

COLEÇÃO GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

GESTÃO 2021-2024

SAÚDE

Planejamento e gestão pública municipal



SEMINÁRIOS
Novos
gestores
2021-2024

SAÚDE

Planejamento e gestão pública municipal

Carla Estefânia Albert
Denilson Ferreira de Magalhães
Bruna Ferreira Costa





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

A333s Albert, Carla Estefânia
Saúde: planejamento e gestão pública municipal / Carla Estefânia Albert, Denilson Ferreira de Magalhães e Bruna Ferreira Costa. -- Brasília: CNM, 2020.
107 p. : il. -- (Coleção Gestão Pública Municipal: Novos Gestores 2021-2024)

Disponível em: <<https://www.cnm.org.br>>
ISBN 978-65-88521-09-0

1. Sistema Único de Saúde. 2. Município. 3. Gestão em Saúde. I. Magalhães, Denilson Ferreira de. II. Título.

CDD 363

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

Autores

Carla Estefânia Albert
Denilson Ferreira de Magalhães
Bruna Ferreira Costa

Revisão de textos

KM Publicações

Supervisão Técnica

Carla Estefânia Albert

Diagramação

Themaz Comunicação e Publicidade

Supervisão Editorial

Daiane da Silva Yung Valadares
Luciane Guimarães Pacheco



DIRETORIA **CNM** 2018-2021

CONSELHO DIRETOR

PRESIDENTE

Glademir Aroldi – *Saldanha Marinho/RS*

1º VICE-PRESIDENTE

Julvan Rezende Araújo Lacerda – *Moema/MG*

2º VICE-PRESIDENTE

Eures Ribeiro Pereira – *Bom Jesus da Lapa/BA*

3º VICE-PRESIDENTE

Jairo Soares Mariano – *Pedro Afonso/TO*

4º VICE-PRESIDENTE

Haroldo Naves Soares – *Campes Verdes/GO*

1º SECRETÁRIO

Hudson Pereira de Brito – *Santana do Seridó/RN*

2º SECRETÁRIO

Eduardo Gonçalves Tabosa Junior – *Cumarú/PE*

1º TESOUREIRO

Jair Aguiar Souto – *Manaquiri/AM*

2º TESOUREIRO

João Gonçalves Junior – *Jaru/RO*

CONSELHO FISCAL

TITULAR

Christiano Rogério Rego Cavalcante – *Ilha das Flores/SE*

TITULAR

Expedito José do Nascimento – *Piquet Carneiro/CE*

TITULAR

Gil Carlos Modesto Alves – *São João do Piauí/PI*

SUPLENTE

Cleomar Tema Carvalho Cunha – *Tuntum/MA*

SUPLENTE

Marilete Vitorino de Siqueira – *Tarauacá/AC*

SUPLENTE

Pedro Henrique Wanderley Machado – *Alto Alegre/RR*

REPRESENTANTES REGIONAIS

REGIÃO CENTRO-OESTE – SUPLENTE

Pedro Arlei Caravina – *Bataguassu/MS*

REGIÃO NORDESTE – SUPLENTE

Roberto Barbosa – *Bom Jesus/PB*

REGIÃO NORTE – SUPLENTE

Wagne Costa Machado – *Piçarra/PA*

REGIÃO SUDESTE – TITULAR

Daniela de Cássia Santos Brito – *Monteiro Lobato/SP*

REGIÃO SUL – SUPLENTE

Alcides Mantovani – *Zortea/SC*



COLEÇÃO GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

NOVOS GESTORES 2021-2024

1. Livro do(a) Prefeito(a)
2. Assistência Social
3. Comunicação Social
4. Consórcios Públicos Intermunicipais
5. Contabilidade Pública Municipal
6. Concessões e Parcerias Público-Privadas (PPP)
7. Cultura
8. Defesa Civil e Prevenção de Desastres
9. Desenvolvimento Rural
10. Educação
11. Finanças
12. Habitação e Planejamento Territorial
13. Inovação e Municípios Inteligentes
14. Internacional
15. Jurídico
16. Juventude
17. Meio Ambiente e Saneamento
18. MMM e Mulheres
19. Mobilidade e Trânsito
20. Previdência Social
21. **Saúde**
22. Transferências Voluntárias da União
23. Turismo



CARTA DO PRESIDENTE

Prezado(a) municipalista,

Idealizado há 18 anos pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), o projeto *Seminários Novos Gestores* apresenta aos prefeitos as pautas correntes que precisam de especial atenção no dia a dia das gestões municipais na interação com o governo federal e com o Congresso Nacional e proporciona um momento de reflexão sobre alguns dos principais desafios que serão enfrentados no decorrer de seus mandatos.

A CNM, nesta *Coleção Gestão Pública Municipal* traz ao novo gestor um rol de temas que, neste momento, o guiarão e o ajudarão no desenvolvimento de suas políticas locais. Ao longo de todo o mandato, a Confederação estará a seu lado, apoiando suas iniciativas, orientando os caminhos a serem seguidos e principalmente lutando perante o Congresso Nacional e o governo federal pela melhoria das relações entre os Entes, por respeito à autonomia dos nossos Municípios e por mais recursos para possibilitar melhores condições de vida às nossas populações.

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa pelo maior desafio de sua história, o enfrentamento e o controle da pandemia pelo novo coronavírus. O empenho e o esforço empreendidos pelos Municípios brasileiros são impressionantes e marcam o momento delicado em que a nossa nação e as nossas cidades atravessam. Muitas vidas foram perdidas e ainda há muito o que se fazer para garantir saúde e preservar a vida das nossas populações.

Nesta obra, integrante da Coleção, sob o título *Saúde: planejamento e gestão pública municipal*, apresentamos um breve histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), detalhamos as competências e as obrigações municipais, destacamos a necessidade de resgatar ou construir a cultura de planejamento como importante ferramenta de gestão, orientamos sobre o financiamento da

saúde, a utilização dos recursos financeiros federais, os recursos financeiros extraordinários destinados ao enfrentamento da Covid-19 e os instrumentos necessários para manutenção, controle e avaliação da política. Dessa forma, elaboramos uma cartilha com informações claras e abrangentes sobre o sistema de saúde brasileiro com enfoque na gestão municipal, propiciando que os prefeitos e os secretários municipais de saúde estejam informados desde o início de suas gestões.

Boa leitura e uma excelente gestão!



Glademir Aroldi
Presidente da CNM



SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
INFORMAÇÕES VALIOSAS PARA UMA BOA GESTÃO	13
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	16
1.1 Um breve histórico	16
1.2 Três décadas de SUS: alguns avanços	23
1.2.1 <i>Organização do SUS</i>	29
1.3 Desafios do SUS como política pública	31
1.4 Recursos humanos	32
2 COMPETÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E OBRIGAÇÕES LEGAIS DOS MUNICÍPIOS	35
2.1 Atribuições comuns a todos os Entes	36
2.2 Competências legais dos Municípios	37
2.2.1 <i>Níveis de atenção</i>	39
3 GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE: MAPEAR, DEBATER, PLANEJAR, IMPLEMENTAR E AVALIAR	42
3.1 A emergência de uma gestão em rede	43
3.2 Desafios e conceitos do planejamento em saúde municipal	47
3.2.1 <i>Planejar</i>	47
3.2.2 <i>Objetivos de planejamento</i>	50
3.2.3 <i>Etapas do planejamento</i>	51
3.3 Regionalização	53
3.3.1 <i>Consórcios Intermunicipais de Saúde</i>	56
3.3.2 <i>Comissões Intergestores: CIR, CIB, CIT</i>	59

3.4	Instrumentos normativos de planejamento.....	62
3.4.1	<i>Plano Municipal de Saúde</i>	64
3.4.2	<i>Plano de Ação em Saúde</i>	64
3.4.3	<i>Controle Social</i>	70
3.4.4	<i>Prestação de Contas: Relatório Anual de Gestão e Relatório Quadrimestral</i>	72
4	COMPREENDENDO O FINANCIAMENTO DA SAÚDE	74
4.1	Implicações federativas do financiamento da saúde.....	74
4.1.1	<i>Lei Federal 4320/ 1964: Indicativo da categoria de despesa..</i>	77
4.1.2	<i>Lei Complementar 141/2012</i>	83
4.2	Portaria de Consolidação MS 06/2017	88
4.2.1	<i>Financiamento da Atenção Básica/Primária</i>	89
4.2.2	<i>Financiamento da Ambulatorial e de Média e Alta Complexidade</i>	91
4.2.3	<i>Financiamento da Vigilância em Saúde</i>	91
4.2.4	<i>Financiamento da Assistência Farmacêutica</i>	92
4.2.5	<i>Financiamento da Gestão do SUS</i>	93
4.3	Recursos pontuais	93
4.3.1	<i>Emendas da Saúde</i>	93
4.3.2	<i>Reprogramação de recursos de emendas federais</i>	94
5	SAÚDE NO ÂMBITO DO CORONAVÍRUS: LEI 13.979/2020 E PORTARIAS DE RECURSOS FINANCEIROS	95
5.1	Ações de enfrentamento da Covid-19	95
5.2	Recursos financeiros federais	96
6	ORIENTAÇÕES PARA UMA BOA GESTÃO	97
6.1	Planejar para além da saúde: a importância da assistência social e da educação	97
6.2	Reduzir a judicialização da saúde	98
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Constituição de 1988 reconhece a saúde como um direito fundamental e social do ser humano e, ainda, apresenta as diretrizes basilares que devem ser observadas pelo Estado e pela sociedade no desenvolvimento de ações e serviços que visem a sua garantia, promoção, proteção e recuperação.

Para promover a saúde da população, o gestor é orientado a integrar e implementar políticas, estratégias e programas federais e estaduais, além de construir estratégias próprias para organizar e manter uma rede de ações e serviços públicos de saúde em seu Município, mas esta não é uma tarefa simples; sem dúvida, é um dos principais desafios a serem superados pelos gestores municipais.

O ano de 2020 marcou a política pública de saúde brasileira, quando impôs ao Sistema Único de Saúde (SUS) o maior desafio da sua história – o enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus. Um imensurável desafio ainda se apresenta para os próximos anos e aguarda os novos gestores municipais. Para isso, é necessário preparação, planejamento, controle e avaliação permanentes.

Considerando a amplitude da área da saúde, associada aos inúmeros fatores que influenciam na construção de uma boa gestão – como recursos financeiros, recursos humanos, obras, programas federais, estratégias locais, capacitações, conselhos de saúde, planejamento e avaliação, entre outros –, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) mantém uma equipe técnica acompanhando as políticas públicas de saúde de interesse da gestão municipal e, com a produção de materiais técnicos e embasamento político, sempre está à disposição dos gestores auxiliando na qualificação da gestão do SUS municipal.

Nesse sentido, com o intuito de orientar você, novo gestor, a área técnica da Saúde da CNM elaborou a presente cartilha como parte da *Coleção Novos Gestores 2021-2024*, com informações claras e abrangentes sobre o sistema de saúde brasileiro com enfoque na gestão municipal; entretanto, inúmeras dúvidas poderão surgir, cabendo a você conhecer e identificar qual o melhor caminho a seguir para obter sucesso em sua gestão.

A construção e a consolidação do SUS como uma política federativa estão nas mãos dos gestores municipais – prefeitos e secretários. Assuma este compromisso e qualifique as ações de atenção à saúde da população de seu Município e do Brasil.

INFORMAÇÕES VALIOSAS PARA UMA BOA GESTÃO

1. O SUS é administrado e financiado de forma tripartite, ou seja, possui três níveis de gestão autônomos e independentes entre si – com atribuições e competências comuns e específicas a cada um deles -, mas devem interagir e manter um planejamento integrado evitando-se sobreposição ou duplicidade de ações e serviços. O financiamento é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal. Tenha pleno conhecimento das pactuações realizadas pelo seu Município.
2. A saúde demanda o cuidado e a intervenção de equipes multiprofissionais. Por isso, recomenda-se que o(a) prefeito(a) olhe para todas as profissões e reconheça o papel de cada uma na prevenção e no cuidado: farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, médicos, terapeutas ocupacionais, administradores, educadores físicos, agentes de saúde, pedagogos e técnicos podem e devem ter uma atuação com a população.
3. Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde (postos de saúde) continuam sendo a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, e ele será encaminhado para outros serviços de maior complexidade (centros clínicos, ambulatórios, hospitais) somente se houver necessidade.

4. O gestor é responsável pela atenção integral a sua população, mas não é obrigado a dispor de todos os serviços de saúde em seu território, podendo fazê-lo por meio de pactuações com outros Municípios, contratualização com prestadores filantrópicos ou contratação de prestadores privados de forma complementar, otimizando os recursos públicos.
5. A função de secretário(a) de Saúde prescinde um perfil técnico com vivência na área pública e deve, ao mesmo tempo, compreender tanto atenção integral à saúde quanto gestão de saúde no SUS. A saúde complementar (de caráter privado) também deve ser objeto de estudo e conhecimento do gestor da saúde pública, uma vez que pode atuar de forma complementar à rede pública de atenção à saúde.
6. Quanto mais próximo da população o gestor se colocar, mais facilitada será sua compreensão a respeito da situação da saúde do Município, o que está bom e o que deve ser melhorado.
7. Fique atento a portarias, decretos, resoluções, medidas provisórias publicadas pelos governos estadual e federal. Destacar na rotina de seus assessores a verificação dos Diários Oficiais.
8. Os Conselhos de Saúde integram a gestão do SUS nos três níveis de governo, possuem caráter permanente e têm como principais funções a deliberativa (definição de diretrizes, políticas, aprovação de plano de saúde e orçamento do SUS) e a fiscalizadora. São constituídos por gestores, profissionais da saúde, representantes dos usuários do SUS e prestadores de serviços.
9. A transmissão dos dados via Siops é obrigatória para Estados, União, Distrito Federal e Municípios. O descumprimento da ação leva a inscrição no Cauc, e as penalidades ocasionam a suspensão de transferências voluntárias e constitucionais – a exemplo do FPM. O descumprimento de aplicação do mínimo de recursos próprios (15%) leva ao condicionamento de recursos da saúde.

10. A judicialização da saúde pode comprometer sobremaneira a gestão municipal. Por isso, ao assumir, faça um diagnóstico das demandas judiciais e procure estabelecer canais comunicativos de parceria com os principais órgãos do sistema judiciário – Defensoria Pública, Ministério Público e Comarca do Judiciário. Essas instituições têm recomendações nacionais para atuar de forma sistêmica com os gestores municipais.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1.1 Um breve histórico

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde no Brasil, considerado por especialistas um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988 em seu art. 196, como forma de efetivar o preceito **constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado”** e está regulamentado por leis como a 8.080/1990 e a 8.142/1990, e a **Lei Complementar 141/2012**, que operacionalizam e organizam o sistema público da saúde.

O SUS foi criado com a função de estabelecer a universalização, a integralização e a humanização das políticas públicas de saúde à população brasileira, organizadas em um modelo federativo e descentralizado, com enfoque na gestão municipal – municipalização da saúde. E é dessa forma que ele é descrito pelo Ministério da Saúde como um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário para toda a população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos.

Mesmo com o advento da Reforma Sanitária em meados dos anos 1970, o SUS somente foi regulamentado no final de 1990, com a publicação das Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/1990 e 8.142/1990 –, nas quais se destacaram os princípios organizativos e operacionais do sistema, o que consequentemente possibilitou a ampliação do olhar para a coletividade e, com isso, também mudou o contexto das ações para as práticas e os serviços de saúde ofertados às populações das cidades.

Gestor, os princípios e as diretrizes que devem nortear suas ações estão descritos a seguir.

Universalização do direito à saúde

É a garantia de que todos os cidadãos do seu Município ou que nele estejam, sem privilégios ou barreiras, tenham acesso a atenção integral e gratuita, ainda que demande alto custo, com direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades vinculadas ao SUS, sejam elas públicas ou privadas (prestadores de serviços), garantida por uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada, hierarquizada e com tecnologia adequada para cada nível de atenção. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.

Equidade

O SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, sem privilégios, distinção ou discriminação, buscando a redução das desigualdades regionais e sociais.

