

Manual de Auditoria do SUS

TCE/MT

Produção de Conteúdo Técnico

Supervisão

Risodalva Beata de Castro..... *Secretária Geral de Controle Externo*

Coordenação e Revisão

Volmar Bucco Júnior..... *Secretário de Desenvolvimento do Controle Externo*

Elaboração

Márcio Emanuel Pacheco..... *Consultor Técnico*

Victor Augusto Godoy..... *Assessor Técnico*

Homologação

Comitê Técnico do TCE/MT

APRESENTAÇÃO

No exercício de sua missão institucional de fiscalizar os recursos públicos, o Tribunal de Contas de Mato Grosso definiu o objetivo estratégico de elevar a qualidade e celeridade de suas ações de controle. Uma das iniciativas para a consecução desse objetivo é aperfeiçoar os instrumentos de controle externo.

Nesse contexto, apresentamos o Manual de Auditoria do SUS – TCE/MT como ferramenta de auxílio às equipes técnicas em suas atividades de auditoria no âmbito do Sistema único de Saúde - SUS, em conformidade com as normas e melhores práticas internacionais e nacionais.

O manual traz um contexto histórico da evolução do sistema de saúde no Brasil, faz uma abordagem conceitual e operacional do Sistema e apresenta sugestões de pontos para verificação em auditoria, sempre envolvidos em uma base teórica, sugerindo os principais itens a serem verificados e as técnicas de auditoria utilizadas em cada caso.

VolmarBucco Junior
Auditor Público Externo
Secretário de Desenvolvimento do Controle Externo

1.1.1.ComissõesIntergestores.....	9
1.1.2.Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	9
2.Alternativas assistenciais.....	10
2.1.1.Características e condicionantes dos modelos de atenção.....	11
3.Vigilância Sanitária.....	11
4.Vigilância Epidemiológica.....	11
5.Não Esquecer (Resumo da Teoria).....	39
5.1.1.Atenção (Pontos a Verificar).....	46
5.1.2.Técnicas de Auditoria Recomendadas.....	51
6.Não Esquecer (Resumo da Teoria).....	52
6.1.1.Atenção (Pontos a Verificar).....	56
6.1.2.Técnicas de Auditoria Recomendadas.....	58
7.Não Esquecer (Resumo da Teoria).....	59
7.1.1.Atenção (Pontos a Verificar).....	60
7.1.2.Técnicas de Auditoria Recomendadas.....	60
8.Não Esquecer (Resumo da Teoria).....	61
8.1.1.Atenção (Pontos a Verificar).....	62
8.1.2.Técnicas de Auditoria Recomendadas.....	66
9.Não Esquecer (Resumo da Teoria).....	67
9.1.1.Atenção (Pontos a Verificar).....	70
9.1.2.Técnicas de Auditoria Recomendadas.....	71
10.Não Esquecer (Resumo da Teoria).....	72
10.1.1.Atenção (Pontos a Verificar).....	73
10.1.2.Técnicas de Auditoria Recomendadas.....	73

I. Introdução

1. A Constituição Federal (CF), em seu artigo 196, prevê que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”.
2. O artigo 198 da CF, por sua vez, cria um sistema único, com uma rede regionalizada e hierarquizada, que oferece ações e serviços públicos de saúde, organizado segundo diretrizes de: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.
3. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui a atribuição primordial de ofertar ações e serviços de saúde para a população brasileira, de modo universal (seja o beneficiário contribuinte da Previdência Social ou não), integral, igualitário e com a participação da sociedade.
4. O SUS inova também por ofertar ações e serviços que ultrapassam o pensamento tradicional de se remunerar a doença, como era a prática anterior, ao se custear apenas serviços de recuperação da saúde. Com o SUS, há uma mudança de rumos onde se procura atingir também a promoção e a proteção da saúde, com ações programáticas e integradas, dando ao gestor municipal (que possui melhores condições operacionais de bem desempenhar as ações e serviços de saúde, por estar próximo ao usuário e conhecer as particularidades de sua microrregião) a autonomia necessária para utilizar os meios existentes com maior propriedade.
5. A participação da comunidade e de profissionais de saúde no processo decisório e no controle do Sistema ocasiona, por seu turno, um debate e um exercício de desenvolvimento da cidadania raros em nossa sociedade, acostumada historicamente a ter suas mudanças propostas em planejamentos unicamente descendentes, alheios a debates, o que, muitas vezes, trouxe ações que ignoraram as reais necessidades da população. Desse modo, há a atuação, em todas as esferas, de Conselhos de Saúde, com participação de usuários de modo paritário com profissionais e gestores, formulando diretrizes e atuando no controle social exercido sobre a gestão do Sistema. Almeja-se exercer a *accountability*, instrumento das democracias em que os gestores públicos devem explicações e responsabilizam-se perante a sociedade.
6. O SUS valoriza também o funcionamento da Federação, pois exige dos gestores negociação, integração, articulação e pactuação em Comissões Bi- (Estado e Municípios) e Tripartites (União, Estado e Municípios), o que resulta em definição de atribuições e programação das ações e serviços. Visa-se a que a descentralização resultante não oferte apenas serviços de complexidade reduzida, mas também aqueles que agregam maiores tecnologia e especialização.
7. Apesar de toda uma base bem planejada e normatizada do SUS, há muito campo para crescimento e aperfeiçoamento de seus controles. Inúmeras impropriedades e

irregularidades, no que diz respeito a financiamento, estruturação, gestão, transparência e avaliação são percebidos pela população, divulgados nos meios de comunicação, ou verificados pelos órgãos de controle. Essas falhas apontam para a dificuldade de o sistema atingir a efetividade desejada, ou seja, o impacto para a sociedade almejado no texto constitucional.

8. A atuação do controle exercido sobre o Sistema pelos órgãos originalmente destinados para tal, integrantes do SNA (Sistema Nacional de Auditoria do SUS), não atinge ainda o patamar desejado de aferição de metas e resultados, de modo a se apurar se houve efetividade, e de verificação da conformidade de saldos e de operações de modo a prevenir e coibir fraudes. Do mesmo modo, a atuação dos órgãos de controle federais e estaduais que atuam no Sistema (tribunais de contas, ministério público, controladorias etc) não se mostra especializada, instrumentalizada e capilarizada o suficiente para acompanhar e monitorar o maior sistema público de saúde do mundo. Nem poderia, dadas as dimensões do SUS. Assim, fundamental a existência de um controle social conscientizado de seu poder-dever, e que também esteja capacitado e informado para atuar como uma primeira defesa do Sistema.

9. Como panorama futuro, verifica-se a continuação do processo de urbanização do país e o envelhecimento da população, que exigirão maiores gastos com o setor sanitário, e emprego mais eficiente dos recursos já disponíveis.

10. Nesse contexto, a disseminação de boas práticas de gestão, conhecimentos sobre o Sistema e de técnicas de fiscalização faz-se imprescindível para auditores dos tribunais de contas e controladorias, e para membros de conselhos de saúde. Daí a elaboração deste Manual, que divide-se em dezgrandes temas: Estruturação do SUS (FMS, FES, CMS, CES, CIB), Financiamento do SUS (LC 141/2012), Planejamento em Saúde (PS, PAS, PPI, COAP), Estruturação da Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Regionalização e Regulação, Execução das Políticas de Saúde – Programas Prioritários, Auditoria no SUS, Prestação de Contas no SUS, Controle Social.

A. Origem do SUS

11. No Brasil, a assistência médica sempre esteve ligada à Previdência Social nas diferentes etapas de sua implantação. Primeiro, foi exercida pelas caixas de benefício e pensões, posteriormente, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Em seguida, com a edição do Decreto-Lei n.º 72, de 21.11.66, todos os Institutos foram unificados no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Posteriormente, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, pela Lei n.º 6439, de 1.9.77, ocorreu uma reorganização da previdência, com a separação dos vários institutos por área de atuação. Nesse momento, é criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Cabe destacar que a manutenção financeira do sistema cabia particularmente aos empregados e empregadores e, em particular, os serviços prestados eram a eles limitados.

12. O surgimento do SUS _ apesar de ter tido sua estrutura jurídica definida na Constituição Federal de 1988 _ remonta ao próprio processo de redemocratização política do Brasil. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, estabeleceu os fundamentos básicos do modelo sanitário a ser definido pelo Constituinte, qual seja: sistema unificado, de caráter nacional, com cobertura universal e integral, centrado no Estado e em suas

instituições. Esta Conferência foi precedida de debates na imprensa, partidos políticos, sindicatos, instituições de ensino e pesquisa.

