

DESAFIOS PARA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

ÚLTIMO ANO DE MANDATO



DESAFIOS PARA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

ÚLTIMO ANO DE MANDATO

Brasília/DF, 2024.





Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Todavia, a reprodução não autorizada para fins comerciais desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

Impresso no Brasil. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br>>

Catalogado na fonte pela Confederação Nacional de Municípios

S586d Silva, Marcela Lemgruber Nunes da
Desafios para gestão municipal do SUS: último ano de mandato /
Marcela Lemgruber Nunes da Silva... [et al.]. -- Brasília: CNM, 2024.
57 p.

Inclui bibliografia.

Disponível em: <<https://www.cnm.org.br>>

ISBN 978-65-83024-66-4

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Financiamento. 3. Atenção
Primária à Saúde (APS). 4. Gestão Municipal. I. Souza, Midya Hemily
Gurgel de. II. Souza, Sabrina da Silva de. III. Krieger, Guilherme.
IV. Título.

CDD 363

Ficha catalográfica elaborada por: Daiane S. Y. Valadares CRB-1/2802

Autores

Marcela Lemgruber Nunes da Silva

Midya Hemily Gurgel de Souza

Sabrina da Silva de Souza

Guilherme Krieger

Revisão de textos

KM Publicações

Revisão editorial

Daiane da Silva Yung Valadares

Diagramação

Eduardo Viana – Themaz Comunicação



DIRETORIA **CNM** 2021-2024

CONSELHO DIRETOR

Presidente | Paulo Roberto Ziulkoski

1º Vice-Presidente | Julvan Lacerda

2º Vice-Presidente | Luiz Lázaro Sorvos

3º Vice-Presidente | Rosiana Lima Beltrão Siqueira

4º Vice-Presidente | Haroldo Naves Soares

5º Vice-Presidente | Jair Aguiar Souto

1º Secretário | Vago

2º Secretário | Hudson Pereira de Brito

3º Secretário | Manoel Alves da Silva Júnior

1º Tesoureiro | Francisco Nélio Aguiar da Silva

2º Tesoureiro | Erlânio Furtado Luna Xavier

3º Tesoureiro | Francisco de Castro Menezes Júnior

CONSELHO FISCAL

Titular | Silvany Yanina Mamlak

Titular | Joner Chagas

Titular | Diogo Borges de Araújo Costa

1º Suplente | Carlos Sampaio Duarte

2º Suplente | Wilson Tavares de Sousa Júnior

3º Suplente | Eduardo Gonçalves Tabosa Júnior

CONSELHO DE REPRESENTANTE REGIONAIS

Titular da região Nordeste | Vago

Suplente da região Nordeste | Paulo César Rodrigues de Moraes

Titular da região Sul | Clenilton Carlos Pereira

Suplente da região Sul | Vago

Titular da região Sudeste | Carlos Alberto Cruz Filho

Suplente da região Sudeste | Vago

Titular da região Norte | Sebastião Bocalom Rodrigues

Suplente da região Norte | Célio de Jesus Lang

Titular da região Centro-Oeste | Valdir Couto de Souza

Suplente da região Centro-Oeste | Rafael Machado

CARTA DO PRESIDENTE

Chegamos a mais um final de mandato do Executivo municipal. Inúmeros foram os desafios enfrentados diariamente por cada gestor na busca por garantir o acesso universal e igualitário à saúde, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). A complexidade de executar o SUS exige não apenas competência técnica, mas também sensibilidade e capacidade de adaptação frente às demandas da população.

Fazendo uma análise, é possível perceber a disparidade entre os investimentos da União e o esforço crônico dos Municípios na manutenção do sistema. Enquanto os Municípios vêm aplicando recursos financeiros significativos para garantir o funcionamento do sistema de saúde na ponta, a União não para de criar políticas, programas, ações de saúde, e outros, subfinanciados que não pagam a conta da saúde.

Ciente dos recursos financeiros insuficientes e não permanentes dos Municípios para desenvolver as ações de serviços públicos de saúde, a Confederação Nacional de Municípios tem atuado incansavelmente para assegurar que os gestores municipais tenham acesso a recursos adequados para ofertarem os serviços de saúde com qualidade à população brasileira.

A Confederação reconhece que, a fim de que os Municípios obtenham excelentes resultados e indicadores de saúde ideais, o dinheiro não é o único fator-chave. A máquina funciona com dinheiro, mas, aliado a isso, é fundamental ter organização e uma boa gestão.

Neste contexto, a CNM oferece suporte, orientações e ferramentas para fortalecer a gestão municipal do SUS. Através de nossos estudos, pesquisas e parcerias, buscamos identificar as melhores práticas e soluções para os desafios que se apresentam, visando sempre à melhoria contínua dos serviços de saúde em seus Municípios.

Que esta cartilha seja uma fonte de inspiração e orientação para suas ações, impulsionando a melhoria contínua dos serviços de saúde nos Municípios.

A CNM está a seu lado, pronta para colaborar e apoiar suas iniciativas em prol do bem-estar e da qualidade de vida da população local.

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BCG – Vacina contra a tuberculose (bacilo de Calmette & Guérin)

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

e-SUS – Sistema de informação da Atenção Primária

Faec – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

MAC – Média e Alta Complexidade

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunização

PSE – Programa Saúde na Escola

SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

Sisab – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

Sismac – Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

VIP – Vacina Inativada Poliomielite

SUMÁRIO

Introdução.....	9
Financiamento da Atenção Primária à Saúde.....	11
Teto MAC: duas décadas de desfinanciamento federal.....	16
Obras da saúde.....	21
Pisos salariais nacionais	25
Queda das coberturas vacinais e consequências	28
Consórcio municipal e operacionalização.....	33
A necessidade da articulação	34
União e regionalização	35
A regionalização e os consórcios	36
Serviços ofertados vis consórcio.....	37
Inovação e desenvolvimento	39
Regulamentação: Portaria 2.905, de 13 de julho de 2022	41
Judicialização.....	46
Considerações Finais	50
Referências	52

INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a população brasileira passa a ter acesso ao sistema público de saúde universal e igualitário. Entretanto, historicamente, o SUS é marcado com recursos financeiros públicos insuficientes para garantir uma saúde pública de qualidade e capaz de ser resolutiva, reduzindo, assim, as iniquidades.

Operacionalizar esse sistema é uma tarefa desafiadora no contexto de um país continental como o Brasil, com acentuadas desigualdades e que passa por crises econômicas e políticas, em grande parte devido a problemas estruturais que não foram solucionados ao longo de sua existência.

Em estudo técnico realizado por esta Confederação Nacional de Municípios (CNM), com dados extraído do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS/MS), é possível observar que diante a Constituição Federal determinar que os Municípios apliquem no mínimo 15% em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), o equivalente a isso no ano de 2022 é de R\$ 88 bilhões. Entretanto, as obrigações e as necessidades locais levaram os gestores municipais a aplicar o equivalente a 22,4%, ou seja, mais de R\$ 133 bilhões, o que corresponde a R\$ 46 bilhões a mais que o mínimo.

Com relação à aplicação de responsabilidade dos Estados, a CNM identifica um mínimo constitucional obrigatório de 12%, e uma aplicação final de 14,83% (R\$ 114,7 bilhões) em 2022, ou seja, apenas 2,83% a mais que o mínimo, o que equivale a R\$ 21,8 bilhões, menos da metade aplicada à maior taxa pelos Municípios.

O cenário fica ainda mais desigual ao avaliarmos os investimentos da União (ano anterior + IPCA), que corresponde a cerca de R\$ 139,8 bilhões, alcançando em 2022 R\$ 151,8 bilhões, ou seja, apenas R\$ 12 bilhões a mais que a regra, o que equivale a apenas $\frac{1}{4}$ do que os Municípios aplicaram a mais para assegurar o funcionamento do SUS na ponta.

Diante disso, a CNM vem atuando para que os Municípios consigam executar os serviços que os competem de acordo com a Lei Orgânica da Saúde com recursos financeiros permanentes e sustentáveis.

Em razão disso, e ciente de que o resultado das políticas públicas municipais impacta de forma significativa a vida da população, esta cartilha tem como objetivo neste ano de final de mandato levantar os maiores desafios que os gestores municipais de saúde encontraram ao longo do seu percurso de gestão, para que tenham a maior possibilidade de promoverem mudanças, e assim encerram seus mandatos com boa e regular gestão de saúde.

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia prioritária para a expansão e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), abrange uma ampla gama de serviços e ações que visam à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, vigilância em saúde e muito mais, sendo essencial para a melhoria da qualidade de vida da população.

Um dos atributos centrais da APS é a longitudinalidade, que implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (Opas), a longitudinalidade é o primeiro ponto de contato, oferecendo atendimento abrangente e acessível na comunidade, que deve atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida.

Inúmeras evidências respaldam a premissa de que sistemas de saúde que se fundamentam em uma APS resolutiva conquistam resultados superiores, alcançando uma maior equidade na prestação de cuidados de saúde, como também demonstram uma menor taxa de crescimento nas despesas relacionadas à saúde (Starfield et. al. em 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2012, definiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para a implementação de serviços de APS no SUS. Até 31 de dezembro de 2019, o financiamento da Atenção Primária era composto pelos PABs fixo e variável, que se baseava na lógica per capita populacional e por adesão de estratégias.

