Durante o processo e definição dos objetivos da gestão municipal de saúde é preciso considerar as pactuações (acordos) realizadas nas comissões intergestores (CIR, CIB e CIT). (BRASIL, 2016a).
3- Monitoramento, avaliação e integração da gestão do SUS.	O monitoramento e a avaliação do processo de planejamento permitem aos seus gestores conhecer a forma como está evoluindo o processo, analisar o resultado das ações e ajustar o planejamento sempre que necessário (BRASIL, 2016b).	No contexto do planejamento municipal de saúde, o conselho municipal de saúde deve participar ativamente deste processo. (BRASIL, 2016b).
4- Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.	Para ser ascendente o planejamento deve partir de um contexto menor (por exemplo, do município) até chegar a um contexto mais amplo como da União, por exemplo. (CONASS, 2003).	A gestão municipal de saúde e o CMS definem os objetivos a serem alcançados considerando sua realidade local e as diretrizes (caminhos) estaduais e nacionais que foram construídas por meio da discussão entre os representantes legais dos municípios, estado e união e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. (MINAS GERAIS, 2017).
5- Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo.	Os instrumentos de planejamento da saúde são: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e, Relatório de Anual de Gestão (RAG) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, são: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão.	Este é um grande e importante desafio a ser vencido pela gestão municipal pelo CMS. É preciso investir concretamente neste processo, pois se trata de uma determinação legal. É preciso, também, aproximar-se da gestão financeira do SUS e qualificá-la cada vez mais (SANTOS, 2011).

/ 117

Princípios	Conceitos	Contexto CMS
<p>6- Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade.</p>	<p>A LC nº 141, de 2012, destaca a obrigatoriedade da transparência e visibilidade das ações executadas pela gestão da saúde, determinando que os gestores da saúde deem ampla divulgação, inclusive por meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da saúde, para consulta e acesso da sociedade.</p>	<p>A gestão municipal de saúde deve assegurar a transparência no processo de elaboração e discussão dos instrumentos de planejamento do SUS (PMS, PAS e RAG e RADQ) através da submissão dos mesmos à apreciação dos Conselho Municipais de saúde de Saúde e realização de audiências públicas (BRASIL, 2016a).</p>
<p>7 - Concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.</p>	<p>A análise da situação de saúde envolve primordialmente o conhecimento adequado e detalhado das condições de vida enfrentada nos municípios (CAMPOS, 2013). A mesma dinâmica acontece na compreensão das realidades locais em cada Região de Saúde, que considera o cenário dos municípios que a compõe (BRASIL, 2016a).</p>	<p>Ao identificar e analisar as necessidades de saúde da população, a gestão e o Conselho Municipal de Saúde devem considerar um conceito mais amplo de saúde, entendendo a saúde como uma condição que vai além da ausência de doença e se caracteriza pela garantia de bem estar tanto físico e afetivo quanto social e econômico da sua população.</p>

Fonte: GOULART, 2017.

/ 118

Para refletir...

É importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, acompanhe o processo de planejamento em saúde em seu município certificando-se dos cumprimentos destes princípios!

Saiba mais!

Aprofunde seus conhecimentos sobre planejamento no SUS!
Consulte o Manual de Planejamento no SUS, disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>.

O Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão são instrumentos de planejamento obrigatórios no âmbito do SUS. No município, estes instrumentos são de responsabilidade da gestão municipal de saúde, que deve utilizá-los para dar visibilidade às suas responsabilidades e para definir as políticas municipais de saúde e a forma de utilização dos recursos de saúde (BRASIL, 2013).

Então, mãos a obra! Vamos entender os instrumentos de planejamento do SUS, que auxiliam os gestores e os conselhos de saúde neste processo!

Instrumentos de Planejamento no Sistema Único de Saúde



Atividade 2

Construindo saberes sobre a prática do plano municipal de saúde

Objetivos

Conhecer os conceitos, fluxos e prazos e legislações que normatizam a elaboração, monitoramento e avaliação do PMS; Exercitar a lógica de construção do PMS.

Recursos necessários

Desenvolvimento

- O (a) docente realizará exposição dialogada do Texto 3.
- Em seguida, fará a leitura comentada do Estudo de caso – O município de *Algum Lugar* e esclarecerá as possíveis dúvidas em relação a compreensão das informações contidas nos quadros;

- Os participantes formarão 5 ou 6 grupos preferencialmente compostos por representantes de municípios de diferentes.
- De posse das informações da análise situacional do município de *Algum Lugar* os grupos devem identificar no mínimo 5 problemas enfrentados pelo município (matriz 1) e priorizar 3 (matriz 2). O grupo ainda deverá pontuar diretrizes, metas e indicadores, preenchendo a Matriz 2.

- Em seguida, os grupos construirão o detalhamento do indicador sugerido, preenchendo a Matriz 3.

- Ao final da atividade o(a) docente solicitará a um(a) representante de cada grupo para apresentar um dos problemas e seus desdobramentos.

Tempo estimado: 3h30

/ 119

Estudo de Caso: O município de Lugar Algom

(adaptado de Minas Gerais, 2017)

Caracterização sociodemográfica

População: 25.000 habitantes
Taxa de analfabetismo: 9%
Taxa de fecundidade: 2,1 filhos por mulher
Fronteiras: Miramar (ao norte), Pedrinhas (ao Sul)
Índice de envelhecimento: 33,9%
Região ampliada de saúde: Pinheiros
Região de saúde: Pequi
Densidade demográfica: 2,9 hab/km²

Estrutura do sistema de saúde, capacidade instalada e redes de atenção

Hospital: 1 Filantrópico
Número de leitos SUS: 5
Número de leitos privados: 30
Unidades de Saúde da Família: 04
CAPS 1: 1
NASF – INOPERANTE
Policlínica municipal: 1
Hospitais habilitados em obesidade: 0
Sala de vacina: 3
Unidades Farmácia de Todos: 1
Ambulâncias: 4

A rede de atenção primária no município

Realiza ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, materializando-se a partir das unidades básicas de saúde e suas equipes, perfazendo uma cobertura de 57% da população. O município possuía ainda um NASF, porém os profissionais foram demitidos na gestão passada.

A rede de saúde mental é constituída pelo centro de atenção psicossocial, que é ineficiente para atendimento da demanda atual.

A atenção especializada composta pela oferta de especialistas em psiquiatria, ginecologia, cardiologia e ortopedia apresentando uma insuficiência de atendimento da população, que tem que ser transferida para o município de “Vizinho” para o atendimento das demais especialidades. Porém constatou-se uma demanda reprimida de consultas especializada com previsão de espera de 14 meses. Também existe demanda reprimida para exames diagnósticos de 16 meses.

Fluxos de acesso

Principal referência para atendimento de alta complexidade: município de Miramar, através do hospital de referência - Hospital Municipal

Rotas utilizadas: BR-433 - tempo médio de deslocamento: 3,5 horas

Dados epidemiológicos

Principais causas de internação da população: 15% partos; 25% cirurgias; 10% causas externas; 35% condições sensíveis a atenção básica, 15% outras causas
Principais causas de mortalidade por neoplasias (25%) e doenças do sistema respiratório (20%) e cardiovasculares (20%).

Gestão do SUS

Plano Municipal de Saúde vigente: 2014-2017
Última programação aprovada pelo CMS: (2015)
Situação do Relatório anual de Saúde 2017 (solicitado ajustes pelo CMS).

Recursos financeiros

Impacto de ações judiciais no orçamento: 30%
Recursos próprios destinados à saúde ano de 2015: R\$ 2,1 milhões
Repasse da União (2012 a 2015): R\$24 milhões (ano) Repasse estaduais (2012 a 2015): R\$30 milhões (ano)

Indicadores e Metas da Pactuação Interfederativa para o ano de 2017 aprovados pelo CMS:

Cobertura atenção primária – Meta 2017 70%; alcançado em 2016: 57,14
Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal – Meta 2017 50%; alcançado em 2016: 0%.

Levantamento dos problemas:

Após analisar os dados e informações obtidas, a equipe deve identificar os problemas e priorizar aqueles de maior urgência e relevância, merecendo uma atenção especial da gestão.

Alinhando os principais problemas de saúde com o CMS e ouvindo os problemas do município

De posse da análise de saúde municipal, a equipe procurou a mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde para conversarem sobre a realização da conferência municipal de saúde. Descobriram que a última conferência realizada havia sido em 2012 e, portanto havia necessidade de fazer outra em 2017 e assim foi feito. Os eixos temáticos instituídos na XV Conferência Nacional de Saúde foram respeitados. Após consolidação das propostas da conferência, um dos eixos discutidos foi:

EIXO: Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

DIRETRIZ: Ampliar a oferta de serviços e de equipamentos de saúde, garantindo acesso em tempo adequado, em todos os níveis de atenção, com qualidade e atendimento humanizado.

- 1) Adquirir novas ambulâncias
- 2) Construir mais postos de saúde
- 3) Garantir a disponibilidade de profissionais de saúde para atendimento da população
- 4) Buscar habilitação de laboratórios para realização de exames diagnósticos
- 5) Ampliação das ações de saúde bucal

Consolidando diretrizes nacionais, estaduais e municipais com o Plano de Governo

Após receber o consolidado da conferência feito pelo Conselho Municipal, a equipe deve considerar as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (Anexo 1) para absorver as estratégias dos demais entes para enfrentar os problemas de saúde.

Plano Municipal de Governo: Ao analisarem o plano de governo do prefeito em exercício, a equipe identificou 4 propostas na área da saúde:

- Implantação de equipes de Unidade de Saúde da Família para atender 100% da população com qualidade
- Ampliação da oferta de consultas especializadas e exames
- Aquisição de novas ambulâncias.
- Ampliação da rede laboratorial.
- Implantar equipes de saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Matriz 1

1

2

3

4

5

Matriz 2

PROBLEMA PRIORIZADO Nº1:

DIRETRIZ

OBJETIVO

META

INDICADOR

PROBLEMA PRIORIZADO Nº2:

DIRETRIZ

OBJETIVO

META

INDICADOR

PROBLEMA PRIORIZADO Nº3:

DIRETRIZ

OBJETIVO

META

INDICADOR

Matriz 3 - Planejando as ações da Programação Anual de Saúde

Indicador	Unidade de medida	Fonte	Periodicidade	Formula de cálculo	Data de apuração

Orçamento		Prazo	
Responsável			

Plano Municipal de Saúde PMS

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento central de planejamento e deve apresentar as intenções e os resultados que serão buscados pela gestão municipal de saúde no período de 4 anos. É por meio dele que as reais necessidades de saúde da população serão identificadas e onde serão elaboradas as propostas para atendimento das mesmas. O PMS deve ser aprovado e monitorado pelo CMS, por isso é importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, conheça as normas de elaboração deste instrumento (BRASIL, 2016).

Também é importante que compreenda que o PMS deve nortear a elaboração do planejamento e do orçamento de saúde do governo municipal, além de estar alinhado às diretrizes apresentadas nas Conferências de Saúde (BRASIL, 2013).

Veja, abaixo, o trecho do Artigo 36 da Lei nº 8080 de 1990 que trata dessa exigência:

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

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde (BRASIL, 1990).

Importante!

A elaboração do PMS requer muita atenção dos gestores, conselheiras e conselheiros municipais de saúde, pois deve contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade, a efetividade e o financiamento das ações (MINAS GERAIS, 2017).

Existe uma estrutura obrigatória que deve ser contemplada na elaboração do Plano Municipal de Saúde. É importante que você, conselheira e conselheiro, durante a apreciação deste instrumento, observe se ele está sendo elaborado de acordo com a estrutura mínima definida pela Portaria nº 2135/2013.

Vamos conhecer detalhadamente cada parte desta estrutura?

Figura 3 - Estrutura do Plano de Saúde conforme Portaria nº 2.135/2013



Fonte: GOULART, 2017.

Análise da situação de saúde

A análise da situação de saúde é a primeira etapa para a elaboração do Plano de Saúde. É realizada a partir do processamento e da análise de um conjunto de informações do município. O seu objetivo é identificar as características de saúde da população e estrutura dos serviços de saúde do município, tais como a distribuição dos recursos humanos e de ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, possibilitando a identificação

dos vazios assistenciais existentes. Quanto mais elementos puderem ser agregados nesta análise situacional, mais rico, preciso e verdadeiro será o seu resultado (BRASIL, 2016; MINAS GERAIS, 2017).

Lembre-se que para a elaboração desta análise deve-se considerar os temas básicos que a compõe, considerando o mapa da saúde.

Saiba mais!

Para conhecer mais informações e dados da situação de saúde dos municípios de MG, acesse:

<<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>.

<<http://www.saude.mg.gov.br/cib/page/372-mapa-municipios-saude-em-casa-sesmg>>.

É importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, conheça as necessidades de saúde da população e também os problemas encontrados. Para facilitar sua compreensão, listamos no quadro a seguir alguns exemplos de informações que devem constar na análise de situação de saúde:

Quadro 2 – Análise de situação de saúde, considerando os temas do mapa da saúde.

Temas definidos pela portaria 2135	Informações estratégicas	Exemplos
Estrutura do Sistema de Saúde	Capacidade instalada dos serviços de saúde do município (pública e privada complementar), evidenciando os estabelecimentos de saúde, equipamentos e profissionais. <div>Vigilância em Saúde</div> <div>Atenção Primária</div> <div>Assistência ambulatorial especializada</div> <div>Assistência de urgência e emergência</div> <div>Assistência farmacêutica</div>	<ul style="list-style-type: none">• Descrição estabelecimentos de saúde (públicos e privados existentes o município. (Clínica de Fisioterapia; Unidades da Saúde da Família)• Tipos e quantidades de serviços oferecidos por estes estabelecimentos. (Exames de imagem, exames laboratoriais, consultas médicas especializadas) Número de vacinas realizadas nos últimos anos; Ações realizadas pela área de vigilância sanitária; Ações realizadas pelo serviço municipal de zoonoses. Ações realizadas pelas estratégias de saúde de Família Cobertura de atenção primária no município. Oferta e demanda de consultas especializadas (oftalmologista, neurologista, cardiologista, endocrinologista, entre outros. Unidades hospitalares de referência para atendimento dos casos de urgência e emergência do município. Lista de medicamentos do elenco básico fornecidos, fluxo de fornecimento dos medicamentos excepcionais. Fluxos de atendimento da Rede de Urgência e Emergência; (Serviço Móvel de Urgência e Emergência – SAMU)
Redes de atenção à saúde:	Fluxos e linhas de cuidado estabelecidos; Sistemas de apoio e de logística existentes.	

Temas definidos pela portaria 2135	Informações estratégicas	Exemplos
Condições sociossanitárias	Dados demográficos Dados socioeconômicos Dados epidemiológicos Informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade. Informações relativas aos condicionantes e determinantes sociais da saúde Fluxos assistenciais (caminho e distância percorridos pelas usuárias e usuários) Recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema	Distribuição da população considerando: - idade e sexo; • população rural e urbana Taxa de desemprego; níveis de escolaridade; Mortalidade por grupo de causas, segundo raça, sexo e faixa etária; Principais causas de internação hospitalar; Principais causas de mortalidade Taxa de mortalidade infantil; número de óbitos maternos; principais causas de adoecimento da população indígena (caso exista no município) Cobertura de tratamento de água e esgoto; Taxa de analfabetismo; Fluxos e protocolos para atendimentos especializados Estimativa de recursos a serem transferidos pelo estado e união; Estimativa de recurso próprios investidos na saúde; Estratégias para captação de novos recursos; média de gastos com saúde nos últimos anos. Previsão de recursos necessários para manutenção dos serviços existentes;
Fluxos de acesso		
Recursos financeiros		

Gestão do trabalho e da educação na saúde	Informações sobre quadro de funcionários existente	Condições de trabalho	Números de funcionários por categoria; formação e qualificação profissional. Necessidade contratação de profissionais especializados;
			Jornada média de trabalho; número médio e o tipo de vínculos de trabalho; e planos de cargos e salário;
			Mecanismos de cooperação técnica e de articulação com instituições de ensino, de serviços e de participação social
			Compromissos assistenciais assumidos pela gestão municipal junto a Comissão Intergestores Regional
			Estrutura, organização e operacionalização do processo de planejamento
Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde	Identificação das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.	Regionalização	Programação Pactuada e Integrada (PPI) do município; fluxos de regulação no município; referências e contra referências
			Deliberações da Conferência de Municipal de Saúde em vigência; condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde; Existência e funcionamento de outros mecanismos de participação social (Ouvidoria, Mesa de Negociação do SUS, etc)
Gestão	Planejamento	Regulação	
			Participação e controle social

Após o levantamento da análise situacional de saúde em seus diversos aspectos, é preciso identificar, formular e priorizar os problemas encontrados na assistência à saúde do respectivo município (BRASIL, 2008).

Para refletir...

Você conhece a análise de situação de saúde do seu município? Você sabe quais as principais causas de adoecimento e morte da população? Quais as estratégias da gestão municipal para modificar esta realidade?

Definição das Diretrizes, objetivos, metas e indicadores

Conhecendo o diagnóstico e listando os problemas, o segundo passo para elaboração do plano é a formulação dos objetivos, diretrizes e metas e indicadores. Antes de conhecermos melhor este processo, é importante que você compreenda alguns conceitos:

Quadro 3 - Diretrizes, objetivos, metas e indicadores

Conceito		Exemplos
DIRETRIZ	Indica a direção que deve ser seguida para a realização das políticas de saúde definidas pelo gestor. Deve expressar, de modo claro, as prioridades do plano municipal de saúde e as estratégias para minimização ou solução dos problemas de saúde identificados (Minas Gerais, 2017).	“Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas” (Diretriz PNS 2016-2019).
OBJETIVOS	Define o que a gestão municipal de saúde pretende para reduzir ou solucionar os problemas identificados. Os objetivos devem ser coerentes com as políticas de governo.	Ampliar as ações e serviços da Assistência Ambulatorial Especializada, de acordo com as necessidades de saúde da população.
METAS	É a expressão quantitativa dos objetivos. A definição das metas deve ser coerente com a realidade, sendo ao mesmo tempo desafiadora e factível.	Aumentar 30% dos atendimentos de cardiologia.
INDICADORES	Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, os resultados intervenção proposta. Os indicadores devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção (Brasil, 2016).	Número de consultas de cardiologia realizadas no período. (Fonte: Sistema de Informações ambulatoriais do SUS - SIASUS).

Importante!

Como vimos anteriormente, é de responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde estabelecer as diretrizes nacionais a serem observadas na elaboração dos planos Planos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, desde que sejam consonantes com as características epidemiológicas e com a organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde (BRASIL, 1990). Durante a elaboração do Plano Municipal de Saúde, é importante considerar as Diretrizes do Plano Nacional de Saúde em vigência. O acréscimo de diretrizes elaboradas pelo estado e município, porém, é opcional (MINAS GERAIS, 2017). Conheça as diretrizes do Plano Nacional de Saúde – 2016/2019, para isto consulte o anexo 1 desta unidade didática.

Para a definição dos objetivos, diretrizes e metas do PMS é importante considerar (MINAS GERAIS, 2017):

- as necessidades de saúde da população e os problemas de saúde identificados na análise de situação de saúde;
- as propostas do plano de governo na área da saúde;
- as diretrizes levantadas na última Conferência de Saúde; e
- as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.

O papel dos indicadores no PMS

Na unidade didática 2 vimos que as Comissões Intergestores são instâncias de **pactuação consensual** entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Você conhece a Resolução CIT nº 8, de 24 de

novembro de 2016, que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde?

Esta resolução define 23 indicadores que serão discutidos e pactuados entre gestores estaduais e municipais por meio das comissões bipartite. A pactuação das metas municipais deve ser aprovada pelo respectivo conselho municipal de saúde. A análise do resultado alcançado deve constar no Relatório Anual de Gestão do ano de referência.

Vamos compreender melhor esta dinâmica? Vamos fazer algumas reflexões considerando o indicador Razões de exames de mamografia no quadro a seguir.

Para análise do resultado do indicador é importante considerar os resultados que o município alcançou nos últimos anos. A partir deste contexto, sem deixar de considerar a capacidade do município em realizar as atividades necessárias para alcançar o resultado, o gestor deve propor uma nova meta e em seguida encaminhar para aprovação do CMS. É importante ressaltar que o CMS pode solicitar a série histórica sobre o indicador, quando houver.

Quadro 4 - Dados do Indicador Razão de exames de mamografia segundo Brasil, 2017

Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano. População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano /(dividido por) 2.	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH, procedimento 0204030188 mamografia bilateral para rastreamento.	Anual

Fonte: adaptado de Brasil (2013)

O processo de monitoramento e avaliação

Para que as ações planejadas no PMS possam contribuir para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, o gestor municipal deve comprometer-se a:

- realizar o monitoramento e a avaliação das ações executadas
- verificar se os resultados previstos estão sendo alcançados como planejado.

A figura a seguir nos mostra que o processo de monitoramento e avaliação do PMS deve ser orientado pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos pela gestão.

Figura 3 - Processo de monitoramento e avaliação do PS



Fonte: GOULART, 2017.

É importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, compreenda os conceitos de monitoramento e

avaliação, pois eles são importantes atribuições dos CMS.

O que é monitoramento?

É o acompanhamento regular e periódico das metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período e em comparação ao que foi planejado. Para realizar o acompanhamento das metas e indicadores o conselho deve comparar se a meta definida pelo município está sendo alcançada e se as ações propostas estão sendo realizadas no prazo determinado (BRASIL, 2016a).
Exemplo: O número de consultas em cardiologia do município X no período de janeiro a dezembro de 2016 alcançou o número planejado?

O que é avaliação?

É a análise de um conjunto de parâmetros (critérios) que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, o resultado de uma intervenção proposta (BRASIL, 2016a).
Exemplo: Avaliação da melhora clínica dos usuários que estão participando dos grupos de apoio a diabéticos e hipertensos de um determinada unidade de saúde X, no período de 06 meses

Conforme descrito pelo manual de planejamento no SUS existem outros critérios empregados na avaliação em saúde como:

- critérios que consideram os efeitos a saúde da população através da avaliação de impacto ou de efetividade); ou
- critérios que consideram a obtenção das prioridades e os objetivos iniciais estabelecidos através da avaliação dos objetivos ou da eficácia.