Descentralização com direção única para o sistema

É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, Estados, Municípios e Distrito Federal). A descentralização tem como diretrizes:

- a regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à municipalização;
- a estruturação e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- a organização de um sistema de referência e contrarreferência;
- a maior resolutividade, atendendo melhor aos problemas de sua área;
- a maior transparência na gestão do sistema;
- a entrada da participação popular e o controle social.

Integralidade da atenção à saúde

O sistema de saúde deve ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social. E, a fim de atender às demandas, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações e serviços, que se iniciam na prevenção de doenças até a assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Promover saúde significa oferecer um atendimento integral, priorizando atividades preventivas, mas sem prejudicar os serviços assistenciais.

Participação popular visando ao controle social

Garante a participação efetiva da população, por meio de suas entidades representativas – como conselhos e conferências de saúde –, participando do processo de formulação das políticas e diretrizes, visando à construção de uma sociedade justa, acompanhando a correta aplicação dos direitos e dos recursos financeiros da Seguridade Social baseada no interesse da coletividade.



Gestor, os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e a organização do sistema em seu Município.

Nesse sentido, para compreensão do processo histórico de construção e consolidação do SUS, o quadro abaixo apresenta a evolução do sistema de saúde brasileiro, considerando os marcos da proteção social e do direito à saúde, caracterizando os marcos teóricos e conceituais que fundamentaram a reforma sanitária e deram origem ao SUS. O conhecimento dessa trajetória é importante para compreensão da evolução do SUS ao longo dos anos.

Quadro 1 – Datas e atos importantes

Ano	Marco
1923	Criação da Lei Eloy Chaves – primeiro modelo de previdência social, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps) surgiram com o estatuto legal a partir de iniciativas da organização dos trabalhadores das fábricas, visando a garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença e uma futura aposentadoria por meio das “caixas”.
1932	Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em resposta às lutas e às reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização.

Ano	Marco
1965	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concretizou o componente assistencial com a opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, consolidando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que teve uma forte influência no futuro SUS.
1977	Criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas) e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Este passou a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica, basicamente por meio da compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou um relatório cujas bases constituíram o projeto de Reforma Sanitária Brasileira. O Inamps direcionou-se para uma cobertura mais universal dos serviços de saúde.
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde e implementação de distritos sanitários.
1988	Criação definitiva do SUS, na Constituinte da República Federativa do Brasil de 1988.
1990	Efetivação e regulação do SUS, com promulgação da Lei 8.080, de 19 de setembro, que dispõe sobre a promoção da saúde e a organização dos serviços, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro, referindo-se à participação da comunidade e ao repasse de recursos do governo federal para as demais instâncias.
1991	Normas Operacionais Básicas (NOBs) – NOB 1º/1991, que criou nova política de financiamento do SUS. Processo de descentralização do atendimento à saúde. Organização dos Conselhos de Saúde.
1992	Realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujos objetivos eram a descentralização, a municipalização e a participação popular por meio dos Conselhos de Saúde.
1993	Normas Operacionais Básicas (NOBs) – NOB 1º/1993, que dispôs sobre procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e dos serviços, dando maior autonomia municipal e estadual. Definiu-se a transferência das verbas por meio do chamado fundo a fundo de saúde.
1996	Realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que preconizou o aprofundamento e o fortalecimento do controle social para democratização do SUS.
1996	Normas Operacionais Básicas (NOBs) – NOB 1º/1996, que fortaleceu o papel dos Municípios, definindo estratégias para atenção básica, estabelecendo política de incentivos. Priorizou como modelo de atenção o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), além de outros programas para a área da saúde.

Ano	Marco
2000	Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”.
	Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro, que vinculou recursos financeiros do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para assegurar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) – Noas/SUS 1º/2001, que ampliou as responsabilidades dos Municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, à regionalização e à organização funcional do sistema.
2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) – Noas/SUS 1º/2002, implementou os processos de pactuação entre os três níveis de gestão, visando ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
2003	Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos, o SUS que queremos”, abordando o processo de intersetorialidade na gestão política.
2006	Foi instituído, pela Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro, o Pacto pela Saúde, que, assim como as normas operacionais anteriores, orientou a implantação do SUS, dando ênfase às necessidades de saúde da população e à busca pela equidade social.
2007	A Portaria 204, de 29 de janeiro, estabeleceu um novo modelo de financiamento e de transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento (atenção básica – PAB, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC), vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos na Rede de Serviços de Saúde, além do seu monitoramento e controle.
2011	Lei 12.401, de 28 de abril, que alterou a Lei 8.080/1990 e dispôs sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.
	Decreto 7508, de 28 de junho, que dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de reconhecer as Regiões de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Rename e a Renases.
	Lei 12.466, de 24 de agosto, que alterou a Lei 8.080/1990 e dispôs sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (CIT e CIB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições.

Ano	Marco
2012	Lei Complementar 141, de 13 de janeiro, que regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição para definir os mínimos a serem aplicados em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas; tornou oficial e obrigatória a alimentação do Siops; definiu as despesas em saúde, entre outras medidas.
2015	Emenda Constitucional 86, de 17 de março, que estabeleceu a obrigatoriedade da execução orçamentária com o mínimo de 50% das emendas parlamentares indicadas para a saúde e definiu o mínimo de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União para a saúde.
2016	Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional 95 – Emenda do Teto, de 15 de dezembro, para limitar as despesas primárias da União por 20 exercícios financeiros a contar de 2017, e estabeleceu como mínimo de recursos destinados a saúde 15% da RCL em 2017, e a partir de 2018 o valor aplicado no ano anterior corrigido pelo IPCA.
2017	A Portaria 2.436, de 21 de setembro, aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS.
	Portarias de Consolidação do SUS, de 28 de setembro, no total de seis, compilando cerca de 11 mil normas infralegais sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento; políticas nacionais; Redes de Atenção à Saúde; Sistemas e Subsistemas do SUS; as ações e os serviços de saúde; e o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.
	Portaria 3.992, de 28 de dezembro, que dispôs sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde e consolidou em dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.
2019	Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria 2.979, de 12 de novembro, estabeleceu o novo modelo de financiamento federal da atenção primária à saúde.
	Programa Médicos pelo Brasil, instituído pela Lei 13.958, de 18 de dezembro, o qual deve substituir gradualmente o Programa Mais Médicos, e definiu a periodicidade legal do Revalida e a reinserção dos médicos intercambistas ao Programa de Provimento Médico.
	A Lei 13.958, de 18 de dezembro, instituiu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), com realização semestral.

Ano	Marco
2020	Portaria 188, de 3 de fevereiro, que declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV).
	Lei 13.979, de 6 de fevereiro, que dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.
	Lei Complementar 172, de 15 de abril, que dispôs sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais, possibilitando a aplicação dos recursos de acordo com as necessidades do sistema de saúde local.
	Lei Complementar 173, de 27 de maio, que estabeleceu o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), alterou a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 e, além de outras providências, transferiu R\$ 60 bilhões aos Estados e Municípios para o enfrentamento da Covid-19.

Fonte: área técnica de Saúde/CNM.

Resgatando todo o processo de construção do sistema de saúde no Brasil a partir da implantação do SUS, identificamos inúmeros avanços que se referem à oferta de serviços, diversos programas, tecnologias inovadoras, projetos e políticas com resultados notórios e exitosos para a população. Entretanto, ainda existem muitos desafios a serem superados, entre eles: problemas na implementação das estratégias, dificuldades na implantação das ações, financiamento insuficiente e, principalmente, necessidade de qualificar a gestão local e regional do Sistema Único de Saúde.

Sabendo que o processo de implementação do SUS opera com a organização e cooperação das três esferas de governo (União, Estado e Município), o contato direto do prefeito(a) e do secretário(a) de saúde com o usuário, atuando no Município, traz um grau de proximidade que o responsabiliza e o inclui no exercício político, buscando melhor qualidade de vida e saúde para sua população, assim como acesso aos serviços de saúde.



Gestor, agora que já conhece a história do SUS, saiba que os novos desafios só poderão ser superados com esforço conjunto de todos os atores envolvidos: gestores, equipes de saúde e comunidade.

1.2 Três décadas de SUS: alguns avanços

Entre os mais variados ganhos sociais decorrentes da democratização do país, a criação do Sistema Único de Saúde, consolidada pela Constituição de 1988, representa certamente uma das mais importantes conquistas para os trabalhadores (MARQUES; MENDES, 2012). Em 2021, o SUS celebrará seus 33 anos de criação, sob a ótica da proteção social e da mudança na concepção de saúde e doença, e apresenta indicadores que mostram sua evolução e a necessidade de superar ainda inúmeros desafios.

Desde a sua criação, o SUS apropriou-se de progressos para a saúde do brasileiro, por meio de ações e estratégias como o Programa Nacional de Imunização (PNI), reconhecido internacionalmente e responsável por 98% do mercado de vacinas do país, garantindo acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na rede pública de todo o país (BRASIL, 2014). Além disso, dispõe nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) de outras vacinas especiais para grupos que possuem condições clínicas específicas, como portadores de HIV. Um novo e imenso desafio se impôs ao programa, em virtude da pandemia pelo novo coronavírus (Covid-19), e inúmeros trabalhos de pesquisa e desenvolvimento de imunizantes vêm sendo desenvolvidos e acompanhados pelo PNI, na busca de uma solução segura e eficaz para tamanho problema que assola o Brasil e o mundo.

O Brasil é, de acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o segundo país do mundo em número absoluto de transplantes. É também, de acordo com o Ministério da Saúde, o maior sistema público de

transplantes do mundo. Em 2019, cerca de 95% dos procedimentos realizados em todo o país são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, para colocar em prática seus princípios doutrinários e organizacionais, foi necessária a criação de estratégias para o atendimento da população de forma integral. Certamente, destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que tem as equipes Saúde da Família (eSF) e as equipes de Atenção Primária à Saúde (eAP) como estratégia primordial para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas equipes são instaladas em Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e atuam como a principal porta de entrada do sistema e como o centro organizativo e de articulação entre os demais níveis de atenção à saúde. É importante lembrar que de acordo com os pactos intergestores, realizados desde a NOB/SUS 01/1991, os Municípios assumiram a responsabilidade por esse nível de atenção à saúde.



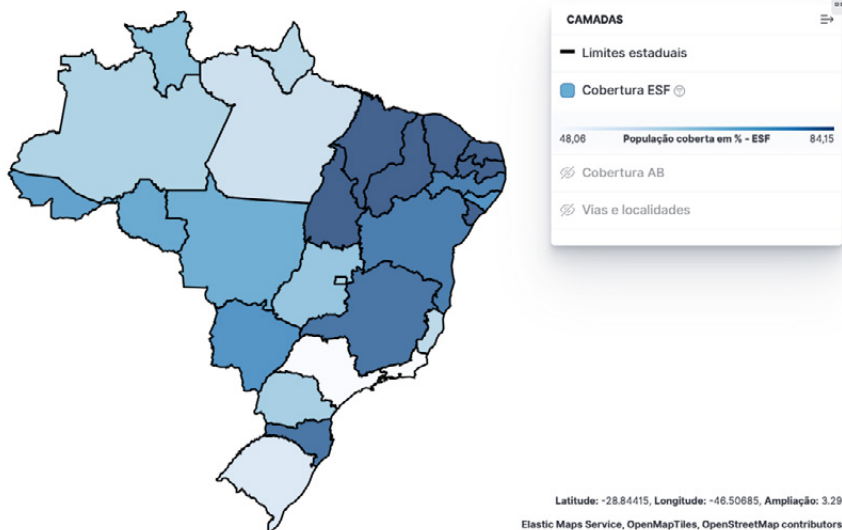
Gestor, não se assuste com a dimensão do SUS. Saiba quais são suas responsabilidades e planeje suas ações conforme suas demandas, potencialidades e possibilidades locais.

IMPORTANTE: seu Município não é obrigado a aderir a todos os programas federais. Levante dados e informações, faça o diagnóstico de seu Município, verifique toda nova responsabilidade que está assumindo para depois não ter que arcar financeiramente com todo o custo de programas que não lhe compete executar e ofertar à população.

Mesmo com a importância do programa, em 2019, somente 63,70% da população brasileira encontrava-se coberta pela estratégia, isto é, cerca de 158,5 milhões de pessoas; se tratando da principal porta de entrada no sistema público de saúde, ainda há muito que evoluir. Uma das propostas do Programa Previne Brasil é a vinculação das pessoas à equipe de atenção primária que atua no seu território de residência, uma vez que foi identificado que 50

milhões de brasileiros cobertos pela eSF não estavam registrados no eSUS ou prontuário eletrônico do cidadão (PEC). A figura abaixo mostra diferenças na cobertura da eSF, por UF.

Figura 1 – Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, segundo UF



Fonte: eSUS/MS, 2019.



Gestor(a), quantas equipes de Estratégia Saúde da Família seu Município possui? Qual percentual da sua população tem acesso a esse serviço? Para ajudá-lo(a) a responder essas questões, encontre a nota técnica do seu Município no site do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Desf/Saps/MS), por meio do *QR Code*.



Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) são a base da Política Nacional da Atenção Básica (Pnab) e representam o programa federal mais executado em todo o país. Em 98% dos Municípios brasileiros existe ao menos uma equipe da ESF.

É importante destacar que a Atenção Básica ou Primária à Saúde (APS) “é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.



Equipes da Saúde da Família e de Atenção Primária à Saúde

De acordo com a [Portaria GM/MS 2.436/2017](#), incorporada pela [Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017](#), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional e interdisciplinar formada por categorias de profissionais da saúde. A equipe mínima a compor a eSF/eAB será integrada por:

- médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade;
- enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família;
- auxiliar ou técnico de enfermagem;
- agente comunitário de saúde (ACS).
- Como parte da equipe multiprofissional, pode-se acrescentar o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB):
- cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família; e
- auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Cobertura da eSF/eAB: de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe de determinada área.

Carga horária dos profissionais: a distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor local. Preferencialmente a carga horária será de 40 horas semanais para todos os profissionais; neste caso, deve-se observar a legislação vigente, a exemplo dos ACS e ACE, que possuem legislação federal ([Lei 11.350/2006](#)) com essas definições (40 horas semanais). A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 horas, com no máximo de três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas semanais.

A ESF não é a única estratégia na atenção básica; as UBS compõem uma rede integrada com outros serviços e níveis assistenciais que formam uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), basicamente com os programas federais implantados e implementados pelos Municípios, como: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), Telessaúde, Saúde na Escola (PSE), Programa Mais Médicos (PMM), Brasil Sorridente, Consultório de Rua, Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), entre outros.

A formação das redes de atenção à saúde, além de promover a integração dos serviços, tem o objetivo de garantir assistência integral, contínua, organizada e humanizada, qualificando o sistema, no que se refere a acesso, equidade e eficiência na aplicação dos recursos humanos, materiais e financeiros.



Gestor(a), uma das maiores dúvidas de quem assume uma nova gestão refere-se à obrigatoriedade ou não de implantar todos os programas do governo federal, nesse sentido, a CNM alerta:

- identificar os critérios de adesão estabelecidos em normas infralegais e se o Município se encaixa no perfil;
- antes de qualquer adesão, é necessário avaliar a contrapartida financeira e operacional do Município;
- avaliar a necessidade da estratégia localmente, público-alvo, custeio mensal, recursos humanos e estrutura física, ou seja, avalie o custo-benefício;
- entender que os incentivos financeiros repassados pela União para execução das ações são insuficientes, demandando sempre uma contrapartida municipal;
- assumir somente os serviços de saúde em que haja certeza de que se conseguirá manter e de que será fundamental para a população.

Nessas três décadas de SUS, percebe-se uma evolução importante do sistema de saúde brasileiro, porém com um aumento excessivo na responsabilização do gestor municipal, tendo em vista que são criados inúmeros programas federais com ações definidas, remunerados por incentivos financeiros insuficientes para seu custeio e manutenção, com pouco ou sem flexibilidade alguma para definição de prioridades pelo gestor municipal – lembrando que este possui um contato mais próximo com o usuário.

1.2.1 Organização do SUS

O Sistema Único de Saúde possui diretrizes constitucionais sobre sua organização e funcionamento, a destacar: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de forma descentralizada” (art. 198 da CF/88). A execução pode ser direta pela administração pública ou terceirizada, com a participação complementar da iniciativa privada.