No ano de 2020, com a implantação do Previne Brasil, o Brasil passou por uma notável mudança em relação ao financiamento da APS. As transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas com base no número de pessoas cadastradas nos serviços de atenção bá-

sica e nos resultados atingidos em relação a um conjunto selecionado de indicadores de desempenho, em substituição à abordagem anterior, que considerava a população residente e as equipes da ESF. Tal ajuste teve um impacto significativo nas diretrizes que regem como os recursos financeiros destinados à APS são alocados.

O programa está estruturado com base em quatro componentes essenciais: pagamento por desempenho; captação ponderada; incentivo financeiro com base em critério populacional; e incentivos para ações estratégicas. Adota uma abordagem mista, combinando transferências de valores fixos e valores variáveis.

A captação ponderada é determinada com base no número de pessoas cadastradas, levando em consideração diversos fatores de ajuste, como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do Município, de acordo com o IBGE.

A tarefa de efetuar esse cadastro cabe às equipes de Saúde da Família (eSF), às equipes de Atenção Primária (eAP), às equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), às equipes de Consultório na Rua (eCR) e às equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), que desempenham um papel crucial na identificação e registro das pessoas que são assistidas pela APS.

Dentro do componente de pagamento baseado em desempenho, a quantia a ser repassada depende dos resultados obtidos nos indicadores monitorados e avaliados pelas eSF/eAP. Esses sete indicadores estão relacionados a ações estratégicas que incluem pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e condições crônicas.

O cálculo do financiamento da APS também inclui o componente de incentivo financeiro relacionado à população. O Ministério da Saúde anualmente determina o valor do incentivo por pessoa e o torna público por meio de portaria, levando em consideração a estimativa populacional mais recente divulgada pelo IBGE.

Já os incentivos destinados a ações estratégicas que levam em consideração as particularidades de cada Município, visando à implementação de programas, estratégias e ações específicas, como: programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Unidade Odon-



Fonte: Ministério da Saúde

tológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (eCR); e Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF).

Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde (RAS). As transferências financeiras referentes a cada uma das ações estratégicas precisam observar as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento dos respectivos programas.

Sabe-se que o acesso aos serviços de saúde é variável de região para região, a história de saúde-doença difere em cada espaço e, portanto, o seu processo de viver, ser saudável e adoecer também sofre variações. O estudo de Souza e Cunha (2023) evidenciou que os Municípios que apresentaram melhor cumprimento dos indicadores foram aqueles que apresentaram cobertura de 100% de ESF e população de até 50 mil habitantes. Essas diferenças encontradas no estudo demonstram a necessidade de ações no sentido de fortalecer o sistema de saúde, em especial nos Municípios com população acima de 50 mil habitantes, que também já foi apontada em outros estudos.

Além disso, o programa apresenta diversos desafios para os Municípios, que incluem a limitação dos atuais sete indicadores em oferecer uma visão completa dos resultados de saúde e sua insuficiência para refletir a produção dos serviços, com foco principalmente no número de atendimentos, não levando em consideração a complexidade que é fazer saúde, não podendo ser reduzida a sete indicadores, mas, há de se considerar que a qualidade dos serviços prestados requer um ecossistema de atividades e ações que nem sempre são contabilizados mas que são determinantes no fazer saúde diário, chamando a atenção que a APS não pode ser reduzida a pagamento por serviços de saúde.

As inconsistências nos bancos de dados e deficiências na interoperabilidade dos sistemas do Ministério da Saúde também criam obstáculos para o registro e acompanhamento eficazes desses indicadores. Mudanças frequentes na legislação e a falta de clareza nas orientações e normativos dificultam o processo de trabalho da APS nos Municípios e o planejamento adequado.

A escassez de investimentos adequados na APS tem impacto direto na qualidade e na acessibilidade dos serviços de saúde, o que, por sua vez, dificulta a contratação e a retenção de profissionais, a expansão dos serviços e a implementação de programas preventivos.

O subfinanciamento da APS pode ter sérias consequências para a gestão municipal, impactando na saúde da população, com aumento da carga de doenças e dos custos do sistema de saúde a longo prazo.

No ano de 2022, segundo os dados disponíveis no Sistema de Informações e Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), apenas 40% das despesas da Atenção Primária à Saúde são cobertas pelos recursos recebidos da União, enquanto os Municípios se veem responsáveis por suportar 60% do ônus financeiro. Além disso, é possível notar, na maioria dos casos, uma completa ausência por parte dos Estados ao transferir recursos para esse nível de atenção, o que intensifica ainda mais a sobrecarga sobre os Municípios.

Torna-se fundamental um esforço conjunto entre as esferas federal, estadual e municipal, bem como um diálogo construtivo com a sociedade para repensar e fortalecer o financiamento da Atenção Primária à Saúde.

Para minimizar tais desafios a CNM orienta os Municípios a implementarem a cultura de monitoramento e avaliação, verificando os resultados efetivos das ações realizadas, buscando inovações tecnológicas, como a telemedicina, que amplia o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, e consequentemente reduzindo custos operacionais.

Por fim, é importante que o gestor garanta que a principal porta de entrada do SUS é a APS, e que ela seja o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo a coordenação do cuidado e ordenando as ações e serviços disponibilizados para os usuários, tornando-se capaz de estimular a organização dos sistemas locais e aproximar os serviços da população, fortalecendo a participação social em saúde.

TETO MAC: DUAS DÉCADAS DE DESFINANCIAMENTO FEDERAL

Os serviços de saúde prestados pelo SUS são direcionados pelos princípios da regionalização, hierarquização e descentralização, na medida em que fazem um balanceamento entre as responsabilidades, diretrizes e divisões dos atendimentos em níveis de atenção à saúde, que se diferenciam, principalmente, pelas distintas densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Esse modelo possibilita maior resolutividade da média complexidade, organizada para atender à demanda, respeitando as diferenças locais e regionais, sendo voltado para resultados sanitários, através da realização das ações dos serviços de saúde ofertados conforme planejamento da gestão.

Cabe à média complexidade o importante papel de qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde, ao articular-se com a atenção primária e a alta complexidade, em um movimento mutuamente amparado.

A média complexidade possui um limite alcançável de capacidade, que lhe permite realizar assistências até certo grau de resolutividade. Ou seja, quando os recursos desse nível de atenção são insuficientes para realizar a assistência requerida pelo paciente, há a necessidade da utilização dos recursos de alta complexidade.

Para a manutenção desse nível de atenção, a maior parte dos recursos federais do SUS é transferida pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde na rubrica conhecida como Teto MAC, para serem aplicados no financiamento de ações e serviços de média e alta complexidade (MAC) em saúde.

Uma das principais formas de execução de despesas do Teto MAC é a contratação e manutenção de estabelecimentos próprios, pelas secretarias estaduais/municipais de saúde, de estabelecimentos

privados de saúde para o atendimento aos usuários do SUS (Relatório CGU, 2018).

A definição de Teto MAC são ações e serviços que visam ao atendimento dos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

O limite financeiro da média e alta complexidade é composto pelo Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (Teto MAC) e por outros incentivos de custeio, e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos Estados, do DF e dos Municípios. Os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), por sua vez, financiam procedimentos e políticas consideradas estratégicas ou de alto custo, bem como novos procedimentos incorporados à tabela do SUS e que ainda não possuem série histórica de pagamentos.

Esses recursos não são transferidos de forma regular e automática, mas após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrados pelos respectivos gestores no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS. O valor do limite financeiro para cada Unidade da Federação (UF) é definido pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), considerando anualmente a disponibilidade orçamentária do MS e a existência de capacidade instalada de serviços de saúde. Ou seja, é fortemente influenciada pela série histórica dos valores repassados em anos anteriores.

Em relação aos recursos financeiros, cumpre destacar que os valores dos procedimentos pela Tabela SUS é um referencial para a remuneração e custeio dos serviços e para o financiamento do sistema, mas não corresponde necessariamente ao valor despendido para o custeio daquele serviço. Em síntese, o valor que cada Estado ou Município recebe regularmente do governo federal em relação às ações de média e alta complexidade é o somatório das diversas políticas de saúde habilitadas e em funcionamento naquela localidade.

A referida tabela, que tem revisão e reajuste a cargo exclusivamente da União, segundo a Lei 8.080/1990, não passa por atualizações

homogêneas há mais de duas décadas. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma consulta médica custa R\$ 73,91, contra R\$ 10,00 da Tabela SUS (defasagem de quase 640%). Comparando o valor da consulta médica apurada pela ANS, como média de mercado brasileiro: evidenciamos R\$ 73,91 versus R\$ 10,00 da Tabela SUS, o que significa afirmar que a Tabela SUS está ao menos 630% defasada. O Conselho Federal de Medicina identificou uma defasagem de até 17.000% em alguns procedimentos da Tabela SUS.

O impacto dessa tabela pode ser observado na execução do Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), que alcançou somente 34% do plano de necessidades dos Estados e Municípios em 2023. A dificuldade de contratualizar prestadores de serviços que fossem remunerados com os valores que a Tabela SUS paga, mesmo considerando até cinco vezes o valor da tabela, foi um dos fatores importantes que complicou a execução desse programa.