Saiba mais!

Consulte o Manual de Planejamento do SUS, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>.

Perceba que ao definirmos monitoramento e avaliação, sempre consideramos os indicadores definidos no PMS. Por isso é importante que os indicadores contenham informações necessárias para facilitar o processo de monitoramento e avaliação e garantir a veracidade deste processo.

É desejável que no Plano Municipal de Saúde seja construído um quadro de indicadores que contenha as informações necessárias para medir o alcance dos objetivos Minas Gerais (2017). Por exemplo, para a construção do indicador que permita monitorar se o número de consultas em cardiologia do município X no período de janeiro a dezembro de 2016 alcançou a meta planejada, pode-se construir o seguinte quadro de indicador:

Quadro 5 – Dados do indicador

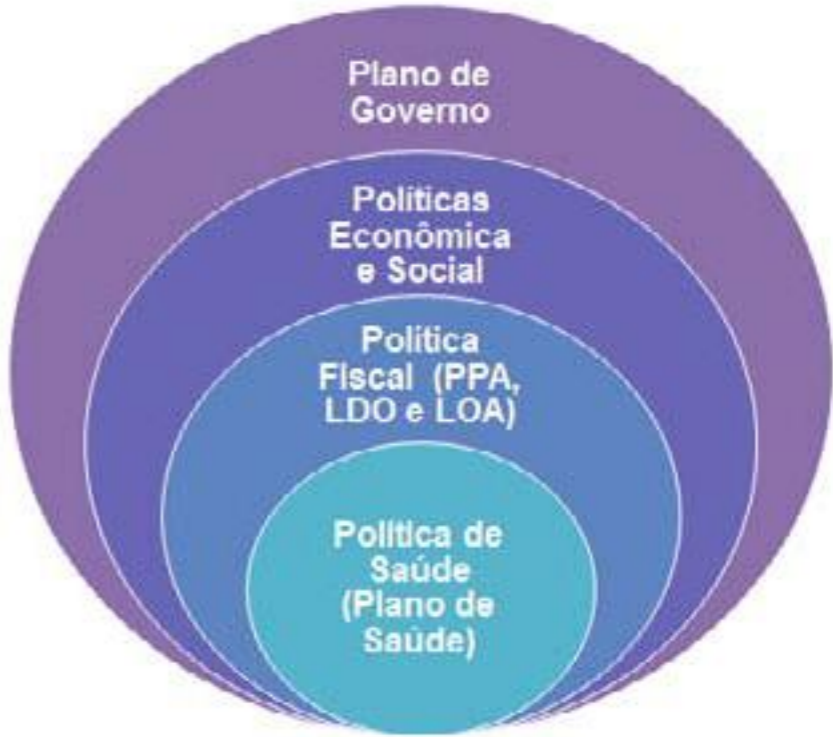
Indicador	Método de Cálculo	Fonte	Periodicidade
Número de consultas de cardiologia realizadas no período.	Número de consultas de cardiologia faturadas no período	Fonte: Sistema de Informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).	Anual

Fonte: GOULART, 2017.

PMS e sua vigência

Como vimos anteriormente, as diretrizes definidas no PMS devem nortear a construção do planejamento do orçamento municipal de saúde que deve ser definido no Plano Plurianual do respectivo município (BRASIL, 2013a).

Figura 4 - Contextualização da Política de Saúde (Processo de Planejamento Integrado do Governo)



Fonte: Brasil (2016b)

Por isso o período de elaboração do Plano Municipal de Saúde deve anteceder os prazos de elaboração do Plano Plurianual (PPA), que varia entre 31 de agosto e 30 de setembro de acordo com a lei orgânica dos estados e municípios. Desta forma, o PMS deverá ser elaborado e aprovado pelo seu respectivo conselho de saúde antes do envio do PPA ao poder legislativo (BRASIL, 2013a).

A elaboração do PMS e do PPA é realizada a cada quatro anos, contados a partir do segundo ano da gestão atual e com encerramento no primeiro ano da próxima gestão (MINAS GERAIS, 2017). Observe a figura a seguir, ela representa a vigência do Plano Municipal de Saúde no período 2018-2021. O mesmo raciocínio se aplica para elaboração do PPA municipal.

Figura 5 – Elaboração e vigência Plano de Saúde Municipal 2018-2021



Fonte: GOULART, 2017.

Como já discutimos anteriormente, os conselhos de saúde exercem o papel de coautores das políticas públicas de saúde e por isso devem participar ativamente do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde. Esse é um momento de participação da comunidade, que tem suas necessidades de saúde discutidas e incorporadas ao PMS (BRASIL, 2016b). Após sua elaboração, o PMS deve obrigatoriamente ser aprovado pelo respectivo CMS, sendo necessário também que o ato deliberativo de aprovação deste plano seja anexado ao documento final do PMS (MINAS GERAIS, 2017). A versão

aprovada do PMS deverá ser publicada em ato formal pelo gestor e assumida como instrumento orientador estratégico da gestão, inclusive no Sistema de Apoio a Construção do Relatório Aula de Gestão do SUS – SARGSUS. (MINAS GERAIS, 2017) Também é atribuição do Conselho de Saúde a fiscalização permanente da movimentação financeira dos recursos e o controle da execução das ações e serviços de saúde descritos no Plano. (BRASIL, 2015a)



Atividade 3

Planejando as ações da Programação Anual de Saúde

Objetivo

Conhecer e analisar os conceitos, fluxos, prazos e legislações que normatizam a elaboração, monitoramento e avaliação da Programação Anual de Saúde.

Recursos necessários

pincel atômico e Papel kraft.

Desenvolvimento

- Os participantes farão a leitura do Texto 4, de modo que cada Conselheira e Conselheiro leia um parágrafo. Eventuais dúvidas serão esclarecidas pelo docente;
- Em seguida os participantes retomarão os

grupos da atividade anterior, e usarão as informações construídas na atividade 2, ou seja os dados das matrizes 1, 2 e 3, para preencher a matriz 4 a seguir;

- Cada grupo deverá elaborar no mínimo 2 ações necessárias para o cumprimento de cada objetivo (matriz 2) que foi estipulado na atividade 2;
- Os representantes dos grupos apresentarão em plenária os conhecimentos produzidos.

Tempo estimado: 1h30

Orçamento	Ação 2	
PRAZO		
RESPONSÁVEL		
DIRETRIZ		
OBJETIVO		
META DO PLANO DE SAÚDE	META ANUAL	
INDICADOR		
AÇÃO(S)	AÇÃO 1:	
	AÇÃO 2:	

Orçamento			
PRAZO			
RESPONSÁVEL			
DIRETRIZ			
OBJETIVO			
META DO PLANO DE SAÚDE		META ANUAL	
INDICADOR			
AÇÃO(S)	AÇÃO 1:		
	AÇÃO 2:		

Orçamento			
PRAZO			
RESPONSÁVEL			
DIRETRIZ			
OBJETIVO			
META DO PLANO DE SAÚDE		META ANUAL	
INDICADOR			
AÇÃO(S)	AÇÃO 1:		
	AÇÃO 2:		

Texto 4

Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que detalha a forma de execução dos objetivos e metas definidos no Plano Municipal de Saúde no período de um ano. O detalhamento da execução é feito por meio da definição das ações que devem ser desenvolvidas para atingir as diretrizes, objetivos e metas do Plano de Saúde (BRASIL, 2016a).

Desta forma, a PAS é elaborada a partir das diretrizes, objetivos e metas prioritizadas para o ano em questão. A partir desta priorização é realizado o

planejamento das ações que tornarão possíveis o cumprimento das metas do PMS e dos recursos financeiros necessários para sua execução. O período da programação deve coincidir com o exercício fiscal, ou seja, janeiro a dezembro (MINAS GERAIS, 2017).

É atribuição do Conselho Municipal de Saúde analisar, avaliar e emitir parecer conclusivo sobre a PAS, antes da aprovação da LOA na respectiva Câmara, de forma que contemple as ações previstas na programação e validadas pelo respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2012).

Por isso é importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, conheça a estrutura mínima de elaboração da PAS definida pelo art. 2 da portaria nº 2.135 de 2013:

1. Definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
2. Identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e
3. Previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

Saiba mais!

O que é AÇÃO?
*É uma iniciativa concreta que contribui para o alcance do objetivo e das metas propostas no PMS. As ações são os desdobramentos das metas (Brasil, 2015).
Exemplo: Uma ação que pode ser planejada para o cumprimento da meta de Aumentar 30% dos atendimentos de cardiologia é a ampliação da carga horária de atendimento do médico especialista em cardiologia.*

Quadro 6 - Exemplo de estrutura básica de PAS para Estados e Municípios

Orçamento	Ação 2		
PRAZO			
RESPONSÁVEL			
DIRETRIZ			
OBJETIVO			
META DO PLANO DE SAÚDE		META ANUAL	
INDICADOR			
AÇÃO(S)	AÇÃO 1:		
	AÇÃO 2:		

Fonte: Minas Gerais (2017)

No contexto de atuação dos conselhos municipais de saúde, vale destacar que a possibilidade da execução das ações de saúde planejadas na PAS do Município está estritamente vinculada à disponibilidade de recursos orçamentários planejados previamente. Isto significa que TODAS as ações executadas pela gestão municipal de saúde devem estar expressas de forma direta no orçamento municipal.

Então, por isso, as ações e as previsões de recursos financeiros definidas na PAS do município, devem ser completamente incorporadas e consideradas na elaboração dos instrumentos de planejamento governamental, que são: a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e o Plano Plurianual (MINAS GERAIS, 2017).



Atividade 4

Conhecendo os Fundamentos do Relatório Anual de Gestão (RAG)

Objetivos

Conhecer e analisar os conceitos, prazos e legislações que normatizam a elaboração, monitoramento e avaliação do RAG; Refletir os fundamentos legais que definem as atribuições dos conselhos de saúde no processo de monitoramento, avaliação e fiscalização do RAG;

Recursos necessários

pincel atômico e papel kraft

Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do Texto 5;
- Em seguida, os (as) participantes formarão 5 ou 6 grupos, identificarão um representante para apresentação em plenária e farão a leitura do Estudo de Caso;

- Os (as) participantes farão uma discussão sobre os temas abordados no Texto 5 à luz das questões norteadoras abaixo:

1. Qual a importância do Relatório Anual de Gestão?
2. A partir da leitura do Estudo de Caso 2, aponte 3 problemas que o grupo considera mais relevantes.
3. O grupo aprovaria o RAG do município de *Algun Lugar*, em que condições?
 - Ao final, cada representante apresentará a síntese produzida pelo grupo.
 - O (a) docente poderá instigar os participantes sobre os problemas levantados e possibilidade de inclusão na PAS do ano seguinte.

Tempo estimado: 2h30

Estudo de Caso 2 – “Recortes” do RAG do Município de Algun Lugar

Elaboração do RAG -2016

O RAG referente ao ano de 2016, foi elaborado pelo gestor municipal de saúde, utilizando o SARGSUS, o mesmo foi encaminhado ao CMS no dia 30 de março de 2017, através do próprio sistema e encaminhado cópia física à presidente do CMS, que protocolou recebimento em 31 de março de 2017
O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e a PAS de 2017 foram anexados ao Sistema, juntamente com as respectivas resoluções de aprovação do CMS.
Foram preenchidos os dados de identificação do município.

Formulário Demografia e Dados de Morbi-mortalidade

Diante da análise dos gráficos o gestor evidenciou um alto índice de mortalidade por neoplasias (25%) e doenças do sistema respiratório (20%) e cardiovasculares (20%). Estas causas também são os principais motivos de internação da população, além de gravidez, parto e puerpério (pós parto). O gestor chama a atenção para os casos de internações por problemas respiratórios que atinge crianças, adultos e idosos.

Profissionais do SUS – CNES

40% dos profissionais tem vínculo estatutário
20% dos profissionais tem vínculo celetista
10% são autônomos
20 % cargos comissionados
10% outras formas de contratação

Programação anual de saúde

Para elaboração da PAS 2016 foram consideradas as diretrizes do PNS 2016-2019; Algumas ações programadas não foram cumpridas como: implantação de 04 equipes de saúde Bucal nas unidades de saúde da família - resultado “0 equipe”
Manutenção dos serviços do NASF – resultado “nasf inativo”;
Em consequência do não funcionamento do NASF, todas as ações programadas para o mesmo não foram realizadas.
Ampliação de consultas especializadas por meio de contratação de especialistas: resultado - não foi ampliado o número de consultas;
Não foram citadas na programação as ações solicitadas pelo CMS, como compra de uma impressora e ações de capacitação;
Na justificativa para as ações não realizadas, foi destacado a falta de recursos, devido queda na arrecadação do município. O gestor destacou também que as ações do hiperdia (programa de prevenção e tratamento a hipertensão e diabetes) foram cumpridas como programado. Porém não foi possível identificar com precisão os valores gastos com o programa.

Quanto aos indicadores de transição do Pacto pela saúde, alguns indicadores tiveram metas não alcançadas, com piora nos resultados em relação ao ano de 2015, sendo eles:
Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos
Razão de mamografias de rastreamento Programação Anual de Saúde realizadas em mulheres de 50 a 69 anos
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar
Proporção de óbitos maternos investigados
Proporção de imóveis visitados com pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
Proporção de vacinas no calendário básico de vacinação da criança
Como justificativa o gestor relata que o não cumprimento das metas foi devido afastamento de duas enfermeiras das unidades de saúde da família por licença maternidade no mesmo período e de 4 agentes comunitários de saúde por motivos de saúde. Ressalta ainda que por motivos financeiros e de contratação não pode substituir as enfermeiras por 2 meses e foi necessário reduzir em 30% o número de agentes de endemias
As demais metas foram cumpridas ou mantiveram seu resultado em relação ao ano anterior.

Demonstrativo da utilização dos recursos – SIOPS

% da receita própria aplicada em saúde conforme LC 141/ 2012 = 25,4 %
% de transferências de Saúde em relação à despesa total do município = 31,5 %
A maior parte das despesas com saúde foi assistência hospitalar (30%); seguido da Assistência Farmacêutica (20%) e Atenção Primária (15%).

Auditorias realizadas

O município não foi auditado no ano de referência.

Considerações Finais

O gestor relata que o município passa por crise financeira e dificuldades de financiamento das ações de saúde.

Apreciação do Relatório de Gestão

A data de apresentação do RDQA do terceiro quadrimestre não foi informada, segundo justificativa do gestor, o mesmo está em elaboração.

Texto 5

Relatório Anual de Gestão (RAG), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Sistema de Apoio a Construção do Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS)

Relatório Anual de Gestão (RAG)

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento que contribui para o processo de monitoramento e avaliação das ações de saúde do município, considerando o planejamento estabelecido no PMS e na PAS. No RAG o gestor municipal de saúde apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação

Anual de Saúde (PAS) e a aplicação dos recursos destinados às ações de saúde. Neste processo de elaboração do RAG é possível que os gestores e as conselheiras e conselheiros municipais de saúde identifiquem a necessidade de ajustes que eventualmente tenha ocorrido no processo de planejamento da gestão municipal, seja através da correção do Plano Municipal de Saúde ou através da elaboração da pro-

gramação anual de saúde do ano seguinte. (BRASIL, 2016a)

Desta forma o RAG contribui para que o planejamento seja um processo dinâmico e permanente. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O RAG é também é utilizado pelos órgão de controle do SUS (ex: auditorias e Tribunais de Contas) como um instrumento de acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, principalmente quanto a verificação da aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS. (GOIÁS, 2015). No caso dos recursos federais, o RAG é o principal instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, do Distrito

Federal e dos municípios (BRASIL, 2012). Com isso, o RAG contribui com a transparência da utilização dos recursos do SUS e facilita a prestação de contas da utilização dos recursos destinados ao SUS. Assim, ao avaliar a elaboração e execução das ações descritas no RAG o Conselho Municipal de Saúde exerce um importante papel de fiscalização do SUS (BRASIL, 2016a).

É importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde conheçam as informações obrigatórias que devem constar no Relatório Anual de Gestão do seu município.

A figura 6 apresenta a estrutura que o RAG deve conter:

pelo artigo nº 36 da Lei Complementar nº141/2012, como um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde. O RDQA deve conter no mínimo as seguintes informações:

- Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei 8.142, de 1990;
- Montante e fonte dos recursos aplicados no período, acessível via SIOPS;
- Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, comparando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação;
- Análise e considerações gerais.

Você sabia?

O RDQA poderá ser construído no SARGSUS, onde há um módulo desenvolvido especialmente para auxiliar os gestores nessa tarefa. (BRASIL, 2016a)

Sistema de Apoio a Construção do Relatório Anual de Gestão (SARGSUS)

O SARGSUS foi criado para subsidiar os gestores na elaboração, no monitoramento e no envio do Relatório de Gestão (RAG). É uma ferramenta informatizada que facilita a elaboração e o envio do RAG ao respectivo Conselho de Saúde, o que contribui para o cumprimento dos prazos legais, criação de base de dados para a armazenagem e disponibilização de informações estratégicas (BRASIL, 2016a).

Você sabia?

Que existe um modelo padronizado do RDQA previsto pelo CNS? Ele está disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/documentos/baixarArquivo.action?idBaixarArquivo=63512>>. Não deixe de conhecê-lo!

O RDQA deve ser apresentado pelo gestor municipal de saúde até o final dos meses de fevereiro, maio e setembro, em audiência pública, na respectiva Câmara Municipal de Saúde (BRASIL, 2012).

O Conselho Municipal de Saúde, ao contrário dos instrumentos de planejamento do SUS, deve apenas conhecer o RDQA, e caso necessário, fornecer recomendações para a melhoria contínua das políticas públicas de saúde do município por meio de parecer. Além disso, os conselhos de saúde podem, quando necessário, indicar ao chefe Prefeito do município, melhorias para os próximos instrumentos e para as próprias ações executadas (BRASIL, 2016a).

Você sabia?

Acesse o SARGSUS de seu município através da internet? É só acessar o site: www.saude.gov.br/sargsus!

O SARGSUS foi construído para disponibilizar a maior parte dos dados a serem utilizados pelas equipes de gestores das secretarias e dados de outros sistemas de informação podem ser importados, com os do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); do Aplicativo do Pacto pela Saúde (atual Pactuação Interfederativa - SISPACTO); do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS); do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2016a).

Figura 6 – Estrutura mínima do RAG



Fonte: Brasil (2016b)

O Relatório de Gestão deve ser elaborado pelo gestor municipal de saúde e encaminhado para análise do respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à sua execução orçamentária, ou seja, o Relatório Anual de Gestão referente ao ano de 2016 deve ser encaminhado para avaliação do CMS

até 30 março do ano de 2017 (BRASIL, 2012).

Relatório detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)

O Relatório detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) foi definido

Saiba mais!

Para conhecer o funcionamento do sistema, assista ao vídeo “Tutorial Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão - SARGSUS (acesso restrito), disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=V0ZHzRpm_oc>.

Acesse também os Manuais do SARGSUS através do link: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/documentos/carregarPagina.action?idTipoLink=54>>.

No SARGSUS, os CMS emitem o parecer conclusivo da reunião que avaliou o respectivo RAG. Para isso, deverá ser indicado uma conselheira ou um conselheiro municipal de saúde responsável por acessar o sistema e informar a situação

de apreciação do RAG pelo Conselho de Saúde, entre quatro opções: aprovado, aprovado com ressalvas, não aprovado e solicitado ajustes (MINAS GERAIS, 2017).

O SARGSUS disponibiliza relatórios gerenciais para acesso dos órgãos de avaliação e Controle do SUS para fins de acompanhamento da situação do RAG no tocante a sua elaboração e a apreciação pelo Conselho de Saúde competente (MINAS GERAIS, 2017).

Saiba mais!

Para saber como acessar o SARGUS e realizar as pesquisas sobre seu município, assista o vídeo TUTORIAL SARGSUS (acesso público), disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=uzDdxWzspVI>>.

Introdução ao Orçamento Público



Atividade 5

Conhecendo orçamento público

Objetivo

Conhecer e refletir sobre o orçamento público

Recursos necessários

Computador com acesso à internet ou vídeos em mídias graváveis; Datashow ou TV.

Desenvolvimento

- Os (as) participantes assistirão aos vídeos sobre orçamento público da Série Orçamento Participativo: Orçamento Público - Sistema Financeiro Nacional: Vídeo 1 - disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=D38MS-7mHnU&index=1&list=PLNKZPo-igK8CYGBPMFyxq7RUTswO1gFTi>>

<<https://www.youtube.com/watch?v=hKqbwiaixcM&index=2&list=PLNKZPo-igK8CYGBPMFyxq7RUTswO1gFTi>>;

Vídeo2-disponível em: <www.youtube.com/watch?v=hKqbwiaixcM&index=2&list=PLNKZPo-igK8CYGBPMFyxq7RUTswO1gFTi>;

- Em seguida, os participantes farão a leitura comentada do Texto 6, de modo que cada participante leia um parágrafo do texto e o(a) docente esclarecerá possíveis dúvidas, fazendo um paralelo entre os vídeos e o texto.

Tempo estimado: 01h30

Texto 6

Orçamento Público

Certamente você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, já ouviu falar sobre este tema: orçamento público. Mas você conhece o conceito de orçamento? Para refletir sobre este conceito, convido você a fazer a seguinte reflexão:

Para refletir...

Será que conseguimos ter o controle do dinheiro que gastamos por mês? Conseguimos prever o que pode ser economizado no período de um ano?

A resposta para estas perguntas envolve, em especial, o conceito de orçamento.

O orçamento é uma ferramenta de planejamento que demonstra como os recursos (dinheiro) necessários serão arrecadados e de que maneira serão utilizados para atendimento de necessidades.