No nível municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos, de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde, conforme definido no art. 10 da Lei 8.080/1990. Essa lei também define que as políticas e programas de saúde deverão manter uma articulação entre os Entes e pactuados nas Comissões Intergestores.

Já o [Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011](#), em seu art. 3º ratifica que o “SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada”, e define como requisitos mínimos para a organização do sistema:

- Regiões de Saúde;
- Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- porta de entrada do SUS;
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e
- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases).

Partindo desse contexto, o Ministério da Saúde vem ao longo dos anos de construção do SUS implementando ações e os serviços de saúde por meio de políticas, projetos e estratégias, caracterizados em sua maioria no modelo de adesão a programas de saúde remunerados por incentivos financeiros.

Programa é um instrumento para operacionalizar em determinado período as políticas de saúde por meio do planejamento, da execução e avaliação de ações de promoção, prevenção, tratamento (cuidados) e recuperação

da saúde. Nesse contexto, é de suma importância o delineamento prévio das **diretrizes**, para que o programa possa ser desenvolvido de forma adequada.

Elaborar programas de saúde implica definir os objetivos do programa, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados. Essas questões implicam, na maioria dos casos, uma série de condicionalidades e de contrapartidas que devem ser atendidas pelo Município.

É desse aspecto das **condicionalidades e das contrapartidas** que os gestores devem estar extremamente cientes. Em virtude da adesão a programas federais e estaduais, como o Programa Saúde da Família (ESF), Saúde Bucal (ESB), Saúde na Escola (PSE), Agente Comunitário de Saúde (ACS), Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu) e outros, os Municípios condicionam a execução e o recebimento dos repasses financeiros à existência de equipes mínima de profissionais, de carga horária de profissionais, ao custeio de instalações etc.

Vale lembrar que os recursos oriundos desses programas, além de defasados, são insuficientes, e o poder público municipal sempre acaba sendo penalizado por ter de custear a diferença dos valores.

Além da questão do financiamento, temos as especificidades de cada cidade, cada região do país. Municípios que pertencem ao mesmo Estado, mesma microrregião, podem apresentar características e condicionantes de saúde extremamente diferentes.

Nesse diapasão de instrumentos infralegais, vale ainda destacar e deve ser objeto de estudo dos novos gestores municipais a [Portaria de Consolidação GM/MS 01, de 28 de setembro de 2017](#), que trata de pautas interessantes quanto a organização e funcionamento do SUS.



As especificidades dizem respeito às situações, às características e à história de vida das pessoas de uma comunidade, de uma cidade. Nesse sentido, apenas o mapeamento e o diagnóstico da situação de saúde, da vulnerabilidade e de outros fatores podem definir essas questões no planejamento.

Assim, o serviço de saúde que “dá conta” de certas questões em uma cidade pode não apresentar exato resultado na cidade do lado. Daí a importância de o gestor compreender que nem todo programa lançado pelo governo federal ou estadual deve ser contratualizado.

1.3 Desafios do SUS como política pública

A implementação do SUS é um processo ainda em construção. O sistema de saúde cresce diariamente e encontra obstáculos a cada nova discussão. Esse processo se dará de forma contínua em virtude das novas demandas de saúde das populações; novos fatos que surgirão, a exemplo do novo coronavírus; e de novas tecnologias a serem incorporadas. Porém, respostas para inúmeras perguntas não são encontradas com facilidade; as soluções precisam ser estudadas e, portanto, continuarão a ser construídas em um heterogêneo diálogo social em busca da saúde integral para todos. Essas dificuldades marcam a evolução e os desafios do SUS como política pública. Destacamos os principais desafios do sistema:

- consolidar mecanismos que atendam às necessidades imediatas da população, evitando filas, otimizando tempo de atendimento, melhorando a qualidade dos serviços ofertado e resolvendo os problemas nos estabelecimentos de saúde, tratando o usuário com dignidade e respeito de forma holística;
- estabelecer a integração dos serviços, desde a atenção básica, rede hospitalar, com os serviços auxiliares, formando modelos alternativos de gestão dos serviços que permitam aumentar a autonomia gerencial e premiar a eficiência a partir dos resultados alcançados;
- modernizar os serviços por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação que facilitem a marcação eletrônica de consultas médicas e a existência de registros eletrônicos que contenham históricos e dados clínicos dos pacientes, auxiliando nos processos de planejamento;
- no que se refere ao financiamento da saúde, não apenas aumentar os recursos, mas melhorar a distribuição e o uso dos recursos existentes

- do SUS, aumentando a eficiência, a fiscalização, a fim de reduzir os desvios de finalidade e aplicação inadequada;
- regulamentar e normatizar instrumentos parciais e de alta fragilidade jurídica, como portarias e resoluções do Ministério da Saúde e seus departamentos. Exemplo: a assistência farmacêutica é toda regulamentada em portarias ministeriais, considerados instrumentos infralegais e de baixa segurança jurídica, e a definição da competências dos Entes em relação aos medicamentos é fundamental, especialmente em relação a medicamentos excepcionais e de alto custo, que promovem o aumento das demandas judicializadas na saúde;
 - o subfinanciamento federal e estadual presente em todos os segmentos da saúde, associado à ausência de uma política de financiamento equânime tripartite para o SUS;
 - a ausência de um verdadeiro pacto federativo e a definição superficial ou quase que inexistente das competências de cada esfera de gestão em dispositivos legais;
 - o desfinanciamento do SUS (redução anual dos valores investidos) e o descumprimento das regras legais de financiamento por parte da União e dos Estados, sem as devidas penalidades;
 - a dificuldade de contratação e fixação de profissionais de saúde, principalmente os médicos em Municípios de pequeno porte e distantes dos grandes centros urbanos;
 - a dificuldade de composição de equipes multiprofissionais de saúde em razão do subfinanciamento dos programas, políticas e estratégias de saúde, além da ausência de incentivos a interiorização de outras categorias profissionais da saúde;
 - a grande rotatividade de profissionais e trabalhadores da saúde.

1.4 Recursos humanos

Os paradigmas contemporâneos de gestão organizacional apontam para a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e para viabilizar a própria transformação institucional. Assim, as

políticas de RH são destacadas pelos formuladores e gestores como prioritárias para a consecução de um sistema de saúde democrático, equitativo e eficiente. No entanto, essas políticas, mais do que mecanismos de vinculação e distribuição de RH, devem ser formas democráticas de responsabilização e mobilização que propiciem maior adesão às novas missões desempenhadas pelo SUS (BRASIL, 2002).

A área de recursos humanos da saúde é diretamente relacionada a construção e evolução do SUS, e se configura como um campo de estudo e de intervenção. Dessa forma, a área de recursos humanos da saúde abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoa.

As demandas crescentes por serviços de saúde, a incorporação de novas tecnologias e serviços de saúde, a qualificação da gestão, o alcance de indicadores de saúde, a avaliação e o planejamento em saúde, assim como outras tantas vertentes do SUS, exigem profissionais de saúde cada vez mais qualificados. Pode-se até imaginar que o tema é novo e decorre das últimas evoluções científicas e tecnológicas, porém o debate nacional tomou corpo ainda na década de 1980.

Em 1986, foi organizada a primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, quando se definiu uma agenda específica sobre o tema, a partir de análises dos principais aspectos identificados na posterior implantação do SUS em 1988. Tais aspectos foram, em grande parte, pautados pelas reivindicações dos trabalhadores da saúde, considerando-se a reorganização de suas práticas profissionais e de suas bases jurídico-legais. Entre essas questões destacavam-se a falta de incentivos para a qualificação profissional, a própria visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores, as desfavoráveis condições de trabalho e a ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários no sentido de favorecer a implantação do SUS.

O debate dessas reivindicações profissionais ainda é bem recente, em razão do pouco avanço na política de recursos humanos do SUS. Desta forma, essa é mais uma tarefa conferida aos novos gestores municipais, uma vez que a esfera municipal responde por 49% (Datusus/MS, 2020) de toda a força de trabalho do SUS, o que equivale a mais de 1,5 milhão de profissionais atuando na rede pública de saúde.



Gestor(a) municipal: a política local de recursos humanos deve ser diretamente relacionada ao planejamento local das ações, serviços, políticas, programas e estratégias de saúde, além de observar as necessidades de saúde da população local.

2 COMPETÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E OBRIGAÇÕES LEGAIS DOS MUNICÍPIOS

A política de saúde brasileira integra o pacto federativo e é considerada uma responsabilidade comum às três esferas de governo, devendo para tanto haver articulação e integração entre os atores envolvidos.

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II – **cuidar da saúde e assistência pública**, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

[...] (Grifo nosso)

Nas competências dos Municípios, descritas no art. 30 da Constituição Federal de 1988, ficam mais uma vez nítidos o cooperativismo federalista e a responsabilização das três esferas de governo com a saúde pública. Para a efetividade das ações e dos serviços de saúde, é fundamental a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, como suporte mínimo aos Municípios.

Art. 30. Compete aos Municípios:

[...]

VII – prestar, **com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado**, serviços de atendimento à saúde da população;

[...] (Grifo nosso).

2.1 Atribuições comuns a todos os Entes



Gestor(a) municipal, conheça as atribuições comuns às três esferas de governo com a saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) define em seu art. 15 as atribuições comuns aos Entes federativos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – em âmbito administrativo, com os seguintes destaques:

- mecanismos de controle, avaliação e fiscalização;
- recursos orçamentários e financeiros anuais;
- acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- custos da assistência à saúde;
- promoção da saúde do trabalhador;
- formulação e execução de políticas de saneamento básico, proteção e recuperação do meio ambiente;
- elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- proposta orçamentária do SUS, em conformidade com o plano de saúde;
- regularização das atividades de serviços privados de saúde;
- operações financeiras externas de interesse da saúde;
- atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias;
- sistema nacional de sangue, componentes e derivados;

- celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e meio ambiente;
- normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional para definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- promoção da articulação da política e dos planos de saúde;
- realização de pesquisas e estudos na área de saúde;
- definição das instâncias e dos mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária;
- fomentação, coordenação e execução de programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

2.2 Competências legais dos Municípios



Conheça aqui as competências do seu Município com a saúde pública, saiba quais são suas atribuições como gestor municipal.

Entre as competências específicas da direção municipal do SUS (art. 18 da [Lei 8.080/1990](#)), tem-se:

- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde;
- gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- participar de planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;

- participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- executar os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;
- dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, com os órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- formar consórcios administrativos intermunicipais;
- gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Os Municípios possuem a responsabilidade de prestar os serviços de atenção à saúde da população. Essa atribuição foi definida pela Constituição e regulamentada na Lei 8.080/1990; entretanto, especificar obrigações para organizar o serviço põe em questão a manutenção e a qualidade desses serviços de saúde, principalmente quando destaca desafios referentes às questões técnicas e financeiras da área.

Considerando essa responsabilidade, a CNM tem recomendado aos gestores municipais a realização das ações na atenção básica ou primária de saúde com qualidade, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada. As ações e os serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar devem ser assumidas somente se o Município dispuser de capacidade técnica, administrativa e financeira para mantê-los.

E agora? Sou obrigado a fazer tudo?

Não. A maioria dos Municípios não tem condições de ofertar na integralidade os serviços de saúde, ou seja, é necessária uma estratégia organizacional de atendimento para corrigir as distorções de acesso, chamada de regionali-

zação. Nesse sentido, na indisponibilidade de um tipo de serviço, o Município deve pactuar (negociar) com as demais cidades da sua região de saúde a forma o atendimento a essa demanda, ofertando assim, atenção integral à saúde da sua população. É dessa maneira que se formam as redes de atenção à saúde, regionalizadas e hierarquizadas.



Prefeito(a), a sua obrigação é de prestar atenção integral à saúde da sua população, mas isso não significa que deve ter em seu território todos os serviços implantados.

Dessa forma, atente-se para as suas responsabilidades e, basicamente, identifique a sua rede de atenção à saúde e a capacidade instalada, todos os acordos e os pactos existentes em seu Município, observando as atribuições e as competências das esferas estadual e federal com a saúde do seu Município, bem como dos Municípios de sua região de saúde.

Vale ressaltar que o funcionamento do SUS é de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios. Prefeito(a), o seu comprometimento no atendimento à população deve se limitar as suas possibilidades. Exija a cooperação técnica e financeira do seu Estado e da União.

2.2.1 Níveis de atenção

Esse é mais um aspecto fundamental para a organização de um sistema de saúde como o brasileiro, formado por redes de ações e serviços de saúde, regionalizados e hierarquizados. Organizar e operar as ações e os serviços de saúde com o objetivo de promover a atenção integral à saúde da população do seu Município requer mapeamento das demandas e das capacidades disponíveis, debates com a sociedade e planejamento.

É normal que o olhar do gestor se oriente pela atenção integral, e o seu objetivo passe a ser a estruturação e a oferta do maior número possível ações e serviços de saúde. Porém, identificar e compreender os níveis de atenção à saúde irá lhe ajudar na estruturação da rede local de atenção à saúde. Nesse caso, vamos abordar a atenção básica ou primária à saúde e a atenção especializada à saúde.

- **Atenção Primária à Saúde (APS):** é o conjunto de 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde e sofrimento devem ser acolhidos. As ações e serviços primários em saúde são desenvolvidos em centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos da residência dos usuários do SUS.
- **Atenção Especializada à Saúde:** composta pelo conjunto de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas e recursos humanos especializados, operados em ambiente ambulatorial e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção primária de forma resolutiva e em tempo oportuno, na investigação diagnóstica, no tratamento e na atenção às urgências e emergências, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde. As ações e serviços especializados possuem

um custo mais elevado e são localizados em pontos estratégicos das redes de atenção à saúde e das regiões de saúde. São organizados de forma regionalizada e hierarquizada, de acordo com os níveis de complexidade das ações e serviços ofertados (média e alta complexidade).

- Atenção integral à saúde: conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde.

A organização do SUS em redes de atenção à saúde regionalizada e hierarquizada encontra-se regulamentada na [Portaria de Consolidação GM/MG 03, de 28 de setembro de 2017](#), e merece atenção dos novos gestores municipais.

3 GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE: MAPEAR, DEBATER, PLANEJAR, IMPLEMENTAR E AVALIAR

Planejamento e gestão. Duas palavras que devem se tornar princípios para os novos gestores. É possível gerenciar sem planejar?

SIM!

Um gerente pode coordenar o trabalho de um sistema e obter um produto positivo sem ter uma visão de como conduzir o sistema a um ponto mais alto de desenvolvimento.

Não raro, encontramos no setor da saúde pessoas que fazem o papel de “gerentes eficientes”, mas cujo objetivo é “apagar incêndios” e “fazer a máquina funcionar”. O gestor não pode se limitar aos “problemas” do dia a dia. Em conjunto com servidores, técnicos, usuários do SUS, entidades locais e demais colaboradores, o Poder Executivo deve avançar em termos de gestão e passar a entender a complexidade da Política de Saúde, tendo no planejamento, na organização e na gestão instrumentos de apoio para uma política universal e com garantia de acesso à população.



Um bom gestor para a política de saúde deve desenvolver uma visão ampliada das políticas públicas e suas interfaces; do sistema de saúde inter e intrasetorial, interdisciplinar e transversal; repensar a estrutura organizacional e os processos administrativos; buscar alternativas e resultados.

3.1 A emergência de uma gestão em rede

Você já deve ter se perguntado o motivo de certos problemas de saúde ocorrerem em maior grau ou ainda a razão da maior presença de determinados serviços de saúde em certas regiões e cidades. Essas e outras situações entendidas como “de saúde” refletem nas demandas que a prefeitura recebe no dia a dia e são consequências de diversos fatores.

As condições sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas, chamadas de determinantes sociais da saúde, determinam o que o gestor municipal, regional, estadual e federal deverá compreender e tomar como base para elaboração do planejamento em saúde. Perante o desafio de fazer frente a tais condicionantes e de ainda prevenir o surgimento de doenças e problemas, é de extrema importância que o gestor municipal perceba a urgência de pensar a saúde do seu Município tendo as noções de REDE e INTERDISCIPLINARIDADE. O que isso quer dizer?



REDE

As redes de atenção à saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009).