Em janeiro de 2024 foi sancionada a Lei 14.820, que determina a revisão periódica dos valores de remuneração dos serviços prestados ao SUS. Entretanto, essa lei está longe de trazer um alívio aos gestores até que seja definida como será feita a revisão. Além disso, ainda está distante de conseguir recuperar os prejuízos e superar desafios históricos, considerando que os Municípios vêm empenhando esforços financeiros no sentido de alcançar a Tabela SUS para garantir atendimento de qualidade à população.

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes), instituída pela Portaria GM/MS 1.604/23, traz, dentre as suas diretrizes, a substituição gradativa da forma de financiamento, alterando o modelo de pagamento por procedimento (Tabela SUS) para a remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral, na contratualização de metas qualitativas e quantitativas, considerando os recursos aplicados pelas três esferas de governo, as especificidades regionais, as pactuações nos espaços de gestão interfederativa do SUS e assegurando a transparência e eficiência na aplicação dos recursos.

Os Estados, Distrito Federal e Municípios têm a possibilidade de apresentar solicitações de incremento do valor do Teto MAC ao Ministério da Saúde (MS) ao longo do ano vigente. Para tal, é necessário explicar valor, finalidade, justificativa e manifestação de apoio ao pleito, por parte da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado.



ENTENDA MELHOR:

Para aumento do teto é necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- ☑ **ofício assinado dirigido ao ministro da saúde pelo gestor estadual ou municipal de saúde;**
- ☑ **resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) emitida em apoio ao pleito;**
- ☑ **estudo técnico com a motivação do pedido e o valor requerido.**

Entretanto, a transferência de recursos não ocorre de forma automática, mesmo cumprindo o discricionário ministerial. Ao ser solicitado incremento do Teto MAC, o MS compara o montante recebido com o montante da produção apresentada no ano anterior e, caso seja demonstrada produção elevada em todo o Estado ou Município, o atendimento da solicitação fica condicionado à disponibilidade orçamentário-financeira por parte do MS.

No que se refere à participação da União, as transferências de recursos aos Entes subnacionais estão disciplinadas na Portaria de Consolidação 6/2017, que sofreu alteração posterior pela Portaria GM/MS 3.992/2017, que transforma o que eram blocos em grupos de financiamento que integram um único bloco de custeio, incluindo o que se destina às ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, conhecido como limite financeiro da média e alta complexidade, ou Teto MAC.

Apesar da indicação de critérios gerais na lei orgânica do SUS, as decisões sobre a distribuição dos recursos federais foram tomadas ao longo dos anos com base principalmente em regramentos específicos dispostos em programas federais.

Nesse sentido, grande parte dos valores transferidos regularmente tem como lastro a própria oferta de serviços, ou seja, localidades que oferecem mais serviços tendem a receber mais recursos federais, principalmente no que diz respeito à média e alta complexidade.

Importante destacar ao gestor municipal que é relevante a articulação do Município com o Estado quando esgotadas as possibilidades de realocação dos recursos disponíveis, e na tentativa de mitigar os desafios, inerentes a este nível de atenção, para assegurar avanço contínuo na qualidade e acessibilidade da população aos serviços de saúde.

OBRAS DA SAÚDE

As obras no setor da saúde desempenham um papel crucial no aprimoramento e expansão dos serviços oferecidos à população. Contudo, muitas vezes o excesso de procedimentos administrativos, licenciamentos demorados e a complexidade na obtenção de autorizações podem resultar em atrasos substanciais na execução de projetos essenciais.

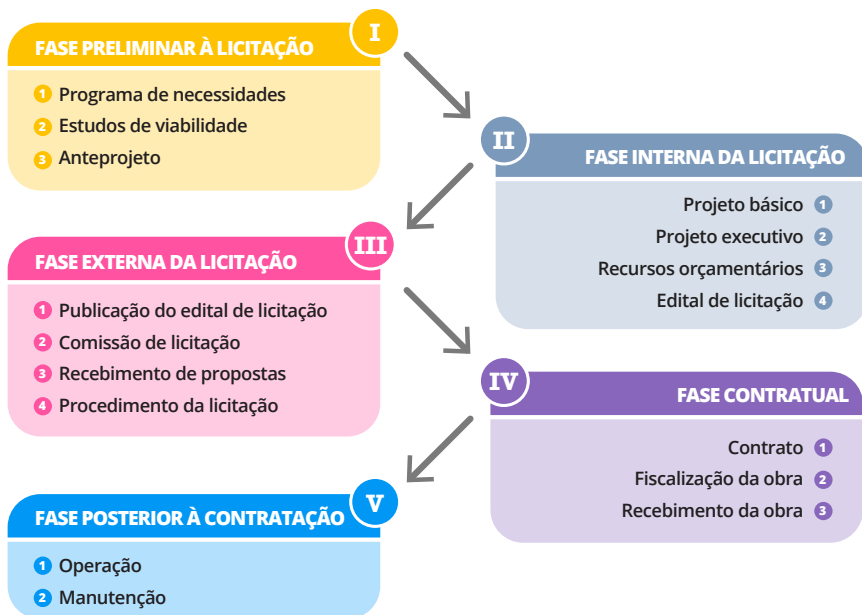
É imperativo buscar mecanismos eficientes para simplificar os processos burocráticos, promovendo uma gestão mais ágil e transparente, a fim de garantir que as obras da saúde avancem de maneira mais eficaz, beneficiando diretamente a comunidade e promovendo um ambiente de assistência à saúde mais acessível e de qualidade.

O primeiro passo para a execução de obras, seja para construções novas ou ampliações de unidades existentes e reformas, é planejar a demanda por obra e aquisição de equipamento e serviço para a população, identificando as necessidades locais. Essa atividade envolve mapeamento do plano de governo, plano de saúde e levantamento de projetos propostos e identificação, com secretários e técnicos das secretarias e autarquias, de demandas dos diversos setores.

Uma vez conhecida a necessidade por empreendimentos de infraestrutura, é preciso definir quais obras serão priorizadas. Com essa definição, o Município pode buscar recursos e fontes de financiamento adequadas.

A conclusão de obra pública depende de uma série de etapas, conforme apresentado no fluxograma abaixo para execução de forma indireta:

Fluxograma para Obras Públicas



Fonte: Tribunal de Contas da União

Em sua grande maioria as obras públicas são executadas com recursos financeiros repassados pela União aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal, por meio da celebração de instrumentos como convênios, contratos de repasse e transferências voluntárias.

O volume de recursos aplicados em obras representa a segunda maior fonte de investimentos na maioria dos orçamentos públicos (TCU-2014). De acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU), em razão das particularidades e dos desdobramentos que envolvem os processos para esse tipo de contratação, não são raras as ocorrências de irregularidades durante o ciclo de vida do processo, que vai desde a elaboração de estudos e projetos, licitação e execução, até a prestação de contas dos recursos recebidos.

Atualmente, há inúmeras obras que se encontram em vários estágios, como: ação preparatória (ainda não deram início às obras, na fase de documentações e licença); em execução; obras paralisadas; obras canceladas; e obras concluídas.

É de suprema importância que os gestores locais utilizem como referência portarias, decretos e instruções normativas, para uma atuação permanente no acompanhamento das referidas obras.

Obras inacabadas são aquelas que tiveram sua execução interrompida em decorrência de inabilidade dos instrumentos pactuados, tais como convênio, contratos de repasse, termos de compromisso (obras do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC) sem, no entanto, terem sido acabadas ou dada plena funcionalidade à parte executada.

As causas mais comuns apontadas nas situações de obras inacabadas são: falhas de planejamento de modo geral; desinteresse de novas administrações em dar continuidade a uma obra; pendências judiciais; problemas na concepção do projeto; deficiências no fluxo orçamentário e financeiro; falta de planejamento na execução da obra; questões ambientais; regularização fundiária; fluxo orçamentário e financeiro; rescisão contratual; inadimplência do tomador/conveniente; problemas com a construtora; interferências externas, entre outras.

Todos os debates sobre o tema demonstram que, apesar dos esforços despendidos pelos Entes federados e órgãos de controle no sentido de evitar o aumento do número de obras inacabadas, os dados elevados persistem em proporções preocupantes e se avolumam a cada ano.

O conceito de obra paralisada, com recursos federais, é divergente, como mencionado no [Acórdão do TCU \(1.079/2019\)](#), pois há uma **relativa diversidade de conceitos** que definem obra paralisada, no âmbito da administração pública, cada qual destacando condições específicas do órgão ou entidade que o utiliza.

É notória a polêmica do tema e a constatação intermitente de obras, uma vez que há controvérsia sobre uma classificação oficial de obras paralisadas e não há um conceito unânime sobre uma classificação com critérios para indicação de que, após um certo período sem atividade, a obra seja nomeada paralisada. Para alguns órgãos de fiscalização, a obra paralisada é apenas aquela que pode ter sido abandonada, sem interesse em retomá-la ou mesmo condições para tal.