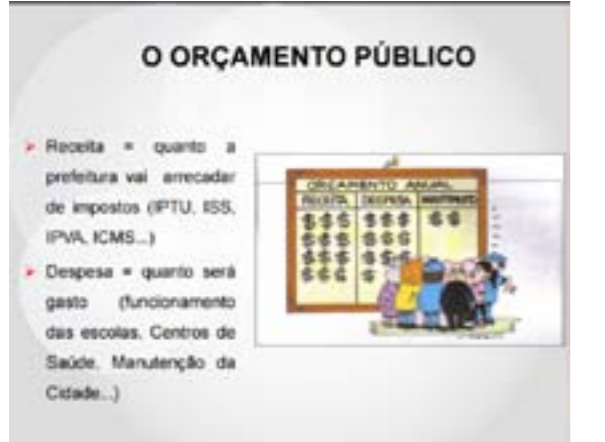
Figura 7 - Orçamento



Fonte: <<http://serv90.limeira.sp.gov.br/op/wp-content/uploads/2013/06/PLANEJAMENTO-E-ORCAMENTO-PUBLICO-AULA-1.pdf>>

O mesmo acontece no contexto do governo municipal que precisa arrecadar receitas (dinheiro que entra) para custear despesas (dinheiro que sai) necessárias para a realização das ações planejadas no PMS e na PAS.

Figura 8 - Orçamento Público



Fonte: <<http://serv90.limeira.sp.gov.br/op/wp-content/uploads/2013/06/PLANEJAMENTO-E-ORCAMENTO-PUBLICO-AULA-1.pdf>>

É por meio do orçamento público que o governo de um município estima, ou seja, faz a previsão das receitas que serão arrecadas e define as ações que serão custeadas durante um período, ou seja, as despesas. O orçamento público envolve todas as políticas públicas (saúde, educação, segurança) que são analisadas e priorizadas no plano de ação do governo, considerando o limite das receitas (dinheiro que entra) do município (BRASIL, 2016b).

Durante nossa discussão sobre orçamento público, os termos receitas e despesas serão sempre utilizados, por isso convido você para compreendermos melhor estes conceitos.

Receitas públicas: fontes de recursos financeiros disponíveis para o governo. A mais importante fonte de receita são os tributos pagos pela população, dentre os quais se destacam os impostos. No entanto, existem ainda outros tipos de receitas, tais como as provenientes de operações de crédito (empréstimos), de convênios, da alienação (venda) de bens públicos, etc. (GOIAS, s/d).

Despesas públicas: constituem as formas como o governo decide gastar os recursos provenientes das receitas (dinheiro que sai). Como exemplos de despesas públicas, podemos citar os gastos com a manutenção dos órgãos (ministérios, autarquias etc.), gastos com o Sistema Único de Saúde, com a educação, com os investimentos, com o pagamento de juros e amortização da dívida pública (GOIAS, s/d).

As despesas públicas ainda são classificadas em obrigatórias e discricionárias:

Despesas obrigatórias: São aquelas “consideradas de execução obrigatória e necessariamente têm prioridade em relação às demais despesas, tanto no momento de elaboração do orçamento, quanto na sua execução” (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, s/d). Ex: pagamento do funcionalismo público, os gastos com a dívida pública e o pagamento dos benefícios previdenciários.

Despesas discricionárias: “São aquelas que permitem ao gestor público flexibilidade quanto ao estabelecimento de seu montante, assim como quanto à oportunidade de sua execução, e são efetivamente as que concorrem para produção de bens e serviços públicos” (BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, s/d).

Instrumentos Orçamentários



Atividade 6

Conhecendo os Instrumentos Orçamentários (PPA, LOA e LDO)

Objetivo
Conhecer os Instrumentos Orçamentários (PPA, LOA e LDO).

Recursos necessários
Computador com acesso à internet ou vídeos em mídias graváveis; Datashow ou TV.

Desenvolvimento

- Os participantes assistirão aos vídeos da Série Orçamento Participativo: “Orçamento Público - Sistema Financeiro Nacional – PPA, LDO e LOA”, Vídeos 3 ao 10, disponível em: <www.youtube.com/watch?v=hKqbwiaixcM&index=2&list=PLNKZPo-igK8CYGBPMFyxq7RUTswO1gFTi>.
- Em seguida, o (a) docente fará uma exposição dialogada do Texto 7.

Tempo estimado: 2h

Quadro6-QuadroSintéticodosInstrumentosOrçamentários

	PPA	LDO	LOA
O que é?	Instrumento de planejamento de médio prazo, que serve como base de orientação para a elaboração da LDO e LOA (BRASIL, 2016b).	Estrutura de planejamento desenvolvida a curto prazo que estabelece as metas e prioridades para o exercício financeiro do ano seguinte (BRASIL, 2016b).	Discriminação das receitas e despesas estimadas para evidenciar a política financeira e os programas do governo (BRASIL, 2016b).
O que deve conter?	Análise sócio-financeira; diretrizes, objetivos, metas, programas e ações (BRASIL, 2016b).	Diretrizes e prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte. (BRASIL, 2016b).	Fixação do valor global da receita e a despesa do orçamento fiscal e de investimentos, a autorização para abertura de créditos suplementares e realização de operações de crédito, além da programação do orçamento e demonstrativos exigidos pela legislação (BRASIL, 2016b).
Qual a vigência?	Quadrienal	Anual	Anual
Se relaciona a qual instrumento de planejamento do SUS	Plano de Saúde	PAS	PAS

Fonte: GOULART, 2017.

Texto 7

Conhecendo os Instrumentos Orçamentários (PPA, LOA e LDO)

Durante as reflexões sobre os o processo de planejamento do SUS, destacamos a importância da sua integração com o orçamento público. Nossa discussão se aprofundou no contexto do planejamento das ações e serviços de saúde, considerando que os instrumentos de planejamento da saúde (PMS, PAS e RAG) priorizam as políticas de saúde que devem orientar a elaboração e execução

do orçamento público de saúde. Para a elaboração e execução do orçamento público são utilizados 03 importantes instrumentos (BRASIL, 2016b):

- A Lei Orçamentária Anual (LOA);
- A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e;
- O Plano Plurianual (PPA).

Saiba mais!

Você sabe a diferença entre planejamento de curto, médio e longo prazo?

Veja:

- Planejamento curto prazo: onde os objetivos podem ser alcançados em até 1 ano.
- Planejamento médio prazo: onde os objetivos podem ser alcançados em até 5 anos.
- Planejamento a longo prazo: onde são necessários mais acima de 5 anos para que seus objetivos sejam alcançados.

Fonte: <https://www.parmais.com.br/wp-content/uploads/2015/05/Info_prazos-2-e1438029653809-1.png>.

É importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, compreenda a função de cada um desses instrumentos no processo orçamentário público, procurando relacionar com o contexto da execução dos instrumentos de planejamento do SUS (PMS, PAS, RAG, RADQ). Para isto vamos detalhar cada um destes instrumentos.

Plano Plurianual (PPA)

É um instrumento estratégico para planejamento orçamentário do município, estado ou união. É o PPA que define as diretrizes, objetivos e metas do governo para as despesas de capital e outras delas decorrentes, inclusive os programas de

duração continuada. Em outras palavras, o PPA define quais prioridades de governo serão custeadas através do orçamento (BRASIL, 2016 b).

Esta função exercida pelo PPA o coloca como principal peça do processo de planejamento orçamentário, uma vez fornece as diretrizes de todas as políticas públicas a serem executadas, indicando as prioridades para a destinação de recursos públicos (MINAS GERAIS, 2017).

Ao detalhar as formas despesas (gastos) estimadas no orçamento, vários conceitos são utilizados, como por exemplo na figura abaixo:

■ **Despesas de capital:** são os gastos com investimentos do governo, como por exemplo, as obras em geral e a aquisição de equipamentos para a saúde e qualquer outra finalidade (BRASIL, 2014).

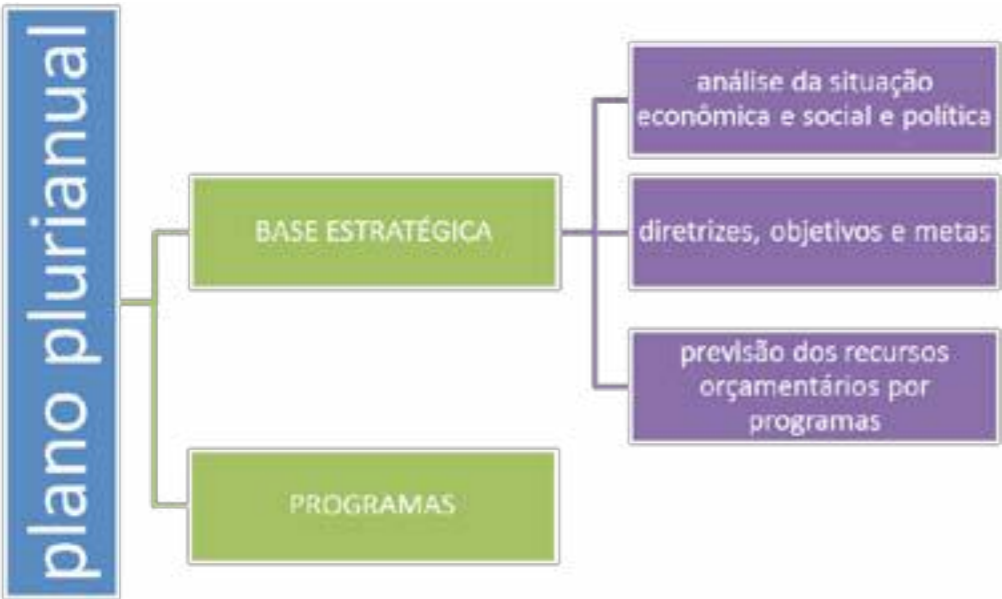
■ **Despesas decorrentes** das despesas de capital: são as despesas destinadas a manter e conservar os investimentos. Por exemplo, o custeio: a construção de um hospital dá origem às despesas com a sua manutenção e funcionamento (BRASIL, 2014).

O PPA se estrutura em duas partes fundamentais que são a base estratégica e os programas (BRASIL, 2016b).

de à base estratégica do PPA, além de se atentar para que os recursos necessários para a execução dos serviços e ações planejados sejam também contemplados (BRASIL, 2016b).

A outra parte que compõe o PPA é denominada Programa, que consiste na sistematização das ações que serão implementadas de acordo com as orientações definidas na base estratégica.

Figura 9 – Estrutura PPA



Fonte: GOULART, 2017.

A base estratégica é composta pela análise das condições sociais, físicas, operacionais, financeiras da União, estado ou do município, especialmente em termos de quantidade e qualidade dos serviços públicos prestados à população (BRASIL, 2016b). Ela contempla também as diretrizes, objetivos e metas estabelecidas pelo governo, a previsão de recursos orçamentários (receitas) e a forma de distribuição

desta receita entre os setores e órgãos do governo (BRASIL, 2016b).

Neste contexto, é importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, reconheça o papel do Conselho Municipal Saúde na articulação com a gestão municipal de saúde, buscando garantir a integração das Diretrizes, Objetivos e Metas do Plano Municipal de Saú-

Saiba mais!

Programa: “instrumento de organização da ação governamental, com vistas ao enfrentamento de um problema e à concretização dos objetivos pretendidos. É mensurado por indicadores e resulta do reconhecimento de carências, demandas sociais e econômicas e de oportunidades. Articula um conjunto coerente de ações, necessárias e suficientes para enfrentar o problema, de modo a superar ou evitar as causas identificadas, como também aproveitar as oportunidades existentes” (GOIAS, s/d).

Neste contexto, as ações seriam instrumentos de realização de programas, do qual resultam bens ou serviços.

Agora veremos o exemplo prático de um PPA. O exemplo a seguir refere-se ao programa Atenção Primária em Saúde de um PPA.

Quadro 7 – PPA: Informações sobre o programa atenção primária em saúde

PPA – PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE						
Objetivo: Ampliar o acesso da população aos serviços de atenção primária, por meio do fortalecimento das ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação da saúde.						
Público Alvo: 100% da população municipal						
Justificativa: De acordo com o Decreto 7.508 de 2011, Atenção Primária em Saúde – APS é a porta de entrada dos usuários e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Justifica-se ainda que o objeti - vo em questão está inserido no PMS – 2018 – 2021 do município						
Código do Programa: 27						
Ações do Programa						
Um responsável	Código da ação	Descrição	Produto	Ano	Meta	Valores Financeiros
SMS/Coordenação de APS	1002	Manutenção das 04 equipes de Saúde Implantadas	Equipe mantida	2018 a 2021	4 equipes	4.000.000
SMS/ Coordenação de APS	1029	Implantar 04 Equipes de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde da Família	Equipe implantada	2018 2019 2020 2021	1 2 3 4	400.000 500.000 600.000 700.000
Indicadores						
Descrição	Método de cálculo	Resultado 2017	Meta Final PPA		Unidade Medida	
% Cobertura de Equipes de Saúde da Família	(No de ESF x 3.450 X) / (dividido) pela População no mesmo local e período	100%	100%		%	
Quadro 8 – PPA: Informações sobre o programa atenção primária em saúde	(No de ESF x 3.450 X 100) / (dividido) pela População no mesmo local e período	0%	100%		%	

Fonte: GOULART, 2017.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias LDO

A LDO é reconhecida como um instrumento inovador instituído pela Constituição Federal de 1988, pois organiza o processo de elaboração do orçamento, integrando as definições e prioridades do PPA à Lei Orçamentária Anual (LOA) (MINAS GERAIS, 2017). Ela estabelece, para cada exercício fiscal (referente ao período de um ano), as metas e as prioridades da Administração Pública e os critérios de elaboração da LOA (BRASIL, 2016b). Além disso, a lei também trata de um amplo conjunto de questões adicionais consideradas essenciais para que o planejamento de médio prazo, expresso no PPA, seja operacionalizado em planejamento de curto prazo por meio da Lei orçamentária anual, que trata da execução das prioridades de orçamento estabelecidas no PPA, para o período de um ano (BRASIL, 2016b).

É importante ressaltar que o princípio do equilíbrio orçamentário, isto é, o equilíbrio entre receitas e despesas (art. 4º da LRF) deverá ser uma diretriz geral de governo expressa na LDO (BRASIL, 2016b).

No contexto do orçamento da saúde, as conselheiras e os conselheiros municipais de saúde devem acompanhar a tramitação do projeto de LDO no Poder Legislativo, especialmente para verificar se as emendas a serem apresentadas no capítulo da saúde não conflitarão com as deliberações dos respectivos conselhos (BRASIL, 2016b).

A Lei Orçamentária Anual - LOA

Enquanto o PPA compreende o planejamento governamental de médio prazo, (para quatro anos), a LOA contém o detalhamento de curto prazo desse planejamento, considerando o período de um

ano. Este detalhamento é realizado por meio da definição das ações que serão implementadas (despesas) e dos respectivos recursos orçamentários que possibilitarão a execução destas ações (receitas) (BRASIL, 2016b).

O primeiro passo para a definição e detalhamento das despesas é realizar a estimativa da receita, que é identificar a capacidade de financiamento das políticas públicas de governo. Esta estimativa de receita é a base para a programação do orçamento (BRASIL, 2016b).

Vamos refletir um pouco: Qual é o papel do Conselho de Saúde na análise da estimativa da receita orçamentária?

Considerando que a receita orçamentária é a base de cálculo para definição do valor mínimo relativo aos gastos com ações e serviços de saúde nos níveis estadual e municipal de governo, as conselheiras e os conselheiros municipais de saúde devem conhecer e acompanhar o processo de estimativa da receita, solicitando o encaminhamento dos estudos realizados pelo Poder Executivo com a respectiva memória de cálculo da estimativa da receita (BRASIL, 2016b).

Para refletir...

Você sabe qual o valor mínimo deve ser destinado às ações e serviços de saúde do seu município?

Cabe aos municípios, a aplicação de 15% da receita base de cálculo (BRASIL, 2016b).

Importante!

As conselheiras e os conselheiros municipais de saúde deverão acompanhar a tramitação do projeto de LOA no Poder Legislativo, especialmente para verificar se as emendas a serem apresentadas no capítulo da saúde não conflitarão com as deliberações dos respectivos Conselhos (BRASIL, 2016b).

O ciclo de planejamento e orçamento definido pela Constituição Federal de 1988 estabelece os prazos para que as o PPA, LDO e LOA sejam enviadas pelo Poder Executivo ao Legislativo, em cada esfera da federação, e esse faça a apreciação das mesmas e as devolva para sanção até o limite dos prazos estabelecidos. Vamos conhecer os prazos de envio do executivo municipal para a respectiva Câmara de vereadores (BRASIL, 2016b).

Figura 10 - Relação PPA, LDO e LOA



Quadro 6 - Ciclo orçamentário municipal

CICLO ORÇAMENTÁRIO – MUNICIPAL						
	PPA		LDO		LOA	
	Prazos	Responsável	Prazos	Responsável	Prazos	Responsável
ELABORAÇÃO	Até 30 de Setembro do primeiro ano de mandato	Executivo	15 de Maio de todos os anos	Executivo	Até 30 de Setembro de todos os anos	Executivo
DISCUSSÃO/ VOTAÇÃO	Até a primeira reunião ordinária* de Dezembro.	Legislativo	Até a primeira reunião ordinária de Junho.	Legislativo	Até a primeira reunião ordinária de Dezembro.	Legislativo
EXECUÇÃO	Durante os últimos 3 anos de um governo e o primeiro ano do governo seguinte	Órgãos e Unidades da Administração Pública Municipal	Durante a elaboração da LOA e o ano seguinte.	Órgãos e Unidades da Administração Pública Municipal	1º de janeiro a 31 de dezembro do ano seguinte.	Órgãos e Unidades da Administração Pública Municipal
AValiação e controle	Interno, durante a execução. Externo, durante e após o fim da execução.	Secretarias, Legislativo, Tribunal de Contas, sociedade civil.	Interno, durante a execução. Externo, durante e após o fim da execução.	Secretarias, Legislativo, Tribunal de Contas, sociedade civil.	Interno, durante a execução. Externo, durante e após o fim da execução.	Secretarias, Legislativo, Tribunal de Contas, sociedade civil

* Informação fornecida pelo Setor de Divisão de Atendimento ao Cidadão e Pesquisa da Câmara Municipal de Belo Horizonte baseada na Resolução nº 1.480 de 7 de Dezembro de 1990 que dispõe sobre o Regimento Interno da Câmara Municipal de Belo Horizonte.

A elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS deve considerar os prazos de elaboração instrumentos de gestão orçamentária. Vamos compreender a dinâmica de elaboração destes instrumentos:

No ano de 2017 (primeiro ano de gestão) a gestão municipal de saúde elabora o Plano Municipal de Saúde, que será incorporado ao PPA para o quadriênio de 2018 – 2021. Neste ano, a gestão também deve elaborar, a PAS com vigência para 2018, para que seja possível subsidiar a LDO e LOA do seu ano de referência. O processo de elaboração da PAS, repete-se nos 3 próximos anos da gestão: 2018, 2019 e 2020 (CONASEMS, 2016).

Figura 11 – Cronograma



Você sabia?

A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) determina a participação da sociedade por meio de audiências públicas durante o processo de elaboração do PPA, LDO e LOA e também durante a tramitação do projeto de lei no poder legislativo (câmaras municipais, estaduais e federais)?

Saiba mais!

A lei de responsabilidade Fiscal: LRF

A utilização da receita pública, deve obedecer a uma série de normas para garantir que os recursos não se desviem, nem sejam aplicados de forma prejudicial às finanças públicas. Essas normas estão previstas em diversas leis. Dentre estas leis cabe destacar a Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000) conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF que estabelece regras voltadas para a boa gestão financeira com o objetivo de assegurar a sustentabilidade futura das contas públicas. A lei está em anexo a este caderno.

O ministério do Orçamento, planejamento e Gestão - MPOG também publicou uma interessante cartilha sobre a LRF, que está disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento/lei-de-responsabilidade-fiscal/cartilha/080807_pub_lrf_cartilha_port.pdf>.

Execução, Fiscalização e Monitoramento do Orçamento Público



Atividade 7

Conhecendo instrumentos de execução, fiscalização e monitoramento do Orçamento Público

Objetivo

Refletir o ciclo orçamentário, a execução e fiscalização das despesas e relatórios de acompanhamento.

Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do texto 8 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 40min

Execução Orçamentária

A execução orçamentária é a etapa de utilização dos créditos consignados no orçamento da LOA, por meio da execução das despesas públicas nela prevista.

A execução orçamentária e financeira ocorrem ao mesmo tempo, por estarem ligadas uma a outra. Isto significa que mesmo existindo orçamento e se não existir o financeiro, não poderá ocorrer a despesa. Por outro lado, mesmo existindo recurso financeiro, não se poderá gastá-lo, se não houver a disponibilidade orçamentária.

De acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar nº 101/2000, até 30 dias após a publicação da LOA, o governo deve estabelecer a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso. Nesse sentido, o primeiro passo é garantir às unidades orçamentárias os recursos necessários e suficientes para a execução do programa de trabalho mantendo, tanto quanto possível, o equilíbrio entre a receita arrecadada e a despesa realizada (SOARES; CORDEIRO, 2014).

Desta forma é necessário verificar a situação econômico-financeira do final do exercício do ano anterior, apurando se a disponibilidade financeira foi suficiente para honrar os compromissos empenhados, mas ainda não pagos, denominados “Restos a Pagar”. Durante esta análise pode-se encontrar a seguinte situação (BRASIL, 2016b).

Os “restos a pagar” são as despesas empenhadas, mas não pagas, até o dia 31 de dezembro. São classificados como processados e não processados (BRASIL, 1964):

- **processados:** empenhos emitidos em um ou mais exercícios anteriores ao presente e que foram liquidados, mas não pagos

até 31 de dezembro do ano anterior (BRASIL, 2016b);

- **não processados:** empenhos emitidos em um ou mais exercícios anteriores ao presente, mas não liquidados até 31 de dezembro do ano anterior, ou seja, não houve o fornecimento de materiais e serviços, medição de obras e instalações etc. (BRASIL, 2016b).