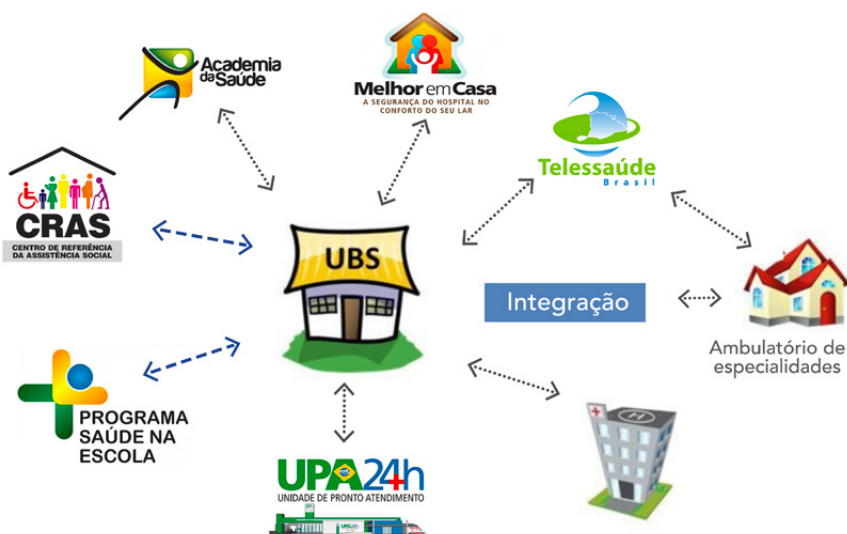
INTERDISCIPLINARIDADE

O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século 20 e, só a partir da década de 1960, começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido, em maior ou menor medida, uma certa aspiração à unidade do saber (VILELA; MENDES, 2003).

Os problemas que uma população apresenta não ocorrem de forma isolada, ou seja, estão contextualizados dentro de uma realidade maior, geográfica, social e epidemiológica. Por isso, as unidades, as estruturas, as equipes – em suma, as ações e os serviços em saúde – devem ser pensadas e organizadas com o objetivo de dar conta dessa complexidade de fatores.

O olhar qualificado à RAS (Figura 2) se relaciona diretamente com a compreensão interdisciplinar e transversal à saúde. Como escrito logo no início do texto, a saúde é complexa, portanto promovê-la prescinde de uma abordagem múltipla, de mais de um saber.

Figura 2 – Rede de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

Do mesmo modo, se deve pensar em relação ao que existe em termos de ações e serviços de saúde de forma regional, estadual e federal, ou seja, considerando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sob pena de gerar duplicidade e ineficiência dos serviços, e de custos desnecessários à gestão.

Alguns problemas gerados pela ausência da visão interdisciplinar e em rede no planejamento municipal podem ser dados pelas situações a seguir.

Imaginemos uma cidade de pequeno porte populacional (menos de 5 mil habitantes) na qual o aumento da população acima de 60 anos é constante. Na unidades municipais da Atenção Primária à Saúde foi percebido um aumento do número de idosas e idosos com queixa de dores, por exemplo, nas articulações. Essa situação poderia indicar a necessidade de consultas com especialistas da reumatologia, ortopedia, gerontologia, ou seja, com profissionais que especialmente em cidades do interior são de difícil contratação e fixação. Nesse caso, o gestor municipal poderia perceber as seguintes opções:

- a)** se olharmos apenas para o aumento da demanda por consultas, concluiríamos que a resposta a essa necessidade seria a contratação de profissional médico especializado ou o aumento de horas de trabalho do profissional médico do posto de saúde. Tal resposta demandaria a abertura de concurso, demandando tempo e novos recursos financeiros para contratação do profissional, além da necessidade de conveniamento da prefeitura com serviços especializados para realização de exames de apoio ao diagnóstico.

Essa abordagem do problema de saúde pode se mostrar desarticulada, com características centralizadoras e hierárquicas; além da existência de redes próprias de instituições e/ou serviços que prestam assistência de forma paralela às demais políticas, e muitas vezes atendendo aos mesmos usuários. Esta forma de gestão gera fragmentação da atenção às necessidades sociais e divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, fragilizando o usuário, que é o sujeito que merece a nossa atenção. Refletir e propor trabalho social em rede constitui-se, hoje, um grande desafio para os profissionais vinculados às políticas públicas;

- b)** pelo viés interdisciplinar e em rede, o potencial aumento por um tipo específico de cuidado (neste caso aumento da população idosa com processos de adoecimento próprios da idade) não é um fator isolado e deve ser visto e tratado de forma ampliada, ou seja, trabalhando os vários fatores da prevenção dos desconfortos, tratamento e recuperação da saúde. Esse trabalho passa pela reunião de saberes para compreensão do dia a dia desses idosos, seu contexto social, geográfico, alimentar etc. Assim, pela articulação das áreas e

respectivos servidores da educação, saúde e assistência social, educadores físicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos poderiam atuar estimulando, prescrevendo e acompanhando mudanças no comportamento, hábitos alimentares, exercícios e movimentos específicos que, de forma orientada, resultem na prevenção, no tratamento e no manejo das dores. Poderíamos ainda contar com a atuação dos profissionais farmacêuticos – orientando, no ato da dispensa, o uso correto de medicamentos para manejo da dor e das outras questões pertinentes à saúde. Outra possibilidade seria a implementação de Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Para compreender em quais contextos de vida esses idosos vivem sua rotina e cotidiano, a equipe de saúde conta, ainda, com os agentes comunitários de saúde (ACS) e com os profissionais da assistência social e da educação. Por meio do cuidado interdisciplinar, é possível conhecer, reconhecer e acompanhar de perto as condições de vida e de saúde dessa população.

Com a escolha pela primeira estratégia de resposta ao aumento do número de pedido de consultas com especialista, o gestor centra seus esforços organizativos e financeiros em 1 ou 2 profissionais médicos que deverão dar conta desse aumento da demanda por diagnóstico e tratamento das situações de saúde. Nesse caso, o gestor ainda enfrentará a dificuldade de atrair e reter profissionais especialistas. A segunda estratégia tem a ver com a preocupação em integrar os profissionais já existentes no Município, de forma multidisciplinar, o que, *a priori*, demandaria menos recursos financeiros e qualificaria o encaminhamento dos casos que realmente necessitam de atenção e consulta com especialista.

Esses dois exemplos merecem ser contextualizados. O cuidado nos diferentes níveis de saúde e as ações pertinentes não devem se limitar ao conceito de que somente é possível pelo cuidado médico. Essa noção ampliada tem a ver com as condicionalidades diversas e complexas de saúde da população. A partir da compreensão dessa noção, cabe ao gestor municipal privilegiar a formulação e a prática de uma política municipal de saúde pautada na integralidade (TEIXEIRA, 2010).



POLÍTICA DE SAÚDE

Entende-se como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*) (PAIM, 2006).

A situação instável dos programas na área da saúde, em detrimento de adoção de política de Estado, revela, mais do que nunca, a necessidade de uma mudança de perspectiva: **deixar de perceber o planejamento e a gestão em saúde como uma mera instância burocrática para uma instância de processo maior de comunicação participativa**, ou seja, que preencha a “função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social” (HABERMAS, 1989, p. 41).

Partindo do entendimento que as ações e os serviços municipais devem estar conectados com o regramento regional, estadual e nacional da Política de Saúde, o processo local de formulação e planejamento representa a possibilidade de abertura de espaços políticos, do diagnóstico de necessidades e de construção de alternativas.

3.2 Desafios e conceitos do planejamento em saúde municipal

3.2.1 Planejar

Em termos pessoais, planejar ou não pode ser uma escolha pautada exclusivamente por sentimentos, crenças e valores. Podemos acordar todos os dias e deixar que o cotidiano conduza a utilização dos recursos dos quais dis-

pomos: nosso tempo, nossa inteligência, nosso dinheiro. Todavia, se pensarmos a ação coletiva, social e institucional – ou seja, condições e estruturas que permeiam a gestão e portanto contextualizam o fazer da Saúde no Município –, o **planejamento e suas etapas tornam-se primordiais para melhor realizar o trabalho e para explicitar objetivos e compromissos compartilhados** entre prefeitura e sociedade (PAIM, 2006).

Ao tratarmos de **política nacional** de tamanha importância, de direitos e deveres constitucionalmente estabelecidos, se faz necessário que o gestor municipal abandone a prática do “improviso”. Isso quer dizer que, na medida do possível, a partir de uma série de fatores institucionais, epidemiológicos, demográficos, sociais e econômicos, a política municipal de saúde não deve ser **refém do acaso** dos problemas (e são muitos) que se estabelecem, mas sim um instrumento de indução de melhorias.

Ao gestor desavisado, tal indicativo de não tornar a saúde refém do acaso pode parecer óbvio demais. O cotidiano municipal mostra que planejar e executar são desafios gigantescos perante as complexidades das ações e dos serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, é preciso tornar claro para a população, gestores regionais, estaduais e federais **o planejamento**, ou seja, **explicitar o que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para que serve**. Esse processo precisa ser encarado com muita atenção pelos novos gestores, para que assim o planejamento se torne a *interface* com a política de saúde.

Outro ponto desafiador na gestão em saúde diz respeito ao **planejamento tornar-se uma ferramenta da administração de pessoas**. Se administrar quer dizer servir, o planejamento permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores públicos poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação. **Se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho**. Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação (PAIM, 2006).

Conceituar planejamento inserido no campo da saúde também é um desafio. Isso porque o conceito de planejamento mais comumente conhecido reside no campo da administração de empresas e portanto trata-se de planejar visando, em última análise, ao lucro. A saúde pública tem objetivos, servi-

dores e processos de trabalho distintos de um comércio, fábrica ou propriedade rural. Por si só o objetivo do lucro, do ganho financeiro, não se reproduz na esfera pública. Tais perspectivas e diferenças entre o público e o privado têm desdobramentos no conceito do planejamento, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – As concepções de planejamento

NORMATIVO (tradicional)	ESTRATÉGICO (integrativo/cogestão)
Visão normativa (Taylor-Fayol)	Visão estratégica
Base Funcionalista – unidimensional.	Base construcionista – integrando várias dimensões da realidade.
Há sempre um ator que planeja e os demais simples executores ⇒ uma só verdade.	Há vários SUJEITOS que planejam com objetivos conflitivos ⇒ várias verdades. Planejadores =executores.
O diagnóstico é resultante de constatações objetivas.	Diagnóstico resultante de constatações objetivas e subjetivas.
Ilusão de que todas as variáveis são previsíveis de controle.	Não há uma única explicação para os problemas, tampouco uma única técnica de planejamento.
Verticalização do processo produtivo.	Horizontal do processo produtivo.

Fonte: UFSM/adaptação CNM.

Além de método, o planejamento é reconhecido como ferramenta, instrumento ou técnica para a gestão, gerência ou administração (FERREIRA, 1981; MEHRY, 1995) e como processo social (GIORDANI, 1979) em que participam sujeitos, individuais e coletivos. No primeiro caso, dá-se ênfase aos meios (de trabalho), ao passo que no segundo o foco é nas relações (sociais) que permitem estabelecer e realizar propósitos de crescimento, mudança e/ou legitimação (TESTA, 1987; 1992). É uma alternativa à improvisação, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade.

Desde a Constituição de 1988, além de uma Política Nacional de Saúde e de um sistema, no nosso caso, o SUS, o governo optou por organizar a saúde em programas, também denominados de políticas, estratégias e ações. Assim não é surpresa que a maioria das ações e dos serviços de saúde que os Municípios executam, dentro de uma política nacional, sejam predominantemente

via programas, tais como Estratégia Saúde da Família (ESF), Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), Programa Mais Médicos e tantos outros.

3.2.2 Objetivos de planejamento

Como abordamos anteriormente, existem muitos métodos de planejamento, cada um com suas vantagens e desvantagens conforme a situação que se apresenta; no entanto, as maiores influências no planejamento em saúde são as do pensamento normativo e estratégico.

O enfoque estratégico exerceu grande influência no movimento sanitário brasileiro, mas o **Planejamento Estratégico Situacional** (PES) é o que mais foi difundido, utilizado e atualizado. No PES, o ator que planeja está dentro da realidade e coexiste com outros autores que também planejam, diferente do método normativo, no qual o planejador é um sujeito separado da realidade, colocando-se fora dela e querendo controlá-la (GIOVANELLA, 1991).

No contexto do pensamento estratégico, os objetivos do planejamento são os apresentados a seguir.

Ponto de partida

- **Definir:** onde se quer chegar, o que se quer atingir.
- **Detectar:** o que se quer fazer – um problema a resolver (ou) um desafio a ser enfrentado (ou) um risco a ser evitado (ou) uma posição a ser conquistada.

A partir dessas definições, temos de identificar como esses objetivos conversam com a estrutura do planejamento em saúde e do plano que o gestor estará a construir. Nesse contexto, os níveis de desdobramento do planejamento em saúde podem ser descritos da seguinte forma:

- **planejamento institucional:** são estabelecidas a missão, a visão, os valores, quais impactos sociais estão envolvidos. Cria-se a perspectiva futura da organização;
- **planejamento programático:** são estabelecidas quais serão as linhas de ação detalhadas por segmentos, setores ou programas de intervenção;

- **plano operacional:** este plano desdobra os programas, as ações educativas, as ações curativas, as ações gerenciais. O plano operacional pode ser organizado em subplanos.

Esses desdobramentos do planejamento possuem etapas que, superadas uma a uma, configuram o próprio plano de saúde.

3.2.3 Etapas do planejamento

Iniciamos as etapas do planejamento pelo institucional.

Definir marco teórico-político-ideológico da gestão

No caso da saúde, esse marco é permeado pela legislação nacional, ou seja, a Constituição e a Lei do SUS. O marco político ideológico está fortemente referenciado ao que se entende por saúde e a relação com a questão pública.

- **Missão:** é a razão de ser de uma organização. É o foco das atividades. Exemplo de missão: prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania (Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS).
- **Visão:** refere-se ao direcionamento ou às intenções que se deseja atingir no futuro. Exemplo: ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde (HCPOA).
- **Valores institucionais:** expressam as crenças ou os fundamentos mais importantes da instituição, norteiam as condutas de seus profissionais e do seu relacionamento com as diversas partes interessadas, incluindo clientes, fornecedores e sociedade entre outros. São exemplos de valores institucionais:
 - ▶ respeito à pessoa – o Hospital de Clínicas valoriza o respeito à pessoa por meio do reconhecimento do direito de cada indivíduo de tomar suas decisões em um ambiente de acolhida, respeito e confiança;

- ▶ competência técnica – a competência é valorizada pelo Hospital de Clínicas por meio do aprimoramento incessante da excelência e da agilidade de serviços;
- ▶ trabalho em equipe – o trabalho em equipe é um valor institucional que se manifesta pela participação coesa e integrada de todos os colaboradores do Hospital de Clínicas;
- ▶ responsabilidade social – a responsabilidade social é um valor do Hospital de Clínicas decorrente de uma visão abrangente de saúde que exige a contínua prestação de contas à sociedade.

Historiar a organização

Esta fase do planejamento tem a ver com a apropriação e a compreensão da história da rede, do serviço e da ação de saúde. Historicamente tem a ver com a necessidade de construir um planejamento compreendendo como e por que um serviço existe, qual o sentido de suas funções na rede etc.

Diagnóstico

É o marco zero do planejamento. O diagnóstico compromete toda a execução do planejamento, daí a ênfase que temos pautado para esta etapa.

Identificação e escolha do modelo apropriado (segundo tipo de planejamento).

- Diagnóstico situacional: radiografia do momento presente.
- Diagnóstico processual: observa diferentes momentos.
- Levantamento de dados: por meio de consulta documental, entrevistas com usuários do SUS, pesquisas de percepção/opinião, relatórios de atividades, rodas de conversa com trabalhadoras e trabalhadores. É importante reservar tempo para leitura de publicações, análise dos dados armazenados.

Objetivo desta etapa: problematizar!

Ter em mãos a multiplicidade de fatores que interferem na organização ou nos programas de atenção à saúde ou nas ações de gestão.

Sistematização de informações

- Redigir e ordenar as informações.
- Focalizar os principais problemas.
- Elaborar de 3 a 6 eixos estratégicos do que é mais fundamental para intervir.
- Cada eixo deve dar origem a um programa de ação.