Já o conceito de obra em execução refere-se àquela obra que possui Autorização de Início da Obra (AIO) e não está paralisada, ten-

do, portanto, seu cronograma físico-financeiro dentro de um quadro evolutivo comprovado com boletins de medição, desembolsos e curva ascendente de evolução.

Obra concluída é aquela cujo status possui o termo de recebimento definitivo ou termo de aceitação, aferindo que o empreendimento foi devidamente executado de acordo com projeto e processo de contratação e possui plena funcionalidade, estando apto a ser utilizado pela população e para o fim a que se destina.

É importante sinalizar que no Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob) o gestor municipal realiza o cadastro e análise de propostas e monitoramento de execução de obras da área de saúde, podendo ser alertado quando alguma etapa da obra estiver em caminho crítico ou em atraso, permitindo o repositório de informação sobre o andamento da obra, com documentos e imagens fotográficas.

Em 2023, a União lançou o novo PAC, que no eixo saúde prevê a alocação e recursos para a construção e finalização Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros de atenção psicossocial, centros especializados para pessoas com deficiência, policlínicas, entre outros. O programa não prevê recursos para equipamentos e manutenção destes serviços, o que pode resultar em estruturas subutilizadas. Tal situação apresenta mais um desafio para os Municípios em dar funcionalidade ao novo estabelecimento de saúde.

Em janeiro de 2024, foi publicada a Portaria 3.084/2024, que dispõe sobre as repactuações entre o Ministério da Saúde e os Entes federativos e a reativação de obras ou serviços de engenharia destinados à saúde no âmbito do Pacto Nacional pela Retomada de Obras e de Serviços de Engenharia Destinados à Educação Básica e Profissionalizante e à Saúde.

Para garantir o sucesso e a sustentabilidade dessas obras, os gestores municipais devem priorizar a aplicação de boas práticas de governança em todas as etapas, desde o planejamento até a prestação de contas. A avaliação criteriosa da viabilidade, aliada a uma gestão eficiente e transparente, é fundamental para assegurar que as novas estruturas de saúde atendam às necessidades da população e cumpram seu papel de forma eficaz.

PISOS SALARIAIS NACIONAIS

A implementação de pisos salariais nacionais no âmbito do SUS suscita preocupações quanto à autonomia e sustentabilidade dos Municípios. Embora a intenção seja estabelecer uma base salarial justa e igualitária, essa abordagem pode desconsiderar as nuances locais, coloca em risco o princípio federativo e a livre iniciativa, resultando em desafios financeiros para as administrações municipais.

Em regiões onde os índices inflacionários são mais elevados ou o custo de vida é significativamente maior, a imposição de um piso salarial nacional pode resultar em desequilíbrios socioeconômicos.

A busca por equidade salarial no SUS deve ser acompanhada por mecanismos que permitam aos Municípios ajustarem os pisos salariais conforme suas realidades específicas. Isso não apenas preservaria a autonomia local, mas também contribuiria para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, garantindo a oferta contínua de serviços de qualidade em todo o país.

A Emenda Constitucional 120, que garantiu o piso salarial nacional de dois salários mínimos aos agentes comunitários de saúde e de combate às endemias, trouxe discrepâncias salariais em relação à categoria de enfermagem, mais especificamente auxiliares e técnicos. Entretanto, alguns gestores municipais relataram que os agentes estão recebendo até mais que os enfermeiros de nível superior.

As categorias de enfermagem, que ainda não haviam recebido seus pisos salariais, ficaram em várias localidades do país recebendo menos que os agentes de saúde. Isso gerou inúmeras insatisfações entre os profissionais e impôs significativa pressão sobre a gestão local.

A instituição do piso da enfermagem ganhou notoriedade nacional e, assim, foi sancionada a Lei 14.434/2022. A CNM atuou em defesa dos Municípios para que houvesse uma fonte adequada de financiamento, garantida pela União.

Entre a suspensão do piso da enfermagem, ocorrida em setembro de 2022, e a liberação dos recursos para pagamento do piso, em maio de 2023, foram transcorridos mais de oito meses. Na ausência de suspensão, a entidade municipalista estimou que os Municípios iriam gastar aproximadamente R\$ 8,1 bilhões para custear o piso com recursos próprios. A sensibilização da Confederação junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) contribuiu para esclarecer a inviabilidade do pagamento do piso sem uma fonte de custeio sustentável para os Entes municipais.

Com a conclusão do julgamento sobre o piso da enfermagem no STF, foi definido que a implementação da diferença remuneratória resultante do piso salarial nacional deve ocorrer na extensão do quanto disponibilizado, a título de “assistência financeira complementar”, pelo orçamento da União.

Diante disso, com a finalidade de reduzir o movimento negativo que porventura ocorra nos Municípios por decisões do Supremo e consequentemente repasses menores da União referente o piso de enfermagem, é fundamental que os gestores informem às equipes de enfermagem que tal iniciativa não é discricionária da gestão local.

A criação dos pisos dos agentes de saúde e de enfermagem abriu precedentes para todas as outras categorias, não somente da saúde, a pleitearem seus pisos salariais, o que trouxe mais desafios para os Municípios, causando impacto financeiro significativo a curto, médio e longo prazo, inviabilizando a gestão.

A entidade municipalista é contrária à proposta e a qualquer projeto de lei que não deixe clara a complementação de outros Entes da federação e que evite novos encargos exclusivamente à gestão municipal. A instituição de pisos salariais pode acarretar demissão de profissionais de saúde e redução da oferta de serviços e políticas de saúde à população.

Vale lembrar que em dezembro do ano passado o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional (EC) 128/2022 após anos de articulação da CNM. Originário da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 122/2015, o texto da emenda diz que leis federais não podem

impor despesas sem previsão de fontes orçamentárias e financeiras ou transferência dos recursos necessários para a prestação do respectivo serviço público (incluindo despesas de pessoal e seus encargos) à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

A CNM reconhece a importância de valorizar todas as categorias profissionais por meio da remuneração. Para isso, é saudável que cada Município, exercendo sua autonomia e considerando suas receitas específicas, estabeleça as bases salariais adequadas. Esse enfoque permite uma abordagem mais personalizada, reconhecendo as necessidades locais e contribuindo para a equidade salarial, ao mesmo tempo em que valoriza a diversidade e relevância de cada profissão.

QUEDA DAS COBERTURAS VACINAIS E CONSEQUÊNCIAS

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é uma das estratégias em saúde pública mais bem-sucedidas do mundo. Modelo para outros países, o PNI permitiu uma importante redução da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas no Brasil, principalmente em crianças, nos últimos 50 anos (DOMINGUES e TEIXEIRA, 2013, p. 10).

Ao longo dessas cinco décadas, o PNI obteve avanços importantes como a eliminação de poliomielite, ou mais conhecida como paralisia infantil, cujo último caso no Brasil foi registrado em 1989. Tal feito rendeu ao Brasil, no ano de 1994, o certificado de eliminação do poliovírus no território nacional, concedido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (BRASIL, 2015, p. 8).

Em relação ao sarampo, o país obteve o certificado de eliminação do vírus no ano de 2016. Entretanto, tal situação foi revertida devido à reintrodução do vírus no país no ano de 2018 (BRASIL, 2022, p. 1). Outrossim, dados do Ministério da Saúde demonstram que o aumento de cobertura vacinal para outros agravos, como coqueluche, difteria, varicela, caxumba, entre outros, resultam em redução importante nos coeficientes de incidência e de mortalidade por doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2019).

Contudo, os dados do SI-PNI apontam para as quedas nas coberturas vacinais a partir do ano de 2016, conforme Tabela 1 (BRASIL, 2024). Primeiramente, cumpre destacar que tal cenário não deve ser atribuído a uma única causa, visto que a queda nas coberturas vacinais é multifatorial (FIOCRUZ, 2022, p. 6). Dentre os motivos, podemos citar:

- » a diminuição da percepção de risco da população quanto à gravidade das doenças imunopreveníveis;
- » dificuldade de acesso;
- » desabastecimento;
- » circulação de “fake news”; e
- » impactos da pandemia.

Todos esses fatores, juntos ou até isoladamente, podem levar a um comportamento da população que os especialistas chamam de ‘hesitação vacinal’, que seria uma espécie de cálculo, “quando as pessoas não enxergam o risco-benefício e são impactadas por falsas informações, elas ficam na dúvida e não vão se vacinar” (FIOCRUZ, 2022, p. 9).