Para refletir...

O acompanhamento da execução dos “restos a pagar”, principalmente dos não processados, pelos Conselhos de Saúde é muito importante para fiscalizar o efetivo cumprimento da aplicação mínima em ações e serviços de saúde, diante de algum cancelamento que venha a ocorrer e da consequente necessidade de compensação sob a forma de gasto adicional ao mínimo no ano seguinte ao do cancelamento, mediante dotação orçamentária específica conforme abordado anteriormente. (BRASIL, 2016b)

Saiba mais!

Dotações orçamentárias são valores monetários autorizados, em acordo com Lei Orçamentária Anual (LOA), para atender a uma determinada programação orçamentária.

No contexto de priorização de despesas, é importante que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, acompanhe se os gastos com saúde de caráter continuado, ou seja, gastos relacionados a manutenção de serviços já existentes

Texto 8

Execução e Fiscalização do orçamento Público

Até o momento destacamos importantes conceitos sobre o processo de elaboração do orçamento, porém é preciso que você, conselheira e conselheiro municipal de saúde, compreenda que, assim como o planejamento, o orçamento é um instrumento dinâmico, sujeito a revisões à

medida que o exercício financeiro avança (BRASIL, 2016 b).

Além das fases de elaboração e aprovação do orçamento, conhecidas até aqui, existem outras importantes fases: a execução orçamentária, e fiscalização e monitoramento.

(ex: gastos com aluguéis e manutenção de prédios, veículos, despesas de pessoal), serão priorizados no início do ano em termos de execução.

Estágios de processamento da despesa pública

Garantidos os compromissos orçamentários priorizados em lei, com os saldos das dotações orçamentárias atualizadas, será possível avançar para a próxima etapa da execução orçamentária: a contratação de novas despesas, seguindo à risca os três estágios da execução das despesas previstos na Lei nº 4320/1964: empenho, liquidação e pagamento.

A despesa pública tem início com a definição do objeto a ser comprado ou o serviço a ser contratado. Em seguida é realizada a reserva orçamentária que é o procedimento administrativo que antecede

de a realização da despesa e que abate, contabilmente, parcela da dotação orçamentária autorizada, para controlar a cota mensal de despesas de cada órgão (Brasil, 2016b). O próximo estágio de processamento da despesa é o empenho.

Saiba mais!

Empenho: *é o ato que, obrigatoriamente, deve anteceder a realização da despesa pública. Cada empenho gera uma nota de empenho, documento que comprova que uma parte do orçamento está alocada para credor devidamente identificado a partir do encerramento do processo licitatório. É a garantia do credor de que há recurso orçamentário e financeiro para o poder público honrar com a despesa contratada (BRASIL, 2016b).*

Liquidação: *é a comprovação de que o credor cumpriu todas as obrigações constantes do empenho. A finalidade é reconhecer ou apurar a origem e o objeto do que se deve pagar, a importância exata a pagar e a quem se deve pagar. Ele envolve, portanto, todos os atos de verificação e conferência, desde a entrega do material ou a prestação do serviço até o reconhecimento da despesa. (Fonte: BRASIL, TESOURO NACIONAL, disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/execucao-orcamentaria>.)*

E por fim, o Pagamento, o último estágio da despesa, que extingue o débito ou obrigação (BRASIL, 2016b).

Em relação à execução orçamentária, vale destacar a importância do controle do processo de despesas. No caso das despesas relativas às ações e serviços de saúde, essas devem ser acompanhadas e fiscalizadas pela gestão municipal de saúde e pelos respectivos Conselhos (BRASIL, 2016b).

O objetivo do RREO é permitir que a sociedade e os diversos órgãos de controle, conheça, acompanhe e analise o desempenho da execução orçamentária dos Governos Federal, Estadual, Distrital e Municipal (BRASIL, 2016b).

A elaboração do RREO é bimestral e a sua publicação deverá ocorrer em até 30 dias após o término do bimestre (BRASIL, 2016b).

No RREO a execução orçamentária das ações de saúde é realizada por meio dos demonstrativos da saúde, que têm a finalidade de demonstrar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, para fins de verificação do cumprimento do disposto na Constituição Federal.

O Relatório de Gestão Fiscal (RGF) é um instrumento de transparência da gestão fiscal criado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Seu objetivo é controlar, o monitoramento e a publicidade do cumprimento, por parte dos entes federativos, dos limites estabelecidos pela LRF: Despesas com Pessoal, Dívida Consolidada Líquida, Concessão de Garantias e Contratação de Operações de Crédito.

Os relatórios resumidos de execução orçamentária (RREO, bimestrais) e os

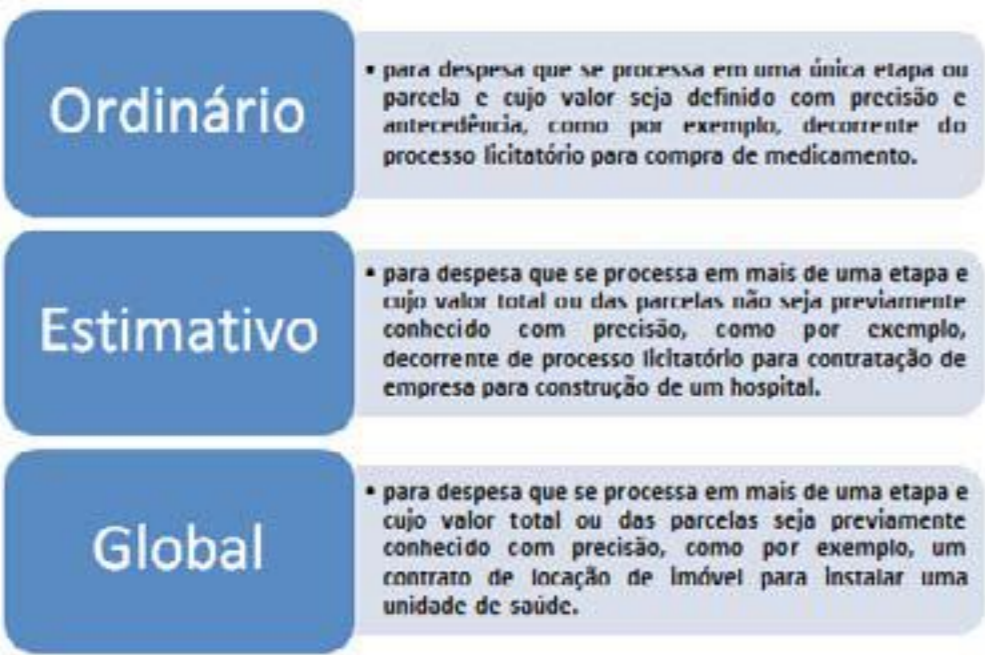
Relatórios de Execução Orçamentária e Gestão Fiscal

No contexto da fiscalização e monitoramento da execução deste orçamento, é importante que você, conselheira e conselheiro conheça importantes instrumentos.

O Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) é um relatório de demonstração da execução orçamentária exigido pela Constituição Federal de 1988 e tem a sua estrutura definida pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Demonstrar o desempenho da execução orçamentária é evidenciar a arrecadação de receitas, a execução das despesas nas diversas áreas, como por exemplo, na saúde.

Figura 12 – Classificação dos Empenhos



Fonte: Brasil, 2016b

Após o empenho, o processamento da despesa segue para a etapa de Liquidação.

relatórios de gestão fiscal (RGF) deverão ser publicados em jornais de grande circulação e disponibilizados pela internet, além de apresentados em audiências públicas realizadas no Poder Legislativo (conforme artigos 9, 48 e 67 da Lei Complementar nº 101/2000).

Portanto, esses são os fundamentos legais que devem embasar as conselheiras e os conselheiros municipais de saúde no exercício do papel propositivo e fiscalizador dos aspectos orçamentários e financeiros da gestão federal, estadual e municipal do SUS (BRASIL, 2016b).

Saiba mais!

Que tal aprofundarmos nossos conhecimentos sobre o orçamento?

Você conhece o “Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde”? Ele está disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ManualdeOrçamento.pdf>>.

Veja também o “Guia de apoio à Gestão Estadual do SUS”, disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainfor>> Objetivo: Refletir sobre os aspectos legais que fundamentam as atribuições dos conselhos municipais de saúde no processo de elaboração, monitoramento, avaliação e fiscalização dos instrumentos de gestão da administração pública, do SUS e do orçamento em saúde.

Atividade Final - Refletindo conceitos

Objetivo

Refletir sobre os aspectos legais que fundamentam as atribuições dos conselhos municipais de saúde no processo de elaboração, monitoramento, avaliação e fiscalização dos instrumentos de gestão da administração pública, do SUS e do orçamento em saúde.

Recursos necessários

Desenvolvimento

1º momento

- Os (as) participantes formarão grupos com representantes dos mesmos municípios de origem;
- Cada grupo discutirá as questões a seguir, refletindo sobre a realidade de seu município.

2º momento

- Em seguida os (as) participantes formarão um círculo para apresentar suas reflexões e o (a) docente promoverá um debate acerca das questões que foram discutidas nos grupos.

Questões

1. Você conhece o PPA do seu município?
2. As diretrizes, objetivos e metas definidos no PPA estão em consonância com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde? Como o Conselho Municipal de Saúde pode atuar para que isso seja garantido?
3. O Conselho Municipal de Saúde acompanhou o processo de integração da Programação Anual de Saúde à LDO e LOA? Como o CMS pode contribuir para este processo?
4. Você saberia dizer qual o percentual de recursos do orçamento de saúde aplicado pelo seu município no ano de 2016? Porque é importante que o conselho municipal de saúde conheça esta informação?

Tempo estimado: 1h20

OBS: O(a) docente poderá realizar provocações a respeito da questão 4.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 4320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em 05 mai.2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 02 mar.2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 02 mar.2017.

BRASIL. Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 26 abr.2017.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso 05 mai.2017

BRASIL Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 02 mar.2017.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em 02 mar.2017.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Entenda o Orçamento. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/entenda/cartilha/cartilha.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 8, de 24 de novembro

de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário oficial da união seção 1. Nº 237, segunda-feira, 12 de dezembro de 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/se-cit/l1-st-cit/17168-resolucoes-cit>>. Acesso em 04 abr. 2017.

B

RASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE/CONASS. Guia de apoio à Gestão Estadual do SUS. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-e-o-ciclo-orcamentario/>>. Acesso em 05 mai.2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 26 mar. 2017.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Manual do Gestor Municipal de Saúde: “Diálogos no Cotidiano”. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2016. 324p. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/manual_do_gestor_AF01_tela-1.pdf>. Acesso em 03 mai.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Planejamento do SUS - Uma Construção Coletiva – Instrumentos Básicos – Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/planejasus/cadernos/Cadernos_de_Planejamento_-_Volume_2.pdf>. Acesso em 01 mar. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ManualdeOrcamento.pdf>>. Acesso em 05 mai.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em 03 mai.2017

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão estratégica e Participativa.. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015: Orientações para o Processo de Pactuação. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/33/Instrutivo_Pacto_2013.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 138 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 4)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 105 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_financas_publicas_conselheiros_conselheiras_saude.pdf>. Acesso em: 05 abr.2017

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2016–2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf>. Acesso em: 01 mar.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Orçamento Federal. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/glossario_view?letra=D>. Acesso em: 20 abr.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Despesa Obrigatória. Disponível em: <<http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/despesa-obrigatoria>>. Acesso em 04 mai.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Despesa Discricionária. Disponível em: <<http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario-1/despesa-discricionaria>>. Acesso em 04 mai.2017.

BRASIL, TESOURO NACIONAL. Execução Orçamentária. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/execucao-orcamentaria>. Acesso em 04 mai.2017.

BRASIL TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Orientações para conselheiros de saúde. 2. ed. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. 111 p. Disponível em <<http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/orientacoes-para-conselheiros-de-saude-2-edicao.htm>>. Acesso em 05 mai.2017.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Orçamento da União. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil>>. Acesso em 05 abr.2017.

CAMPOS, F.C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M.A; Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CAMPOS, F.C.C. Necessidades em Saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: ano 3, n. 9, p. 44-53, out./dez. 2013.

GOIÁS. DISTRITO FEDERAL. A lei Orçamentaria Anual (LOA). Disponível em: <<http://www.orcamentoparticipativo.df.gov.br/index.php/a-lei-orcamentaria-anual-loa>>. Acesso em: 06 abr.2017.

GOIÁS. DISTRITO FEDERAL. O Planejamento e o Plano Plurianual (PPA). Disponível em: <<http://www.orcamentoparticipativo.df.gov.br/index.php/o-planejamento-e-o-plano-plurianual-ppa>>. Acesso em: 04 mai.2017.

HUERTAS, F. Entrevista: O que é planejamento com Carlos Matus. 2012. Disponível em: <<http://www.redepesquisas.com.br/index.php/blog/47-planejamento-estrategico/69-entrevista-o-que-e-planejamento-com-carlos-matus.html>> Acesso em: 05 abr.2017.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Instrutivo de Planejamento de Gestão do SUS, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2017.

SANTOS, R. C. L. F. Orçamento público. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2011.152p.

SOARES, C.V; CORDEIRO, B.C. In: ABRAÃO, A. L. et al. Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde. Niterói: UFF. CEAD, 2014. 81p.

TANCREDI, F. B; BARRIOS, S.R. L; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde. IN: TANCREDI, F. B; BARRIOS, S.R. L; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde, volume 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

Bibliografia Consultada

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde. Salvador: SESAB, 2009.44 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Demonstrativos. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6009-demonstrativos-introducao>>. Acesso em: 12 abr.2017.

CHORNY, A., 1998. Planificación en salud: Viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médico Sociales (Rosario), 73:5-30.

GOIÁS: Manual de Elaboração do Plano Estadual de Saúde: Instruções para elaboração do PES do Estado de Goiás para o período 2016 a 2019 Goiás: SES. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/public/media/rZWwz6wnidYR5D/16113212122012221412.pdf>>. Acesso em: 05 abr.2017.

MATUS, Carlos. Adeus, senhor Presidente. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996.

MATUS, Carlos. O Plano como Aposta. São Paulo em Perspectiva, 5(4): 28-42, outubro/dezembro 1991.

PAIM, J. S. In: CAMPOS, G. W; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M; DRUMOND JÚNIOR, M;

CARVALHO, Y. M. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.767-782, tab. (Saúde em debate, 170).

TEIXEIRA, C. F (org). Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências. Salvador : EDUFBA, 2010.161 p.

Anexo 1 – Diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2016 -2019

- Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas;
- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde;
- Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã. Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013;
- Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos;
- Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário;
- Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral;
- Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação;
- Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável;
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais. Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS;
- Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade

do SUS;

- Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação;

Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde.

Anexo 2 - Fichas para a Dinâmica 2 - “Envelope quente”

Dentre as funções do Conselho municipal de saúde está: •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 nº 141/2012 (Lei Complementar nº 141/2012, art. 36, §1º, art. 42; Portaria GM/MS nº 204, de 29/1/2007, art. 32). Como é realizado esse processo no seu município?

Dentre as funções do Conselho municipal de saúde está:• 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 nº 2.135, de 25/9/2013, art. 5º, inciso I). Como é realizado a esta aprovação no seu município? Quais as dificuldades encontradas?

Compete ao conselho municipal de saúde: •Verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto na Lei Complementar nº 141/2012, 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 nº 141/2012, art. 42). O conselho de saúde realiza esta ação?

Compete ao conselho municipal de saúde: Discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde (Resolução CNS nº 453/2012, Quinta Diretriz, item III). O último plano de saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde considerou estas propostas?

Unidade Didática 4

Financiamento em Saúde

Ludmila Gonçalves Barbosa

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (2008) sempre busquei trilhar os caminhos da Saúde Pública em defesa do SUS. Especializei-me em Gestão da Clínica na Atenção Primária SENAC/MG (2010) e Processos Educacionais na Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês (2014). Em 2011, aprovada no mestrado em Saúde Pública, na subárea Planejamento e Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, fui para o Rio de Janeiro em busca de novos debates para o fortalecimento do SUS e para aprofundar meus estudos na área de planejamento e gestão do SUS. Atualmente sou servidora da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais atuando como referência técnica do Núcleo de Redes de Atenção à Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.

Quadro referencial

Temática	Atividades	Tempo Estimado
Histórico do Financiamento da Saúde Pública no Brasil	Dinâmica 1 – Linha do Tempo Financiamento em Saúde no Brasil Texto 1 – Marcos da Trajetória do Financiamento da Saúde no Brasil	01h
Fontes de Recursos	Atividade 1 – Conhecendo as Fontes de Recursos Financeiros do SUS Texto 2 – Conhecendo as Fontes de Recursos Financeiros do SUS	40min
Fundos de Saúde	Atividade 2 – Entendendo os Fundos de Saúde. Texto 3 – Fundo de Saúde e o Papel do Conselho Municipal de Saúde no seu acompanhamento	40min
Blocos de Financiamento e Gastos Públicos em Saúde	Atividade 3 – Ampliando conhecimentos sobre Blocos de Financiamento em Saúde Texto 4 – Blocos de Financiamento em Saúde O Modelo de Financiamento ainda Vigente Atividade 4 – Compreendendo os Blocos de Financiamento e os Gastos Públicos em Saúde Atividade 5 – Entendendo melhor os Gastos Públicos em Saúde Texto 5 – Gastos Públicos em Saúde	02h
Tabela de Procedimentos do SUS	Atividade 6 – Apresentando a Tabela de Procedimentos do SUS e o Conselho Municipal de Saúde Texto 6 – Tabela de Procedimentos do SUS e o CMS	40min
SIOPS	Atividade 2 – Analisando o SIOPS Texto 7 – SIOPS	01h20
Nova Modalidade de Financiamento	Atividade 8 – O que esperar? Entendendo um pouco sobre a nova modalidade de financiamento. Texto 8 – Nova Modalidade de Financiamento	40min
Agenda	Atividade 9 - Construindo a agenda do Conselho Municipal de Saúde	01h
Carga Horária Total da Unidade Didática		08h

Não aceitem o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

Conselheira e Conselheiro, chegamos à última unidade do curso! Espero que você esteja motivado para o debate sobre o Financiamento em Saúde. Estamos vivenciando um momento de transição do modelo vigente de financiamento com o “Projeto SUS Legal” e muitos desafios e embates na tentativa de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observamos no decorrer de quase três décadas de institucionalização do SUS a redução da participação da União no seu financiamento (o ente com maior arrecadação de receitas), e o aumento da participação dos Estados e principalmente dos Municípios, que possuem a menor parcela de arrecadação de receitas entre os três entes (LIMA, 2006).

Precisamos lutar por mais investimentos para a saúde pública, otimizar a gestão desta política, e buscar mecanismos de garantia e efetivação do SUS que queremos. Fortalecer as ações de prevenção e promoção à saúde propostas no modelo de atenção primária à saúde, e superar o modelo centralizado no atendimento hospitalar, no uso abusivo de medicamentos e na contratação de serviços da rede privada. Estimular a participação social da comunidade e sociedade civil nas esferas de controle social é de extrema importância neste contexto (BRASIL, 2007).

É fato que precisamos melhorar o investimento em saúde, mas é inquestionável que o nosso SUS é subfinanciado. E em um contexto de crise política e econômica esta situação se agrava. Contudo, a utilização das ferramentas de planejamento (estudadas na Unidade 3) aliada à existência de um Conselho Municipal de Saúde empoderado, que conhece, acompanha, fiscaliza, analisa e avalia o financiamento da saúde do seu município certamente contribuirá para o fortalecimento do SUS.

Assim, nesta unidade didática, buscaremos refletir sobre o atual contexto da nossa saúde pública e algumas questões: Conhecemos os recursos destinados ao SUS? Quanto minimamente cada gestor deve investir na saúde do seu município? O que se pode investir com o recurso da saúde? Como se configuram as transferências de recursos entre os entes federativos? E a tabela de procedimentos do SUS, conhecemos seus valores e sua utilidade para a gestão do SUS?

Pretendemos nas próximas páginas compartilhar e construir com cada conselheira e conselheiro conhecimentos acerca do Financiamento em Saúde. Bom trabalho para todos!

Histórico do Financiamento da Saúde Pública no Brasil



Dinâmica – Linha do Tempo

Objetivos

Refletir sobre a trajetória do Financiamento identificando os principais marcos e mudanças decorrentes dos mesmos;
Sistematizar conhecimentos relacionados ao financiamento em saúde.

Recursos necessários

Papel A4, pincel atômico, fita crepe.

Desenvolvimento

- Os (as) participantes formarão 2 grupos;
- O (a) docente escreverá em uma folha de papel A4 cada data que marcou a trajetória do financiamento saúde: 1980-1988-1990-1996-2000-2007-2012-2015 e 2016 e apresentará, na sala de aula, podendo ser no quadro branco, na parede ou no chão;
- Cada grupo organizará as frases, a seguir conforme a ordem cronológica da linha do tempo que envolvem a história do financiamento em saúde antes e depois da existência do SUS e colará abaixo das datas que o(a) docente expôs;
- Em seguida, o(a) docente fará apontamentos, de forma sucinta, destacando as principais contribuições de cada marco,

baseado no Texto 1, e, junto com os grupos, realizará as correções necessárias;

Frases

1. Usuários da saúde pagam INAMPS;
2. 30% do orçamento da Seguridade Social destinado à saúde;
3. Repasses regulares e automáticos desde que exista Conselho paritário;
4. Instituição da CPMF;
5. Percentual de investimentos mínimos que deverão ser executados pelas três esferas: União, Estado e Municípios;
6. SIOPS;
7. Pacto pela Saúde: Blocos de Financiamento;
8. Definição das ações de saúde e a vinculação de recursos da União, Estados e Municípios;
9. Vinculação de 15% de recursos da União para os programas e ações de saúde;
10. Congelamento dos investimentos em saúde a partir de 2018.