13. O detalhamento do Sistema vem a ser exposto nas Leis n.os 8.080/90 (condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços de saúde) e 8.142/90 (participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais), e na Norma Operacional Básica n.o 01/96 e NOAS 01/2002. Delas, constam, inclusive, as atribuições dos organismos colegiados que funcionam no Sistema.

14. Diz o texto constitucional que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O sistema proposto é custeado por recursos da União, Estados e Municípios; permite ainda a compra de serviços de particulares.

15. Como antecedentes do SUS, ainda em governos militares, encontram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado de Descentralização de Saúde.

B. Sistema de Saúde no Brasil: Evolução Histórica

16. A Constituição de 1934 criou o direito à assistência como parte dos direitos apenas dos trabalhadores e não de todos os cidadãos.

17. A seguir, em 1967, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tendo, somente, os trabalhadores contribuintes da previdência, direito a assistência médica.

18. A Constituição de 1967 ampliou a responsabilidade do Estado em relação a aspectos específicos da saúde e da assistência médica, e criou os alicerces para o estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde em 1975.

19. Entre as Constituições de 1934 e 1967 houve avanços importantes, como a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 40, que tinha como objetivos a saúde pública e a medicina preventiva, mas acabou se tomando, de fato, a principal fonte de assistência à saúde individual para populações de áreas afastadas, sem acesso ao sistema de previdência social; houve também a criação de vários programas do Ministério da Saúde com o intuito de enfrentar doenças transmissíveis, como a varíola e a febre amarela; em 1966, houve a consolidação dos programas de assistência médica, invalidez e pensões em uma única entidade pública, o INPS.

20. Segundo a OPAS (Organização Pan-americana da Saúde) e OMS (Organização Mundial da Saúde), a Constituição de 1967 tratava a saúde de maneira muito genérica, como pode ser confirmado através do Texto Constitucional:

Art.8º Compete à União:

...

XIV estabelecer e executar planos nacionais de educação e saúde, bem como planos regionais de desenvolvimento;

...

XVII legislar sobre:

...

c) normas gerais de seguro e previdência social; de defesa e projeto de saúde;

...

Art. 164. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social;

...

XV assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva .

21. Em 1975, surge a Lei n.º 6.229, com o objetivo de especificar a estrutura institucional do setor saúde e as responsabilidades do Ministério da Saúde, principalmente em relação ao estabelecimento de políticas e coordenação de atividades de outros órgãos e níveis de governo. A União com esta lei visava a organizar o Sistema Nacional de Saúde.

22. No Sistema Nacional de Saúde, as competências para execução de ações e serviços de saúde estavam divididas da seguinte forma:

A União:

a) Ministério da Saúde formular a política nacional de saúde e executar atendimentos de interesse coletivo (cuidar de doenças transmissíveis, elaborar normas técnico-científicas, definir a política nacional de alimentação e nutrição, coordenar as ações de vigilância epidemiológica, controlar as drogas, medicamentos e qualidade dos alimentos, fixar normas e padrões técnicos para prédios e instalações destinados a abrigar serviços de saúde, cuidar da fiscalização sanitária, incluindo as migrações humanas e sobre a exportação e importação de produtos e bens de interesse da saúde);

b) Ministério da Previdência e Assistência Social cuidar do atendimento médico-assistencial individualizado, credenciar as entidades sem fins lucrativos para integrarem o subsistema público, contratar serviços de saúde de terceiros e entidades privadas lucrativas ou não;

c) Ministério da Educação e Cultura promover a formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, técnico e auxiliar necessários ao setor de saúde, manter os hospitais universitários ou de ensino, integrando-os no sistema nacional de saúde e prestando serviços de assistência a comunidade;

d) Ministério do Interior atuar nas áreas de saneamento, nas situações de calamidade pública, na orientação da política habitacional com vistas a observarem, além da moradia e conforto necessário, condições de higiene e equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde de seus moradores.

e) Ministério do Trabalho cuidar da higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes, de doenças profissionais e desenvolver programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.

B– Estados, Distrito Federal e Municípios:

a) integrar suas atividades no campo da saúde no SNS;

b) criar e executar, com a colaboração dos órgãos federais, serviços básicos do SNS previsto para a unidade federada;

c) criar e manter serviços de saúde do sistema estadual, assistir técnica e financeiramente os municípios e cooperar com os órgãos federais.

C Municípios:

a) manter os serviços de prontoso socorro;

b) manter a vigilância epidemiológica.

23. O sistema de saúde brasileiro sofreu várias mudanças durante as décadas de 70 e 80. Em 1975, foi criado o Plano de Pronta Ação que consistia na assistência emergencial nas redes do próprio INPS, sem exigir a participação do paciente no sistema de previdência social. Este plano, na verdade, foi o primeiro passo a uma universalização dos serviços do INPS (mais tarde INAMPS), além da evolução do direito comparativo (relacionado ao trabalho) para o direito do cidadão.

24. As tentativas de universalização continuaram, e isto envolvia o INAMPS, o Ministério da Saúde, serviços estaduais e municipais. Para tanto foi criado o Programa de Interiorizaçãodas Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), inicialmente estabelecido no Nordeste _ o PREVSAÚDE _, em 1976 e em 1979, ampliado para todo país.

25. O Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), instituído em 1977 sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) era composto pelas seguintes entidades:

Instituto Nacional de Previdência Social INPS
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social INAMPS;
Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA;
Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor - FUNABEM;
Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV;
Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social IAPAS;
Central de Medicamentos CEME.

26. Nesta época, não havia um sistema de saúde que fosse o responsável pela garantia da saúde da população. E nem poderia existir tal sistema, uma vez que somente ao trabalhador segurado da Previdência Social se garantiam serviços de assistência à saúde.

27. Entre 1964 e 1980, a cobertura por serviços prestados ou financeiros pelo INAMPS passou de menos de 1/4 para 50% da população do Brasil. Houve ainda uma tentativa de ampliar a cobertura do sistema e ao mesmo tempo socializar a sua operação por meio de programa nacional de serviços básicos de saúde (PREVSAÚDE) de 1980.

28. O PREVSAÚDE tinha um cronograma ambicioso de investimentos, mas a recessão de 1982 que o país passava afetou negativamente o fluxo de investimentos públicos na área da assistência médica.

29. A década de 80 foi caracterizada pela descentralização da responsabilidade pelos serviços de assistência à saúde, repassados a Estados e Municípios; e pela centralização (ou integração) dos diferentes órgãos atuantes no setor de saúde no nível federal. Em 1980 foi criada a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) que tinha como atribuição coordenar as atividades dos principais ministérios envolvidos com saúde (Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social), além do Ministério da Educação e Cultura responsável pelos hospitais universitários. Sua principal função era determinar como esses ministérios transfeririam os recursos federais para Estados e Municípios.

30. Em 1980, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária(CONSP), formado por representantes de sete ministérios, sindicatos, firmas e profissionais de saúde, com o encargo de reduzir os custos. Tendo por fim diminuir os orçamentos, alguns dos objetivos deste plano seriam a criação, no futuro, de um sistema de saúde unificado, ênfase na assistência primária, maior utilização da rede pública (normalmente subutilizada). Estas propostas foram objeto de discussão na reforma sanitária e depois na Constituição de 1988.

31. Em 1984, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), houve uma melhora na coordenação dos setores e incentivo a descentralização, buscando maior eficiência na prestação dos serviços.

32. Em 1987/1988, foi criado o Sistema Unificado e Descentralização de Saúde (SUDS), que foi um avanço comparado às AIS, principalmente com a cessão de pessoal do INAMPS para os secretários estaduais e municipais de saúde, a universalização do acesso ao sistema de saúde e a transformação do INAMPS em INSS. Os escritórios regionais do INAMPS foram extintos e suas funções transferidas para as secretarias estaduais.

33. Além disso, o SUDS previa a transferência dos hospitais do INAMPS para governos estaduais e dos centros de saúde estaduais e hospitais locais para o município. O SUDS visava dar atendimento gratuito à população com acesso aos serviços públicos médico-hospitalares e descentralizar, através de convênios, serviços de saúde a cargo da União.

34. Com a Constituição de 1988, surge a 3ª Grande Reforma do Sistema de Saúde: é previsto o Sistema Único de Saúde (SUS), afinal criado pela Lei n.º 8.080/90.