Objetivos estratégicos

- Objetivos institucionais (missão).
- Objetivos operacionais (por eixos): consolidar, melhorar, estabelecer, buscar, consolidar, implementar.



Uma das causas mais comuns do fracasso do planejamento é a falta de um conjunto de objetivos claramente definidos.

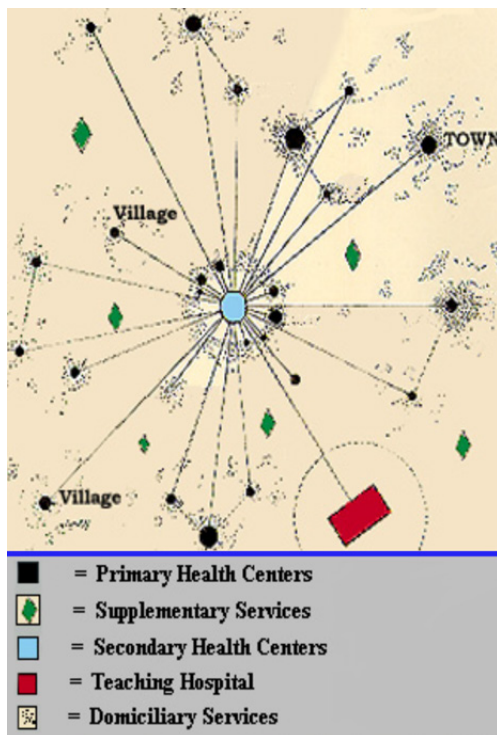
3.3 Regionalização

A atividade de planejamento da saúde municipal passa pelo reconhecimento de serviços, estruturas e equipes que completam a Rede de Atenção à Saúde (RAS) à qual o Município pertence. Essa rede diz respeito às estruturas de média e alta complexidade que se localizam na região de saúde, nas macrorregiões, no Estado e na Federação. Essa forma de organização da saúde pode parecer recente, mas na verdade se conecta com conceitos de efetividade do cuidado de mais de 100 anos.

Em 1860, na Inglaterra, já se pensavam propostas de regionalização a partir da discussão da área de abrangência de hospitais. Em 1920, o chamado **Relatório Dawson** foi um estudo profundo dos serviços de saúde na Inglaterra, realizado pelo bacharel em Ciências e médico Bertrand Edward Dawson. Esse estudioso propôs pela primeira vez o esquema de rede para organização

dos serviços e afins, que deveriam estar disponíveis de modo a beneficiar a população de uma dada área (FIOCRUZ, s/d).

Figura 3 – Modelo organizativo da saúde sugerido por Dawson



Fonte: Fiocruz, s/d.

Por esse modo organizativo, os serviços de saúde “domiciliares” seriam apoiados por Centros Primários de Saúde com auxílio de laboratórios, exames radiográficos e acomodações para internação. Nas cidades maiores, estariam os Centros Secundários de Saúde, com serviços especializados com, no mínimo, clínica geral, cirurgia, ginecologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. Por sua vez, os Centros Secundários seriam vinculados a hospitais docentes.

Esse tipo de organização gera maior eficácia e progresso do conhecimento, estabelecendo um sistema uniforme das histórias clínicas dos pacientes, no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de

consulta ou tratamento. Assim todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área.

Dawson ainda introduziu na discussão da organização da saúde os conceitos de:

- território;
- populações adscritas;
- porta de entrada;
- vínculo/acolhimento;
- referência;
- atenção primária como coordenadora do cuidado.

Para que a rede funcione, é indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade (FIOCRUZ, s/d).

O modelo proposto por Dawson foi adotado por todos os sistemas nacionais de saúde. Não foi diferente com o nosso SUS. Assim, as ideias do teórico e médico inglês foram contextualizadas e sua essência revisitada, dando base, em parte, à formulação da Lei 8.080/1990 e às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, o objetivo das RAS é formar arranjos organizativos de ações e serviços, 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, 2017 – [Portaria de Consolidação 03, 2017](#)).

A implementação das RAS aponta para uma **maior eficácia na produção de saúde**, melhora na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios, no planejamento e na gestão da saúde com um olhar para o local, sem deixar de lado a região e o Estado. Essa conexão entre o microterritório – ou seja, serviços e níveis de complexidade inseridos no Município e a rede regional e esta-

dual – passa principalmente pela capacidade de mapear e de contratualizar com o Estado ações, serviços e estruturas operacionalizadas nas Comissões Intergestoras Regional e Bipartite (CIR e CIB).

Dessa forma, a partir das características da população, condicionantes de saúde e outras questões, **ao ser integrante da rede**, o Município não precisa concentrar em seu território e sob sua responsabilidade todos os serviços de saúde possíveis. Isso significa que, dependendo das características e das distâncias, o “Município A” sem serviço de emergência pode ter apoio/suporte e encaminhar seus municípios à Emergência do “Município B” mais próximo. Por sua vez, o Município B, que possui esse serviço de emergência contratualizado com o Estado, passa a receber um “teto” de incentivos financeiros para atendimento de residentes de outras localidades. Por fim, nas Redes de Atenção à Saúde se conforma o modelo de regionalização das ações e dos serviços de atenção à saúde.



Prefeito(a)! O funcionamento correto da RAS, a análise e a escolha dos programas necessários ao seu Município e a definição do que vai ser feito, quando, onde e como, passam pelo conhecimento da situação de saúde da população. Para tanto, as atividades de mapeamento dos contextos de vida e condicionantes de saúde são importantíssimas.

3.3.1 Consórcios Intermunicipais de Saúde

Embora o Município não seja um ator isolado, ele é o protagonista na formulação e na execução das políticas públicas locais. Porém, dada a complexidade da execução de políticas públicas de saúde, estas ainda sofrem influências das dificuldades financeiras, das condições estruturais insuficientes e inadequadas, da insuficiência de recursos humanos qualificados, da ausência da divisão clara de competências e responsabilidades constitucionais e legais dos Entes, prejudicando a gestão municipal do SUS.

Nesse contexto, é primordial que os gestores municipais busquem soluções que possam auxiliá-los a qualificar a gestão local do SUS. Os consórcios públicos intermunicipais se apresentam como um instrumento hábil para alcançar tal objetivo, pois são, na atual conjuntura nacional, uma importante estratégia para o desenvolvimento não apenas dos Municípios envolvidos, mas de todo o entorno regional, oportunizando planejamento, implementação e gestão compartilhada de políticas públicas, como a saúde.

A [Lei 11.107/2005](#) instituiu as normas gerais para o estabelecimento dos consórcios públicos, e regulamentou o art. 241 da Constituição Federal, que previu, a partir da Emenda Constitucional 19/1998, a gestão associada de serviços públicos entre os Entes federados. O [Decreto 6.017/2007](#) regulamentou particularidades da Lei 11.107/2005 e conceituou consórcio público como sendo:

Art. 2º Para os fins deste Decreto, consideram-se:

I – consórcio público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da [Lei nº 11.107, de 2005](#), para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos;

...

Para uma melhor compreensão dessa importante ferramenta de fortalecimento da gestão municipal, a CNM publicou o livro com o tema **Consórcios Públicos Intermunicipais – Estrutura, Prestação de Contas e Transparência**, que aborda aspectos gerais relacionados aos consórcios públicos e sua estrutura organizacional, dever de prestar contas e de implementar uma gestão transparente, assim como o tratamento contábil que deve ser observado por essas entidades.



Recomenda-se a leitura de Consórcios Públicos Intermunicipais – Estrutura, Prestação de Contas e Transparência. A publicação encontra-se disponível no QR Code.



Para alcançar êxito no propósito de planejar e/ou implementar ações e serviços de saúde em conjunto ou em parcerias, é necessário que o conjunto de Municípios interessados estruture muito bem o consórcio público, desde a sua constituição, e que a atuação dele seja avaliada constantemente para aprimorar sua eficiência e atender aos princípios da administração pública e do complexo sistema de normas do SUS.

Alguns possíveis objetivos dos consórcios públicos intermunicipais na área da saúde:

- estruturação de redes regionais integradas para assistência em diversas especialidades, envolvendo os equipamentos municipais e estaduais das regiões;
- planejar, capacitar e avaliar as ações básicas de saúde;
- gerir equipamentos complexos de saúde (hospitais, laboratórios etc.);
- ampliar a oferta de leitos públicos e o acesso às redes de alta complexidade;
- fortalecer o sistema de regulação municipal e regional;
- aprimorar os sistemas de vigilância em saúde;
- oferecer programas regionais de formação e educação permanente para os profissionais da saúde.

Existem várias experiências exitosas na gestão do SUS com a participação dos consórcios públicos intermunicipais, a exemplo da aquisição e distribuição de medicamentos. Vale destacar que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica definiu como responsabilidade do Município a aquisição

e distribuição em quantidades suficientes os medicamentos essenciais, com financiamento tripartite.



O desafio ainda é grande, por isso a CNM também publicou:

- a cartilha **Consórcios públicos para aquisição de medicamentos**, para a qual sugerimos uma leitura aprofundada. A publicação encontra-se disponível no *QR Code*.
- a cartilha com orientações sobre a legislação que regulamenta a transparência e acesso à informação no âmbito dos consórcios públicos, intitulada **Transparência e acesso à informação nos Consórcios Públicos** e disponível no *QR Code*.



3.3.2 Comissões Intergestores: CIR, CIB, CIT

O **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a **articulação interfederativa**, traz em seu Capítulo V definições e atribuições das Comissões Intergestores em cada esferas do SUS.

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I – a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II – a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III – a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

...

Art. 32. As **Comissões Intergestores pactuarão:**

I – aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão

compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

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

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

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

V – referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. **Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:**

I – das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II – dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III – das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais. (Grifo nosso)

- Comissão Intergestores Tripartites (CIT): instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, Estados, DF e Municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de Estados e Municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS (Fonte: [SUS de A a Z](#)).
- Comissão Intergestores Bipartites (CIB): espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar

e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual indicados pelo secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos Municípios do Estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são também instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica 1/1993 e instaladas em todos os Estados do país.

O gestor municipal deve procurar o Cosems de seu Estado e discutir ali quais são as possibilidades de participação no processo de constituição e funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (Fonte: [SUS de A a Z](#)).

Para legitimar a vinculação e as pactuações das Comissões Intergestores ao SUS, a [Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011](#), alterou a Lei 8.080/1990 para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art 1º [...]

[Art. 14-A](#). As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I – decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II – definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III – fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

3.4 Instrumentos normativos de planejamento

O planejamento na saúde pública adquire maior importância na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa a conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Os gestores municipais vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm sido fundamentais para os avanços registrados pelo SUS. Aqui vale destacar os instrumentos de planejamento que acompanharão toda a sua gestão:

- Plano Municipal de Saúde (PMS);
- Programação Anual de Saúde (PAS);
- Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA);
- Relatório Anual de Gestão (RAG);
- Plano Plurianual (PPA);
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
- Lei Orçamentária Anual (LOA).

Normativamente, o Ministério da Saúde disponibiliza aos Entes o DigiSUS, que é a plataforma de apoio ao sistema de planejamento do SUS.

O digiSUS tem o objetivo de instrumentalizar os gestores públicos, pesquisadores, e toda a sociedade, a obter e sistematizar informações e dados produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), por suas entidades vinculadas e por órgãos de pesquisa, e disponibilizá-los, por intermédio da internet, em forma de painéis, mapas, gráficos e tabelas de caráter executivo e gerencial. Concebida como uma ferramenta simples e amigável de produção e disponibilização de informações estratégicas, o digiSUS possibilita a consulta, em diversos formatos de dados, sobre a temática de gestão pública do SUS, estimulando e facilitando a produção de análises e informações para os mais diversos perfis de usuários. Com foco no auxílio da tomada de decisão do gestor de saúde e o acompanhamento das políticas públicas da área o digiSUS oferece um panorama da situação de saúde dos municípios, estados, regiões e da união¹.

1 Disponível em: <https://digiSUS.saude.gov.br/gestor/#/sobre>.

Essa atividade é atribuída como função estratégica de gestão, assegurada pela Constituição Federal de 1988, Lei 8.080/1990, Lei Complementar 141/2012 e regulamentada pela [Portaria de Consolidação GM/MS 01, de 27 de setembro de 2017](#), que estabelece diretrizes e aponta instrumentos normativos para o processo de planejamento, tendo como base os seguintes pressupostos, no parágrafo único do art. 94:

I – planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II – respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III – monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV – 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.

V – compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI – transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII – concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Portanto, a norma já aponta como condição à gestão municipal o planejamento e os respectivos instrumentos: o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão (bimestral). Esses compõem o processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. O Plano de Saúde é um dos resultados do planejamento, assim como o orçamento do governo explícito no Plano Plurianual (PPA), na

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA). Os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e nas leis orgânicas dos Entes federados.

3.4.1 Plano Municipal de Saúde

É o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde municipal, elaborado para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias do Município. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde local e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

O Plano Municipal de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido na lei orgânica do Ente. A elaboração do Plano Municipal de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

- análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:
 - a) estrutura do sistema de saúde;
 - b) redes de atenção à saúde;
 - c) condições socio sanitárias;
 - d) fluxos de acesso;
 - e) recursos financeiros;
 - f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
 - g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;
- definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores;
- o processo de monitoramento e avaliação.

3.4.2 Plano de Ação em Saúde

O Plano de Ação em Saúde é **uma ferramenta de planejamento** em que estão descritas todas as ações em saúde que se pretende realizar durante um exercício (um ano), assim como as atividades a serem desencadeadas, as metas

e os resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis, além das parcerias necessárias para a execução dessas ações. Esse Plano de Ação **busca sistematizar o processo de planejamento** das ações de saúde (vigilância, atenção primária, média e alta complexidade, entre outras) e otimizar a negociação das execuções dessas ações entre Estado e Municípios, considerando a dinâmica local.

Para a elaboração do Plano de Ação, devem-se tomar como subsídios: diretrizes, prioridades e iniciativas da macropolítica, ou seja, das portarias, dos decretos e de outros documentos ministeriais que norteiam a formulação da saúde (BRASIL, 2017). Basicamente o plano comunica:

- o que fazer (ação);
- quem faz (responsável);
- quando fazer (prazo);
- onde será feito (local);
- como será feito (técnicas);
- custo estimado (valor em R\$).

É importante considerar que o Plano de Ação é um dos três instrumentos de interface do Planejamento no âmbito do SUS: Plano de Saúde (quadrienal), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RG). Logo, o **Plano de Ação** faz parte da **sistemática de planejamento da saúde** e tem interface com esses instrumentos, ora se utilizando deles para sua construção, ora fornecendo informações para a sua elaboração, acompanhamento e avaliação.

O **Pacto pela Saúde de 2006** e suas dimensões implicaram, para alguns setores da saúde, mudanças significativas no seu relacionamento direto com Estados e Municípios. Entre essas mudanças, o financiamento das ações, estratégias e programas também passaram por revisões e esses avanços integram a **Portaria de Consolidação GM/MS 06, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, na forma de blocos de financiamento.

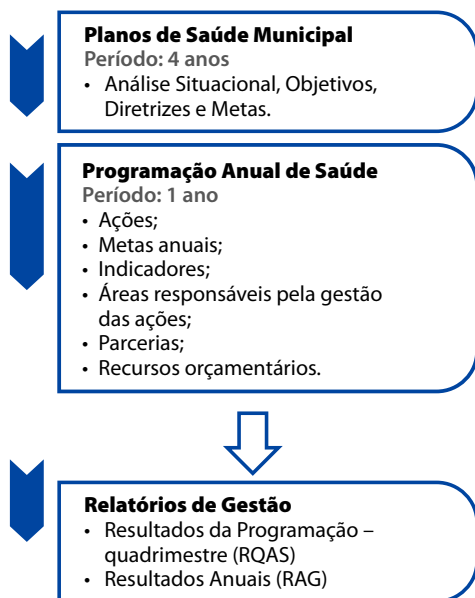
Dessa maneira, o plano deve considerar os dois blocos de financiamento: o Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Estruturação da Rede de Serviços de Saúde.

a) O que deve conter o Plano de Ação?