Tempo estimado: 1h

Marcos da Trajetória do Financiamento da Saúde no Brasil

1.1. Antes do SUS - 1980

Antes de 05 de outubro de 1988, data da promulgação da Constituição Federal que institui o Sistema Único de Saúde, a população brasileira não tinha acesso universal e integral aos serviços de saúde. As ações universais financiadas pelo Ministério da Saúde se resumiam a atividades de prevenção, como campanhas de vacinação e enfrentamento a doenças endêmicas como a Doença de Chagas, Malária e Febre Amarela.

Assim, somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada tinham direito a assistência médica-hospitalar, por meio do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), financiado por meio das contribuições previdenciárias. Quem não trabalhava, e, portanto, não contribuía, era tratado muitas vezes como indigente, buscando atendimento nas Santas Casas de Misericórdia (filantropia), nos municípios onde estas existiam.

1.2. Viva os Direitos Sociais! – 1988

A Constituição Federal de 1988 trouxe para todos nós direitos sociais! Ela instituiu o Sistema Único de Saúde, a universalização do direito de acesso à saúde. Agora todas as brasileiras e brasileiros têm direito a saúde, independente de raça, cor e classe social. Imagine viver sem ter acesso à saúde e educação? O SUS, junto com outras políticas sociais, significou

mudanças no padrão de financiamento e nos gastos com essas políticas no Brasil (AFONSO, 2010).

No que se refere exclusivamente ao setor saúde, o art. 198 definiu que o SUS seria financiado, nos termos do art. 195, com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Você conhece o Orçamento da Seguridade Social (OSS)?

É uma divisão dentro do Orçamento Federal que visa garantir um conjunto de direitos, para a proteção do cidadão brasileiro. Foram contempladas neste Orçamento as áreas: saúde, previdência e assistência social (conhecidas como o tripé da Seguridade Social). O objetivo é destacar a importância de se garantir recursos financeiros para estas três áreas essenciais. Com esta divisão do orçamento em Orçamento da Seguridade Social o cidadão pôde exercer o direito de fiscalizar, com mais transparência, identificando quais ações estão sendo feitas nessas áreas. O Artigo nº 55 das Disposições Transitórias da Constituição determinou a destinação de 30% dos recursos do OSS para a saúde.

http://www.orcamentofederal.gov.br/radio-mp/2010/copy_of_voce-conhece-o-orcamento-da-seguridade-social

Porém, a determinação dos 30% do OSS para a saúde nunca se efetivou. A partir da década de 1990 várias iniciativas e medidas foram desmontando o modelo de financiamento desenhado para o OSS e consequentemente para o SUS, “como a destinação da contribuição dos trabalhadores de carteira assinada somente para a Previdência Social e a criação de mecanismos que permitiram o acesso do Governo Federal aos recursos para uso em outras áreas e não na saúde” (UGÁ; MARQUES, 2005, p.196).

No início da década de 1990, o Brasil se encontrava nas mãos do ajuste macroeconômico neoliberal, que resultaram no recuo do papel do Estado em ações de proteção social e na redução das desigualdades regionais, primando pela estabilização econômica e por mudanças estruturais para atender aos agentes externos, organismos multilaterais e interesses privados (LIMA, 2006) - Haveria alguma semelhança com os dias atuais?

Para refletir...

Será que a política de um Estado Mínimo, ou seja, na diminuição do papel do Estado nas ações de proteção social e redução das desigualdades, traz consequências para a saúde pública brasileira?

SAIBA MAIS: Neoliberalismo e Saúde - Maria Lúcia Frizon Rizzotto <http://www.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>

Desta forma, o SUS, consagrado na Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica nº 8080/90 e 8142/90, enfrentou sérios percalços e necessitou de mais aportes de recursos do Tesouro Nacional (DAIN, 2007).

1.3. Transferência de Recursos de Forma Regular e Automática – 1990

A Lei nº 8.142/1990 determina que os repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para as ações de saúde sejam realizados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal. Porém, para que os mesmos façam jus ao recebimento é necessário dentre outras obrigações, possuir:

- Fundo de Saúde;
- Conselho Municipal com composição
- Paritária;
- Plano Municipal de Saúde;
- Relatório de Gestão.

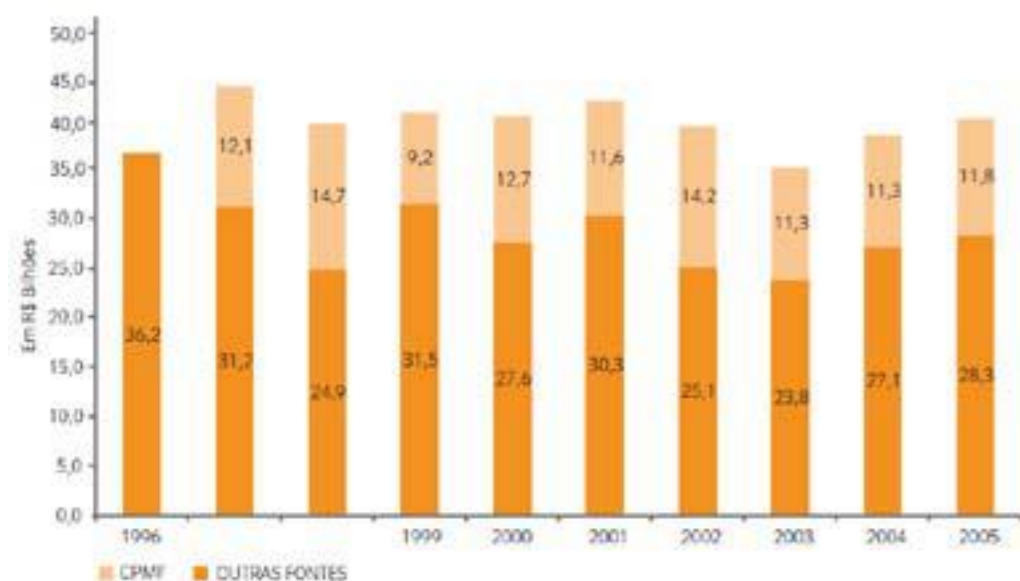
Percebem como é essencial o papel do Conselho Municipal de Saúde e a construção de instrumentos de planejamento e gestão que reflitam a real necessidade de saúde da população?

1.4. CPMF – Seria uma saída para o aumento de aportes de recursos para a Saúde? – 1996

Em 1993, com o fim da participação da Contribuição de Empregados e Empregadores no financiamento da saúde, era preciso pensar em outra fonte de recursos. Em 26 de outubro de 1996 foi instituída por meio da Lei nº 9.311 a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF inicialmente destinada em sua totalidade ao Fundo Nacional de Saúde.

A CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do Ministério da Saúde. Em 1997 já respondia por 27,9% do total de recursos, tendo alcançado mais de 1/3 (36%) em 2002 e daí por diante, até 2007, mantendo-se em torno de 30% (SERVO et al., 2011).

PARTICIPAÇÃO DA CPMF NA RECEITA TOTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996-2005



Fonte: Siaf/Sidor em BRASIL, 2011 – Pág. 20.

A configuração da CPMF como provisória sempre preocupou os gestores (conselheiros, conselheiros, secretarias e secretários de saúde) da saúde, que continuaram trabalhando pelo estabelecimento de uma fonte de recursos definitiva e que resultasse no aumento de recursos para o SUS. (PIOLA *et al.*, 2012).

O fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) aprovada em dezembro de 2007 pelo Senado Federal, trouxe muitos transtornos para a gestão do SUS - o governo federal deixou de arrecadar aproximadamente R\$ 40 bilhões de reais no ano (BRASIL, 2011).

De acordo com Ugá e Marques (2005), o contexto de incertezas e indefinições dos recursos para a área da saúde resultou na busca por uma solução mais eficaz: a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas de poder – ou seja, a determinação de percentuais mínimos que deveriam ser aplicados no SUS.

1.5. Emenda Constitucional nº 29/2000

A proposta final de vinculação de recursos para a saúde, denominada

Emenda Constitucional (EC) nº 29 aprovada em outubro do ano 2000, determinou de forma progressiva os percentuais mínimos de investimentos em saúde pela União, Estados e Municípios.

Segundo essa emenda, no primeiro ano de sua vigência, os estados e municípios deveriam alocar pelo menos 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios, 15%. Para a União, definia para o primeiro ano o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal (UGÁ; MARQUES, 2005 p.219).

De acordo com Faveret (2003) a aprovação da EC 29 foi recebida como um grande avanço, pois garantia um mínimo de recursos e definiu a participação de cada ente do governo no financiamento do SUS. No entanto, a aprovação da vinculação de recursos não findou com os conflitos existentes nas discussões sobre financiamento da saúde.

Em relação à União, a não aplicação dos 5% dos recursos tomando como ano-base o ano 2000 (retomada do crescimento)

almejados pelos defensores do SUS, e sim como ano-base 1999 (finalzinho da crise econômica), gerou uma “queda de braço” entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda, com vitória do último e com uma perda estimada em 1,19 bilhões de reais (MENDES; MARQUES, 2007).

E a EC 29 foi efetiva? Segundo Mendes e Marques (2007) infelizmente não, pois parte dos Estados não cumpriu as determinações da emenda constitucional, e tanto Estados como Municípios utilizaram os percentuais estabelecidos para ações que não se configuravam como ações de saúde, como pagamento de aposentadoria, saneamento básico e habitação urbana, mesmo após a definição de uma diretriz dessas ações no ano de 2003, por meio da Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2003). Porém, a regulamentação da EC 29 só foi concretizada com a aprovação da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

Saiba mais!

Para conhecer as Resoluções homologadas pelo CNS acesse o site : http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_inicial.htm

Um ganho no período foi a criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) por meio da Portaria Interministerial nº 1.163, de outubro de 2000, que passou a ser de alimentação obrigatória, permitindo o acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29.

1.6. Blocos de Financiamento – Seria o fim das caixinhas? - 2007

O Pacto pela Saúde de 2006 e seus desdobramentos, que resultaram do processo de revisão normativa do SUS, mudou o sentido da reforma que se vinha empreendendo no sistema de saúde brasileiro desde a segunda metade dos anos 1990 (BRASIL, 2006).

Como o desdobramento do Pacto pela Saúde, a Portaria GM nº 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 dos blocos de financiamento, - Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS - em substituição às famosas centenas de caixinhas referentes aos repasses específicos que dificultavam a identificação dos recursos pelos gestores e consequentemente o gasto e prestação de contas (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde que passa a compor os blocos de financiamento.

Entretanto, segundo Dain (2007), a criação dos blocos de financiamento não modificou o volume de recursos distribuídos em cada bloco, ou seja, a distribuição de recursos continuou não considerando as desigualdades regionais, epidemiológicas e sociais, dando continuidade a definição dos destinos das transferências por meio de portarias específicas.

1.7. Regulamentação da EC 29/2012

A Lei Complementar nº 141/2012 define o que são ações de saúde (aprofundaremos sobre este conceito no texto sobre “Investimentos em Saúde”) e determina os gastos mínimos que deverão

ser executados para a realização destas ações pela União, Estados e Municípios. Portanto, ela é a norma que determina o que podemos investir com o dinheiro da saúde.

Saiba mais!

Para aprofundar sobre a Lei Complementar nº 141/2012:
Lei Complementar 141 comentada:
http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/material%20noticias/analise_Gilson_Carvalho_lei_emenda_29.pdf

Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012:
www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/download/910

Esta normativa também regulamenta os percentuais mínimos de investimentos que devem ser realizados pela União, Estado e Municípios nas Ações de Saúde.

1.8. Emendas Constitucionais nº 86/2015 e nº 95/2016 – Contexto desfavorável para o financiamento do SUS

Quando o cenário parecia sinalizar maiores ganhos para o SUS com a regulamentação da EC nº 29, duas Emendas Constitucionais tornam o cenário desfavorável para o financiamento do nosso SUS.

A Emenda Constitucional nº 86 promulgada em 17 de março de 2015, se refere à vinculação de recursos para a execução de emendas parlamentares individuais, e altera o artigo 198 da Constituição Federal para estabelecer 15% de vinculação de recursos da União

para os programas e ações de saúde.

Mas não seria um ganho para o SUS a destinação de 15% de recursos da União para a saúde?

Seria se nossa arrecadação de receitas fosse crescente e se mantivesse ferramentas de regulação caso estas receitas decrescerem. Esta EC cria uma mecânica normativa vinculando um percentual da receita pública ao financiamento da saúde, sendo que a sistemática anterior, regulamentada pela Lei nº 141/2012, obedecia a um cálculo incremental o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), evitando perdas drásticas com eventual recuo do PIB.

Segundo o CNS (2015), o novo critério de cálculo estabelecido por esta EC, cuja base de cálculo é a Receita Corrente Líquida, com escalonamento progressivo de percentuais até 2020 (de 13,2% a 15,0%), representará uma redução orçamentária e financeira para o SUS. Basta comparar o seguinte: o orçamento da saúde para 2014 representou 14,38% da Receita Corrente Líquida do ano, ou seja, é maior do que o previsto (13,2%) para o primeiro ano de escalonamento da EC 86/2015. A redução de recursos projetada poderá superar R\$ 9,0 bilhões em 2016, se esta lógica for mantida.

Além deste déficit resultante da mudança da regra de cálculo da aplicação mínima federal, esta EC determina uma nova definição constitucional para a execução orçamentária e financeira das emendas parlamentares individuais, conhecida como emendas impositivas, que provavelmente diminuirá os recursos federais para a saúde pactuados entre União, Estados e Municípios (CNS, 2015).

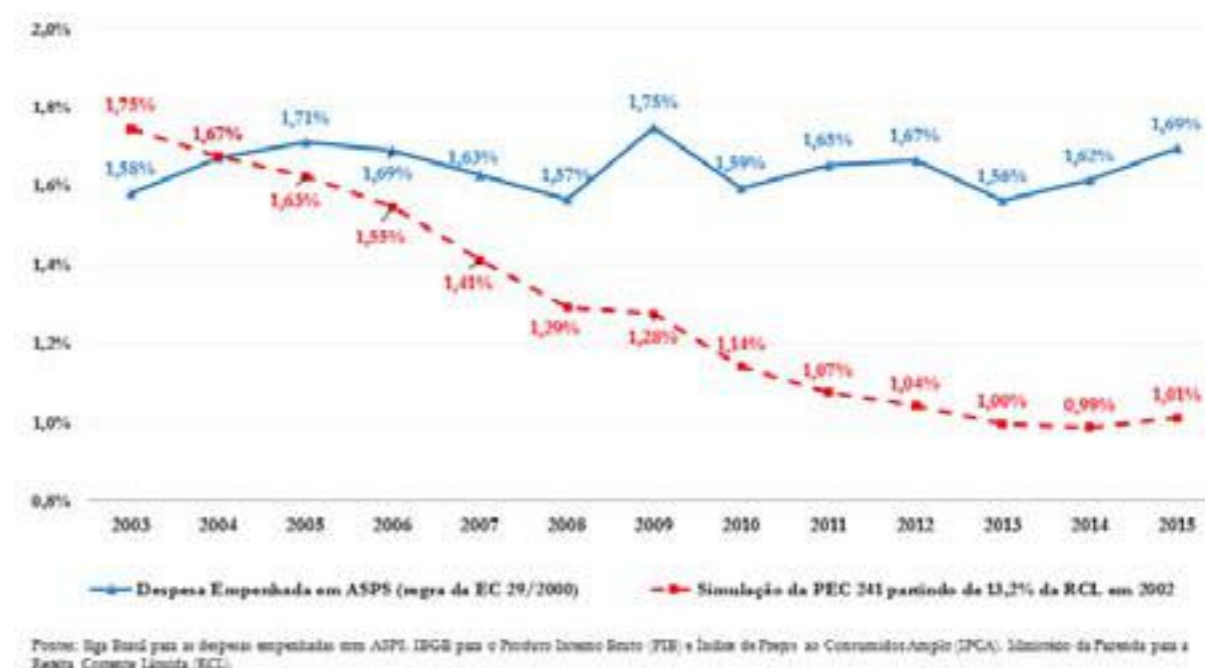
As emendas impositivas passam

a corresponder a 0,6% das receitas correntes líquidas, ou seja, representarão a partir de 2015 um adicional de R\$ 2,5 bilhões a R\$ 3,0 bilhões destas despesas, em comparação à média histórica de cerca de R\$ 1,0 bilhão, verificada entre 2009 – 2013 (CNS, 2015). E estas despesas, embora atenderão as bases eleitorais dos parlamentares, serão contabilizadas como gastos em saúde pela União.

E, atualmente, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (PEC

241/55) que congelará os gastos em saúde a partir de 2018, esta situação tende a piorar, uma vez que, segundo o Conselho Nacional de Saúde, esta normativa representa um retrocesso de recursos para o setor saúde nos próximos 20 anos por retirar a possibilidade de incorporar, proporcionalmente à participação das despesas com saúde no orçamento federal (CNS, 2016).

Simulação do impacto da EC 95 (PEC 241) sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.



Fonte: www.revistaforum.com.br/2016/10/03/ipea-os-impactos-do-novo-regime-fiscal-para-o-financiamento-do-sistema-unico-de-saude-e-para-a-efetivacao-do-direito-a-saude-no-brasil/

Saiba mais!

A Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) apresentou, no dia 06/10/2016 um estudo que comprova a perda de R\$ 434 bilhões ao Sistema Único de Saúde (SUS) com a aprovação da PEC 241 – EC 95.

Leia a reportagem na íntegra:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/10out06_PEC241_pode_representar_perda_434_bilhoes_SUS.html

Fontes de Recursos



Atividade 1

Conhecendo as Fontes de Recursos Financeiros do SUS

Objetivo

Entender melhor as Fontes de Recursos Financeiros do SUS.

Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do Texto 2 permitindo ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 40min

Texto 2

/ 184

Conhecendo as Fontes de Recursos Financeiros do SUS

Quando tomamos uma vacina na Unidade Básica de Saúde, ou somos atendidos em um hospital público, não pagamos nada, certo?

Embora toda e qualquer assistência ou serviço realizado pelo Sistema Único de Saúde seja gratuita, cada um de nós financiamos o sistema indiretamente por meio de impostos embutidos nos produtos que compramos e serviços que realizamos.

Como já vimos no texto anterior, o financiamento da saúde é de responsabilidade dos três entes: União, Estados e Municípios e também vimos que a Lei nº 141/2012 que regulamenta a EC 29 determina os investimentos mínimos com saúde que devem ser realizados por

cada ente da federação.

Você se lembra de que esta Lei determina o percentual mínimo de gastos de 12% para os Estados e 15% para os municípios? Mas de onde vem este dinheiro para o custeio das ações de saúde e consequente cálculo do cumprimento ou não do percentual mínimo?

Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos, receitas de transferências da União, e outras receitas correntes, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios (Quadro 1).

Desta forma quando pagamos o

Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores, o conhecido IPVA, o valor arrecadado pelo Estado é contabilizado como receita, ou seja, é inserido no cálculo dos 12%, como consequência, parte do valor da arrecadação deste imposto será utilizado para investimentos em ações e serviços públicos de saúde.

Quadro 1: Base de Cálculo dos Recursos da Saúde dos Estados

+	Receitas de Impostos de Natureza Estadual	Imposto sobre Circulação de Mercadorias - ICMS+ Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA+ Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doação - ITCMD
+	Receitas de Transferências da União	<ul style="list-style-type: none">• Cota-Parte do Fundo de Participação dos Estados - (FPE)• Cota - Parte do Imposto sobre Produto Industrializado IPI – Exportação• Transferências da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)• Cota-parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
+	Outras receitas correntes	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária
-	Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos municípios	25% do ICMS, 50% do IPVA, 25% do IPI – Exportação, 25% do ICMS Exportação – Lei Kandir
=	Receita Própria do Estado = Base de Cálculo Estadual	

/ 185

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Base de Cálculo e Aplicação Mínima pelos Entes Federados em Ações e serviços Públicos de Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/NT-Base-C--lculo-Aplica----o.pdf>

O que é a Lei Kandir?

O ICMS é um imposto estadual, ou seja, somente os governos dos Estados e o Distrito Federal têm competência para instituí-lo. Porém, a Constituição atribuiu competência tributária à União para criar uma lei geral sobre o ICMS, o que foi feito por meio da Lei Kandir. Essa lei proíbe a incidência do ICMS nas operações como: vendas de livros, jornais, periódicos e o papel destinado a sua impressão e ao envio ao exterior de mercadorias, inclusive produtos primários (frutas, carnes, grãos) e produtos industrializados semielaborados (minério de ferro) ou serviços.

A Lei Kandir garantiu aos estados o repasse de valores a título de compensação pelas perdas decorrentes da isenção de ICMS e são estes valores de compensação

que são contabilizados como receitas para os Estados e Municípios.

Para saber mais: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/lei-kandir>

Os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos, receitas de transferências da União e do Estado, e outras receitas correntes (Quadro 2).

O Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU é um dos impostos mais conhecidos pela sociedade e o principal imposto na maioria dos municípios. Como vimos o valor arrecadado por este imposto é contabilizado para o cálculo dos 15% de aplicação mínima em saúde.

É importante não esquecer, como vimos na Unidade 3, que os recursos do tesouro municipal são definidos no orçamento municipal, em consonância com o respectivo Plano de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS e devem ser alocados por meio da LOA ou via créditos suplementares, especiais ou extraordinários.

Você sabia?

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, conseqüentemente, 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 (TCU, 2015 p.55).

Reforçamos também que as transferências fundo a fundo e transferências voluntárias da União para os Estados e Municípios e dos Estados para Municípios, nas quais se incluem os recursos do SUS, não integram a base de cálculo sobre a qual incide o percentual mínimo de aplicação de recursos na saúde nos municípios.

O que são transferências Voluntárias?

É a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os desti-

nados ao Sistema Único de Saúde. Tais transferências são destinadas a atender a ações com propósitos específicos e com regras definidas caso a caso. São efetivadas por meio da celebração de Convênios ou Contratos de Repasse (Art. 25 da Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal). Ex: O município de Esperança de Minas recebeu R\$ 80.000,00 de um convênio estabelecido com a União para a compra de uma ambulância. Esta receita é advinda de uma transferência voluntária e, portanto, não entrará no cálculo do percentual de investimento mínimo em saúde. **Para saber mais** sobre Convênios e Contratos de Repasse: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496341/OPED0008%20Texto%20Completo.pdf?sequence=5>

Ao analisar os quadros acima, com o demonstrativo de receitas vinculadas ao cálculo do percentual mínimo de investimento em saúde, pode parecer complicado, mas é importante que todas as conselheiras e conselheiros de saúde saibam o que são estas as receitas que devem ser utilizadas para garantir o cumprimento do investimento mínimo em saúde para os Estados e Municípios.