35. A principal mudança (um avanço) em relação às constituições anteriores é a declaração do direito ao acesso igual e universal aos serviços e ações de saúde independentemente da renda e da ocupação do cidadão ou do fato do serviço em questão ser preventivo, curativo, de reabilitação ou de proteção.

36. Observa-se, portanto, a introdução de um conceito mais amplo de ação governamental em saúde: por um lado, a saúde passa a ser um direito facultado a todos os cidadãos do País. Por outro, passa a ser atribuição do Estado não apenas o combate à disseminação de doenças entre a população, seja por intermédio de campanhas de proteção à saúde, ou via ações curativas, mas também a coordenação de políticas capazes de:

- a) influir positivamente nas condições gerais do indivíduo (alimentação, educação, lazer, trabalho, etc.) e no seu ambiente (transporte, meio ambiente, saneamento, moradia, etc.), possibilitando a elevação de seu bem-estar físico, mental e social;
- b) compensar as desigualdades econômicas, sociais e regionais existentes.

37. A EC 29/2000, que prevê o percentual do orçamento a ser empregado em saúde, apenas em 2012 teve sua regulamentação aprovada: a LC 141/2012, que contém também diretrizes de avaliação, fiscalização e controle do Sistema.

38. É relevante o caso de a sigla não ter a letra D representando: 'descentralizado' do antigo SUDS, porque o novo sistema é, de fato, a recentralização parcial da autoridade federal. Isso aparece de forma mais expressiva na exigência de aprovação pelo nível federal, com base em análises técnicas, da utilização que os estados e municípios se propõem a fazer dos recursos federais, antes que estes sejam repassados.

CRONOLOGIA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA PÚBLICA NO BRASIL

- 1923 Lei Eloy Chaves cria Caixas de Aposentadorias e Pensões CAPs.
- 1930 Criado os Institutos de Aposentadorias e Pensões IAPs.
- 1934 A constituição estabelece o direito "corporativo" à assistência médica vinculada ao emprego, estabelecendo as bases para um sistema de previdência social.
- 1940 Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).
- 1954 Lei n.º 2.312 define as responsabilidades federal e estadual em relação a assistência médica.
- 1960 Lei da Previdência Social.
- 1966 Integração de instituições de seguro social independentes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
- 1967 Extintos os IAPs que foram substituídos pelo INPS. A Constituição reafirma o direito vinculado ao emprego à assistência médica e amplia as responsabilidades do nível federal em relação à saúde.
- 1974 Criase o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). Criase o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).
- A Lei n.º 6.229 estabelece a estrutura do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e os papéis do INPS e do Ministério da Saúde.
- O Plano de Pronta Ação (PPA) abre a rede do INPS para todos, no caso da assistência emergencial.
- 1976 Criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS): colaboração entre o INAMPS e o Ministério da Saúde no Nordeste.
- 1977 Implantase a guia de internação hospitalar.
- 1978 Criase o SIMPAS (IAPAS, INPS, INAMPS).
- 1979 Extensão do PIASS a todo país.
- 1980 Criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE).
- Criação da Comissão Interestadual de Planejamento (CIPLAN), em conjunto com o INAMPS, Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura; subsequente criação das Comissões Interministeriais de Saúde no nível estadual e a comissão local inter-institucional da saúde no nível municipal.
- 1981 Criação do CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária).
- 1982 Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano do CONASP).
- 1983 Implantase a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Iniciam-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), universalizando a assistência e as prefeituras passam a receber por produção.

1984 Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). SAMHPS/AIH (Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social/Autorização Hospitalar), o início do Sistema de Pagamento Prospectivo para internados.

1987 Decreto n.º 94.657: estabelece os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

1988 Constituição estabelece direitos individuais e irrestritos à assistência médica: "*saúde direito de todos e dever do Estado*", e cria o SUS. Municipalização da provisão de serviços de saúde, com assistência financeira e técnica dos governos estaduais e federal.

1990 Leis n.ºs 8.080/90 e 8.142/90 estabelecem o Sistema único de Saúde (SUS).

1991 Norma operacional básica 01/91 transfere poderes das secretarias estaduais para as municipais.

Unidade e Cobertura Ambulatorial (UCA), o sistema de reembolso para o atendimento ambulatorial é lançado.

1993 Publica-se a NOB n.º 01/93 e implementam-se as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

1994 Extingue-se o INAMPS, com a implementação da Lei n.º 8.689/93.

1996 Publica-se a NOB 01/96.

1997 Criado o Piso de Atenção Básica (PAB).

Publica-se a IN 01/97, normatizando a habilitação de Estados e Municípios.

1998 Publica-se a Instrução Normativa (IN n.º 01/98), substituindo a IN 01/97.

Publica-se o Manual para a Organização da Atenção Básica.

2000 – EC 29/2000, fixando limites mínimos para aplicação de recursos em saúde.

2001 Publica-se a NOAS 01/01.

2002 Publica-se a NOAS 01/02.

2006 – Portarias 399 (Pacto pela Saúde), 699 (Pacto pela Saúde) e 1097 (PPI)

2010 – Portaria 161 (TCEP)

2011 – editado o Dec 7508 que regulamenta a Lei 8.080/90; editada a Portaria 940 (Cartão SUS)

2012 – Sancionada a LC 141/2012 que disciplina a EC 29/2000

II. Estrutura do Sistema – Base Teórica

C. Instâncias de Articulação Intergovernamental

1.1.1. Comissões Intergestores

39. A Norma Operacional Básica do SUS (NOB 96) define que os gestores Federal e Estadual são os promotores da harmonização, modernização e integração do SUS, nas dimensões nacional e estadual, respectivamente. Essa tarefa de articulação intergovernamental ocorre no interior de organismos colegiados específicos, principalmente na Comissão Intergestores Bipartite CIB, no âmbito estadual, e na Comissão Intergestores Tripartite CIT no âmbito nacional. As Comissões Intergestores têm, portanto, a finalidade de assegurar a articulação entre as três esferas de governo, de forma a garantir a direção única em cada uma delas e para que não ocorra duplicidade ou omissão na execução das diversas ações.

40. A Comissão Intergestores Tripartite é constituída paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, da entidade de representação dos Secretários Estaduais de Saúde CONASS, e da entidade de representação dos Secretários Municipais de Saúde CONASEMS.

41. A Comissão Intergestores Bipartite, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde COSEMS, sendo que um dos representantes dos municípios é o prefeito da capital.

42. Um dos instrumentos utilizados nas relações intergovernamentais é a Programação Pactuada (entre gestores) e Integrada (entre as instâncias de governo). A PPI é um instrumento de negociação que traduz, para todos os níveis de gestão, as responsabilidades, objetivos, metas, referências de atendimento entre os municípios, recursos e tetos orçamentários e financeiros. Cada gestor elabora uma programação de ações e serviços que precisam ser realizados. É com base nessa programação municipal que os gestores estaduais, com a participação do Conselho Estadual de Saúde CES e da CIB, definem quanto do dinheiro federal e estadual deve ir para cada município.

1.1.2. Consórcios Intermunicipais de Saúde

43. Amparado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/09/1990, art. 10) e pela Lei 11.107/2005, o consórcio intermunicipal de saúde é uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. É, portanto, iniciativa eminentemente municipal, que pode ter participação estadual também, não configurando uma nova instância, intermediária ao município, no âmbito do estado.

44. Configura-se como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, viabilizando o compartilhamento de recursos financeiros, técnicos e gerenciais, possibilitando aos municípios, principalmente menores, terem acesso a serviços de maior complexidade.

45. As experiências existentes em consórcios municipais de saúde permitem caracterizar a estrutura administrativa deles da seguinte maneira:

Conselho de Municípios. Em geral composto pelos Secretários Municipais de Saúde, representando os municípios. É a instância máxima de deliberação e condução política do consórcio;

Conselho Fiscal, responsável pelo controle da gestão financeira do consórcio; e

Secretaria Executiva ou de Coordenação, responsável pela implementação das ações, cujo coordenador é indicado pelo Conselho de Municípios.

46. Devese ressaltar a participação da comunidade em todo o processo de formação e funcionamento dos consórcios, seja por meio dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios integrantes, seja por outros meios de comunicação e participação (imprensa, câmara de vereadores, etc.) existentes na região do consórcio.