Tabela 1 – Coberturas vacinais por imunizante, para crianças até um ano de idade. Brasil, de 2014 a 2023

Vacina	Meta de cobertura	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Varição 2014 2023
BCG	90%	107,3	105,1	95,6	98,0	99,7	86,7	77,1	75,0	90,1	70,0	- 37,3
Hepatite B (até 30 dias)	95%	88,5	90,9	81,7	85,9	88,4	78,6	65,8	67,0	82,7	63,5	-25,0
Poliomielite	95%	96,8	98,3	84,4	84,7	89,5	84,2	76,8	71,0	77,2	81,7	15,1
Poliomielite (1º ref)	95%	86,3	84,5	74,4	73,6	72,8	74,6	69,3	60,5	67,7	75,3	11,0
Poliomielite (2º ref)	95%	-	-	-	62,3	63,6	68,5	67,6	54,6	67,6	41,4	20,9
Rotavírus	90%	93,4	95,3	89,0	85,1	91,3	85,4	77,9	71,8	76,6	82,4	11,0
Pentavalente	95%	94,8	96,3	89,3	84,2	88,5	70,8	77,9	71,5	77,2	80,8	14,0
Pneumocócica	95%	93,4	94,2	95,0	92,1	95,3	89,1	82,0	74,8	81,5	85,0	8,4
Pneumocócica (1º ref.)	95%	87,9	88,4	84,1	76,3	82,0	83,5	72,1	66,1	71,5	78,7	9,2
Meningocócica C	90%	96,4	98,2	91,7	87,4	88,5	87,4	79,2	72,2	78,6	80,3	16,1
Meningocócica C (1º ref)	90%	88,6	87,9	93,9	78,6	80,2	85,8	76,6	68,7	75,3	81,2	7,4
Febre amarela	95%	46,9	46,3	44,6	47,4	59,5	62,4	57,6	58,2	60,7	68,1	21,2
Tríplice viral D1	95%	112,8	96,1	95,4	86,2	92,6	93,1	80,9	74,9	80,7	86,4	26,4
Tríplice viral D2	95%	92,9	79,9	76,7	72,9	76,9	81,5	64,3	53,2	57,6	62,4	30,5
Hepatite A	95%	60,1	97,1	71,6	78,9	82,7	85,0	75,9	67,5	73,0	80,2	20,1
DTP (1º ref)	95%	86,4	85,8	64,3	72,4	73,3	57,1	77,2	63,7	67,4	75,7	10,7
Média de todas as vacinas		86,7	87,8	81,4	78,3	82,8	80,1	74,7	67,5	72,7	78,3	8,4

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/SVSA/MS). Consulta em 24/01/2024. Elaboração: CNM, 2024.

De 2019 a 2023 nenhum dos imunizantes oferecidos pelo PNI alcançou a meta de cobertura preconizada, exceto a BCG, em 2022, sendo que 2021 foi o ano com o menor índice de cobertura dos últimos anos, considerando que 2023 ainda é um dado preliminar. Com as baixas coberturas da vacina da poliomielite em 2022, o Brasil foi classificado pela Comissão Regional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite na Região das Américas (RCC) da OMS como de muito alto risco para reintrodução da doença no país (BRASIL, 2023).

Em 2023 o programa completou 50 anos de existência e está diante do maior desafio desde a sua criação: recuperar as altas e homogêneas taxas de cobertura vacinal preconizadas pelo programa, que permitem o controle e a eliminação de doenças e agravos de relevância em saúde pública.

Considerando as particularidades de cada Município brasileiro, as quedas nas coberturas vacinais devem ser avaliadas por cada gestor, a fim de entender suas causas.



DICA CNM:

Dentre as ações que podem ser adotadas pelos gestores municipais para o aumento nas taxas de cobertura, podemos citar:

- a) ampliação do horário de funcionamento das salas de vacina, bem como a organização de vacinação aos sábados e em locais alternativos, como escolas, igrejas, shoppings e outros (FIOCRUZ, 2022);
- b) introdução da vacinação contra a hepatite B e a BCG nas rotinas de admissão dos recém-nascidos nas maternidades públicas e privadas;
- c) verificação da situação vacinal pelos profissionais da saúde e educação, através do Programa

Saúde na Escola (PSE), que deve ser realizada pelo menos duas vezes ao ano nos primeiros três anos de vida e uma vez ao ano para as demais faixas etárias;

- d) realizar busca ativa de faltosos no território;
- e) campanhas de comunicação estimulando a vacinação.

A CNM vem realizando pesquisas junto aos Municípios visando compreender os fatores que têm impactado nas coberturas vacinais. Além disso, vem dando orientações aos gestores municipais, destacando a relevância de uma colaboração estreita com a comunidade local. A iniciativa visa alcançar as coberturas vacinais enfatizando a importância de uma abordagem coletiva para fortalecer a imunização e garantir que doenças já eliminadas voltem a atormentar a vida das famílias brasileiras.

CONSÓRCIO MUNICIPAL E OPERACIONALIZAÇÃO

O Brasil é um país de inúmeras realidades, vivências e possibilidades. São tantas, que não existe somente um modelo, ou uma receita ou caixa de soluções que se enquadre e resolva os problemas de todas as regiões e Municípios por igual. Então, conhecer ferramentas, compreender os processos de articulação e revisar constantemente boas práticas são elementos que possibilitam o sucesso nas empreitadas em busca de eficiência e sustentabilidade nos serviços de saúde.

Por vezes o prefeito(a) e até mesmo seu secretário(a) municipal de saúde se sentem sozinhos, isolados e carregados pela missão de unir equipes, transformar pessoas, resolver problemas estruturais em políticas públicas, além de sempre estar disponível para atender adequadamente sua população e ainda garantir bons resultados financeiros, que permitam a manutenção e o custeio das suas instituições.

Entendendo que o SUS precisa ser único para ser fortalecido a cada dia, oferecer a eficiência que se espera e cumprir cada vez melhor o seu papel na vida dos cidadãos, é preciso suporte para que o processo seja pensado de forma única e estruturada, em verdadeiras Redes de Atenção à Saúde (RAS), com acesso aos serviços propostos, de forma que os gestores não se sintam forçados a estruturar em seus próprios Municípios sistemas de saúde, com custeio e operacionalização isolados, aumentando ainda mais o peso sobre suas gestões.

Mas como assegurar o acesso universal, igualitário e ordenado como o previsto nos princípios e nas diretrizes do SUS? Como garantir na Rede de Atenção à Saúde (RAS) a integralidade do atendimento ao cidadão? Quais são as alternativas para suprir as deficiências nas pactuações existentes entre Entes e gestores?

A CNM acredita na possibilidade urgente de união para o fortalecimento e atendimento das necessidades comuns e para o encontro das respostas às questões pautadas anteriormente.

A necessidade da articulação

O artigo 13 do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, atribuiu às Comissões Intergestores Regional (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, e para tanto, devem se debruçar e preocupar-se em ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Criou-se então um espaço, além dos limites do Município, que deve unir os gestores que possuem as mesmas responsabilidades em seus territórios, para que de forma comum e coletiva encontrem, de forma organizada e articulada, alternativas para garantir aos seus próprios cidadãos o atendimento integral em saúde.

Importante ressaltar que tudo o que o gestor municipal leva adiante, além de seu Município, deve estar alinhado com seu Plano Municipal de Saúde e demais instrumentos de planejamento, que foram aprovados pelo seu Conselho Municipal de Saúde, ou seja, o gestor tem anuência da sua população para levar suas propostas e pactuar alternativas com os demais gestores da região. Aliviando o peso de seus serviços e encontrando opções de novos serviços fora de seu território.



DICA CNM:

Conselho Municipal de Saúde e as Comissões Intergestores são espaços de articulação previstos em lei que trazem segurança e estabilidade para as políticas públicas e para o próprio gestor municipal.



SAIBA MAIS:

Conselho Municipal de Saúde; Lei 8.142/1990; participação da comunidade; CIR e CIB; Decreto 7.508/2011; articulação interfederativa.

União e regionalização

O processo de regionalização permite aperfeiçoar o SUS e busca dar maior concretude ao preceito constitucional que estabelece que as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

Com esse processo, os gestores e técnicos têm ferramentas para fazer uma gestão efetiva, além de disporem de condições para tomar decisões pautadas em planejamento. Todavia, os planos municipais devem ir ao encontro de um plano regional, que deve estar alinhado com o plano estadual, visando atender às diretrizes nacionais, resultando em um Sistema Único de Saúde, que é único de verdade.

Nesse sentido, para apoiar os gestores, já foram discutidas e pactuadas na CIT normas que estabelecem diretrizes para os processos de:

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

Essas normas visam orientar a organização regional dos serviços e das ações de saúde, levando em consideração a diversidade no processo de implementação das redes de atenção à saúde existentes.

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

Mesmo com a evidente necessidade de se discutir a regionalização e com todas as pautas já apresentadas, este ainda é um dos grandes desafios para o efetivo funcionamento do SUS.

A regionalização e os consórcios

Os consórcios públicos, previstos no art. 241 da Constituição Federal de 1988, têm sido amplamente explorados na atualidade para operacionalização de ações e serviços do SUS de caráter intermunicipal ou mesmo que necessitem de maior escala para garantir sua economicidade e viabilidade.

Posteriormente, a Lei 8.080/90 também trouxe previsão para a consorciação pública para realização de atividades comuns, mas o art. 10 é ainda mais explícito na questão dos consórcios públicos, ao prever que “os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”, e o inc. VII do art. 18 coloca como prerrogativa municipal a formação de consórcios públicos.

Há outras leis na normatização do SUS que esclarecem e regulam as relações entre Entes federados e consórcios, como, por exemplo, o § 3º, do art. 3º, da Lei 8.142/90, que possibilita aos Municípios a transferência de recursos para cobertura das ações e serviços de saúde (entenda-se como custeio das ações e serviços) provenientes do Fundo Nacional de Saúde para os consórcios públicos. Ainda a própria Lei de Consórcios, Lei Federal 11.107/2005, que prevê “os consórcios públicos, na área da saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulamentam o Sistema Único de Saúde”.