Para refletir...

Você conhece o percentual do investimento realizado na saúde no ano de 2016 pelo seu município? Ele cumpriu o percentual estabelecido na Lei Complementar 142/2012?

Quadro 2: Base de Cálculo dos Recursos da Saúde dos Municípios

+	Receitas de Impostos de Natureza Municipal	Imposto sobre Serviços - ISS, Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana IPTU, Imposto sobre Transmissão de Bens Inter Vivos - ITBI
		• Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)
+	Receitas de Transferências da União	• Cota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - ITR
		• Cota -Parte da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)
		• Cota-Parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
+	Receitas de Transferências do Estado	Cota-Parte do ICMS, Cota-Parte do IPVA e Cota-Parte do IPI – Exportação
+	Outras receitas correntes	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária
=	Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal	

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Base de Cálculo e Aplicação Mínima pelos Entes Federados em Ações e serviços Públicos de Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/NT-Base-C--lculo-Aplica----o.pdf>

Fundos de Saúde



Atividade 2

Entendendo os Fundos de Saúde

Objetivo

Ampliar conhecimentos sobre o Fundo de Saúde e o Papel do Conselho Municipal de Saúde no seu acompanhamento.

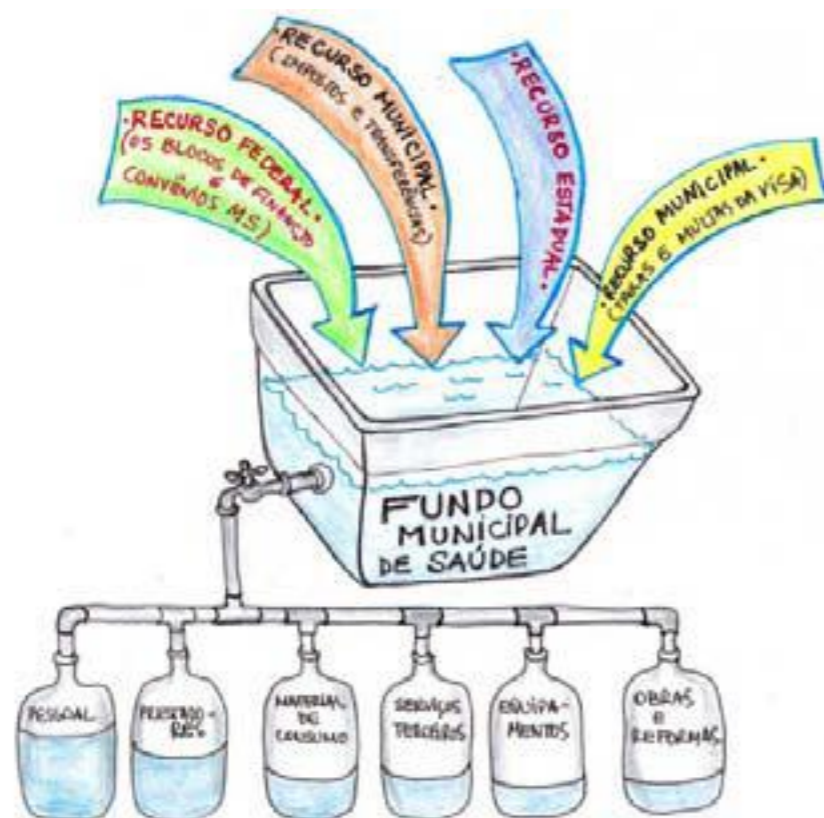
Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do Texto 3 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 40min

Texto 3

Fundo de Saúde e o Papel do Conselho Municipal de Saúde no seu acompanhamento



Fonte: <http://www.redehumanizaus.net/92953-conhecendo-os-blocos-de-financiamento-do-sus-repasse-fundo-a-fundo>

Ao lado dos Planos de Saúde (PMS), das Programações Anuais de Saúde (PAS) e dos Relatórios de Gestão (RAG), os fundos de saúde representam um instrumento para gestão dos recursos do SUS destinados a financiar ações e serviços de saúde e de planejamento ao possibilitar aos gestores visualizarem os recursos de que dispõem para as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Também constitui um instrumento de controle, por permitir ao CMS o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores, data de entrada, despesas realizadas, rendimentos de aplicações financeiras, dentre outras (BRASIL, 2003). Eventualmente o gestor dos recursos recebidos por transferências fundo a fundo podem manter os valores em aplicações financeiras. Porém, os conselheiros municipais 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.

Mas o que são mesmo os Fundos de Saúde? São "uma modalidade de gestão de recursos, criada por lei e revestida de certas formalidades, com o fim de ser o receptor único de todos os recursos destinados à saúde, em cada esfera de governo" (CARVALHO; SANTOS, 2002). Todas as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pelos três entes deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Para refletir...

Você conhece a Legislação sobre os fundos de saúde e a Lei de Criação do Fundo de Saúde do seu município?

Saiba mais!

Gestão dos Fundos de Saúde:
<http://www.conass.org.br/guiainformacao/gestao-dos-fundos-de-saude/>
Texto - Gestão dos Recursos da Saúde:
Fundo de Saúde - Carvalho e Santos, 2002, p. 275-277 disponível em:
<http://www.fns.saude.gov.br/>

Inclusive, o repasse da parcela dos recursos de impostos e transferências constitucionais que os entes da federação devem aplicar em Ações e Serviços Públicos de Saúde será feito diretamente ao respectivo Fundo de Saúde e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde (Portaria STN nº 553, de 22 de setembro de 2014).

O Fundo de Saúde é uma conta bancária na qual estão vinculadas diversas contas relacionadas a receitas e despesas vinculadas aos seis blocos de financiamento. Não pode ser utilizada para pagar despesas de outras áreas do município. O Fundo de Saúde deve utilizar contabilidade específica e integrada à contabilidade geral do ente ao qual se vincula para registrar, acompanhar e controlar o processamento de suas receitas e despesas e de sua execução orçamentária, financeira e patrimonial (PARECER nº 1.396/2011 - PGFN/CAF).

Baseado na legislação vigente Lei 141/2012 – Lei 8.080/1990 – Lei 8.142/1990 e Lei 4.320/1964 a Lei de criação do Fundo Municipal de Saúde deve dispor no mínimo, sobre o seguinte:

a) as receitas específicas destinadas à saúde, que deverão ser depositadas nas contas especiais do Fundo;

- b) a vinculação da aplicação destes recursos com despesas referentes às ações e serviços públicos voltados para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios do SUS e as diretrizes estabelecidos na Lei Complementar nº 141/2012;
- c) as normas peculiares de aplicação dos recursos de saúde;
- d) a vinculação do Fundo à Secretaria Municipal de Saúde;
- e) a descentralização interna do processo decisório para Secretaria Municipal de Saúde, órgão gestor do Fundo; e
- f) o Plano de Saúde, a contabilidade e a prestação de contas específicos.

Os fundos de saúde foram instituídos no contexto da municipalização, ou seja, da descentralização da responsabilidade das ações e serviços de saúde para os municípios de acordo com suas capacidades de gestão. É, para os municípios, um valioso mecanismo para distinguir os recursos destinados ao financiamento da saúde e promovem o permanente acompanhamento das fontes de receitas, de seus valores e das datas de ingresso, das despesas realizadas, dos recebimentos das aplicações financeiras (BRASIL, 2011).

Portanto, o Fundo Municipal de Saúde é o braço financeiro de toda e qualquer política de Saúde que se desenvolva no Município. Não há que se falar em fontes de financiamento para a Saúde que não estejam por ele controladas; até mesmo os recursos que são transferidos da Prefeitura para seus Entes da Administração Indireta (Autarquias, Fundações, etc.) (SÃO PAULO, 2004).

Foi o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, depois das Normas Operacionais 01/91 e 01/92 do SUS, que

estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. Repasses fundo a fundo começaram a ser feitos para os estados e municípios habilitados na forma de gestão semiplena, conforme previsto na Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 (BRASIL, 2011).

Saiba mais!

O Termo de Compromisso de Gestão estabelecido pela Portaria nº399/2006 que institui o Pacto pela Saúde extingue o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB/SUS 01/96 e na NOAS/SUS 2002. Ficando ainda mantidos, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema e Gestão Plena da Atenção Básica.

Os municípios que já eram habilitados em Gestão Plena do Sistema permaneceram e hoje os municípios mineiros que desejam assumir a gestão dos seus prestadores devem aprovar o pleito nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e preencher a Declaração da CIB (Comissão Intergestores Bipartite) de Comando Único do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

Os municípios que não assumiram a gestão dos prestadores, são responsáveis pelas ações básicas de saúde no município: atenção básica, vigilância, farmácia básica. Os repasses são facilmente visualizados no Fundo Nacional de Saúde.

Quadro 1 - São fundos na área da saúde

Fundos	Origem de Recursos	Administração	Fiscalização
Nacional	União	Ministério da Saúde	Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Estadual	União e Estado	Secretaria Estadual de Saúde	Conselho Estadual de Saúde (CES)
Municipal	União, Estado e Município	Secretaria Municipal de Saúde	Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Fonte: BRASIL, 2015.

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” (BRASIL, 2011).

A forma de transferência dos recursos federais, destinados às ações e aos serviços de saúde, para os estados e municípios, foram definidas pelo Pacto pela Saúde por meio dos seis blocos de financiamento (BRASIL, 2007).

Assim, as transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde, para custeio de ações e serviços de saúde públicos, serão realizadas diretamente para o Fundo Municipal de Saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênios e outros instrumentos jurídicos (BRASIL, 2012).

Já os recursos federais, destinados a investimentos ou a incentivos a programas serão transferidos por meio de pleitos dos municípios ao Ministério da Saúde , solicitados através do Fundo Nacional de Saúde e executados por (BRASIL,2017):

- Transferências Fundo a Fundo;
- Convênios;
- Contrato de Repasse;
- Termo de Execução Descentralizada;
- Aplicações Diretas

Você sabia?

Para orientar os municípios na apresentação de propostas, o Ministério da Saúde desenvolveu uma cartilha, que norteará a elaboração de projetos de investimentos e de custeio? <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf>

E as transferências do Estado para os municípios mineiros, são fundo a fundo?

Sim, conforme a Lei Complementar nº 141/2012 da mesma forma que a União, as transferências de recursos do estado para os municípios devem ser fundo a fundo, de forma regular e

Saiba mais!

É possível acompanhar mensalmente as transferências de recursos para a Saúde do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. É só acessar o site do Fundo Nacional e selecionar o estado/município que você quer pesquisar: <http://fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/filtro.jsf>

automática. Santos (2012) recomenda que a metodologia de aplicação de recursos devem ser pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde, nos moldes da lei.

Os instrumentos utilizados para transferências dos recursos estaduais são:

- Termo de compromisso;
- Convênio.

Em Minas Gerais, as transferências financeiras realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/MG aos Fundos Municipais são normatizadas por meio de Resoluções. Para a efetivação da transferência é necessária a adesão de cada município, através da assinatura de Termo de Compromisso, conforme Decreto SES/MG nº 45.468, de 2010, regulamentado pela Resolução SES/MG nº 2.568, de 13 de outubro de 2010.

Esse Termo estabelece entre os entes compromissos e metas relativos aos programas assistenciais e de apoio criados pela Secretaria de Estado da Saúde, decorrentes da descentralização da execução das ações de saúde, cujos valores

serão definidos com base nos seguintes critérios (MINAS GERAIS, 2010):

- I - Valor per capita;
- II - Grupo de ações e/ou procedimentos de saúde;
- III - Perfil demográfico da região;
- IV - Perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- V - Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- VI - Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- VII - Ressarcimento do atendimento a serviços prestados; e
- VIII - Equidade local e regional.

Você sabia?

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

O Processo de Acompanhamento, Controle e Avaliação dos Termos de Compromissos e/ou Metas é realizado por meio de processo digital, no Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas – GEICOM.

O acesso ao GEICOM é realizado por meio digital, e tanto as assinaturas de Termos de Compromisso, quanto a prestação de Contas só podem ser assinadas digitalmente pelo Secretário Municipal de Saúde ou Prefeito.

Saiba mais!

Maiores informações sobre o GEICOM estão disponíveis no site:
<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1536-geicom>

As contas bancárias utilizadas para movimentação dos recursos transferidos fundo a fundo deverão ser identificadas, de acordo com os objetivos a que se destinam (BRASIL, 2003).
Por exemplo:

- conta FUNDO (teto financeiro da assistência e outros programas);
- conta PAB (Piso de Atenção Básica, Fixo e Variável e outros incentivos);
- conta ECD (Epidemiologia e Controle de Doença);
- conta MAC/VISA (Ações de Média e Alta (Complexidade de Vigilância Sanitária)

Em muitos Estados e Municípios o fundo não é administrado pelo gestor municipal de saúde e observamos ainda municípios em que o dinheiro do fundo é

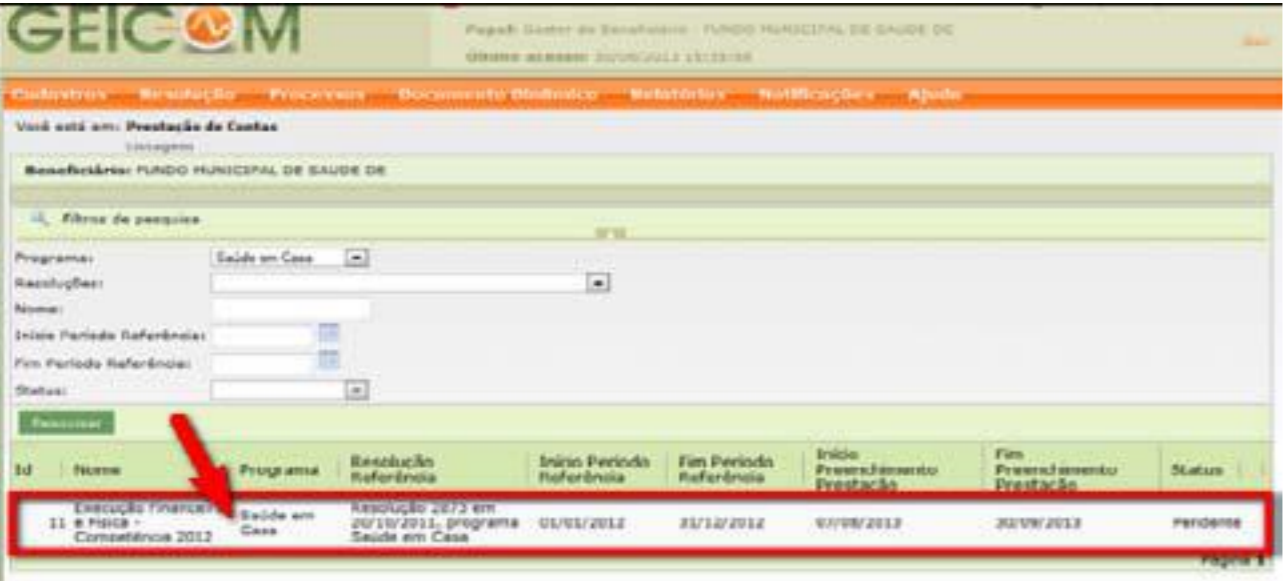
transferido para contas únicas igadas às Secretarias de Fazenda. De acordo com a legislação vigente, cada área do SUS deve ter uma conta específica, que deve ser gerenciada pela Secretaria de Saúde e fiscalizada pelos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2015).

Você sabia?

É importante que a conselheira e o conselheiro de saúde conheçam 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, conselheira e conselheiro, pode solicitar aos gestores a relação de contas bancárias utilizadas na movimentação dos recursos do SUS por parte da prefeitura/governo estadual (BRASIL, 2015).

Para refletir...

Após a leitura e discussão do texto, pense em como você conselheira e conselheiro municipal de saúde pode melhorar o acompanhamento do Fundo de Saúde do seu município.



Id	Nome	Programa	Resolução Referência	Início Período Referência	Fim Período Referência	Início Período Prestação	Fim Período Prestação	Status
11	Execução Financeira - Consórcios 2012	Saúde em Casa	Resolução 2672 em 20/10/2012, Programa Saúde em Casa	01/01/2012	31/12/2012	01/01/2012	31/12/2012	Pendente

Blocos de Financiamentos e os Gastos Públicos em Saúde



Atividade 3

Ampliando conhecimentos sobre Blocos de Financiamento em Saúde

Objetivo

Entender sobre os Blocos de Financiamento em Saúde.

Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do Texto 4 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 30min

ações e aos serviços de saúde, para os estados e municípios, foram definidas pelo Pacto pela Saúde e regulamentadas pela Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, com as alterações descritas na Portaria MS/GM nº 837, de 23 de abril de 2009, passando a ser integradas por seis grandes Blocos de Financiamento (observe a figura abaixo), cuja operacionalização está regulamentada pela Portaria MS/GM Nº 412, de 15 de março de 2013.

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” (BRASIL,2015).

Cabe ainda ressaltar que os recursos federais que compõem cada Bloco de Financiamento são transferidos aos Esta-

dos, ao Distrito Federal e aos Municípios, na forma de fundo a fundo, em conta única e específica para cada Bloco de Financiamento, observados os atos normativos específicos e devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio Bloco. (art. 5, da Port. MS/GM nº 204/2007).

Ao possibilitar que os recursos de um componente sejam utilizados nas ações de outro dentro do próprio bloco (Portaria GM/MS nº 204/2007), bem como a possibilidade de remanejamento de recursos entre os blocos (Portaria 1073/2015), se propõe a contribuir para que os gestores de saúde tenham maior flexibilidade para alocar os recursos de acordo com as necessidades de saúde da população de seu estado ou município (BARBOSA, 2009). Vamos a partir de agora conhecer cada um destes Blocos e como eles se configuram.

Texto 4

Blocos de Financiamento em Saúde – O Modelo de Financiamento ainda Vigente

Como já dito, a instituição das transferências dos recursos federais por meio dos Blocos de Financiamento em Saúde foi um marco na história do financiamento do SUS, pois facilitou a identificação dos recursos destinados a cada área da saú-

de e comparação entre elas, possibilitando reconhecer a destinação do maior volume de recursos financeiros (BARBOSA, 2013).

Esta configuração de transferência dos recursos federais, destinados às

Fundo Nacional de Saúde
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Resultado da Pesquisa

UF: MG
Ano: 2015
Código IBGE:

População:

Ano Censo: 2010

De acordo com o filtro realizado, os valores apresentados serão de repasses municipais de Estado de MINAS GERAIS

Total de Repasses por Bloco			
Bloco	Valor Total	Valor Descontado	Valor Depositado
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 95.681.387,33	R\$ 0,00	R\$ 95.681.387,33
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 204.824.277,80	R\$ 0,00	R\$ 204.824.277,80
CESTÃO DO SUS	R\$ 12.412.400,00	R\$ 0,00	R\$ 12.412.400,00
INVESTIMENTO	R\$ 12.139.125,51	R\$ 0,00	R\$ 12.139.125,51
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 2.167.010.170,24	R\$ 138.421.716,25	R\$ 2.028.588.653,99
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 95.072.463,76	R\$ 1.103.143,33	R\$ 93.969.320,43
Total Geral	R\$ 2.602.140.474,64	R\$ 139.524.859,58	R\$ 2.462.615.615,06

Fonte: <http://fns.saude.gov.br/visao/consulta/simplificada/detalhe.jsf>

4.1. Bloco de Assistência Farmacêutica:

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

Bloco assistência Farmacêutica

Componente	Destinação	Âmbito
Básico	Assistência a doenças e agravos prevalentes (Ex: Hipertensão e Diabetes)	Atenção Primária em saúde, em nível ambulatorial. Unidades Básicas de Saúde. Estratégia Saúde da Família.
Especializado	Linhas de Cuidado conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (Ex: Pacientes Transplantados, Osteoporose, Anemia Falciforme)	Tratamentos de Doenças conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Os pacientes devem cumprir com os critérios de inclusão.
Estratégico	Medicamento para tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas.	Tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas como HIV/AIDS, Doença de Chagas, Tuberculose e Hanseníase.

Fonte: <http://www.redehumanizaus.net/92953-conhecendo-os-blocos-de-financiamento-do-sus-repasse-fundo-a-fundo>

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 (BRASIL, 2015). São exemplos de medicamentos do componente básico, os medicamentos para Hipertensão Arterial, Diabetes, Pílulas anticoncepcionais dentre outros.

Você sabia?

Em Minas Gerais, a gestão do componente básico é realizada por meio do **Programa Farmácia de Todos**, por meio de três modelos de adesão a ata de registro de preços:

Totalmente Centralizado no Estado (TCE): O Estado é gestor dos recursos municipal, estadual e federal.

Totalmente Centralizada no Município (TCM): O município é o gestor dos recursos municipal, estadual e federal.

Parcialmente Descentralizado no Município (PDM): Município é gestor do recurso federal e municipal. O Estado executa a contrapartida estadual em medicamentos.

<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/344-medicamentos-basicos-sesmg>

Saiba mais!

Conheça o Programa Farmácia de Todos do Governo de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).
<http://www.saude.mg.gov.br/farmaciadetodos>

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 (BRASIL, 2015).

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 (BRASIL, 2015). São exemplos de tratamentos dentro do componente especializado: medicamentos para usuários transplantados, com osteoporose, Doença de Parkinson, Anemia Falciforme dentre outras.

Você sabia?

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.

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 (TCU, 2015).

4.2. Bloco da Atenção Básica

O bloco da Atenção Básica é formado pelo: 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.