É a partir do diagnóstico e da análise situacional que serão definidas as ações que a saúde pretende/deve executar durante o ano, assim como o detalhamento dessas ações, no que diz respeito a atividades, metas, recursos, responsáveis, parcerias e resultados implicados.

Por tudo isso, esse Plano de Ação subsidiará a negociação que os Municípios farão com os respectivos Estados (discutidas e acordadas nas comissões intergestores), no que diz respeito à definição das ações que cada Ente executará e ao fluxo de repasses financeiros. Essa negociação acontecerá de acordo com a organização administrativa e a dinâmica estabelecida no âmbito de cada Estado, devendo, por fim, ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), inclusive no que compete a normatizações complementares que se façam necessárias para a formalização dos pactos estabelecidos. A **Figura 4** a seguir representa a interface dos instrumentos que deverão ser utilizados pela gestão municipal.

Figura 4 – Instrumentos normativos de planejamento



Fonte: Adaptado de Brasil (2007), PDVISA.

Realizadas as negociações, o Plano de Ação estará finalizado e deverá ser acompanhado pela equipe da política específica de saúde (Atenção Básica, Saúde do Idoso, da Mulher etc.).

Com os insumos do Plano de Ação, tanto Municípios quanto Estados poderão finalizar a Programação Anual de Saúde, que contempla ações, metas anuais, indicadores, responsáveis e parcerias, além dos recursos orçamentários. Vale ressaltar que, segundo o [Portaria de Consolidação GM/MS 01, de 28 de setembro de 2017](#), a Programação Anual de Saúde deve se orientar pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA). Ao final de cada ano, a área de planejamento da secretaria ou a equipe designada para tal construirá o Relatório de Gestão Anual.

O monitoramento é importante, pois será um dos subsídios para a elaboração do Relatório de Gestão Anual e possíveis adequações aos planos e programações seguintes. Além desse acompanhamento local, faz-se também necessário o monitoramento dos aspectos físicos e financeiros realizados por parte das esferas estaduais e federal, com vistas a subsidiar o planejamento integrado entre as esferas de gestão e os processos de avaliação e prestação de contas governamentais.

b) Sugestão de Plano de Ação

- **Introdução:** relata o processo de elaboração do Plano de Ação, inclusive identificando os pontos positivos e de fragilidade.
- **Análise situacional:** é a parte do Plano de Ação na qual se identifica, fórmula e prioriza problemas a partir de determinada realidade. É importante lembrar que: a) o Plano de Saúde já tem uma análise situacional e que esta pode ser detalhada na vertente da Vigilância Sanitária, exemplificada anteriormente; e b) quando do processo de discussão do Plano de Ação, cada Estado elaborou um relatório, inclusive com o levantamento de problemas relativos à saúde, que pode e deve ser utilizado nessa etapa.
- **Planilha das Ações (APS, Vigilância em Saúde, Gestão etc.):** é a planilha que conterà as ações a serem elaboradas com base nos parâmetros/procedimentos explicitados no elenco norteador de ações e o detalhamento das atividades, resultados e/ou metas anuais e seus

ciamento dessas ações. Por isso a importância de elaborar um plano conectado e respaldado na legislação e nas pactuações das Comissões Intergestores. Ao mesmo tempo, pela tabela, é possível verificar quais as partes que devem ser monitoradas.

c) Monitorar e avaliar

O monitoramento e a avaliação têm sido cada vez mais considerados como práticas importantes quando se busca a melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde. Nesse sentido, ao compor uma parte importante do Plano de Ação, deve-se considerar que:

- monitorar e avaliar são atividades regulares e constantes, ou seja, nunca podem ser no final;
- planejamento tem de ser flexível: para mudar quando se detecta falha ou necessidade de adequação;
- monitorar e avaliar não significa condenar ou apontar falhas. São um desafio à educação, à capacitação;
- servem para ver o que está dando certo, para multiplicar e difundir tais políticas e ações;
- tendo como referência o planejamento, o monitoramento e avaliação serve para verificar o que não está dando certo e os motivos.

No caso da saúde, formas simples de propor e implantar a cultura do monitoramento e avaliação poderiam se dar por uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*:

- **ESTRUTURA** – recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada;
- **PROCESSO** – atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo;
- **RESULTADO** – produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

- INDICADOR OPERACIONAL – indica o volume de atividades realizadas em comparação com o programado. É quantitativo e mensurável. Exemplo: 95% de gestantes fazem pré-natal;
- INDICADOR DE DESEMPENHO – além de quantidade, deve indicar uma qualificação dos resultados, fornecendo sinais que os objetivos foram atingidos. Exemplo: 95% das gestantes fazem, no mínimo, seis consultas de pré-natal e participam dos grupos;
- INDICADOR DE IMPACTO – repercussão mais ampla que os programas podem ter produzido, como mudanças de comportamento, novos hábitos, inclusão social etc. Exemplo: 100% das gestantes acompanhadas tiveram um pré-natal, parto e puerpério sem riscos e mudaram comportamento em relação aos cuidados perinatais (amamentação, autoestima etc.).

No uso de indicadores, seria interessante ter um a dois indicadores por objetivo ou eixo. Por exemplo:

- objetivo: redefinir a lógica da formação profissional;
- indicador: 75% dos atendimentos das crianças na UBS estão incluídos em um programa interdisciplinar.

3.4.3 Controle Social

Considerado um avanço na construção do SUS e grande conquista para sociedade brasileira, o **controle social** está amparado pela Constituição Federal, que estabeleceu a participação da comunidade na gestão do SUS. Sendo regulamentado em 1990 pela [Lei 8.142](#), que propôs a valorização da participação popular no processo decisório por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Quadro 4 – Características da conferência e dos conselhos de saúde

Conferência de Saúde	Conselho de Saúde
<p>São instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do Poder Executivo.</p>	<p>Órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.</p>
<p>Têm o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor novas diretrizes para a política de saúde em cada nível de governo.</p>	<p>Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.</p>
<p>Periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências de Saúde.</p>	<p>Cada Município deve implantar o seu Conselho de Saúde por meio de lei própria.</p>
<p>Analisam os avanços e os retrocessos do SUS e propõe diretrizes para a formulação das políticas de saúde.</p>	<p>As decisões tomadas e discutidas no conselho deverão ser homologadas pelo respectivo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. As atas e resoluções devem ser publicadas oficialmente, garantindo a transparência dos atos do Conselho.</p>
<p>Devem ser paritárias, ou seja, ter igualdade na porcentagem de participantes.</p>	<p>Possui caráter permanente e deliberativo.</p>
<p>Cada Município deve realizar sua conferência. A partir das discussões, é possível buscar melhorias para a saúde local.</p>	<p>Órgão de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal.</p>
<p>Cada conferência possui um regimento próprio. Os relatórios elaborados em cada discussão serão repassados para as conferências estaduais e, posteriormente, para a conferência nacional, gerando assim um único protocolo.</p>	<p>Os conselheiros são considerados de relevância pública, devendo se pautar pela ética, não tendo direito a remuneração ou privilégios.</p>
	<p>O conselho não pode ser transitório, ou seja, funcionar somente quando convocado; deve se reunir, no mínimo, uma vez ao mês ou sempre que necessário.</p>
	<p>As reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa, cabendo ao gestor encaminhar com antecedência o material de apoio às reuniões.</p>

O papel do controle social vai além da simples fiscalização dos serviços de saúde e do uso dos recursos financeiros. A comunidade deve acompanhar e participar permanentemente das deliberações e da gestão em saúde do Município. Esse resgate é responsabilidade dos novos gestores e fundamental para estabelecer uma melhor relação entre o Estado e a sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.



Gestor, integre a comunidade à sua gestão; a população precisa conhecer a realidade de saúde do Município e participar da construção de um sistema de saúde melhor e mais eficiente.

A construção e a manutenção de uma boa relação com o controle social deve ser uma meta do gestor de saúde para todo o período da sua gestão. A possibilidade de oferecer resultados concretos a partir de pactuações para enfrentar os problemas e as demandas do sistema de saúde resultará em impactos positivos na promoção da saúde, na melhoria dos indicadores de saúde, na qualidade de vida da população e certamente uma importante repercussão nas políticas públicas e na defesa dos interesses e dos direitos sociais.



Conheça mais sobre os Conselhos Municipais de Saúde na publicação da área técnica de Saúde, disponível no *QR Code*.



3.4.4 Prestação de Contas: Relatório Anual de Gestão e Relatório Quadrimestral

O **Relatório Anual de Gestão** (art. 99 da PRC 01/2017) é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Deve ser enviado ao respectivo Con-

selho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP, disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens:

- as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- as metas da PAS previstas e executadas;
- a análise da execução orçamentária;
- as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

O **relatório detalhado do quadrimestre anterior** (art. 100 da PRC 01/2017) é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Câmara Legislativa do respectivo Ente da Federação. O relatório quadrimestral do SUS não será objeto de aprovação pelo respectiva Casa Legislativa ou pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde.

O relatório quadrimestral observará o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 459/2012 e conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- 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, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

4 COMPREENDENDO O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Os recursos necessários ao funcionamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Asps) são de responsabilidade tripartite, ou seja, dos três Entes da Federação. Os Municípios portanto, além de empregarem recursos próprios na saúde, são objeto de transferências por parte dos Estados e do governo federal. Essas transferências regulares são denominadas Fundo a Fundo (FaF), e podem ser acompanhadas nos portais do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e no Fundo Estadual de Saúde (FES).

O financiamento das Asps é complexo e envolve uma série de portarias (atos administrativos) que regulamentam repasses específicos para cada política. Nesse sentido, é de extrema importância que, além do regramento das leis e das leis complementares federais, as gestões municipais tenham no seu quadro técnico um olhar cuidado e sistemático para essas portarias.

Outro ponto central quando se trata do financiamento são os sistemas, tanto aqueles que informam produção/atendimento (SIA, e-SUS etc.), equipes e estabelecimentos (Cnes), quanto o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops). A ausência de alimentação correta e no período previsto pelo ministério é fonte de queda de repasse.

No tocante à aplicação do mínimo de recursos na saúde, Municípios e Estados têm definidos percentuais de aplicação tendo por base sua Receita Corrente Líquida (RCL). Aos Municípios cabe aplicar 15% e aos Estados 12% da sua RCL. O governo federal, por sua vez, aplica recursos para Asps seguindo o regramento da Emenda Constitucional 95/2016.

4.1 Implicações federativas do financiamento da saúde

O SUS é administrado de forma tripartite, ou seja, o financiamento é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal. As atribuições e competências comuns e específicas a cada um

deles são definidas na Constituição Federal de 1988, nas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, assim como na Lei Complementar 141/2012.

No âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União vigorará, por 20 exercícios financeiros a contar de 2017, a Emenda Constitucional 95, de 2016, a qual estabeleceu limites para as despesas primárias da União, que seguem as seguintes regras (conforme parágrafo 1º do art. 107 do ADCT):

I – para 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2%;

II – para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

No art. 110 do ADCT, estabelecido pela EC 95, está expressa a nova regra de financiamento federal da saúde, conforme transcrito a seguir:

I – em 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da CF/88; e

II – nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 do ADCT.

Dessa forma, a Emenda do Teto dos Gastos Federais (EC 95) encurtou o prazo da regra constitucional escalonada de aplicação mínima de recursos federais em saúde, permanecendo já em 2017 os 15% da RCL como piso para a União aplicar no SUS.

Constituição Federal de 1988 (**com grifos**)

[...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...]

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);
II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
III – **no caso dos Municípios e do Distrito Federal**, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º **Lei complementar**, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – **os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;**

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;
(...)

A partir de 2018, a regra atual de investimentos mínimos de recursos financeiros federais na saúde pública define que o montante não pode ser inferior a 15% da RCL e será corrigido anualmente, por 20 exercícios financeiros, com base no valor aplicado em saúde no exercício imediatamente anterior, adicionado da variação do IPCA.

A Emenda Constitucional 106, de 2020, define uma excepcionalidade durante a vigência de estado de calamidade pública nacional, reconhecido pelo Congresso Nacional, em razão de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente de pandemia da Covid-19, para que a União adote regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para atender às necessidades dele decorrentes, somente naquilo em que a urgência for incompatível com o regime regular.

É importante ressaltar que a suspensão temporária do Novo Regime Fiscal trazido pela EC 95 se aplica apenas para o período de enfrentamento da pandemia, não produzindo efeitos para a ampliação do orçamento federal destinado à saúde pública em 2021.



Conheça mais sobre os desdobramentos da EC 95 nas gestões financeiras municipais, no MONITOR CNM, disponível no *QR Code*.



A regra complementar indicada no texto constitucional (art. 198), que determina o mínimo que Municípios devem aplicar em Asps, é a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que será abordada logo em seguida. Outra legislação importante é a Lei Federal 4.130, de 17 de março de 1964, que institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

4.1.1 Lei Federal 4320/ 1964: Indicativo da categoria de despesa

Muitas vezes as gestões tem se deparado com a pergunta: quais tipos de despesas é possível liquidar com os recursos FaF do SUS? Dos recursos que recebemos no Município, como saber se são para despesas de custeio ou para despesas de investimento?

Em parte, a resposta para tal questão tem como base a Lei Federal 4.130/1964. Quando tratamos o tipo de despesa possível, referimo-nos à Categoria Econômica da Despesa e sua compatibilidade com a portaria ministerial específica que autoriza/habilita o Município à recepção dos valores. Em especial no seu art. 12º, trata de:

CAPÍTULO III

Da Despesa

Art. 12. A despesa será classificada nas seguintes categorias econômicas: (Vide Decreto-lei nº 1.805, de 1980)

DESPESAS CORRENTES

Despesas de Custeio

Transferências Correntes

DESPESAS DE CAPITAL

Investimentos

Inversões Financeiras

Transferências de Capital

§ 1º **Classificam-se como Despesas de Custeio as dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis.**

[...]

§ 4º **Classificam-se como investimentos as dotações para o planejamento e a execução de obras, inclusive as destinadas à aquisição de imóveis considerados necessários à realização destas últimas, bem como para os programas especiais de trabalho, aquisição de instalações, equipamentos e material permanente e constituição ou aumento do capital de empresas que não sejam de caráter comercial ou financeiro.**

§ 5º **Classificam-se como Inversões Financeiras as dotações destinadas a:**

I - aquisição de imóveis, ou de bens de capital já em utilização;

[...]

Na Lei 4.320/1964, o governo federal indica as categorias econômicas das despesas e a classificação delas. Nesse sentido que se conhece e se pratica a divisão dos recursos direcionados para custeio e investimento. Temos ainda três fontes normativas para compreender e decidir como esses recursos FaF devem e podem ser aplicados: (i) a Portaria STN 448/2002; (ii) a Portaria de Consolidação MS 06/2017; e (iii) a Lei Complementar 141/2012.

No âmbito da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), a **Portaria 448, de 13 de setembro de 2002**, é utilizada por todas as esferas de governo e tem como intuito a necessidade de desenvolver mecanismos que assegurem, de forma homogênea, a **apropriação contábil de subitens de despesas**. Esse documento divulgou o **detalhamento da natureza das despesas** para material de consumo, serviços de terceiros, pessoa física, serviço de terceiros (pessoa jurídica), equipamentos e material permanente.

O Quadro 5, extraído da Portaria STN 448/2002, tem como objetivo auxiliar as gestões municipais a **reconhecer as classificações das ações associadas às categorias corrente e capital**, uma vez que exemplificam em seu anexo os itens para cada classificação de despesa.

As despesas correntes são aquelas relacionadas com ações e serviços manutenção das atividades dos órgãos da administração pública, como despesas com pessoal, juros da dívida, aquisição de bens de consumo, serviços de terceiros, manutenção de equipamentos, despesas com água, energia, telefone etc.

Quadro 5 – Como usar os recursos correntes

AÇÃO	DESPESA CORRENTE
Combustíveis e lubrificantes automotivos. Ex: gasolina, óleo diesel, álcool e afins.	X
Gêneros de alimentação. Ex: açúcar, água, bebidas, café, carnes, frutas, legumes, refrigerantes, verduras e afins.	X
Material farmacológico. Ex: medicamentos, soro, vacinas e afins.	X
Material odontológico. Ex: agulhas, anestésicos, broca, espátula, filmes para raio X, seringas, sugador e afins.	X
Material educativo. Ex: bolas, apitos, material pedagógico, botas especiais e afins.	X
Material de expediente. Ex: agenda, apontador, apagador, bloco de rascunho, caderno, caneta, envelope, régua, toner, plásticos e afins.	X

Fonte: área técnica de Saúde/CNM, 2020.