De forma geral, além das necessidades urgentes específicas da saúde, pode-se afirmar que a regionalização é a razão de existência de qualquer consórcio. É quando dois ou mais Municípios compreendem e identificam a possibilidade de fazerem juntos aquilo que sozinhos não conseguiriam ou não alcançariam os mesmos resultados. É evidenciar a soma de esforços em prol do mesmo objetivo.

Dessa forma, desenvolver territórios, regiões e impulsionar a melhoria na qualidade dos serviços públicos é motivo para a constituição de um consórcio, baseado na mesma ideia do SUS, de que por meio da regionalização é possível produzir mudanças e alcançar a integralidade

nos atendimentos. Importante ressaltar que os consorciados compartilham entre si a gestão, a tomada de decisões e os resultados colhidos.

Diversas experiências ao longo dos últimos 30 anos têm se mostrado altamente interessantes e capazes de solucionar problemas e preencher lacunas dentro do SUS, demonstrando-se que os consórcios intermunicipais de saúde são uma importante ferramenta de desenvolvimento regional para os Municípios envolvidos e para todo o funcionamento do SUS.

Dentro dos modelos existentes atualmente, encontram-se consórcios exclusivamente voltados para serviços de saúde e consórcios multifinalitários, que além de serviços de saúde atendem outras áreas da administração pública.

Encontramos ainda constituições diferentes, sendo possível consórcios públicos constituídos como associações privadas, e consórcios somente de Municípios, além de outros com a participação do governo estadual como Ente consorciado.

Serviços ofertados *vis* consórcio

Um consórcio de saúde pode ofertar inúmeros serviços e/ou produtos aos seus consorciados. Esses serviços podem ser executados por conta própria, com mão de obra vinculada ao consórcio, ou contratados na iniciativa privada, de forma suplementar, como prevê a lei. Veja a seguir alguns dos exemplos mais comuns de serviços e produtos ofertados.

Oferta de serviços de saúde credenciados: credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade.

Oferta de serviços de saúde próprios: execução em instalações próprias de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade, com pessoal concursado, terceirizado ou credenciado.

Compras compartilhadas: buscando a economia em escala e escopo, o consórcio pode realizar processos licitatórios para atendimento das demandas dos consorciados, desde o fornecimento de equipamentos, insumos e medicamentos, além da realização de processos para contratação de serviços de suporte, tais como sistemas de informática e contratações de suporte para campanhas regionais. Importante destacar que, além do processo licitatório (fases interna e externa), o consórcio pode assumir a responsabilidade pela gestão das atas de registro de preços, encaminhando os pedidos de cancelamento e reequilíbrio econômico-financeiro, formalizando novas atas ou aditivos às atas já firmadas.

Regulação de clínica em saúde: oferecer aos consorciados a opção de operacionalizar suas centrais de regulação municipais de forma consorciada, garantindo a transparência e economia aos Municípios e seus usuários.

Educação permanente em saúde: com foco no fortalecimento da gestão e governança dos Municípios para qualificação dos investimentos nas ações e serviços de saúde municipais e regionais, oferecer ações de qualificação e educação permanente da atenção primária à saúde; consolidação do pacto interfederativo; gestão participativa; planejamento regional integrado; apoio aos processos de monitoramento de indicadores e resultados financeiros; planejamento em saúde; entre outros temas específicos, pactuados com os gestores consorciados.

Assessoria técnica em saúde às gestões municipais: o objetivo é apoiar diretamente a Comissão Intergestores Regional (CIR), colegiado de secretários de saúde, bem como as equipes técnicas municipais na organização de ações e serviços relativos ao SUS, atuando de maneira planejada e articulada dentro de cada Município, e integrada com a região de atuação.

Captação de recursos: a busca por recursos para o custeio de média a alta complexidade precisa ser constante. Há ainda o agravante da pandemia do coronavírus, em que os Municípios dispensaram recursos financeiros próprios para fortalecer o combate à pandemia, seja com reforços nos recursos humanos, compras de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), aquisição de testes de detecção de Covid-19 ou traba-

lhando em conjunto com seus prestadores de serviços locais. Ao longo de 2020 e 2021, em virtude do cenário posto, a suspensão dos serviços médicos, públicos e privados, incluindo as cirurgias eletivas, ampliaram as filas de espera, agravando ainda mais a situação de quem aguarda por uma consulta especializada, um diagnóstico ou a realização de uma cirurgia.

Tecnologias e inovação: deve-se colocar como uma plataforma de busca de novos modelos de administração e soluções para ampliar a eficiência dos serviços de saúde de seus consorciados, com ferramentas tecnológicas ou analógicas, dependendo das demandas e realidades de cada região.

Com essa busca via consórcio por novos sistemas e produtos é possível conferir agilidade e segurança aos processos e, consequentemente, abrir caminhos de mais eficiência na prestação dos serviços municipais.

Além desses serviços, existem consórcios que executam atividades relacionadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Administração de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), entre outras.



DICA CNM:

Definição de tabela diferenciada para serviços, seja no âmbito municipal ou consorciado, deve respeitar a Portaria MS 1.606/01.

Inovação e desenvolvimento

As instituições consorciadas são muito anteriores à sua própria regulamentação legal (Lei 11.107/2005), porém ainda cabe serem observadas como uma ação inovadora, em especial com o pensamento de atuar além de um prestador de serviços de saúde, ou um órgão exe-

cutor de serviços, e assim passam a ocupar o papel complementar de oferecer ferramentas, informações e serviços.

Uma estrutura consorciada, adequada e conectada aos seus consorciados é capaz de ofertar aos Municípios, seja de forma individual ou coletiva:

- » informações para o planejamento municipal e regional, com dados epidemiológicos, informações do mercado privado de saúde, dados para composição de orçamentos e estimativas para garantir a sustentabilidade operacional e financeira de novos serviços;
- » ferramentas para utilização das gestões municipais, de forma integrada e eficiente, como sistemas e fluxos para a articulação das redes de atenção à saúde. Permite a gestão das informações e dos conhecimentos acumulados na região;
- » segurança na tomada de decisões fora dos limites municipais, ou seja, quando o gestor precisa compreender além do seu campo de visão, ou nos processos burocráticos e formais de compras e contratações;
- » eficiência nas compras e contratações públicas executadas de forma coletiva e compartilhada;
- » articulação em um espaço comum, sem distinções de tamanho de Município ou força dos agentes comandantes, pois todos têm voto com o mesmo peso;
- » economia, seja em escala ou escopo;
- » sustentabilidade na possibilidade de uma análise ampla, considerando critérios operacionais e financeiros sobre novos serviços.

É extremamente relevante e importante a junção dessas propostas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), pois além do ODS 3 – Saúde e Bem-estar, que visa “assegurar uma vida saudável

e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, os demais objetivos podem ser incorporados.

Se até o momento evidenciamos o poder de desenvolvimento municipal e regional por meio de consórcios, então sugerimos que, atrelando esse poder às metas previstas no ODS, é possível fazer parte de um movimento de desenvolvimento global, e ainda contribuir extraordinariamente com o desenvolvimento local.

Um exemplo muito claro pode ser a meta 3.4, vejamos: “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”, ou seja, é uma busca de todas as gestões, que contribui com um resultado esperado em nível mundial.

A ideia é ter um pensamento global: estratégia de sustentabilidade com potencial de superar os limites municipais e regionais, pautada em cinco áreas importantes ou “5 s”: pessoas, prosperidade, paz, parcerias, planeta.

SAIBA MAIS em: <https://ods.cnm.org.br>

Regulamentação: Portaria 2.905, de 13 de julho de 2022

A Portaria 2.905, de 13 de julho de 2022, altera a Portaria de Consolidação GM/MS 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios públicos no âmbito do SUS e, com isso, incluir no título específico do planejamento (Título IV) um capítulo sobre essa abordagem.

De forma geral, trata de a obrigação dos consórcios seguirem exclusivamente e restritamente as mesmas regras de constituição, organização, funcionamento, contratações e planejamento impostas aos operadores do SUS, sempre destacando que o consórcio em momento algum assume papel de Ente federal, ou seja, todas as pactuações para aprovação das ações dos consórcios são tomadas pelos Entes consorciados.

Em assim sendo, impõem aos consórcios de saúde observar:

- » os princípios que regulam o SUS, com destaque especial os da equidade, da integralidade e da universalidade, bem como os demais princípios que regem a administração pública previstos no art. 37 da Constituição Federal;
- » as diretrizes e normas que regulam o SUS, com destaque à Lei 8.080/1990, Lei 8.142/1990 e Lei Complementar 141/2012, e as normas que regulam os consórcios públicos de maneira geral, sendo elas a Lei 11.107/2005 e o Decreto 6.017/2007;
- » o fortalecimento das relações de cooperação federativa no que concerne à prestação e ao desenvolvimento de serviços e ações, assim como no processo de regionalização e da organização das RAS no SUS;
- » ganhos de escala e eficiência dos serviços de saúde a partir de esforços para o aperfeiçoamento da articulação e coordenação entre os Entes federados;
- » os pactos firmados e estabelecidos no PRI, aprovados pela CIB, em relação à sua respectiva área de atuação.