D. Financiamento da Saúde

47. O financiamento dos gastos com saúde é feito, do ponto de vista das finanças públicas, como os demais gastos do setor público, isto é, pelos tributos diretos, indiretos e outras receitas do Governo.

48. Os modelos de financiamento da atenção à saúde são:

- a) Modelo Assistencialista.
- b) Modelo Previdencialista.
- c) Modelos Universalistas Unificado
 Diversificado

49. As características do Modelo Assistencialista são:

- a) exclusividade para atendimento da população de baixa renda;
- b) financiado pela esfera federal;
- c) não-vinculação dos recursos.

50. As características do Modelo Previdencialista são:

- a) destinado a setores específicos do mercado de trabalho;
- b) financiamento via contribuições sociais dos agentes demandantes e ofertantes no mercado de trabalho destes setores específicos.

51. Os Modelos Universalistas são aqueles destinados a realizar a atenção à saúde de toda a população (Sistemas Nacionais de Saúde). Podem ser unificados ou diversificados dependendo do tipo de gestão implementado.

52. Até 1990, as fontes de financiamento dos programas federais de saúde eram:

- a) Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS);
- b) contribuições do Tesouro Federal;

- c) receitas patrimoniais;
 - d) receitas de capital.
53. As principais componentes do FPAS eram:
- a) contribuição compulsória sobre o salário dos empregados;
 - b) contribuição compulsória dos empregadores.
54. O Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) da Conta do Tesouro era a principal fonte de financiamento da saúde no Brasil. Atualmente, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) da Conta do Tesouro financia os gastos em saúde.
55. As principais fontes de financiamento do FNS são:
- a) Contribuição para Financiamento da Seguridade Social;
 - b) Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas;
 - c) Recursos Diretamente Arrecadados;
 - d) Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT);
 - e) Serviços de Comercialização de Medicamentos;
 - f) Operações de Crédito Externas.

E. Modelos de Atenção e Práticas Sanitárias

2. Alternativas assistenciais

56. Os dirigentes de saúde enfrentam um dilema no dia a dia: atender às necessidades sentidas individualmente pelas pessoas, suas queixas, seus incômodos; ou utilizar os recursos, que sempre são escassos, para tentar resolver os problemas prioritários, ou seja, aqueles que afetam com maior frequência ou maior gravidade o conjunto da população. No jargão do planejamento em saúde, tal dilema é traduzido como: *atender à demanda ou programar a oferta*. Trabalhar com a demanda espontânea ou com a oferta programada? O que será mais importante? São excludentes? É necessário fazer uma escolha entre estas duas alternativas?
57. **Atender à demanda:** significa voltar-se para resolver os problemas das pessoas, na medida em que elas procuram os serviços de saúde. Ou seja, o sistema atua e tem contato com a pessoa apenas quando esta adoece ou necessita de um cuidado individual. É a forma mais tradicional de atenção e obedece apenas a um planejamento relativamente simplificado, que envolve o dimensionamento dos recursos humanos, materiais, tecnológicos, realizado em função das estimativas de demanda espontânea. A vantagem é dar atendimento imediato, tempestivo, às queixas ou problemas no momento em que causam mal estar nas pessoas. Este tipo de atenção é importante para lidar com casos individuais, concretos, não com processos coletivos, porque permite dar alívio à dor e ao sofrimento das pessoas e porque permite detectar problemas que se tornariam mais graves se não detectados.
58. No entanto, atender exclusivamente à demanda é insuficiente enquanto intervenção sobre o processo saúde-doença. Este tipo de atuação é equivalente a, na atividade clínica, tratar os sintomas e as queixas, ignorando a necessidade do diagnóstico das causas reais.

Este tipo de atenção deixa de atuar nos processos de produção e reprodução das doenças nas coletividades.

59. A alocação de recursos neste tipo de sistema tende a ser ineficiente porque aloca os recursos quase que exclusivamente nas atividades curativas de alcance individual, por não considerar os diferentes níveis de gravidade e a distribuição de doenças na população. Um sistema construído nestas bases tem baixo impacto sobre os índices de saúde e tende a apresentar custos crescentes, o que pode inviabilizar o caráter público e induzir a privatização, devido a que de maneira geral os sistemas privados não atendem à demanda, baseando-se no atendimento a demanda de pacientes individuais, o que representa maiores taxas de lucro. O serviço de pronto atendimento é um exemplo de atendimento a demanda, onde todos são atendidos, mas poucos têm seus problemas resolvidos.

60. **Programar a oferta:** é uma estratégia desenvolvida para enfrentar os problemas gerados pelos serviços baseados na lógica do atendimento do sintoma clínico. Este tipo de pensamento já estava na base das ações de combate a endemias e epidemias, que representavam um certo tipo de oferta programada. No entanto, foi a partir da década de 70 que esta estratégia passou a ser gerada como parte das críticas e alternativas propostas ao modelo clínico, pelos seus altos custos e baixa efetividade sobre o quadro sanitário.

61. Foi desenvolvida então a idéia dos programas de saúde, implicando reformulação de práticas, visando enfrentar os problemas específicos de saúde de uma dada comunidade, mediante a oferta programada de ações e serviços. Os programas voltados para públicos e patologias específicas proliferaram, sendo base para a proposição de um modelo geral de organização das práticas de saúde.

62. A programação de oferta baseia-se na premissa de que é possível e desejável, por meio do enfoque epidemiológico, conhecer e hierarquizar os problemas de saúde das populações, definindo suas necessidades e discriminando as ações tecnicamente necessárias e suficientes para enfrentá-las.

63. A organização de um programa deve evitar o erro de priorizar de forma absoluta o coletivo, prejudicando o atendimento das demandas individuais. Isto levaria à perda da razão de ser do serviço que é o bem estar das pessoas. Levaria também à perda da confiança nos serviços, reduzindo a possibilidade do desenvolvimento da consciência sanitária e de posturas de solidariedade social.

64. Os sistemas de saúde devem realizar simultaneamente os dois tipos de funções: atender à demanda das pessoas e enfrentar de forma programada os problemas de saúde prioritários, com base em diagnóstico epidemiológico.

2.1.1. Características e condicionantes dos modelos de atenção

65. A organização das ações de intervenção no processo saúde-doença, em uma determinada sociedade, é chamada de modelo de atenção ou modelo assistencial. Pode ser conceituado como a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, de forma a enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade.

66. O modelo assistencial é uma combinação de práticas sanitárias, intervindo nos diversos estágios e múltiplas dimensões do processo saúde-doença, em busca de resultados capazes de satisfazer às necessidades individuais, tal como sentidas e demandadas pelas pessoas e as necessidades coletivas de saúde, tal como detectadas e processadas técnica e politicamente. Este novo paradigma integra três tipos de ação: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e a atenção curativa.

67. A promoção da saúde engloba as providências no plano de políticas públicas, decorrentes da compreensão da saúde como produto social, portanto visando a intervir no conjunto de fatores biológicos, ambientais e comportamentais que, em sua interação, propiciam maiores ou menores níveis de saúde e bemestar.

68. A prevenção das doenças e acidentes se caracteriza como um modo de atuar que busca se antecipar à ocorrência dos agravos, atuando sobre problemas específicos, para proteger indivíduos ou grupos de risco. As imunizações, o controle pré-natal e educação para a saúde voltada para a mudança de hábitos são exemplos de ações voltadas para o risco individual. A prevenção voltada para grupos sociais pode ser caracterizada pelo controle de riscos ocupacionais nas empresas e pelo controle de vetores de doenças transmissíveis. Intervenções preventivas gerais ou sobre o conjunto da sociedade podem ser exemplificadas pela restrição ao fumo em ambientes públicos, a fluoretação da água e o controle sanitário de alimentos.

69. A atenção curativa é dirigida à cura, ao prolongamento da vida, à diminuição do sofrimento e à reabilitação. Normalmente dirigida a indivíduos, pode também ser orientada a grupos humanos como no caso de tratamentos grupais de endemias como a malária. Limitada na sua capacidade de alcançar a saúde, a atenção curativa atende às necessidades dos demandantes e é fator de estabilização psicossocial de uma população, contribuindo para a qualidade de vida.