AÇÃO	DESPESA CORRENTE
Material de limpeza e higienização. Ex: álcool, cera, bomba para inseticida, cesto para lixo, creme dental, desinfetante, flanela, esponja, rodo, sabão, saco para lixo, soda cáustica, toalha de papel, vassoura e afins.	X
Material para manutenção de bens imóveis. Ex: aparelho sanitário, brita, cabo metálico, cal, cano, cerâmica, cimento, cola, isolantes, janelas, ladrilhos, pregos, pias, portas, telha, tijolo, torneira, válvula, verniz e afins.	X
Material para manutenção de bens móveis. Ex: cabos, chaves, cilindros para máquinas copiadoras, compressor de ar, peças e materiais de reposição e afins.	X
Material elétrico e eletrônico. Ex: chaves de ligação, condutores, disjuntores, eletrodos, lâmpadas, luminárias, pilhas, baterias, pinos, placas, resistências, tomadas e afins.	X

AÇÃO	DESPESA CORRENTE
Material de proteção e segurança. Ex: botas, cadeados, calçados especiais, capacetes, chaves, cintos, coletes, dedais, lona, máscara, óculos e afins.	X
Material laboratorial. Ex: bastões, bico de gás, cálices, corantes, filtros de papel, fixadores, frascos, funis, lâminas, lâmpadas especiais, pinças, rolhas, vidraria, pipeta, proveta, termômetro, tudo de ensaio e afins.	X
Material hospitalar. Ex: agulhas, algodão, cânulas, cateteres, gaze, drenos, esparadrapo, fios cirúrgicos, lâminas de bisturi, seringas, termômetro, luvas e afins.	X
Material para manutenção de veículos. Ex: amortecedores, baterias, borracha, cabos, lanternagem e pintura e afins.	X
Ferramentas. Ex: alicate, broca, lima, lâmina, machado, martelo, pá, picareta, serrote, tesoura, trena e afins.	X

Fonte: área técnica de Saúde/CNM, 2020.

AÇÃO	DESPESA CORRENTE
Material para reabilitação profissional. Ex: bastões, bengalas, joelheiras, meias elásticas e afins.	X
Material de sinalização. Ex: placas indicativas, plaquetas, placas sinalizadas, cones, crachás, bótons, identificadores para servidores e afins.	X
Material para reabilitação profissional. Ex: bastões, bengalas, joelheiras, meias elásticas e afins.	X
Material de sinalização. Ex: placas indicativas, plaquetas, placas sinalizadas, cones, crachás, bótons, identificadores para servidores e afins.	X
Locação de imóveis. Ex: aluguel de prédios, salas e outros imóveis de propriedade física e afins.	X
Manutenção e conservação de equipamentos. Ex: reparo, conserto e revisões de aparelhos médicos, odontológicos, hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais e afins.	X
Manutenção e conservação de veículos. Ex: reparo, conserto e revisão como estofamento, funilaria, instalação elétrica, lanternagem, mecânica, pintura e afins.	X

AÇÃO	DESPESA CORRENTE
Manutenção e conservação de bens imóveis. Ex: pedreiro, carpinteiro, serralheiro, pinturas, reparos em instalações elétricas e hidráulicas e afins.	X
Fornecimento de alimentação. Ex: refeições, lanches e similares.	X
Serviço de limpeza e conservação. Ex: faxina, dedetização e afins.	X
Serviço de comunicação geral. Ex: confecção de material para comunicação visual, veículos de comunicação e afins.	X
Serviço de seleção e treinamento. Ex: recrutamento, seleção e treinamento.	X
Serviços médicos e odontológicos. Ex: consultas, raio X, tratamento odontológico e afins.	X
Serviços de apoio administrativos, técnico e operacional. Ex: assistência técnica, capina, jardinagem, operadores de máquinas, motoristas, receptionistas, serviços auxiliares e afins.	X

Fonte: área técnica de Saúde/CNM, 2020.

AÇÃO	DESPESA CORRENTE
Serviços técnicos profissionais. Ex: advocacia, arquitetura, contabilidade, economia, engenharia, estatística e afins.	X
Manutenção de software.	X
Locação de máquinas e equipamentos. Ex: aparelhos de medição e aferição, aparelhos médicos, odontológicos, hospitalares, laboratoriais, telefônicos, calculadores, equipamentos gráficos e afins.	X
Serviço de energia elétrica.	X
Serviço de água e esgoto.	X
Serviço de gás.	X
Serviços domésticos. Ex: cozinha, lavagem de roupas e afins.	X
Serviço médico, hospitalar, odontológico e laboratorial. Ex: análises clínicas, cirurgias, consultas, ecografias, endoscopias, enfermagem, esterilização, exames de laboratório, raio X, tomografias, tratamento odontológico, ultrassonografias e afins.	X

AÇÃO	DESPESA CORRENTE
Serviços de socorro e salvamento. Ex: ambulâncias particulares, ambulâncias, UTI-móveis e afins.	X
Serviços gráficos. Ex: impressos em geral, encadernação, livros, jornais, encartes, folders e afins.	X
Vale-transporte.	X
Transporte de servidores.	X
Serviço de publicidade e propaganda.	X

Fonte: área técnica de Saúde/CNM, 2020.

As despesas de capital são aquelas relacionadas com aquisição de máquinas equipamentos, realização de obras, aquisição de participações acionárias de empresas, aquisição de imóveis, etc. Ainda no contexto da Portaria STN 448/2002, a respeito das despesas de capital, as mesmas foram descritas conforme no Quadro 6.

Quadro 6 – Como usar os recursos de capital

AÇÃO	DESPESA DE CAPITAL
Aparelhos e equipamentos médico, odontológico, laboratorial e hospitalar. Ex: afastador, alargador, aparelho de esterilização, aparelho de raio X, balança pediátrica, berço aquecido, biombo, cadeira de dentista, cadeira de rodas, câmara de oxigênio, centrifugador, destilador, estetoscópio, estufa, maca, medidor de pressão, mesa para exames, microscópio e afins.	X
Embarcações. Ex: canoa, casa flutuante, lancha, navio, rebocador e afins.	X
Máquinas e equipamentos energéticos. Ex: alternador energético, carregador de bateria, estabilizador, gerador, no-break, transformador de voltagem e afins.	X
Máquinas e equipamentos gráficos. Ex: copiadora, picotadeira, teleimpressora, aparelho de encadernação e afins.	X
Máquinas, utensílios e equipamentos diversos. Ex: aparador de grama, aparelho de ar-condicionado, bebedouro, container, furadeira, ventilador de coluna e mesa e afins.	X

Equipamentos de processamento de dados. EX: computador, Datashow, impressoras, leitora, micro e minicomputadores, modem, monitor de vídeo, placas, processador, scanner e afins.	X
Mobiliário em geral. Ex: armário, arquivo de aço ou madeira, balcão, banco, cadeira, cama, carrinho fichário, escrivaninha, estante de madeira ou aço, estofado, quadro para editais, relógio de mesa, sofá, suporte para TV, vitrine e afins.	X
Veículos diversos. Ex: bicicleta, carrinho de mão, carroça, charrete, empilhadeira e afins.	X
Veículos de tração mecânica. Ex: ambulância, automóvel, caçamba, caminhão, carro-forte, furgão, lambreta, motocicleta, ônibus, veículo coletor de lixo e afins.	X

Fonte: área técnica de Saúde/CNM, 2020.

4.1.2 Lei Complementar 141/2012

Como parte da história do financiamento da saúde, foi sancionada em 2012 a Lei Complementar 141, que estabeleceu a necessidade de criar uma metodologia de distribuição dos recursos da União para Estados e Municípios, ratificando o texto do art. 35 da Lei 8.080/1990. A nova legislação define para fins de cumprimento do mínimo constitucional quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (Asps), estabelecendo ainda a obrigatoriedade, para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de declarar e homologar bimestralmente os recursos aplicados em saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).



A Lei Complementar 141/2012 é o documento orientador normativo para a definição do que pode ou não ser considerado gasto em saúde. As suas diretrizes devem ser o ponto fundante de uso dos recursos.



De forma geral, na Lei Complementar 141/2012 temos estabelecidos:

- o valor mínimo e as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- os percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em Asps;
- os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Os principais temas da LC 141/2012 são destacados a seguir.

a) O que são consideradas despesas em saúde

Serão consideradas como despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (Asps) aquelas voltadas para a **promoção, proteção e recuperação da saúde** que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Essas ações devem ter como diretrizes:

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

Além de atender aos critérios estabelecidos, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

b) Quais são as despesas em saúde

Para fins de apuração dos recursos mínimos estabelecidos na LC 141/2012:

- vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- 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 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 na LC 141/2012;
- saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações aqui tratadas, incluindo os encargos sociais;
- ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Além de estabelecer os parâmetros de aplicação dos recursos nas políticas de saúde e respectivas Asps, a LC 141/2012 também define o que não é

considerado como despesas em saúde, inclusive para fins de cálculo do percentual mínimo municipal.

c) Não serão consideradas despesas com Asps

Para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata a LC 141/2012, não serão consideradas as despesas decorrentes de:

- pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressaltando-se o disposto no inc. II do art. 3º da LC 141/2012;
- saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- limpeza urbana e remoção de resíduos;
- preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- ações de assistência social;
- obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida na LC 141/2012 ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

d) Percentual mínimo de aplicação de Estados e Municípios

Estados e Municípios devem aplicar recursos próprios (receita corrente líquida) em Asps:

- os Estados e o Distrito Federal devem aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos

impostos deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

- os Municípios e o Distrito Federal devem aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inc. I do *caput* e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

A eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos deverá, observado o disposto no inc. II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

e) As normas de fiscalização

A LC 142/2012 estabelece que o Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada Ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe a lei, fiscalizará o cumprimento das normas por ela estabelecidas, com ênfase no que diz respeito:

- à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas na LC;
- às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- à aplicação dos recursos vinculados ao SUS.

O papel dos Conselhos Municipais, já descrito nesta cartilha, tem ampla presença na LC 141/2012. No âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC 141/2012 nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas. Também encaminharão ao

chefe do Poder Executivo do respectivo Ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

4.2 Portaria de Consolidação MS 06/2017

A Portaria de Consolidação 06/2017 abarca todas as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. O documento fornece o eixo geral das políticas específicas. Isso significa que as regras gerais do por que e como devem ser utilizados os repasses, por exemplo, da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), constam nesta portaria.

Nos primeiros oito artigos são dados os parâmetros que tratam dos Blocos de Financiamento do SUS, ou seja, do Bloco de Manutenção e do Bloco de Estruturação. Neles constam vedações importantes a respeito do uso dos recursos federais.

Os recursos financeiros referentes ao **Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde são destinados** à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, nos termos da classificação serviço de terceiros do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, instituído pela Portaria STN/SOF 6, de 18 de dezembro de 2018. Da mesma forma, esses recursos são destinados ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao **Bloco de Manutenção** para o pagamento de: (i) servidores inativos; (ii) servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde; (iii) gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde; (iv) pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado; e (v) obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Os recursos financeiros referentes ao **Bloco de Estruturação** da Rede de Serviços de Saúde destinar-se-ão exclusivamente: (i) à aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; (ii) a obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e (iii) a obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao **Bloco de Estruturação** em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

Como passo introdutório ao manuseio da Portaria de Consolidação 06/2017, passamos a referenciar o financiamento das principais ações e serviços de saúde.

4.2.1 Financiamento da Atenção Básica/Primária

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde entre outros. Em termos de financiamento, esse conjunto de ações se apresenta conforme segue.

- **Incentivo para Ações Estratégicas:** este repasse é composto de valores para programas específicos, como o Saúde na Hora, equipe de Saúde Bucal etc. Serve para custeio dos programas, das ações descritas no art. 12-H da Portaria 2.979/2020, além de materiais de consumo associados à garantia deles.
- **Incentivo Financeiro da APS de Desempenho:** serve para custeio de programas, ações e materiais de consumo associados à garantia desses programas, executados na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme Portaria 2.979/2020.
- **Incentivo Financeiro da APS per capita de transição:** serve para custeio de programas, ações e materiais de consumo associados à garantia desses programas, executados na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme Portaria 2.979/2020.

- **Incentivo Financeiro da APS de capitação ponderada:** serve para custeio de programas, ações e materiais de consumo associados a garantia desses programas, executados na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme Portaria 2.979/2020 e 172/2020.

O Quadro 7 mostra um resumo do tipo, portaria e objeto dos repasses da APS.

Quadro 7 – Resumo do uso dos incentivos financeiros da APS

NOME DO REPASSE	PORTARIA DE ORIGEM	OBJETIVO DO RECURSO
Incentivo para ações estratégicas	2.979/2019	Custeio dos programas e ações em saúde que constam no Art 12-H da Prt 2979/2019. Desde 2020.
Incentivo financeiro da ASP - Desempenho	3.222/2019 e NT nº 5/2020-DESF/SAPS/MS	Custeio das ações em saúde que promovam Atenção Primária. Desde 2020.
Incentivo financeiro da APS – capitação ponderada	2979/2019 e 169/2020	Custeio das ações em saúde que promovam Atenção Primária. Desde 2020.
Agente Comunitário de Saúde	1024/2015 e 3.270/2019	Permanece inalterada.
Incentivo financeiro da APS – per capita transição	2.979/2019 e 172/2020	Custeio das ações e serviços de saúde da APS (como no antigo PAB fixo). Perdurou em 2020.
Incentivo financeiro da APS – fator compensatório de transição	173/2020	Custeio das ações e serviços de saúde da APS (como no antigo PAB fixo). Perdurou em 2020.
Portaria editada que prevê, excepcionalmente, a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde	166/ 2021	Institui novas formas de repasses para a APS e mantém os incentivos de Capitação, Desempenho e Ações Estratégicas. Editada em 2021.
Incentivo financeiro de fator de correção. Indica lista de Municípios que receberão esse incentivo financeiro.	214/ 2021 e Anexo I	Prazo: No primeiro quadrimestre do ano de 2021, como trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Editada em 2021.
Incentivo financeiro com base em critério populacional e estabelece os valores desses repasses.	238/ 2021 e Anexos I e II	Prazo: 4 primeiras competências financeiras do ano de 2021, como trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Editada em 2021.

Fonte: área técnica de Meio Ambiente/CNM, 2020.

O Programa Previne Brasil, que desde 2020 permeia o modelo de financiamento da Atenção Básica, sofreu novas modificações no início de 2021. Essas mudanças foram concentradas nas Portarias 166/2021; 214/2021 e anexo I; 238/2021 e seus anexos I e II, além do documento inicial do Programa Previne representam os norteadores do financiamento da APS. As novas regras e os respectivos prazos de duração observarão:

- **Portaria 166/2021**, que dispõe, **excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio** do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021;
- **Incentivo financeiro de fator de correção.** Criado pela Portaria 214/2021. O documento elenca a lista dos 862 Municípios que receberão esse incentivo. O texto estabelece também o prazo de repasse desses valores: primeiro quadrimestre do ano de 2021, como trata a Portaria GM/MS 166/2021. O incentivo será constituído a partir da comparação entre os valores que o Município ou o Distrito Federal fez jus nas 12 competências financeiras do ano de 2019 e o resultado da aplicação, para o ano de 2021, das regras de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. O incentivo financeiro de fator de correção será transferido somente aos Municípios que apresentarem decréscimo dos valores, considerando o resultado da comparação de valores do ano de 2019 e o resultado da aplicação, para o ano de 2021, das regras de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. Os valores serão recalculados a cada quadrimestre.
- **Incentivo financeiro com base em critério populacional.** Criado pela Portaria 238/2021, que estabelece ainda, os valores a repassar aos 5.570 Municípios. O texto estabelece também o prazo de repasse desses valores: nas 4 primeiras competências financeiras do ano de 2021, como trata a Portaria GM/MS 166/2021.