Pela primeira vez o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade e obrigatoriedade do registro dos serviços realizados pelos consórcios, quando prevê, no art. 101-F, inciso III, da Portaria 2.905, que “devem ser registradas e mantidas atualizadas, nos sistemas de informação do SUS pertinentes, as informações relativas à totalidade das ações e dos serviços públicos de saúde prestados ao SUS advindas dos consórcios públicos de saúde”.

O inciso IV do mesmo artigo torna obrigatório o controle, avaliação e regulação dos procedimentos ofertados pelo consórcio, de modo que todas as ações e serviços devem ser disponibilizados ao sistema de regulação do gestor consorciado, e colaborando com o inciso VII, fica oficializada a obrigação de regulação das ações do consórcio: “a atuação

do consórcio deve ocorrer em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS”.

Em complemento, o art. 101-G estabeleceu que, para fins de registro e atualização das informações, devem ser observados os critérios para alimentação dos bancos de dados nacionais dos sistemas de informação da atenção à saúde, conforme definido nos artigos 294 e 295 da Portaria 1/2017.

Não obstante os avanços no que diz respeito aos registros das ações, infelizmente a nova portaria do Ministério da Saúde não solucionou um problema já recorrentemente apontado, que é a capacidade de reconhecimento do consórcio no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), uma vez que um consórcio pode ofertar de maneira direta ou por terceiros todos os serviços e ações de saúde pactuados na região de atuação. A portaria, na contramão do que era esperado, ainda define que:

Art. 101-H. A identificação dos estabelecimentos de saúde do Consórcio Público no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) **deverá acontecer apenas para estabelecimentos de saúde executantes de ações e serviços de saúde próprios do Consórcio Público**, obedecendo aos conceitos e definições estabelecidos no Capítulo IV do Título VII desta Portaria, Portaria SAS/MS nº 1319, de 24 de novembro de 2014 e outras portarias correlatas relacionadas ao registro de informações no CNES.

Parágrafo único. **Não deverão ser registrados no CNES os Consórcios Públicos que apenas contratam serviços de saúde**, tendo em vista que não têm capacidade operacional instalada para a prestação de serviços. (NR)

Ocorre que muitos consórcios se organizam para atuar diretamente com serviços de terceiros, sejam da iniciativa privada sem fins lucrativos ou com fins lucrativos. O fato é que esse movimento atrai os prestadores para complementarem os serviços ofertados ao SUS.

De outro lado, sobre o registro da produção executada via consócio público, percebe-se como avanço o fato de a portaria determinar que: “sem prejuízo ao registro dos atendimentos no Sistema de Infor-

mação Ambulatorial – SIA ou Sistema de Informação Hospitalar – SIH”, ou seja, sem deixar de registrar nesses sistemas, respectivamente na modalidade que couber, “a identificação da produção ambulatorial e hospitalar financiada por intermédio do Consórcio Público deverá ser registrada no Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA”, com destaque para a identificação da forma de financiamento como “Consórcio Público” no registro do atendimento em saúde.

A Portaria deixa claro, no § 2º do art. 101-I, que “o registro no CIHA servirá para **identificar a prestação de serviço financiada pelos consórcios públicos**”, que na verdade é financiada pelos Municípios, e que **“não será utilizado para compor estatísticas** nacionais em saúde, as quais serão baseadas nos registros no SIA-SUS e do SIH-SUS, **inclusive quanto à série histórica**”.

Sobre esse último destaque, considerando a expressiva e crescente atuação dos consórcios públicos nos serviços e ações de saúde, vê-se com pesar que essas informações não sejam utilizadas para compor estatísticas nacionais, na medida em que as estratégias de financiamento e operacionalização continuarão míopes em relação à realidade local.

A construção da governança no SUS deve refletir em um modelo chamado de governança colaborativa. Princípios importantes para essa construção são: interdependência, compartilhamento de risco, conjugação de recursos e objetivos convergentes. Esse é um modelo que se aproxima da realidade dos arranjos cooperativos existentes na região de saúde e evidentes dentro do ambiente consorciado.

A ação conjunta via consórcio público intermunicipal fortalece a integração entre governos locais, inovando a gestão, promovendo o desenvolvimento regional e possibilitando o planejamento de ações de interesse comum entre os Entes consorciados. Além disso, gera maior eficiência e transparência na execução dos serviços públicos, otimizando os recursos disponíveis, de forma a reduzir os efeitos do subfinanciamento da saúde pública (SCHEEFFER, Fernando et al.).

A ação consorciada fortalece o municipalismo como instrumento estratégico no desenvolvimento econômico e social de forma integrada e sustentável para as políticas públicas, em especial as voltadas para a saúde.

A CNM identificou pontos de grande avanço para as organizações regionais, o que deve impulsionar os arranjos cooperativos no SUS e, consequentemente, o processo de regionalização, tão trabalhado desde a criação do SUS e até hoje não superado.

Como visto, no entanto, alguns pontos da regulamentação postam pela Portaria 2.905, de 13 de julho de 2022, que embora registrados na portaria, ainda não alcançaram um grau de resolutividade adequado para as demandas já existentes e praticadas, ou limitam a atuação hoje já consolidada em diversas regiões. Desse modo, seguiremos apontando e discutindo em nome dos Municípios, buscando fortalecer o modelo consorciado.

JUDICIALIZAÇÃO

A judicialização tornou-se nos últimos anos um dos maiores desafios para a sustentabilidade do SUS, atingindo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e como consequência desse ato está o descontrole no planejamento orçamentário e financeiro em decorrência das obrigações de ações judiciais em saúde, sendo: aquisição de medicamentos, insumos, material médico hospitalar e a contratação de serviços destinados aos usuários do SUS.

Conforme informações divulgadas pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), observou-se um expressivo aumento no número de processos em primeira instância relacionados à saúde no período de 2009 a 2017. Durante esse intervalo, houve um crescimento significativo de 198% na quantidade de demandas. No ano de 2017, foram registradas 95,7 mil demandas relacionadas à saúde iniciando seu trâmite no sistema judicial brasileiro.

Os Municípios são fortemente afetados por esse cenário, pois muitas vezes são obrigados a arcar com os custos das demandas judiciais de saúde, mesmo não sendo de sua competência, ou seja, da União ou Estado, comprometendo seus orçamentos. Por força de decisões judiciais, tecnologias de alto custo e com baixa evidência científica sofrem o pesado custo em suas contas que desequilibram todo o sistema público de saúde. Segundo a Escola de Governo Fiocruz Brasília, os Municípios despendem 40% ou 50% do orçamento com saúde em virtude do cumprimento dessas decisões.

Além disso, a judicialização da saúde também gera uma sobrecarga no sistema de saúde municipal, desviando recursos e atenção que poderiam ser direcionados para a melhoria dos serviços básicos de saúde e ampliação do acesso à população.

Para lidar com esse desafio, a CNM recomenda que os Municípios adotem iniciativas que busquem a redução da judicialização e a garantia do acesso à saúde de forma mais equitativa e eficiente, dentre elas:

- » investir na prevenção e promoção da saúde, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS), pode reduzir a necessidade de tratamentos complexos e caros;
- » ampliar a utilização e divulgação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) pode ajudar a embasar as decisões de fornecimento de tratamentos e medicamentos, baseando-se em critérios técnicos e científicos;
- » melhorar a gestão dos recursos e processos de compra de medicamentos e insumos de forma centralizada através de consórcios públicos, bem como a transparência na aplicação desses recursos, pode minimizar casos de desabastecimento e alegações judiciais;
- » fortalecer o diálogo entre gestores do SUS e o poder judiciário é crucial para prevenir e reduzir a judicialização na saúde. A promoção de uma comunicação eficaz permite abordar questões de forma colaborativa, buscando soluções consensuais e preventivas, esclarecendo as competências de cada Ente, como também legislação do SUS;
- » capacitar profissionais de saúde e gestores municipais sobre a legislação vigente e os impactos da judicialização podem ajudar na identificação precoce de possíveis demandas judiciais;
- » estimular o diálogo interfederativo entre os diferentes níveis de gestão para dividir responsabilidades e buscar soluções conjuntas é essencial para enfrentar o problema de forma integrada;
- » avaliar constantemente a inclusão de novos medicamentos na lista do SUS e agilizar os processos de registro e incorporação de tecnologias em saúde podem reduzir a judicialização.

Um dos principais fatores a fim de evitar o comprometimento dos cofres públicos com os efeitos decorrentes da judicialização consiste na capacidade de interlocução e compreensão entre todos os atores envolvidos no processo.

Nesse contexto de imprescindibilidade de fortalecimento e interlocução colaborativa na esfera municipal, e como alternativa para atenuar os impactos negativos gerados pelo modelo institucional atual, criou-se na região nordeste de Santa Catarina uma proposta exitosa de um sistema colaborativo regional para minimizar os efeitos da judicialização da saúde no âmbito municipal. Tal proposta consiste no Programa de Gestão Regionalizada da Judicialização da Saúde (Progrejus) na região nordeste de Santa Catarina.