São exemplos do que podemos investir com os recursos deste componente: Diárias, ajuda de custo e treinamento de pessoal lotado nas unidades básicas de saúde; Material de consumo; material radiológico; material de laboratório; material de expediente; Material de limpeza; Roupas de cama e mesa; oxigênios, combustíveis, gás; Despesas de capital: equipamentos e material permanente para as unidades de saúde (computador, mobiliário, etc.) (BRASIL, 2004).

Os valores são estabelecidos por

quatro faixas de municípios (Anexo I a Portaria nº 1.602/GM/MS, de 9 de julho de 2011), e atualmente são determinados pela Portaria nº1409/2013:

Valor por Habitante/Ano

Grupo	Valor (R\$) Habitante /Ano
Grupo I	R\$ 28,00 habitante/ano
Grupo II	R\$ 26,00 habitante/ano
Grupo III	R\$ 24,00 habitante/ano
Grupo VI	R\$ 23,00 habitante/ano

Você sabe qual destes grupos pertence seu município? Para saber acesse: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html

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. Os recursos financeiros deste componente são destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

Estratégias	Exemplos de despesas
Saúde da Família	Pagamento de salários dos membros da equipe;
Agentes Comunitários de Saúde	Pagamento do salário dos ACS, uniformes e material de trabalho.
Saúde Bucal	Pagamento de salários e ações de prevenção, promoção, tratamento relacionado a saúde bucal



Fonte: BRASIL, 2009

Saiba mais!

As ações que são financiadas pelo bloco da Atenção Básica estão definidas 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).
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

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 (BRASIL,2015).

4.3. Bloco de Gestão do SUS

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes e tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do SUS (BRASIL, 2015).

I. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS: apoiará as ações de: Re-

gulação, 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 (BRASIL,2015).

II. 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 com 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 (BRASIL,2015).

4.4. Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante

apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Saiba mais!

Despesa de Capital: são despesas realizadas para aquisição de bens duradouros. Ex: Construção de Unidade Básica de Saúde, Compra de um aparelho de Raio X, Compra de ambulância.

Fonte: https://i.ytimg.com/vi/kVqAsa_T_l8/hqdefault.jpg

4.5. Bloco da Atenção da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Este bloco é constituído de dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), publicada em ato normativo específico (BRASIL, 2011).

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. Ex: O pagamento de cirurgias, exames de imagem, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise (BRASIL, 2011).

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 (BRASIL, 2011).

Exemplo

São exemplos de ações estratégicas custeadas com o componente FAEC: a mamografia nas mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos e o Exame Citopatológico (Preventivo) na faixa etária de 25 a 64 anos. Desta forma, estes exames não possuem uma cota, ou seja, um número estabelecido por ano na PPI. Facilitando o acesso a estes exames a todas as mulheres na faixa etária estabelecida.

4.6. Bloco de 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.

Saiba mais!

Vigilância em Saúde: constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde

Vigilância Epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;

Vigilância Sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 2009)

4.6.1. 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.

Exemplo de gastos: aquisição de veículo, combustível, consertos, equipamentos e melhoria para sala de trabalho, uniformes, panfletos, fichas de visita, material de expediente e consumo, cursos de aperfeiçoamento e treinamento, palestras, serviços de terceiros em geral, diárias, passagens, exames de qualidade da água, programas epidemiológicos em geral.

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 (BRASIL, 2015).

4.6.2. 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 (BRASIL, 2015). Exemplos: Compra de material necessário para vigilância sanitária, formulários, combustível, material de expediente, cursos/treinamentos e diárias.
- **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.

Você sabia?

Que a vigilância sanitária como ação típica de Estado pode gerar para os municípios recursos fiscais pelas taxas públicas ou pela cobrança de multas? Contudo, essa sua peculiaridade não exime o Estado de prover seu financiamento, com vista a garantir a proteção da saúde da coletividade.



Atividade 4

Compreendendo os Blocos de Financiamento e os Gastos Públicos em Saúde

Objetivos

Reconhecer os Blocos de Financiamento e seus respectivos componentes;
Identificar quais são os gastos que podem ser realizadas com recursos da saúde.

Recursos necessários

Fita crepe, papel kraft, papel A4 e targetas de papel A4

Desenvolvimento

- Os (as) participantes formarão 3 grupos;
- Os participantes farão a leitura do estudo

Estudo de caso do município de Esperança de Minas

O Município de Esperança de Minas, é um município pleno, ou seja, gestor de todos os seus prestadores.

Possui em rede de saúde um hospital filantrópico que é referência para o seu território de saúde, possui ainda um pronto

de caso do município de *Esperança de Minas* e escreverão nas tarjetas:

- 2 (dois) recursos aplicados corretamente, identificando os seus respectivos blocos e componente quando houver;
- 1 (um) recurso aplicado inadequadamente? Justifique o motivo da aplicação incorreta.

- Em seguida, os grupos apresentarão suas construções em plenária;
- Para sistematizar a atividade, o(a) docente fará a leitura comentada do Texto 5, esclarecendo dúvidas e enfatizando os principais pontos.

Tempo estimando: 1h

socorro municipal, 20 unidades de saúde da família e todas estas possuem distribuição de medicamentos. Possui referência secundária em diversas especialidades dentro da policlínica municipal e também serviços terceirizados, possui ainda um serviço de ouvidoria e rede de farmácia disponível.

Você sabia?

Você sabe a diferença entre hospital 100% público, filantrópico e privado na Rede SUS?

100% público: financiado em sua totalidade com recursos públicos da saúde, atendimentos gratuitos para toda a população.

Filantrópico: financiado com recursos de doações e recursos SUS por meio do estabelecimento de contrato, estes hospitais não possuem fins lucrativos.

Privado: financiado com recursos próprios e recursos SUS por meio do estabelecimento de contrato, possui fins lucrativos.

Mensalmente repassa os recursos relativos a produção mensal para o hospital filantrópico, que utiliza os recursos para a compra de insumos e pagamento de profissionais. Porém, estes profissionais também atendem pacientes de convênios e particulares.

Há seis meses, devido as inúmeras demandas do secretário municipal de saúde foi contratada uma funcionária para cuidar da sua agenda e o salário dela tem sido pago com recursos do PAB-fixo. Também foram comprados com este recurso por meio de licitação, soro fisiológico e gases para as Unidades Básicas de Saúde do município.

Os salários dos enfermeiros das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram pagos no último mês com recursos do PAB-variável recebidos para o financiamento da estratégia. Também foram pagos com este recurso, os salários de dois médicos aposentados que atuaram na ESF do município.

O município também realiza inspeções sanitárias e adquiriu um veículo para facilitar o transporte para as instituições inspecionadas. Como o município obteve um índice alto de infestação pelo mosquito *Aedes aegypti* o veículo do “fumacê” está

percorrendo as ruas da cidade. Também está realizando mutirões de vacinação contra a Febre Amarela, pois foi identificado no município mortes de macacos na Zona Rural. Para realização de todas estas ações foi necessário utilizar recursos da vigilância sanitária.

Objetivando também diminuir o índice de infestação e prevenir a ocorrência de óbitos pelas doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, o secretário municipal de saúde decidiu realizar obras de saneamento básico nos bairros da cidade que ainda não o possuem com recursos da atenção básica e vigilância em saúde. Também liberou recursos para a realização de capacitação sobre Dengue, Zika e Chikungunya com os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias. E por fim, instituiu a coleta seletiva de lixo com recursos de investimentos recebidos Fundo a Fundo que estavam no Fundo e ele não mais lembrava para qual ação realmente se destinava.

Apesar do alto índice de infestação pelo mosquito *Aedes aegypti*, os usuários estão satisfeitos, pois recentemente foi inaugurada duas novas construções de Unidades Básicas de Saúde e foi adquirido um aparelho de Raio X para o pronto socorro municipal.

No mês passado a assistente social do município fez um levantamento de famílias carentes e repassou para o Secretário Municipal de Saúde que autorizou a compra de 500 cestas básicas. Também por uma solicitação do Prefeito e da Secretaria de Educação, autorizou o financiamento da merenda das creches municipais com recursos da atenção básica.

A gestão dos medicamentos básicos é Totalmente Centralizado no Estado (TCE), e portanto, recebe trimestralmente a relação e quantitativo de medicações básicas planejada pelo farmacêutico munici-

pal. Todas as Unidades Básicas de Saúde possuem dispensação de medicamentos.

Embora possua atendimentos especializados na policlínica municipal, o gestor decidiu comprar consultas médicas em clínicas privadas dentro e fora do município.

Entretanto, os Conselheiros Municipais voltaram empoderados de uma capacitação custeada (transporte, alimentação e hospedagem) com recursos próprios da

gestão do SUS municipal, e já agendaram uma reunião ordinária para rever todos estes pagamentos realizados pelo Secretário Municipal de Saúde sem prévia aprovação do CMS.

Eles compartilharão os conhecimentos adquiridos com os demais conselheiros, fortalecendo o CMS e a Saúde Pública Municipal!

Agora sim...Esperança de Minas!

respectivamente as despesas com ações e serviços públicos de saúde que devem ser consideradas para apuração da aplicação

dos percentuais mínimos em saúde e as que não devem ser consideradas. O quadro a seguir ilustra ambas as situações:



Atividade 5

Entendendo melhor os Gastos Públicos em Saúde

Objetivo

Compreender a utilização dos Gastos Públicos em Saúde.

Desenvolvimento

O(a) docente realizará exposição dialogada do Texto 5 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 30min

Ações e serviços públicos de saúde segundo a LC 141/2012	Ações e serviços públicos que NÃO são de saúde. Não podem ser realizadas com o recurso da Saúde segundo a LC 141/2012:
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.	

Fonte: BRASIL,2015

Texto 5

Gastos Públicos em Saúde

Investimentos Públicos em Saúde

Enquanto Representante do Conselho Municipal de Saúde, será que estamos aprovando corretamente os gastos com Saúde realizados pelo Município?

Conselheira e Conselheiro, você sabiam que mesmo que o seu município cumpra o percentual mínimo do gasto com saúde ele pode não ter realizado o gasto

corretamente? Mesmo que indiretamente causem impacto na saúde? Ou seja, ele pode não ter gasto realmente nas ações de saúde estabelecidas na Lei Complementar nº 141/2012. Desta forma, é preciso averiguar se as despesas com saúde declaradas estão na relação determinada na Lei (BRASIL, 2015).

No art. 3º e 4º da Lei Complementar nº 141/2012, encontram-se detalhadas

Segundo o artigo 38 da Lei Complementar nº 141/2012 cabe ao CMS acompanhar e avaliar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde. Portanto, é essencial que todas as conselheiras e conselheiros tenham acesso as informações relativas as receitas e despesas com saúde no seu município e verifiquem se as mesmas estão de acordo com as propostas que foram discutidas nas Conferências e inseridas no Plano Municipal de Saúde.

Saiba mais!

O Anexo C do Manual de Orçamento e Finanças do CNS 2016 apresenta despesas que “Podem” e que “Não Podem” Ser Computadas no Cálculo da Aplicação Mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (conforme Lei Complementar nº 141/2012):

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_do_Orcamento.pdf

Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS



Atividade 6

Apresentando a Tabela de Procedimentos do SUS e o Conselho Municipal de Saúde

Objetivo

Conhecer a Tabela de Procedimentos do SUS e o Conselho Municipal de Saúde.

Desenvolvimento

- O(a) docente realizará exposição dialogada do Texto 6 ou apresentação do Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP (acessando o sistema).

Tempo estimado: 40min

Texto 6

Tabela de Procedimentos do SUS e o Conselho Municipal de Saúde

Você sabe em que se baseiam os representantes dos prestadores quando na reunião do CMS afirmam que o SUS “paga pouco pelos procedimentos realizados”?

Pois bem, eles se baseiam na Tabela de Procedimentos do SUS.

A Tabela que estabelece os valores de todos os procedimentos no SUS (ambulatoriais e hospitalares) é regulamentada por meio da Portaria nº 321/2007 e dispo-

nibilizada por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS –SIGTAP (disponível em <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>).

Os procedimentos na modalidade ambulatorial, são divididos em níveis de complexidade Procedimentos da Atenção Básica, Média Complexidade, Alta Complexidade. Os procedimentos de Atenção

Básica são financiados com recursos PAB. Os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e os estratégicos são financiados com recursos do Bloco de Média e Alta Complexidade.

São considerados procedimentos de Média Complexidade ambulatorial as consultas das diferentes especialidades médicas e os procedimentos de diagnose e terapias (Hemograma, Raio X, Mamografia, Ultrassom Abdominal). (BRASIL,2011).

O elenco da Alta Complexidade ambulatorial é composto pelos procedimentos listados no anexo da portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002. Entre esses procedimentos temos a tomografia, o estudo hemodinâmico, a quimioterapia e a ressonância magnética.

Entre os procedimentos estratégicos ambulatoriais estão a terapia renal substitutiva (TRS) e os procedimentos referentes ao Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero.

Já falamos dos procedimentos na modalidade de atendimento ambulatorial, agora explanaremos sobre os procedimentos na modalidade hospitalar, todos estes demandam a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e são financiados com recursos do Bloco de Média e Alta Complexidade.

São considerados procedimentos hospitalares de Alta Complexidade todos aqueles que demandem tecnologias sofisticadas e profissionais especializados como, por exemplo, a cirurgia cardíaca, a neurocirurgia, a cirurgia oncológica e alguns procedimentos da ortopedia (definidos na portaria SAS/MS nº 968/02).

Os procedimentos estratégicos, no âmbito hospitalar, também são definidos na portaria mencionada, e entre esses temos os transplantes, as gastroplastias, e os mutirões de cirurgias eletivas. Os demais procedimentos são considerados de Média Complexidade.

Estes procedimentos são faturados por meio de dois Sistemas de Informação em Saúde, o SIA - Sistema de Informação Ambulatorial e o SIH – Sistema de Informação Hospitalar. Os recursos financeiros referentes a totalidade de procedimentos estabelecida para cada município constitui o Limite Financeiro para Assistência de Média e Alta Complexidade. Assim, cada município possui um Teto Financeiro (baseado na população, rede de serviços, série histórica de produção e perfil epidemiológico) que deve ser acompanhado pelos gestores municipais e conselho de saúde

(BRASIL,2015).
A não alimentação adequada dos Sistemas de Informação resulta em prejuízos para o planejamento dos serviços e financeiros, ao não receber pelos serviços que foram prestados.

SIGTAP - Exemplo

Procedimento

Compatibilidades

Tabelas

Relatórios

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 03.10.01.003-9 - PARTO NORMAL

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo: 10 - Parto e nascimento

Forma de Organização: 01 - Parto e nascimento

Competência: 03/2017

Modalidade de Atendimento: Hospitalar

Complexidade: Média Complexidade

Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)

Sexo: Feminino

Média de Permanência: 2

Tempo de Permanência:

Quantidade Máxima: 1

Idade Mínima: 9 anos

Idade Máxima: 60 anos

Pontos: 000

Atributos Complementares: Admite permanência à maior Não Admite Liberação de Crítica de Idade

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00

Serviço Hospitalar: R\$ 267,60

Total Ambulatorial: R\$ 0,00

Serviço Profissional: R\$ 175,80

Total Hospitalar: R\$ 443,40

Descrição

CID

CBO

Leito

Serviço

Habilitação

Redes

Origem

Regra

Renases

TUES

Quadro Síntese - Blocos de financiamento

Modalidade de Atendimento	Bloco de Financiamento	Complexidade	Exemplo	Sistema de Informação
Ambulatorial	PAB	Atenção Básica	01.01.01.001-0 Orientação em Grupo na Atenção Básica	SIA
	MAC	Média Complexidade	02.04.03.015-3 - Radiografia de Torax	SIA
	MAC	Alta Complexidade	02.06.01.007-9 - Tomografia Computadorizada do Cranio	SIA
	Estratégicos (FAEC)	Média e Alta Complexidade	02.04.03.018-8 - Mamografia Bilateral Para Rastreamento*	SIA
Hospitalar	MAC	Média Complexidade	03.10.01.003-9 - Parto Normal	SIH
	MAC	Alta Complexidade	04.03.04.002-7 Descompressão Neurovascular de Nervos Cranianos	SIH
	Estratégicos (FAEC)	Média e Alta Complexidade	05.05.02.004-1 - Transplante de Coração	SIH
*Financiamento FAEC quando na faixa etária 50 a 69 anos.				

Fonte: SIGTAP.datasus.gov.br

Para refletir...

Você conhece o valor do Teto Financeiro de seu Município? Ele tem sido totalmente utilizado? Se não, por quais motivos?

Para verificar o teto financeiro de seu município consulte o site da PPI:

<http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/municipioTabelaUnificada.php>

php

Muitas conselheiras e conselheiros vivenciam no dia a dia da atuação no Conselho de Saúde pressões para a complementação de recursos pelas entidades privadas e filantrópicas. Desde 2001, a Portaria nº 1.606 permite a adoção de Tabela Diferenciada. Porém, os Conselhos como instituições deliberativas tem a prerrogativa de impedir qualquer prática abusiva por parte dos prestadores.

É importante destacar que até o dia 24/11/2016 os CMS contavam também com a força da Portaria nº 1034 de 05 de maio de 2010, que exigia a prévia aprovação dos mesmos para a complementação financeira de serviços de saúde. Em 25/11/2016, esta normativa foi revogada pela Portaria nº 2.567 em que o Conselho de Saúde não é contemplado.

Desta forma, é preciso se atentar para práticas abusivas e por vezes ilegais de prestadores privados e interesses particulares. Sabemos das dificuldades dos municípios para manutenção e oferta de serviços aos seus munícipes. Porém, a complementação é um “caminho sem volta”, ou seja, quando se aprova um procedimento com o valor acima da tabela, nenhum prestador realizará o referido procedimento pelo valor estabelecido na Tabela, os prestadores sempre vão almejar valores maiores.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)



Atividade 7

Analisando o SIOPS

Objetivo

Aplicar os conceitos vistos nesta unidade, a partir das informações apresentadas no SIOPS.

Recursos necessários

Desenvolvimento

- Os participantes farão a leitura do Texto 7;
- Dividir os participantes em 4 grupos e sortear as questões de 1 a 4 a seguir, de modo de cada grupo fique com uma para responder;
- Os participantes analisarão os quadros apresentados e responderão as questões;
- Em seguida, um representante de cada grupo apresentará a resposta da sua respectiva questão em plenária;
- O (a) docente, realizará esclarecimentos e complementar as respostas, se necessário, instigando os outros grupos a refletir sobre a importância dos temas estudados;
- Para finalizar a atividade, o (a) docente poderá indagar aos participantes sobre a questão 5 e esclarecer dúvidas.

Tempo estimado: 1h20

Questões

1. Considerando apenas o Quadro A – de onde vem a maior receita deste município: das Transferências da União, do Estado ou da arrecadação do próprio município?
2. Considerando o Quadro B – qual o valor da despesa paga em 2016, com pessoal e encargos sociais?
3. Em relação aos blocos de financiamento (quadro C), qual apresentou o maior valor de receitas advindas de transferências da União?
4. Analisem o percentual do gasto em saúde executados pelo município (quadro D), ele atinge o percentual mínimo? Por quê?
5. O seu município utiliza os dados do SIOPS como ferramenta para elaboração do orçamento público e para acompanhamento da aplicação dos recursos conforme as prioridades e ações estabelecidas no Plano Municipal de Saúde? Justifique.