F. Vigilância À Saúde:

3. Vigilância Sanitária

70. A **Vigilância Sanitária** é um dos instrumentos do Estado para a busca da proteção à saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. É um espaço de intervenção na saúde, no sentido da adequação do sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário às demandas sociais de saúde. Sua ação a leva a auditar a qualidade de serviços de saúde, produtos, ambientes e relações de trabalho, intervindo na área de saúde pública e na área econômica. Esta ação é fundamentada no poder de polícia, inerente ao Estado, e por ele legitimamente exercido ao privilegiar os interesses da sociedade em detrimento de interesses privados ou individuais.

4. Vigilância Epidemiológica

71. A **Vigilância Epidemiológica**, por meio do acompanhamento da ocorrência de agravos e das mudanças nas condições de saúde, tem como objetivo subsidiar a formulação e a implementação de políticas, bem como a organização dos serviços e ações de saúde, respondendo pela informação e análise do quadro sanitário; e subsidiando o estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos no setor.

72. A Constituição de 1988 determinou ser competência do SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, inserindo-as no campo das ações preventivas, de melhoria das condições de saúde, de identificação e controle dos riscos ambientais e de controle da qualidade dos produtos de consumo humano.

73. A Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19/9/90, inclui como atribuições do SUS, a "assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas". A formulação expressa nesta lei distingue as vigilâncias como conjuntos de ações diferenciadas: as de intervenção sobre os fatores que afetam a saúde vigilância sanitária e aquelas que levam ao conhecimento das condições de saúde e seus determinantes vigilância epidemiológica.

III. Fundamentos operacionais do Sistema e atribuições das esferas de governo

G. Base Constitucional

74. Nos termos do art. 197 c/c o art. 198, da CF, as ações e serviços de saúde – executados diretamente pelo Poder Público ou por unidades do setor privado contratado ou conveniado – integram rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, que deve atuar visando um fim comum.

75. A regionalização refere-se à distribuição espacial dos serviços destinados ao atendimento de uma região. Nesse sentido, as unidades devem ser distribuídas de forma a garantir o acesso da população, levando em conta a proximidade do local de trabalho e moradia e as condições de transporte.

76. A hierarquização, por sua vez, está relacionada à organização da rede de serviços em conformidade com o nível de complexidade e especialização, cabendo disponibilizar os equipamentos e recursos necessários à sua resolução (completo e integral atendimento dos usuários).

77. Nos termos definidos na Constituição Federal, o SUS deve ser organizado à luz das seguintes diretrizes:

A - descentralização, com direção única em cada esfera de governo, significando a transferência de atribuições do Governo Federal às esferas estaduais e municipais, dentro de um processo de redução da ação federal e ampliação da municipal. Tal medida tem por base o princípio de que o ente municipal está mais próximo à população, estando, por conseguinte, mais capacitado a identificar suas necessidades e adotar as medidas mais adequadas a seu atendimento;

B - atendimento integral – englobando todo o conjunto de necessidades do indivíduo, do nível mais simples aos tratamentos mais elaborados – com prioridade para as atividades preventivas (de promoção e proteção à saúde), sem prejuízo dos serviços assistenciais (de recuperação da saúde);

C - participação da comunidade, por intermédio do controle social exercido pelos conselhos de saúde.

Do texto constitucional:

Seção II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [\(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 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: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

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; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

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. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#) [Regulamento](#)

I - os percentuais de que trata o § 2º; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

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; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. . [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006\)](#)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010\)](#) [Regulamento](#)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos

requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006\)](#)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

H. Lei Orgânica da Saúde – LOS

78. A implementação do SUS, instituído pela Constituição Federal, teve início com a elaboração da Lei n.º 8.080, de 19/09/90, que objetivou regular as ações e serviços de saúde, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Posteriormente, foi editada a Lei n.º 8.142, de 28/12/90, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Por serem, as duas, leis complementares, o conjunto de seus dispositivos é considerado como a Lei Orgânica da Saúde – LOS.

79. A Lei Orgânica da Saúde definiu o SUS como sendo o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, atuando a iniciativa privada em caráter complementar, por intermédio de convênios ou contratos firmados, preferencialmente, com entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (art. 4º, caput e § 2º, e artigos 24 e 25 da Lei n.º 8.080/90).

80. Em consonância com o disposto no art. 198, inciso I, da CF, estabelece o art. 8º c/c o art. 9º da Lei n.º 8.080/90, que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS devem se

pautar nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis crescentes de complexidade, sendo a direção do SUS única, exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- a) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- b) no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- c) no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, sendo facultado a constituição de consórcios entre os municípios para o desenvolvimento conjunto de ações e serviços de saúde a eles correspondentes (art. 10 da Lei n.º 8.080/90 e art. 3º, § 3º, da Lei n.º 8.142/90).

81. As competências de cada esfera de governo estão estabelecidas nos artigos 15 a 19 da Lei n.º 8.080/90.

82. Releva ressaltar que, por intermédio da Lei n.º 9.836, de 23/09/99, foi acrescentado Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde, da Lei n.º 8.080/90, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. O financiamento desse subsistema é de responsabilidade da União. Não obstante, estados, municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais podem atuar complementarmente no custeio e na execução das ações.

83. Nos termos do art. 1º da Lei n.º 8.142/90, cada esfera de governo deve contar ainda com as seguintes instâncias colegiadas, as quais possibilitam a participação da comunidade no processo decisório:

- a) Conferências de Saúde: fóruns constituídos por representantes de vários segmentos sociais, entre os quais profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviços, políticos, membros da comunidade acadêmica e usuários, que se reúnem a cada quatro anos, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;
- b) Conselhos de Saúde: órgãos colegiados compostos por representação paritária do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que, em caráter permanente e deliberativo, devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

84. Da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado, apresentam-se seus pontos principais para o controle:

84.1. Dever do Estado:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no

estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

84.2. Fatores determinantes e condicionantes:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

84.3. Constituição do SUS e participação privada complementar

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

84.4. Modelo Assistencial: programando a oferta e atendendo à demanda, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

84.5. Princípios legais seguidos pelo SUS:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

84.6. Regionalização

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

84.7. Gestores da Saúde

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o [inciso I do art. 198 da Constituição Federal](#), sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

84.8. Consórcios Intermunicipais

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (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.

84.9. Fóruns de Negociação e Pactuação entre os gestores

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). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

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; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

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; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

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. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

84.10. Atribuições Comuns dos Gestores

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

84.11. Competências específicas do Ministério da Saúde

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. ([Vide Decreto nº 1.651, de 1995](#))

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

84.12. Competências específicas das Secretarias Estaduais de Saúde

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

84.13. Competências específicas das Secretarias Municipais de Saúde

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

84.14. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

84.15. Participação Complementar privada

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

84.16. Exercício de cargo de chefia ou de função de confiança no SUS

Art. 26. ...

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

84.17. Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

...

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012)~~

84.18. Do Planejamento e do Orçamento: processo ascendente. Obrigatoriedade de as ações em saúde estarem previstas no plano de saúde

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

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

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

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

84.19. Gratuidade das ações e serviços

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

I. Normas Operacionais Básicas

85. Após a edição da Lei Orgânica da Saúde, o Ministério da Saúde passou a utilizar como instrumento de regulação e operacionalização do SUS as chamadas Normas Operacionais Básicas – NOBs. O normativo ainda vigente, que veio a substituir as edições anteriores (NOB 01/91, NOB 01/92 e NOB 01/93), é a NOB 01/96, sobre a qual discorreremos a seguir.

85.1. A NOB 01/96, em consonância com o disposto no art. 198 da CF, tem por finalidade básica promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.

86. Esse exercício envolve não apenas a prestação de serviços de saúde, mas também a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda integralmente às demandas individuais por saúde e às exigências sanitárias ambientais. Tem-se, portanto, que o município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde dos indivíduos residentes em seu território, superando o papel exclusivo de prestador de serviços e assumindo seu papel de gestor do SUS.

87. Nesse processo, a NOB 01/96 define a atenção à saúde como sendo todo o “conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais”, compreendendo três grandes campos:

- a) da assistência, que corresponde às atividades dirigidas às pessoas, prestadas no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, em especial o domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, incluindo as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental; e
- c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença, tais como às afetas ao emprego, habitação, educação, lazer e alimentação.

88. Nos três campos de atenção à saúde, enquadram-se os chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção (educação, alimentação, nutrição, aconselhamentos de cunho genético e sexual, etc.), proteção (vigilância epidemiológica e sanitária, vacinações, saneamento básico, etc.) e recuperação (diagnóstico e tratamento de doenças, acidentes e danos, reabilitação e limitação da invalidez, etc.), nos quais deve ser priorizado o caráter preventivo.