O incentivo financeiro será constituído pelo incentivo com base na população municipal ou do Distrito Federal transferido nas quatro primeiras competências financeiras do ano de 2021. Seu cálculo tem por base o valor

per capita anual de R\$ 5,95; multiplicado pela estimativa da população dos Municípios e do Distrito Federal, de acordo com os dados populacionais do ano de 2019 divulgados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Sobre os valores dos Incentivos de Captação, Desempenho e Ações Estratégicas, a Portaria 166/ 2021 determina que:

O incentivo de captação ponderada será constituído por 100% do potencial de cadastro referente ao incentivo financeiro da capitação ponderada do Município ou do Distrito Federal, nas quatro primeiras competências financeiras do ano de 2021, seguindo a ponderação e os valores das Portarias 2.979/2019 e 169/2020;

O pagamento por desempenho será constituído pelo resultado potencial de 100% do alcance do Indicador Sintético Final do Município ou do Distrito Federal, nas oito primeiras competências financeiras do ano de 2021, seguindo indicativos das Portarias 2.979/2019 e 3.222/2020;

O incentivo financeiro de Ações Estratégicas, de que trata a Seção IV do Título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, obedecerá às regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das ações, programas e estratégia.

Uso dos recursos

Os valores estabelecidos nas Portarias 214/2021 e 238/2021 relacionados ao texto da Portaria 166/2021 têm indicativo de uso de custeio nas Ações e Serviços de Atenção Primária, como indica o Artigo 1º do documento.

4.2.2 Financiamento Ambulatorial e de Média e Alta Complexidade

A recepção e a execução dos recursos de Média e Alta Complexidade dizem respeito ao custeio de ações, programas, serviços e materiais de consumo estabelecidos em portaria ministerial (habilitação de financiamento de serviço específico de MAC, da produção MAC etc.). Os recursos devem obedecer à legislação estabelecida pela Portaria de Consolidação 06/2017 (portarias de origem 204/2007; 3.992/2017 e 828/2020), pelos parâmetros da Lei Complementar 141/2012 e pela Portaria de Consolidação 02/2017, que trata da política e das

subpolíticas associadas à média e à alta complexidade ambulatorial e hospitalar em saúde. O financiamento da Média e Alta Complexidade está presente desde o art. 173 ao art. 415 da portaria de consolidação.

Esses recursos podem ainda ser direcionados para prestadores de serviços ao SUS, como estabelecimentos privados, filantrópicos e consórcios públicos municipais de saúde, para remuneração de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade.

4.2.3 Financiamento da Vigilância em Saúde

O componente de financiamento 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 da saúde, como designado nos incs. I, II e III do art. 433 da Portaria de Consolidação 06/2017. Nesse sentido, os recursos fundo a fundo da VS são passíveis de utilização para diversas ações que se conectam com o “Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus”.

A normativa do Anexo III da Portaria de Consolidação 4/2017, que trata das ações de Vigilância em Saúde, indica:

[...]

Art. 3º As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

Art. 4º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º)

I – a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, I)

II – a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, II)

III – a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, III)

IV – a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, IV)

V – a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, V)

[...]

VIII – outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 4º, VIII).

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador².

4.2.4 Financiamento da Assistência Farmacêutica

O componente de financiamento da Assistência Farmacêutica Básica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos previstos na Relação Nacional de Medicamento Essenciais (Rename), portanto passíveis de uso para enfrentamento da Covid-19, DESDE que esses medicamentos e insumos sejam relacionados com ações da Atenção Primária/Básica à Saúde, tendo como base a Portaria de Consolidação 06/2017 (Portaria de origem 1.555/2013).

4.2.5 Financiamento da Gestão do SUS

Assim como as outras políticas específicas, as ações da gestão do SUS também são foco de financiamento. Nos últimos anos os repasses para esse subgrupo foram diminuindo, em parte porque o financiamento dos demais subgrupos pode ser utilizado para educação permanente, ações de qualificação de equipes, ou seja, atividades anteriormente financiadas pelo antigo Bloco de Gestão.

² Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>.

4.3 Recursos pontuais

Em função da pandemia da Covid-19, ao longo de 2020 o governo federal editou uma série de portarias habilitando Municípios para financiamento das ações de enfrentamento.

É possível visualizar esses repasses pontuais no Fundo Nacional de Saúde (FNS); os repasses para “Coronavírus (COVID-19)” são, na maioria das vezes, referentes a despesas de custeio. A prestação de contas dos recursos relativos ao apoio financeiro previsto será realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) do Ente federativo beneficiado, nos termos da Portaria de Consolidação 06/2017.

4.3.1 Emendas da Saúde

Os recursos destinados aos Municípios por emendas federais tem caráter anual e tem por objeto tanto o custeio de ações e serviços quanto aquisição de equipamentos permanentes, construção, ampliação e reformas estruturais. O processo de indicação se inicia com o contato ao parlamentar, no ano anterior ao repasse dos recursos, e requer da gestão municipal levantamento das demandas, sistematização de registros de produção e uma apurada alimentação dos sistemas associados a registros de intervenções em saúde. Da mesma forma, se tratando de equipamentos permanentes, a alimentação do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (Sigem) cumpre papel fundamental no processo de definição de quais características mínimas os equipamentos deverão apresentar.

Para que o Município seja habilitado ao recebimento, o Ministério da Saúde publica, ao longo do ano, a portaria com a autorização de envio do repasse para o Fundo Nacional de Saúde (FNS). Nela constarão, minimamente: se o recurso tem como foco a Atenção Básica (Incremento do Piso Fixo da Atenção Básica-PAB) ou a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Incremento MAC), unidade da Federação, nome do Município, tipologia da emenda e valor em reais.

O cuidado inicial com o uso desses recursos é com relação à origem da emenda federal. Isso se deve a uma vedação constitucional a respeito da impossibilidade do uso de emendas individuais para custeio de folha de pessoal

e encargos sociais. Essa vedação está instituída pelos parágrafos 9º e 10º do art. 166 da Constituição Federal.

4.3.2 Reprogramação de recursos de emendas federais

As emendas federais, desde que realizados certos parâmetros, podem ser reprogramadas. Esse realinhamento tem como base legal as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, a [Resolução do Conselho Nacional de Saúde 453/2012](#) e a Resolução [Comissão Intergestora Tripartite 22/2017](#). Além dessas legislações, é necessário verificar a portaria da emenda federal específica.

Com base nessas normativas, a gestão municipal deve encaminhar pedido de reprogramação ao Conselho Municipal de Saúde. Este por sua vez submete o pedido de reprogramação à Plenária do Conselho para aprovação ou não da reprogramação.

Publicado no Diário Oficial da União (DOU), no dia 18 de dezembro, o Decreto 10.579/2020, flexibiliza o prazo para os Municípios utilizarem os restos a pagar das despesas na área da saúde. Assim, as transferências financeiras realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos fundos de saúde estaduais, municipais e distrital, em 2020, para enfrentamento da pandemia de Covid-19, **poderão ser executadas pelos Entes federativos até 31 de dezembro de 2021.**

Na hipótese no Decreto, as parcelas das despesas empenhadas em 2020 relativas a contratos, convênios, acordos ou ajustes de vigência plurianual a serem executadas em 2021 terão seus saldos não liquidados cancelados pela unidade gestora responsável até 31 de dezembro de 2021. Ainda segundo o texto, para fins de transparência e controle, os Entes federativos informarão a aplicação dos recursos no quadro de informações gerenciais relacionadas à aplicação de recursos no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde, conforme estabelecido em ato do Ministério da Saúde.

A CNM reforça que, para fins de reprogramação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores podem utilizar a Lei Federal 8142/1990 e tramitar a reprogramação no Conselho Municipal de Saúde, tornando o ato ainda mais robusto em termos de transparência e controle social.

Para mais informações acesse a [NT nº 03/2021 - Reprogramação dos saldos de recursos financeiros federais para enfrentamento à COVID-19](#).

5 SAÚDE NO ÂMBITO DO CORONAVÍRUS: LEI 13.979/2020 E PORTARIAS DE RECURSOS FINANCEIROS

5.1 Ações de enfrentamento da Covid-19

É necessário apontar que as ações de enfrentamento da infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2, tanto na Atenção Primária à Saúde quanto na Média e Alta Complexidade, Vigilância e Assistência Farmacêutica, não se distanciam das ações já realizadas no cotidiano dos serviços.

O manejo clínico da Covid-19 é composto de práticas clínicas existentes nas Redes de Atenção à Saúde: avaliação de síndrome gripal (SG), avaliação de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), serviços ambulatoriais e hospitalares, até mesmo internação. O detalhamento da implementação do Programa de Trabalho 10.122.5018.21CO.6500 reforça tal entendimento: financiamento de ações e serviços públicos de saúde compreendidos por ações de atenção básica, vigilância, média e alta complexidade, bem como aquisição e distribuição de medicamentos e insumos, aquisição de equipamentos, contratação de serviços de saúde, contratação temporária de pessoal, divulgação de informações à população, bem como outras despesas necessárias para o enfrentamento do coronavírus.



Obtenha mais detalhes jurídico-organizativos nos materiais da Área da CNM.



5.2 Recursos financeiros federais

No caso da emergência nacional em saúde instaurada por força da pandemia, inaugura-se a possibilidade de execução em qualquer ação, desde que respeitadas as despesas correntes passíveis de pagamento como indicado nas portarias específicas, por exemplo, 1.666/2020, 1.857/2020, 2.222/2020 e assim por diante.



Na Biblioteca Virtual da CNM, estão disponibilizadas inúmeras Notas Técnicas com o detalhamento do uso dos valores liberados no subgrupo Coronavírus.



Dentre esses repasses destaca-se a Portaria 1.666/2020, que aportou mais de R\$ 13 bilhões a Estados e Municípios, tendo assim uma importância ímpar nos cofres municipais da saúde. O uso do recurso é livre para toda e qualquer ação de enfrentamento da Covid-19, bastando classificá-lo corretamente no respectivo orçamento. Indica-se a leitura da *NT 23/2020 – Contabilização de transferências fundo a fundo para ações emergenciais*.

6 ORIENTAÇÕES PARA UMA BOA GESTÃO

Para além das questões tidas como próprias da saúde, a assistência social e a educação são políticas essenciais para que o Município tenha capacidade de promover o cuidado, diagnosticar e transformar as condições sociais e de saúde da população.

6.1 Planejar para além da saúde: a importância da assistência social e da educação

Quando se fala do SUS, muitas vezes ficam associadas situações como problemas de acesso, longas filas, infraestrutura inadequada, sistema que não responde às necessidades de toda população, entre outros. As críticas são importantes para que possam ser questionadas e enfrentadas. No entanto, o SUS também precisa ser analisado do ponto de vista da amplitude de ações.

Nesses princípios, a atuação transdisciplinar é essencial. Uma boa saúde começa com educação para a saúde, ou seja, dotar crianças, jovens, adultos e idosos de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como à saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo. Tais ações não se limitam ao campo exclusivo da Política de Saúde e, portanto, o bom gestor municipal deve privilegiar a formulação e execução de estratégias, ações e programas, tendo a atuação e o auxílio de todas e todos os profissionais da assistência e da educação.

Outro ponto importante nessa transdisciplinaridade é que, se tanto assistentes quanto educadores compreenderem o SUS e como funcionam e quais as funções dos serviços de saúde, a partir da orientação no ambiente escolar ou assistencial as famílias poderão ser corretamente orientadas a buscar esta ou aquela unidade, evitando filas de espera desnecessária, a lotação de emer-

gências e urgências e conseqüentemente o agravamento da situação da saúde da pessoa sem orientação adequada.

6.2 Reduzir a judicialização da saúde

A judicialização das políticas públicas é um tema muito recorrente na área municipal. Às vezes, o Judiciário como um todo – juízes, promotores, defensores e advogados – entendem que, a partir do relato e da apresentação ou não de documentos, as pessoas comprovam a necessidade de pleitear judicialmente a garantia do direito à saúde. De fato, existem problemas locais, estaduais e federais que resultam na busca dos operadores do direito e do sistema de Justiça como único meio de ter assegurado o direito das pessoas. Um sistema complexo e subfinanciado, sem ter ainda as devidas pactuações asseguradas, representa a junção de fatores para uma crescente judicialização.



Conheça mais sobre os Passos para diminuir a judicialização da Saúde no *QR Code*.



É no âmbito dos Comitês Locais que são possíveis movimentos de aproximação com os agentes do sistema Judiciário presentes na localidade com o Executivo municipal. Esse movimento resulta na formação de redes de cooperação. Tal aproximação envolve, além do Executivo municipal, os seguintes atores: Ministério Público Estadual, Secretaria Municipal da Saúde – secretário(a), farmacêutico(a) e corpo técnico, Defensoria Pública do Estado, Defensoria Pública da União, Ministério Público Federal, Magistratura Estadual, Magistratura Federal, Procuradoria do Estado, Procuradoria do Município, Coordenadoria Regional de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Integran-tes do sistema público de saúde (hospitais, Unidades de Saúde), Seccional ou Subseção da OAB e Conselhos das profissões.

Um dos objetivos desse Comitê/Rede deve ser o de construir, em conjunto, estratégias de diminuição da judicialização. Sem a participação dos operadores do sistema Judiciário, o objetivo da diminuição torna-se mais desafiador. São essas instituições que os representantes do Município (Executivo, Legislativo, trabalhadores da saúde/assistência social e Procuradoria Municipal) devem buscar posteriormente para estabelecer uma pauta conjunta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). *Resolução 22/2017*. Dispõe complementarmente sobre a execução dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, no âmbito da Portaria GM/MS 3.134, de 17 de dezembro de 2013. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/RESOLUCAO_CIT_22_2017.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Decreto 6.017/2007*. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Emenda Constitucional 106/2020*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde*. 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: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Lei Complementar 141/2012*. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL. *Lei Federal 4.320, 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: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Lei 11.107/2005*. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l111107.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011*. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto 7.508/2011*. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. *Pacto pela Saúde de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

BRASIL. *Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. *Portaria 448, de 13 de setembro de 2002*. Divulga o detalhamento das naturezas de despesas 339030, 339036, 339039 e 449052. Secretaria do Tesouro Nacional. Disponível em: <http://www.ifto.edu.br/ifto/reitoria/pro-reitorias/prop/espaco-pesquisador/comissao-analise-financeira-caf/portaria-448-2002-natureza-de-despesa.pdf/view>. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL. *Portaria de Consolidação 06/2017*. Consolidação das normas sobre o Financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL. *Portaria de Consolidação GM/MG 03, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 15 out. 2020

BRASIL. *Portaria de Consolidação GM/MS 01, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 15 out. 2020.

FERREIRA, F. W. *Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981, 157 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ Fiocruz). *Gestão do Cuidado*. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf. Acesso em: 7 abr. 2020.

GIORDANI, J. A. La planificación como proceso social. Un esquema de análisis. *Cuadernos Sociedade Venezolana de Planificación: Teoría y Método de la Planificación*, 3, p. 147-77, 1979.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, Mar. 1991. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1991000100004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19 ago. 2020.

HABERMAS, Jürgen. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MENDES, EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil. In: E. Gallo. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, p. 117-49.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006. p.767-782, tab. 114 Saúde: planejamento e gestão pública municipal (Saúde em debate, 170).

TEIXEIRA, C. *Planejamento em Saúde*. Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). *Cuadernos Médico Sociales*, 39, p. 3-28, 1987.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre-Rio de Janeiro: Artes Médicas-Abrasco, 1992, 226 p.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, Aug. 2003.



Compartilhamento de boas práticas

Acesse o *Conteúdo Exclusivo* no Portal da CNM e conheça boas práticas ou inclua uma nova boa prática do seu Município! Participe e compartilhe o conhecimento local. Acesse pelo QR code.





Sede

Palácio dos Municípios Paulo Ziułkoski
 SGAN 601 – Módulo N
 CEP: 70830-010
 Asa Norte – Brasília/DF
 Tel/Fax: (61) 2101-6000

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
 Bairro Menino Deus
 CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
 Tel/Fax: (51) 3232-3330

www.cnm.org.br

 /PortalCNM

 @portalcnm

 /TVPortalCNM

 /PortalCNM

 app.cnm.org.br