A operacionalização do Progrejus compreende quatro pilares principais: Câmara Técnica, Banco Regional de Pareceres Técnicos, Banco Regional de Medicamentos e Monitoramento Regional. Em linhas gerais, a implantação do programa objetiva a uniformização progressiva dos processos de trabalho, o compartilhamento de conhecimento, a otimização do uso dos recursos públicos, o acompanhamento do diagnóstico situacional regional e a cooperação para ações regionalizadas de controle e enfrentamento da gestão de ordens judiciais relacionadas à saúde pública.

O programa é apoiado e acompanhado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina (Cisnordeste), uma vez que a referida instituição é responsável pela compra compartilhada dos medicamentos, e dispõe de Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica, que reúne representantes técnicos de todos os municípios da região. Ao consórcio é assegurada a participação no desenvolvimento de todos os projetos que integram o programa.

A aproximação das instituições, especialmente da gestão do SUS e do sistema de justiça, como estratégia para a redução da litigiosidade na saúde pública, mostra-se positiva.

Recentemente o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.805/2023, para fins de ressarcimento referente ao fornecimento de medicamentos do Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que inclui, por exemplo, alguns tipos de insulina, remédios para artrite e psoríase, trombose, alguns imunossupressores e outras substâncias. Tal procedimento estava suspenso

desde 2017, e é fundamental que os Municípios sejam ressarcidos pela aquisição de medicamentos e insumos que não são de sua competência. A judicialização da saúde é um fenômeno multifacetado que requer ações integradas e políticas públicas eficazes para garantir o acesso à saúde sem comprometer a sustentabilidade financeira dos Municípios e a qualidade dos serviços oferecidos à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a instituição do SUS nota-se significativos avanços, porém, é inegável que uma série de desafios persiste, apontando para a necessidade de reformas estruturais abrangentes, englobando não apenas o modelo de gestão e atenção, mas também o financiamento e a estruturação das redes de atenção à saúde.

Além desses desafios resultantes das escolhas políticas e administrativas realizadas nas últimas duas décadas, o SUS também se depara com a necessidade de responder a uma situação de saúde complexa, influenciada por determinantes sociais com indicadores ainda adversos; pela transição demográfica pela qual passa o país; e pelo perfil epidemiológico brasileiro, que exibe uma superposição de problemas com causalidade distinta, a impactar a morbidade e a mortalidade.

O financiamento desse sistema é um grande desafio. Apesar de todos os investimentos realizados nos últimos anos para garantir um sistema público e universal, o percentual investido em saúde, quando comparados a outros países com sistemas semelhantes, tem um valor ainda muito baixo. Essa realidade de financiamento produz impactos sobre a cobertura e a qualidade dos serviços oferecidos e configura um sistema de saúde distinto do previsto na Constituição.

Apesar da garantia do acesso universal e gratuito aos serviços de saúde, na prática ele não se expressa de forma global, pois enfrenta-se o desafio da cobertura de saúde, a qualidade e gestão dos serviços de saúde. A ampliação da cobertura populacional pelos serviços de saúde necessita ser acompanhada por melhorias na qualidade dos serviços prestados, uma vez que tem se observado o recrudescimento de doenças já eliminadas ou controladas.

O número de leitos hospitalares vinculados ao SUS por habitante é outro grande desafio e tem uma variação importante entre as Unidades da Federação. Nos últimos anos o número de leitos hospitalares no SUS tem diminuído consideravelmente, não levando em conta o aumento

da expectativa de vida da população. Essa diminuição também é refletida pelas tecnologias de cuidado imbricadas na saúde, que requerem atendimento da média e alta complexidade, necessitando assim não apenas da expansão da APS, mas também da ampliação da média e alta complexidade, o que pode ser observado na imensa lista de pessoas aguardando mamografias, tomografias, consultas com especialistas, cirurgias e atendimentos oncológicos em todo o país.

Uma atenção primária com maior qualidade e capacidade resolutive poderia contribuir bastante para reduzir esse gasto, mas é necessário que seja qualificada e que conte com uma RAS efetiva e eficaz com bons indicadores de desempenho.

O esforço notável dos Municípios em enfrentar todos esses desafios na consolidação do SUS e realizar suas atividades com os poucos recursos financeiros disponíveis é digno de reconhecimento, pois busca resultados positivos que impactam diretamente na vida da população.

A otimização dos recursos, aliada a uma gestão estratégica, torna-se essencial para enfrentar os desafios presentes. Assim, emerge a necessidade de perseguir a eficiência de maneira contínua, visando aprimorar a entrega de serviços de saúde e garantir que a população seja beneficiada de forma mais abrangente e sustentável ao longo do tempo.

Por tudo isso, conclui-se pela existência de indícios de insustentabilidade do modelo atual do SUS, necessitando de um profundo debate acerca desse modelo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*. Garantindo a saúde dos municípios. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2009

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília (DF), 2007b. v. 9. Acesso em: 22 abr. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto 7.508*, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*: quando o SUS ganhou forma. Brasília, 2019. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma#:~:text=A%20%C2%AA%20Confer%C3%AAncia%20Nacional%20de,%20e%20'O%20financiamento%20setorial._Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. *Desafios do SUS*. Fiocruz. 2016. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/desafios-do-sus/#.Y5nMGXbMLrc>. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. *Cronologia Histórica de Saúde Pública*. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. *Como eram os hospitais há um século, bem antes do SUS*. Fiocruz. 2021. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/2028-como-eram-os-hospitais-ha-um-seculo-bem-antes-do-sus.html#:~:text=A%20no%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblica,socorro%20dispon%C3%ADvel%20para%20os%20po-bres>. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus_. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. *Saúde antes do SUS*. Radis Comunicação em Saúde. Fiocruz. 2022. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/a-saude-antes-do-sus#:~:text=Antes%20do%20nascimento%20do%20SUS,sa%C3%BAde%20e%20previd%C3%AAncia%20andavam%20juntos>. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*: volume único. 3ª. ed. Brasília, 2019. 740 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico 03*, Volume 53, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no03.pdf>. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coberturas Vacinais por Imuno de 2013 a 2022*. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *NOTA TÉCNICA 25/2023-CGVDI/DIMU/SVSA/MS*. Alerta sobre caso de poliovírus derivado vacinal tipo 1 (PVDV1) no Peru e avaliação de risco para o Brasil sobre possível reintrodução de poliovírus selvagem (PVS) e surgimento de poliovírus derivado vacinal (PVDV) diante das baixas coberturas vacinais. Brasília, março de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-25-2023-cgvdi-dimu-svsa-ms>. Acesso em: 30 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica 5/2022-SAPS/MS*. Indicador 5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada. Brasília, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_5_2022.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Erradicação da Poliomielite: estratégia no Brasil*. Brasília, dezembro de 2015. 71 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/2015-Plano-de-Eradica%C3%A7%C3%A3o-da-Poliomielite.pdf>. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Obras Públicas em 10 passos*. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/47/93/98/5B/285EC710D79E7E-B7F18818A8/Obras_publicas_10_passos.pdf. Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Obras Públicas*. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/2E/67/31/ED/63DEF610F5680BF-6F18818A8/Obras_publicas_recomendacoes_basicas_contratacao_fiscalizacao_obras_edificacoes_publicas_2_edicao.PDF. Acesso em: 19 dez. 2022.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. *Defasagem de programas federais e implementação do piso nacional podem gerar demissões e desassistência*. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/2022.09.12_Estudo_Piso_Enfermagem_COMPLETO.pdf. Acesso em: 19 dez. 2022.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. *O retrocesso brasileiro na cobertura vacinal e a dificuldade de vacinar crianças contra Covid-19*. Estudo Técnico. 2022. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Estudo%20CNM%20T%C3%A9cnico%20Retrocesso%20da%20Vacina%C3%A7%C3%A3o%20e%20Covid-19.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2022.

CONASS. *Desafios do SUS*, Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 14 dez. 2022

DOMINGUES, C; TEIXEIRA, A. *Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações*. Epidemiol. Serv. Saúde v.22 n.1 Brasília mar. 2013. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 14 out. 2023.

FIOCRUZ. *Vacinar ou não vacinar: não existe questão*. Revista POLI: saúde, educação e trabalho. Ano XIV – Nº 83 – maio/jun. 2022. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poli_83_web.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

JÚNIOR, Antonio; MENDES, Áquilas. *O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade*. Argumentum, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 161-177, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4a17/7590294e4f3e81270c1dae100ba101ed151e.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022.

MASSUDA A. *Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?* Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020Apr;25(4):1181–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.

PAHO. Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. *Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19*. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf. Acesso em: 19 dez. 2022.

SOUZA, Sabrina Silva de; CUNHA, AC. Previne Brasil; o desempenho dos municípios de Santa Catarina. *Enfermagem Revista*, v. 25, p. 17-33, 2022.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

**Sede**

SGAN 601 – Módulo N

CEP: 70830-010

Asa Norte – Brasília/DF

Tel/Fax: (61) 2101-6000



/PortalCNM



@portalcnm



/TVPortalCNM

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574

Bairro Menino Deus

CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS

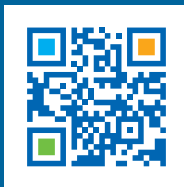
Tel/Fax: (51) 3232-3330



/PortalCNM



/portalcnm



www.**CNM**.org.br