89. Conforme a NOB 01/96, as ações e serviços de atenção à saúde devem ser desenvolvidos em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o chamado SUS-municipal. O SUS-municipal deve estar voltado para o atendimento integral de sua população e inserido no SUS em sua abrangência estadual e federal.

90. Os estabelecimentos do subsistema municipal não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem ter sede no município. As ações podem ser desenvolvidas por unidades públicas (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas), desde que estejam organizadas e coordenadas pelo gestor municipal.

91. Cabe, nesse contexto, diferenciar os conceitos de gerência e gestão. O primeiro corresponde à administração de uma unidade ou órgão de saúde. O segundo, refere-se à responsabilidade pela direção de um sistema de saúde. A par dessa diferença, temos que, independentemente da gerência do estabelecimento prestador de serviços, a gestão do SUS-municipal é competência exclusiva do poder público municipal, na figura do secretário municipal de saúde.

92. Em decorrência das diferenças encontradas entre os diversos municípios e estados brasileiros, a NOB 01/96 previu as seguintes condições de gestão passíveis de habilitação, que envolvem responsabilidades, requisitos e prerrogativas ali estabelecidas:

- a) para os municípios:
 - Gestão Plena de Atenção Básica - GPAB; e
 - Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM.
- b) para os estados:
 - Gestão Avançada do Sistema Estadual - GASE; e

- Gestão Plena do Sistema Estadual - SPSE.

93. Enquanto um município não assumir a gestão do seu sistema municipal, habilitando-se em uma das condições de gestão previstas, cabe ao estado, provisoriamente, a gestão do SUS naquele território municipal.

94. Devido ainda aos diferentes níveis de complexidade dos sistemas municipais de saúde, cabe também ao poder público estadual mediar a relação entre eles, em especial quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município. Isso porque, sendo o gestor do sistema municipal responsável pelo controle, avaliação e auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município, o pagamento a um estabelecimento pela prestação de serviços, seja à população local ou à proveniente de outros municípios, deve ser feito sempre pelo poder público municipal da sede da unidade de saúde.

95. Há a necessidade, portanto, que os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios sejam alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Para tanto, faz-se necessário o estabelecimento de negociações entre os gestores, as quais devem ser mediadas pelo estado, que é responsável pela decisão a respeito dos problemas surgidos. A mediação entre os gestores estaduais, quando das referências interestaduais, é responsabilidade do gestor federal.

96. As instâncias básicas para negociação são a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, integrada pelos gestores municipal, estadual e federal, e as Comissões Intergestores Bipartite – CIB, integradas pelos gestores estadual e municipal. Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem como são pactuadas e integradas as programações entre os gestores e entre as esferas de governo. São também pactuados os tetos financeiros possíveis, oriundos dos recursos das três esferas de governo.

97. A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

98. A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde – SES e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da capital. A CIB pode ainda operar com subcomissões regionais.

99. Nos termos da NOB 01/96, a permanência do município na condição de gestão a que for habilitado está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

100. Da mesma forma, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação realizado pelo Ministério da Saúde e submetido à CIT, tendo por base critérios estabelecidos por essa Comissão e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

J. Assistência à Saúde e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001 e 01/2002

101. A assistência à saúde, nos termos da NOB 01/96, compreende as atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, prestadas no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar. A regulamentação da assistência foi atualizada pelo Ministério da Saúde mediante a NOAS-SUS 01/2001, a qual foi publicada por meio Portaria nº. 95, de 26/01/2001.

102. O referido normativo teve por objetivo o aprofundamento do processo de descentralização, mediante a ampliação da ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da Secretaria Estadual de Saúde.

103. O conjunto de estratégias apresentadas pela NOAS 01/2001 articulou-se em torno do pressuposto de que a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema seriam elementos centrais para o avanço do processo de consolidação e aprimoramento do SUS.

104. Nesse sentido a NOAS 01/2001 estabeleceu o processo de regionalização da assistência como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, tendo como instrumento de ordenamento o Plano Diretor de Regionalização – PDR, a ser elaborado pelas secretarias de saúde estaduais e do DF, em consonância com o Plano Estadual de Saúde.

105. Reafirmou-se, por meio desse normativo, a responsabilidade do gestor estadual, solidariamente com os municípios de referência, pela garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência, devendo ele organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

106. A NOAS 01/2001 promoveu ainda a atualização das condições de gestão, com a instituição da Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA como sucessora da Gestão Plena de Atenção Básica – GPAB. A partir desse normativo, os municípios podem se habilitar em duas condições, em relação às quais devem assumir as responsabilidades, cumprir requisitos e gozar de prerrogativas ali definidas:

- Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA;
- Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM (quem estiver habilitado em GPSM, estará também habilitado em GPABA).

107. Para habilitação em GPABA, o município deve definir como áreas de atuação estratégicas mínimas: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde bucal, da criança e da mulher, observando as ações definidas na NOAS, que devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto de Atenção Básica – PAB (Portaria GM/MS n.º 3.925/98).

108. O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações da Atenção Básica Ampliada compreende aqueles cobertos pelo PAB, acrescidos dos procedimentos constantes da NOAS.

109. Para financiamento desses procedimentos, foi instituído o PAB-Ampliado, sendo que os municípios que já recebiam o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado, não têm acréscimo no valor per capita. Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estão aptos a receber o PAB-Ampliado, assumindo a condição de GPABA, após avaliação das SES, aprovação da CIB, e homologação da CIT.

110. A NOAS tratou ainda da organização dos serviços de média complexidade e alta complexidade, tendo consignado a responsabilidade solidária do Ministério com as Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

111. A partir da publicação da NOAS, no entanto, foram identificados diversos entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes:

- das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais;
- da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

112. Em consequência, foi reaberto processo de negociação na CIT, cujas propostas resultaram na elaboração da NOAS-SUS 01/2002, aprovada pela Portaria 373, de 27/02/2002. Este normativo, ao tempo que visou assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS 01/2001, procurou oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades oriundas de sua implementação.

102. Consoante a NOAS 01/2002, o Plano Diretor de Regionalização – PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões, microrregiões e módulos assistenciais, e do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o PDR deveria subsidiar o processo de qualificação de regiões/microrregiões, e contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual e prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais, de forma a garantir:

- a) acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:
 - a.1) assistência pré-natal, ao parto e puerpério;
 - a.2) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;

- a.3) cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações;
- a.4) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- a.5) tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- a.6) atendimento das afecções agudas de maior incidência;
- a.7) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- a.8) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- a.9) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- a.10) controle das doenças bucais mais comuns;
- a.11) suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.
- b) acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

103. Na elaboração do PDR devem ser observados os seguintes conceitos chaves:

- a) Região de saúde: base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela SES, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando, entre outras, as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços e relações entre municípios. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. A menor base territorial de planejamento regionalizado (que pode ser uma região ou uma microrregião de saúde), pode compreender um ou mais módulos assistenciais;
- b) Módulo assistencial: módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, constituído por um ou mais municípios, com as seguintes características:
 - b.1) conjunto de municípios entre os quais há um município-sede habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adstritos; ou
 - b.2) município em GPSM ou em GPABA, com capacidade para ofertar com suficiência a totalidade dos serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal para a sua própria população, quando não necessitar desempenhar papel de referência para outros municípios (ou seja, quando não for município-pólo);
- c) município-sede do módulo assistencial (em GPSM ou GPABA): município existente em um módulo assistencial que tenha capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adstritos;

d) município-pólo (em GPSM ou GPABA): município que apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção;

e) unidade territorial de qualificação na assistência à saúde: base territorial mínima para qualificação na assistência à saúde a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e CIT. Ela deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, podendo ser uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas Unidades da Federação em que o modelo adotado não admitir microrregiões).