Quadro A - Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde

Receitas	Previsão Atualizada 2016	Receita Realizada Até 6º Bim/2016	Receita Orçada 2017
Impostos (I)	9.262.076,00	8.153.856,18	7.830.020,00
ITR	0,00	0,00	0,00
PTU	1.187.433,00	1.468.679,49	1.489.486,00
IRRF	1.416.766,00	2.168.653,18	2.679.868,00
ITBI	1.174.180,00	1.344.737,85	981.148,00
ISS	4.346.134,00	3.192.277,90	3.042.587,00
Multas e Juros de Mora de Impostos	51.390,00	49.095,70	24.816,00
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa	139.964,00	66.670,33	43.592,00
Dívida Ativa de Impostos	952.227,00	164.941,58	168.604,00
Transferências da União (II)	30.528.684,00	34.369.442,94	33.661.540,00
Cota-Parte FPM (100%)	30.438.003,00	34.214.793,50	33.452.784,00
Cota-Parte ITR (100%)	61.308,00	69.660,12	20.494,00
Lei Complementar nº 87/96 - Lei Kandou (100%)	79.293,00	85.029,32	188.262,00
Transferências do Estado (III)	18.200.476,00	19.419.021,10	24.572.400,00
Cota - Parte do ICMS (100%)	13.346.412,00	13.900.586,90	14.748.900,00
Cota-Parte do PVA (100%)¹	4.581.703,00	5.346.425,99	9.635.066,00
Cota - Parte do PI - Exportação (100%)	268.361,00	172.008,21	168.456,00
Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde (IV = I + II + III)	58.047.156,00	61.943.330,14	66.064.016,00

Quadro B - Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde

Despesas	Dotação Atualizada 2016	Despesa Empenhada Até 6º Bim/2016	Despesa Liquidada Até 6º Bim/2016	Despesa Paga Até 6º Bim/2016	Despesa Orçada 2017
Despesas Correntes(V)	96.567.076,50	83.390.956,91	77.117.539,38	69.065.766,50	69.281.019,00
Pessoal e Encargos Sociais	28.111.952,69	22.792.953,48	22.792.953,48	18.545.941,53	20.244.788,00
Juros e Encargos da Dívida	115.030,00	115.030,00	102.369,84	27.538,23	150.000,00
Outras Despesas Correntes	68.340.117,68	57.483.002,53	54.247.583,99	50.492.286,74	59.886.231,00
Despesas de Capital (VI)	4.360.537,99	2.650.759,54	2.022.582,19	1.860.228,80	14.484.218,00
Investimentos	4.060.537,99	2.350.759,54	1.890.994,81	1.864.330,81	14.484.218,00
Inversões Financeiras	320.000,00	300.000,00	131.587,29	35.898,17	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total (VII = V + VI)	100.947.614,49	86.041.716,45	79.140.121,57	70.965.995,30	102.765.237,00
(-) NATIVOS E PENSIONISTAS (VIII) (Art 4º, LC 141/2012)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL (IX) (Art 4º, LC 141/2012)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS (X) (Art 4º, LC 141/2012)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (IX+VIII-VIII-X)	100.947.614,49	86.041.716,45	79.140.121,57	70.965.995,30	102.765.237,00

Quadro C - Receitas de Transferências de Recursos do SUS

Transferências de Recursos do SUS	Previsão Atualizada 2016	Receita Realizada Até 6º Bim/2016	Receita Orçada 2017
União (XI)	58.764.184,00	45.991.361,21	50.538.779,00
Receita de Prest. Serviços (CUSTOS)	0,00	0,00	0,00
Atenção Básica	12.947.810,00	11.650.807,17	12.783.914,00
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	30.555.820,00	29.851.571,10	34.707.468,00
Vigilância em Saúde	796.562,00	2.292.741,89	957.711,00
Assistência Farmacêutica	22.369,00	18.000,00	225.578,00
Gestão do SUS	0,00	208.800,00	0,00
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	4.957.823,00	1.790.541,05	122.808,00
Outras Transferências Fundo a Fundo	0,00	0,00	0,00
Convênios	1.484.050,00	187.500,00	1.733.200,00
Outras Transferências da União	0,00	0,00	0,00
Estado(XII)	7.779.834,00	3.242.970,06	12.908.298,00
Receita de Prest. Serv. ao Estado	0,00	0,00	0,00
Convênios	0,00	0,00	0,00
Outras Transferências do Estado	7.779.834,00	3.242.970,06	12.908.298,00
Municípios (XIV)	21.268.400,00	12.597.228,34	0,00
Receita de Prest. Serv. a Municípios	0,00	0,00	0,00
Convênios	0,00	0,00	0,00
Transferências de Outros Municípios	21.268.400,00	12.597.228,34	0,00
Rec. Prest. Serv. a Centrais de Saúde	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS (XV)	60.000,00	60.846,97	10.650,00
Remuneração de Depósitos Bancários	60.000,00	60.846,97	10.650,00
Rec. Prest. Serv. Instituições Privadas	0,00	0,00	0,00
Receita de Outros Serviços de Saúde	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas para Financiamento da Saúde (XVI)	0,00	0,00	0,00
Total (XIII = XI + XII + XIII + XIV + XV + XVI)	79.972.418,00	68.822.166,58	63.447.129,00

Quadro D - Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, Conforme LC 141/2012

Itens	Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serv. Púb. de Saúde
Despesas com Recursos de Impostos e Transferências Const. e Legais (XVII)*	12.813.565,59
(I) RP's não processados inscritos em 2016 sem disponibilidade financeira (XX)	129.431,21
Disponibilidade Financeira em saúde - 2016	0,00
Restos a Pagar não Processados inscritos em Saúde - 2016	129.431,21
(II) Despesas Custeadas com Disponibilidade de Caixa Vinculada aos Restos a Pagar Cancelados (XX)	0,00
(I) Despesas Custeadas com Recursos Vinculados à Parcela do Percentual Mínimo que não foi Aplicada em ASPS** em Exercícios Anteriores (XXI)	0,00
(iv) Despesas com Recursos Próprios (XXII = XVII - XX - XX - XX)	12.484.134,38
% de Recursos Próprios aplicados em ASPS** Fome (XXIII = XXII / IV)¹	20,16
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXIV = IV * 15% LC 141)	9.291.483,02
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXV = IV * % Lei Orgânica ou Constituição)	N/A
Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXVI)	9.291.483,02
Limite não cumprido (XXVII)	0,00

(*) Informado na planilha de Despesa por Fonte e Restos a Pagar

(**) ASPS: Ações e Serviços Públicos em Saúde

1) O Percentual (%) na coluna "Cálculo da Despesa Própria em Ações e Serv. Púb. De Saúde" é calculado da seguinte forma: $\text{Ima} \frac{(\text{XII})}{(\text{XIII})} = \frac{(\text{Despesas com Recursos Próprios (XXII)})}{(\text{XVII} - \text{XX} - \text{XX} - \text{XX})} / \frac{(\text{Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde (IV + I + II + III) \times 100}}{100}$

Quadro E: Execução de Restos a Pagar não Processados Inscritos com Disponibilidade de Caixa

Exercício	INSCRITOS	CANCELADOS/PRESCRITOS	DISPONIBILIDADE DE CAIXA (EXCLUIDOS OS RP's INSCRITOS EX. ANTERIORES)	CANCELADOS/PRESCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA	PAGOS	A PAGAR
Inscritos em 2016	0,00	N/A	0,00	N/A	N/A	N/A
Inscritos em 2015	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inscritos em 2014	167.754,71	0,00	240.900,21	0,00	0,00	167.754,71
Inscritos em 2013	0,00	0,00	215.830,49	0,00	0,00	0,00
Inscritos em 2012	3.263,76	0,00	27.540,60	0,00	3.263,76	0,00
Total	171.018,47	0,00	484.751,30	0,00	3.263,76	167.754,71

QUADRO F: Parcela de restos a pagar não processados considerada para o percentual mínimo em ASPS*

Exercício	Despesa aplicada com recursos próprios	Despesa mínima a ser aplicada com recursos próprios	Saldo	Disponibilidade de Caixa (EXCLUIDOS OS RP's INSCRITOS EX. ANTERIORES)	RP's Não Processados	RP's Não Processados com disponibilidade de caixa	Parcela de RP's considerada no percentual mínimo
Inscritos em 2016	12.484.134,38	9.291.483,02	3.192.651,36	0,00	129.431,21	0,00	0,00
Inscritos em 2015	10.442.210,33	8.097.065,72	2.345.142,61	0,00	1.043.214,94	0,00	0,00
Inscritos em 2014	10.148.586,19	7.703.131,13	2.445.425,06	240.900,21	167.754,71	167.754,71	0,00
Inscritos em 2013	15.395.909,97	6.659.800,60	8.736.089,37	215.830,49	0,00	0,00	0,00
Inscritos em 2012	6.656.984,60	6.652.488,60	2.004.486,20	27.540,60	3.263,76	3.263,76	0,00
Total	57.127.923,67	38.404.079,07	18.723.804,60	484.751,30	1.214.233,41	171.018,47	0,00

(*) ASPS: Ações e Serviços Públicos em Saúde

QUADRO G: Controle dos RP's não processados cancelados ou prescritos considerados para o percentual mínimo em ASPS*

Exercício	RP's Cancelados considerados para o percentual mínimo (exercício de referência)	Despesas Custeadas no exercício de referência para compensação de RP's cancelados	Saldo
Cancelados em 2016	0,00	0,00	0,00
Cancelados em 2015	0,00	0,00	0,00
Cancelados em 2014	0,00	0,00	0,00
Cancelados em 2013	0,00	0,00	0,00
Cancelados em 2012	N/A	N/A	N/A
Total	0,00	0,00	0,00

(*) ASPS: Ações e Serviços Públicos em Saúde

QUADRO H: Controle do valor não cumprido referente ao percentual mínimo em ASPS*

Exercício	Despesa aplicada com recursos próprios	Despesa mínima a ser aplicada com recursos próprios	Valor não cumprido	Despesas custeadas no exercício de referência para compensação de valor não cumprido	Saldo Final (Não Aplicado)
2015	10.442.210,33	8.097.065,72	0,00	0,00	0,00
2014	10.148.586,19	7.703.131,13	0,00	0,00	0,00
2013	15.395.909,97	6.659.800,60	0,00	0,00	0,00
Total	35.986.706,49	22.460.097,45	0,00	0,00	0,00

(*) ASPS: Ações e Serviços Públicos em Saúde

2) Dados extraídos do Módulo de controle externo, conforme Art. 29, inc. V, LC 141/2012.

Indicadores do Ente Federado		
	Indicador	Transmissão Única
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	4,97 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	86,15 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	42,50 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	75,50 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	52,57 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	37,77 %
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 1.168,11
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	27,38 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,00 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	26,35 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	2,82 %
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	73,16 %
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	20,15 %

*Nota Técnica dos Indicadores no anexo da Unidade

pelo Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESD). Os dados declarados pelos entes federados geram informações sobre receitas totais e investimentos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas do governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2010).

As informações contidas no SIOPS vão de encontro aos balanços orçamentário - financeiros dos entes subnacionais de governo e a classificação nacional recomendada pela Secretaria do Tesouro Nacional com acréscimos relativos às receitas da saúde (LIMA, 2007).

Considerando sua importância e abrangência, utilizaremos o SIOPS para realizar a atividade de conclusão da Unidade de Financiamento. Analisem os quadros demonstrativos do Cálculo do Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde conforme a Lei Complementar 141/2012 extraídos do SIOPS, referentes ao município de Esperança de Minas (Período 2016), apresentados abaixo e em seguida responda as questões propostas.

Texto 7

SIOPS

Os dados existentes no SIOPS quando analisados podem fornecer o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, pois permitem a realização do diagnóstico da situação de saúde, reduzem as inseguranças diante de situações de emergência e apoiam a busca de possíveis soluções e providências (BRANCO,

2001; FERREIRA, 2001).
Um dos sistemas que permite essa avaliação é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que segundo o Ministério da Saúde é “um instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS)”
Atualmente, o sistema é coordenado

Nova Modalidade de Financiamento



Atividade 8

Entendendo um pouco sobre a nova modalidade de financiamento

Objetivo

Refletir sobre a conjuntura atual dos financiamentos públicos em saúde e impacto do novo modelo de financiamento.

Desenvolvimento

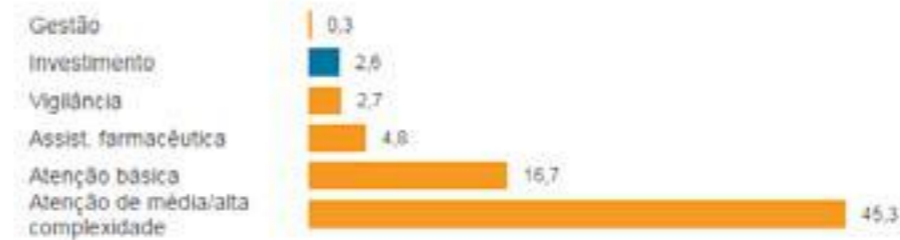
- O(a) docente realizará exposição dialogada do Texto 8 permitido ao participante expor possíveis dúvidas;

Tempo estimado: 40min

REPASSES FEDERAIS EM 2016, EM R\$ BILHÕES*

COMO É HOJE

Os repasses são divididos em seis blocos, que são subdivididos em várias "caixinhas" para ações específicas; os valores só podem ser usados nessas áreas:



COMO FICARIA

Ao invés de seis áreas, as verbas seriam enviadas em apenas dois blocos e a aplicação das verbas ficaria a cargo dos Estados e municípios.

- > Custeio: a categoria formaria uma espécie de "caixa única" do SUS, abrangendo as cinco áreas
- > Capital (Investimento)

* Houve outros pagamentos no valor de R\$ 2,9 bilhões. Fontes: Ministério da Saúde, conselhos de secretários municipais e estaduais de Saúde e Cebes (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), lei 141/2012 e portaria 204/2007. Confira mais infográficos da [Folha](#).

Fonte: Jornal Folha de São Paulo de 07/02/2017, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1856438-governo-federal-quer-afrouxar-regra-para-uso-de-verba-destinada-ao-sus.shtml>

Já o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, refere que o novo modelo de repasse permitirá maior autonomia para os gestores, que sempre atuaram de acordo com as pautas do Ministério da Saúde e não de acordo com as realidades locais.

Saiba mais!

Leia o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde sobre a nova proposta de financiamento:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/01jan31_notaPublica.htm

Portanto, ao analisar os marcos normativos do SUS podemos observar que permanece o subfinanciamento e a

lógica de distribuição de recursos sem o correto estabelecimento de critérios epidemiológicos, regionais, de acesso e principalmente, sem considerar a capacidade de arrecadação de recursos próprios pelos municípios (BARBOSA, 2013).

Porém, tivemos avanços importantes, como a regulamentação do que se pode investir com o dinheiro da saúde, a criação de um sistema informatizado de acesso público para acompanhamento dos gastos com a saúde do Ministério da Saúde, Estados e Municípios, maior facilidade de gestão com a instituição dos seis blocos de financiamento.

E o principal ganho: a gestão participativa no financiamento, por meio da atuação dos Conselhos de Saúde!

Texto 8

Nova Modalidade de Financiamento

– O que Esperar?

O **Projeto SUS Legal**, anunciado oficialmente no dia 7 de fevereiro de 2017, estabelece alterações no modelo de repasse dos recursos da União para estados e municípios. Por meio do Projeto, a transferência de recursos federais para o SUS deixará de ser realizado pelos seis blocos de financiamento para se resumir a dois blocos: custeio e investimentos.

Em entrevista ao jornal Folha de São Paulo, Eli Iola Gurgel - Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva

(ABRASCO) membro da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS e Heider Pinto ex-secretário do Ministério da Saúde afirmam que esta mudança acarretará na priorização dos investimentos para a média e alta complexidade (cirurgias, exames de imagem, laboratoriais, quimioterapia...), em detrimento a Atenção primária e Vigilância em Saúde historicamente subfinanciadas. (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017).

Agenda



Atividade 9

Construindo a agenda do Conselho Municipal de Saúde

Objetivos

Refletir sobre as construções produzidas ao longo do curso;
Auxiliar na construção de pensamento sistematizado sobre a agenda do CMS;

Material

Papel kraft, pincel atômico e fita crepe

Desenvolvimento

- Formar grupos com os participantes dos mesmos municípios de origem;
- Os participantes refletirão sobre as necessidades sentidas e vivenciadas em seus respectivos CMS;

- Em seguida, definirão 3 temas que consideram mais importantes a serem contemplados na Agenda do Conselho Municipal de Saúde do seu município;
- Em seguida, a partir da definição dos 3 temas na Agenda, cada grupo apresentará em plenária, procurando responder por quais razões levaram às escolhas desses temas;
- Para finalizar a atividade o (a) docente poderá escolher o tema mais recorrente e discutir com os participantes as seguintes questões:

Quais medidas o CMS precisa adotar para assegurar o cumprimento do tema?
Quais conhecimentos são necessários para ajudar o CMS no cumprimento da desse tema?

Tempo estimado: 1h

Bom pessoal, chegamos ao final do curso! Esperamos que tenha sido proveitoso e que retornem aos seus municípios com novas perspectivas. Sabemos que o cenário atual é nebuloso, mas contamos com engajamento de todos na construção e fortalecimento no nosso Sistema Único de Saúde.

Ah, não se esqueça de preencher o formulário de avaliação que o docente entregará a você. Essa avaliação é muito importante, pois assim você contribuirá na melhoria das ações educacionais desenvolvidas pela ESP-MG.

Agradecemos a sua participação!

Orientações para construção da Agenda

Chegou o momento da construção da agenda do Conselho Municipal de Saúde de seu município. Animado para colocar a mão na massa?

Para isso, é importante que a conselheira e conselheiro de saúde considere as construções produzidas ao longo do curso, as trocas de experiências e conversas com colegas e docentes reportando à realidade de seu município.

Apartir desses conhecimentos, para

a escolha dos temas realmente prioritários, você Conselheira e Conselheiro observará os seguintes pontos que devem ser analisados de forma sequencial:

1º - Pertinência - São temas e atribuições do CMS?

2º - Relevância - Esses temas são prioritários para o CMS?

3º - Tempestividade - É necessário e oportuno discutir o tema neste momento?

4º – Precedência - É possível observar relação de causa e consequência entre os temas?

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AFONSO, José Roberto. **Fisco e Equidade no Brasil**. 2010. Disponível em Acesso em: 20 de fevereiro de 2012.

, Ludmila Gonçalves. **Análise dos gastos em saúde com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais**: 2005 a 2011.2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

BRANCO, M. A. F. **Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 163 - 169, 2001

BRASIL. **Lei Federal nº 4.320 de 17 de março de 1964**. Institui normas gerais do direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 02 mar.2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 26 abr. 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em 26 abr. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA. **Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000**. Trata da institucionalização do SIOPS no 106 âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, n. 203. Brasília, 20 de outubro de 2000, Seção I. pp.27-28

BRASIL. **Portaria nº 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. Disponivel em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1606_11_09_2001.html>. Acesso em 22 mai.2017.

BRASIL. **Portaria nº 968 de 11 de dezembro de 2002**. Atualiza na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares – SIA e SIH/SUS. Disponível em

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html>. Acesso em 22 mai.2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/resolucao_cns_322.2003>. Acesso em: 05 mai.2017.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e a consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Financiamento da Saúde: novos desafios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n º 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em 22 mai.2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Visibilidade dos gastos públicos. 2010. Disponível em: <<http://SIOPS.datasus.gov.br/Documentacao/VisGastosPublicosSaude.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 124 p.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 124 p.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 22 mai.2017.

BRASIL. **Portaria nº 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0412_15_03_2013.html>. Acesso em 22 mai.2017

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Orientações para conselheiros de saúde**. – 2. ed. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. 111 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Base de Cálculo e Aplicação Mínima pelos Entes Federados em Ações e serviços Públicos de Saúde**. 2016. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/NT-Base-C--lculo-Aplica----o.pdf>. Acesso em 07. mar. 2017

BRASIL. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Disponível em: <sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0310010039/03/2017>. Acesso em 22 mai.2017.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde**. 3. ed. revista e atualizada. Campinas: Editora da Unicamp, 2002, p.275-277.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota Sobre a Proposta de Emenda Constitucional 241/2016**. Disponível em: http://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2016/06/images_NOTA_SOBRE_PEC_241_08ago16pdf . Acesso em 22 fev.2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_Cofin_abrasco.pdf . Acesso em 22 fev.2017.

DAIN, Sulamis, **Os Vários Mundos do Financiamento da Saúde no Brasil**: uma tentativa de integração. Ciência & Saúde Coletiva. v.12, p.1851-1864, 2007.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **A vinculação constitucional de recursos para a saúde**: avanços, entraves e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação em Saúde**. In; CAMPOS, F. E. de; WERNECK, G. A. F.; TONOM, L. M. **Vigilância Sanitária**: Cadernos de Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 129p. 2001.

FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1856438-governo-federal-quer-afrouxar-regra-para-uso-de-verba-destinada-ao-sus.shtml>. Acesso em 07 de março de 2017.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar nº 141 comentada**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

LIMA, Luciana Dias. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde, a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006. 408f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MINAS GERAIS, Resolução SES/MG 3.058, de 07 de dezembro de 2011. Altera os arts. 33 e 36 da Resolução SES nº 2.568, de 13 de outubro de 2010, que regulamenta o Decreto Estadual 45.468, de 13 de setembro de 2010 e estabelece outras providências.

MENDES, Aquila; MARQUES, Rosa Maria. Sobre a Economia da Saúde: campos de avanços e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: HUCITEC, 2007.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. Análise Econômica, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012.

SÃO PAULO. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Guia de Orientação aos Membros dos Conselho Municipal de Saúde. São Paulo, 2004. Disponível em: http://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/guia_de_orientacao_conselho_municipal_saude.pdf . Acesso em: 28 de abril 2017.

SERVO, Lucina Mendes Santos et al. Financiamento da Saúde no Brasil. Texto Elaborado para compor a publicação Brasil em Desenvolvimento. Brasília: IPEA, 2011.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. S. & GERSCHMAN, S. & EDLER, F. C. (orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.194-233, 2005.

REFERÊNCIA CONSULTADA

BRASIL. Portaria nº 1034 de 05 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil
Brasília, setembro de 2016. nº 28 Nota Técnica IPEA. Disponível em: www.revistaforum.com.br/2016/10/03/ipea-os-impactos-do-novo-regime-fiscal-para-o-financiamento-do-sistema-unico-de-saude-e-para-a-efetivacao-do-direito-a-saude-no-brasil/

Lista de Siglas

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome de Imunodeficiência Adquirira)
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEAPE - Cadastro dos Servidores Públicos Civis Excluídos da Administração Pública Estadual
CES/MG - Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
CGE - Controladoria Geral do Estado
CGU - Controladoria Geral da União
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIRA - Comissão Intergestores Regional Ampliada
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS - Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENASUS - Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DRU - Desvinculação de Receitas da União
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC - Emenda Constitucional
ECD - Epidemiologia e Controle de Doenças
EDPOPS - Educação Popular em Saúde
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAT- Fundo de Amparo ao Trabalhador
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FPE - Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal
FPM - Fundo de Participação dos Municípios
FS - Fundo de Saúde
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GM - Gabinete do Ministro
GT - Grupo de Trabalho
IAP - Aposentadorias e Pensões
ICM - Imposto sobre Circulação de Mercadorias
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços Imóveis
INAMPS - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IOF - Imposto sobre Operações Financeiras
IPI - Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados
IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU - Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Auto-motores
IR - Imposto de Renda
IRRF - Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho
ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI - Imposto sobre Transmissão “Inter Vivos” de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre
ITCMD - Imposto sobre Transmissão “Causa-Mortis” e Doações de Bens e Direitos
ITR- Imposto de Transmissão Rural
IVA - Imposto sobre Valor Agregado
LC - Lei Complementar
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
MG - Minas Gerais
MPDFT - Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MPE - Ministério Público Estadual
MPF - Ministério Público Federal
MPM - Ministério Público Militar
MPT - Ministério Público do Trabalho
MPU - Ministério Público da União
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS - Programação Anual de Saúde
PDF - Formato Portátil de Documento
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PIB - Produto Interno Bruto
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
PT - Portaria
RAG - Relatório Anual de Gestão
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASE - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SES - Secretaria de Estado de Saúde
SGA - Subcontroladoria de Governo Aberto
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNA - Sistema Nacional de Auditoria
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE - Tribunal de Contas Estadual
TCU - Tribunal de Contas da União
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
VIGISUS - Projeto de Vigilância e Controle de Doenças
VISA - Vigilância Sanitária

Acesse nossos canais de comunicação:



twitter.com/espmg



fb.com/escoladesaudepublicamg



espmg.mg.gov.br



ces.saude.mg.gov.br