104. O PDR deve conter, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

- a) descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
- b) identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
- c) Plano Diretor de Investimentos - PDI para atender às prioridades identificadas, preferencialmente indicando cronograma e fonte de recursos;
- d) inserção e papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
- e) mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação, visando à garantia do acesso da população aos serviços;
- f) proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;
- g) identificação das necessidades e proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

105. A solicitação de qualificação de cada região/microrregião de saúde deverá ser encaminhada à CIT após ter sido aprovada na CIB e no Conselho Estadual de Saúde. Cabe à Secretaria de Assistência à Saúde efetuar análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões, devendo encaminhar à CIT parecer para subsidiar sua decisão quanto à homologação do processo. Após a homologação na CIT do processo de qualificação de uma microrregião, o montante dos recursos destinados à cobertura de sua população e da população residente nos municípios a ele adscritos, passa a ser transferido por uma das duas formas:

- a) fundo a fundo ao estado habilitado, quando o município-sede do módulo assistencial for habilitado em GPABA;
- b) fundo a fundo ao município-sede de cada módulo assistencial, quando esse for habilitado em GPSM, sendo que a parcela relativa à população dos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso – TCGA.

106. O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso – TCGA corresponde à garantia de atendimento à população referenciada, que deve ser assinado pelo gestor municipal e pelo gestor estadual quando o município-sede do módulo ou município-pólo estiver em GPSM.

107. O TCGA tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na Programação Pactuada e Integrada – PPI a serem ofertadas nos municípios-pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, o processo de acompanhamento e revisão do termo e as sanções previstas.

108. A parcela relativa às referências intermunicipais pode ser alterada pelo gestor estadual nas seguintes situações, detalhadas no TCGA:

- a) periodicamente, em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;
- b) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do TCGA e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;
- c) pontualmente, por meio de alteração direta da SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no TCGA), a ser informada à CIB na reunião subsequente, nos seguintes casos: redirecionamento do fluxo de referência de um município-pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada; abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro ou descumprimento, pelo município em GPSM, dos acordos estabelecidos no TCGA.

109. Nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção, ou seja, não há transferência fundo a fundo, o valor é indicado pelo gestor municipal conforme o executado e o pagamento é efetuado pelo Ministério da Saúde em seguida.

110. A NOAS trata ainda da organização dos serviços de média e alta complexidade.

111. A Atenção de Média Complexidade – MC compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique sua oferta em todos os municípios do País.

112. Excetuando-se as ações mínimas da média complexidade a serem oferecidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações de média complexidade (ambulatoriais ou hospitalares), podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, devendo o gestor estadual adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, tendo como principal instrumento a PPI.

113. Cabe ao gestor estadual coordenar um processo de planejamento global no estado, de forma a:

- a) evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços;
- b) estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da

população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de PPI entre os gestores.

114. Estabelece a NOAS que a garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado de Saúde e do DF. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação de alta complexidade. A regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual.

115. A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo (alta densidade tecnológica, alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios). A programação deve prever, se necessário, a referência de pacientes em outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação deve ser consolidada pelo Ministério da Saúde. Ela deve ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria Estadual de Saúde de um limite financeiro claro para seu custeio.

116. Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, devem desempenhar as funções referentes à regulação e organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores. Nas demais situações, as funções de regulação dos serviços, de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar aos gestores municipais as funções de controle e avaliação dos prestadores, incluindo o processo autorizativo.

117. Por fim, cabe salientar que, nos termos definidos na NOAS 01/2002, o controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, deve compreender o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratação de serviços – de acordo com as necessidades identificadas, o interesse público e legislação específica – o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições. A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

K. Vigilância Sanitária

118. De acordo com a alínea "a" do inciso I do art. 6º da Lei n.º 8.080/90, a execução de ações de vigilância sanitária, está incluída no campo de atuação do SUS. O § 1º do art. 6º da mesma Lei conceitua vigilância sanitária como:

um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I.** controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II.** o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

119. Tais ações são executadas por instituições da administração pública direta e indireta da União, estados, Distrito Federal e municípios (alínea “d” do inciso III e incisos VII e VIII do art. 16; alínea “b” do inciso IV e os incisos XII e XIII do art. 17; e alínea “b” do inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.080/90).

120. A competência da União definida no art. 2º da Lei nº 9.782, de 26/01/99, posteriormente alterada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/08/01, será exercida:

- a) pelo Ministério da Saúde, no que se refere à formulação, ao acompanhamento e à avaliação da política nacional de vigilância sanitária, e das diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- b) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com relação à implementação e à execução do disposto nos incisos II a VII do art. 2º, do referido normativo, tendo por finalidade promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, e de portos, aeroportos e fronteiras;
- c) pelos demais órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, cujas áreas de atuação se relacionem com o sistema.

L. Vigilância Epidemiológica

121. De acordo com a alínea “b” do inciso I do art. 6º da Lei nº 8.080/90, a execução de ações de vigilância epidemiológica configura um dos campos de atuação do SUS, compreendendo “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

122. O controle epidemiológico deve ser exercido nas três esferas administrativas, estando as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal definidas nos artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080/90.

M. Planejamento no SUS

123. Tendo por objetivo o fortalecimento da capacidade de planejamento e de organização dos sistemas de saúde, bem como do monitoramento e avaliação de seu desempenho, a Lei nº 8.080/90, a NOB 01/96, a NOAS 01/2001 e as Portarias nºs 1.097/2006 e 3.332/2006 disponibilizaram aos gestores do SUS os instrumentos de gestão explanados a seguir:

a) **Agenda de Saúde:** tem por objetivo destacar e justificar eixos prioritários de intervenção, objetivos, indicadores e metas prioritárias da política de saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual, constituindo-se em etapa prévia ao processo de planejamento da gestão em saúde. Os elementos típicos para sua elaboração são as diversas referências políticas (planos de governo, pactos, deliberações dos Conselhos, etc.), técnicas e epidemiológicas. Seu fluxo de elaboração é descendente, partindo do gestor federal até o municipal, sendo resultado de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores.

b) **Plano de Saúde:** deve funcionar como base das atividades e programações de cada nível de gestão do SUS. Constitui documento de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias, de prioridades e de metas, sob uma ótica analítica. A periodicidade de elaboração deste instrumento é quadrienal, devendo, no entanto, ser revisto anualmente em função de novas metas de gestão e de atenção eventualmente incorporadas pela Agenda de Saúde, bem como em decorrência do processo da Programação Pactuada e Integrada – PPI, que é anual. Seu fluxo de elaboração é ascendente, partindo dos gestores municipais, para os estaduais, até o gestor federal, ouvidos os correspondentes Conselhos e Comissões Intergestores. Pela Lei 8.080/90 (art. 36), a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão, no que concerne à saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração de suas propostas orçamentárias anuais, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área da saúde (art. 36, §§ 1º e 2º, da Lei n.º 8.080/90).

c) **Quadro de Metas:** é parte integrante dos Planos de Saúde, constituindo-se em base para a elaboração dos Relatórios de Gestão em cada esfera de governo. Deve conter os indicadores e as metas prioritárias quantificadas por esfera de governo em cada exercício anual. Constituindo-se parte destacável e sintética dos Planos de Saúde, deve ser analisado e consolidado pela esfera seguinte (Secretaria Estadual ou Ministério da Saúde), na lógica ascendente que parte dos municípios. Os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestores (CIB e CIT) podem, no que lhes couber, determinar ou acordar alterações no Quadro de Metas. Dada sua formulação anual, o Quadro de Metas pode representar um detalhamento ou uma redefinição mais ágil das metas estabelecidas nos Planos de Saúde.

d) **Relatório de Gestão:** corresponde à avaliação do cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual. Tem por objetivo sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores às instâncias do SUS, ao Legislativo, ao Ministério Público e à sociedade. Deve possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada, proporcionando subsídios para a avaliação e elaboração das Agendas de Saúde e dos Planos de Saúde. É elaborado anualmente pelo gestor do SUS, a partir da matriz de informações constituída pelo Quadro de Metas, devendo ser obrigatoriamente referendado pelo Conselho de Saúde e Comissões Intergestores.

e) **Programação Pactuada e Integrada – PPI:**

e.1) a PPI é o documento que formaliza a programação entre gestores municipais, estaduais e federal, devendo integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada estado e município, de forma ascendente, coerente com os respectivos Planos Estadual e

Municipais de Saúde, Agenda de Saúde e Quadro de Metas para o ano correspondente. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo instrumento de alocação de recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Ela traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, seja no próprio território municipal, seja mediante encaminhamento a outros municípios.

e.2) a elaboração da PPI deve ocorrer por meio de processo ascendente. O município elabora sua programação, que deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde, e a submete ao estado. A Secretaria Estadual de Saúde, responsável pela coordenação da PPI no âmbito do estado, deve harmonizar e compatibilizar as programações municipais mediante negociações na CIB, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta. A PPI aprovada pela CIB, deverá nortear a alocação de recursos federais entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos, independente da sua condição de habilitação. O documento final deve ser deliberado pelo Conselho Estadual de Saúde.

e.3) é de se ressaltar que o limite financeiro por município corresponde ao máximo de recursos federais que pode ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto de duas parcelas separadas:

- recursos destinados ao atendimento da própria população;
- recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

e.4) portanto, considerando o teto financeiro estadual, o limite por município corresponde ao montante de recursos para o atendimento da própria população, deduzido da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescido da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios. Tal limite está sujeito a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual.

124. Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde no âmbito nacional, devendo as unidades da federação encaminhar ao MS uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada. A programação é negociada na CIT, sendo o resultado deliberado no Conselho Nacional de Saúde.

N. Financiamento

125. O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (art. 198, § 1º, da CF), além de outras fontes, entre as quais as elencadas no art. 32 da Lei n.º 8.080/90:

- a) serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- b) ajuda, contribuições, doações e donativos;
- c) alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- d) taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS; e
- e) rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

126. As receitas geradas no âmbito do SUS devem ser creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela direção de cada esfera do governo onde forem arrecadadas, sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (art. 32, § 2º e art. 33, Lei n.º 8.080/90).

127. Na esfera federal, os recursos devem ser administrados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde – FNS, o qual está sob a orientação e supervisão direta do Secretário-Executivo do MS (art. 4º do Decreto n.º 3.964, de 10/10/2001). Constituem recursos do FNS (art. 2º do referido Decreto):

- a) os consignados, a seu favor, no Orçamento da Seguridade Social, de acordo com o disposto no art. 34 da Lei n.º 8.080/90, para o atendimento das despesas e transferências referidas no art. 2º da Lei no 8.142/90;
- b) os consignados, a seu favor, no Orçamento Fiscal da União;
- c) os decorrentes de créditos adicionais;
- d) os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimo;
- e) os provenientes do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, de que trata o parágrafo único do art. 27 da Lei n.º 8.212/91 (dispõe sobre a organização da seguridade social, institui plano de custeio e dá outras providências);
- f) os resultantes de aplicação financeira na forma da legislação vigente;
- g) os decorrentes de ressarcimento de recursos realizados por pessoas físicas e jurídicas originários da prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditorias previstas no § 4º do art. 33 da Lei n.º 8.080/90;
- h) as receitas provenientes de parcelamentos de débitos apurados em prestação de contas de convênios, ou derivadas do acompanhamento, de auditorias e de financiamentos relacionados com as ações e os serviços de saúde;
- i) os créditos provenientes dos agentes ou das entidades integrantes do SUS, bem como aqueles resultantes de transações financeiras e comerciais;
- j) as receitas provenientes do ressarcimento previsto no art. 32 da Lei n.º 9.656/98 (dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e prevê reembolso ao SUS dos atendimentos feitos a segurados de planos);
- k) os obtidos por intermédio de operações de crédito;
- l) as receitas provenientes da execução de seus créditos;
- m) os saldos positivos apurados em balanço transferidos para o exercício seguinte;
- n) as rendas e receitas eventuais que lhe venham a ser destinadas; e
- o) os de outras fontes, de acordo com o art. 32 da Lei n.º 8.080/90

128. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinam-se a prover (art. 2º, incisos I a IV e parágrafo único, da Lei n.º 8.142/90 c/c o art. 3º do Decreto n.º 3.964/01):

a) despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e suas entidades, da administração direta e indireta, integrantes do SUS;

b) financiamentos destinados à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços de saúde do SUS;

c) investimentos previstos no plano plurianual do Ministério da Saúde e na Lei Orçamentária Anual;

d) transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem executados de forma descentralizada pelos municípios, estados e Distrito Federal (investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde do SUS), devendo os recursos serem repassados de forma regular e automática (transferência fundo a fundo), destinando-se pelo menos setenta por cento aos municípios (art. 3º, *caput* e § 2º, da Lei n.º 8.142/90); e

e) outras despesas autorizadas pela Lei Orçamentária Anual.

129. A Lei Complementar 141/2012, que regulamenta a EC 29/2000 e que melhor especifica os gastos possíveis em saúde, será vista mais adiante.

130. Segundo o item 10.4. da NOB/SUS 01/96, os recursos de custeio da esfera federal destinados às ações e serviços de saúde configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para estado e município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

131. O Teto Financeiro Global do Estado – TFGE é definido com base na PPI, e submetido pela Secretaria Estadual de Saúde ao Ministério da Saúde, após negociação na CIB e aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde - CES. O valor final do teto e suas revisões são fixadas com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT, observadas as disponibilidades financeiras do MS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde e formalizados em ato do Ministério.

132. O Teto Financeiro Global do Município – TFGM, também definido consoante a PPI, é submetido pela Secretaria Municipal de Saúde à Secretaria Estadual de Saúde, após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações ocorridas na CIB – observados os limites do TFGE – aprovados pelo CES e formalizados em ato da Secretaria Estadual de Saúde.

O. Blocos de Financiamento

133. Consoante Portaria GM/MS 204/2007, que define os blocos de financiamento, o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

134. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. São esses os blocos:

- I - Atenção Básica
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e

- V - Gestão do SUS.

135. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos. Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco. Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

136. Aos recursos relativos às unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas no item 135. Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desses para pagamento de:

- a) servidores inativos;
- b) servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- c) gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- d) pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
- e) obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

137. Os recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco.

138. O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- a) Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo, refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios;
- b) Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável, é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, desde que constantes no respectivo Plano de Saúde, tais como:
 - b.1) Saúde da Família;
 - b.2) Agentes Comunitários de Saúde;
 - b.3) Saúde Bucal;
 - b.4) Compensação de Especificidades Regionais;
 - b.5) Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
 - b.6) Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
 - b.7) Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e
 - b.8) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

139. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

140. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente fundo a fundo, em respeito à PPI, e incluem aqueles atualmente contemplados pelo FAEC e os atualmente designados:

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

141. Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária. É constituído por dois componentes:

- a) Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e
- b) Componente da Vigilância Sanitária.

142. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente. Além disso, os recursos deste bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

143. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos:

- a) Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- b) Laboratórios de Saúde Pública;
- c) Atividade de Promoção à Saúde;
- d) Registro de Câncer de Base Populacional;
- e) Serviço de Verificação de Óbito;
- f) Campanhas de Vacinação;
- g) Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*;
- h) Contratação dos Agentes de Campo;
- i) DST/Aids; e

j) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

144. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVISA, regulamentado em portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde.

145. O Bloco de Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

146. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica. É composto de uma Parte Financeira Fixa (*per capita*) e de uma Parte Financeira Variável.

147. Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

148. A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, descentralizados para estados e municípios, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados.

149. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

- a) controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- b) anti-retrovirais do programa DST/Aids;
- c) sangue e hemoderivados; e
- d) imunobiológicos.

150. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE, consoante Portarias Portaria GM/MS 2.981, de 26/11/2009, Portaria GM/MS 2.982, de 26/11/2009, e Portaria GM/MS 343, de 22/02/2010, passa a se chamar Componente Especializado de Assistência Farmacêutica, e destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica.

151. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. Constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

152. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

- a) Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
- b) Planejamento e Orçamento;

- c) Programação;
 - d) Regionalização;
 - e) Gestão do Trabalho;
 - f) Educação em Saúde;
 - g) Incentivo à Participação e Controle Social;
 - h) Informação e Informática em Saúde;
 - i) Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e
 - j) outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.
153. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:
- a) implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
 - b) qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
 - c) implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
 - d) fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
 - e) inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
 - f) implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
 - g) implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
 - h) reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
 - i) implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
 - j) adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e
 - k) outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

P. Do Planejamento das Ações e de seu Monitoramento e Controle. Prestação de Contas dos Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo → Relatório de Gestão

154. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006.

154.1. As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

- a) referentes ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES;
- b) referentes ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, quando do não-pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os

arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;

c) referentes ao bloco de Vigilância em Saúde, quando os recursos nos estados, no Distrito Federal e nos Municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa;

d) quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria.

155. Pontos Principais da Portaria GM/MS 3.332/2006:

155.1. Instrumentos Básicos de Planejamento:

Art 1o- Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, a saber:

I - Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; e

II - Relatório Anual de Gestão.

§ 1o- A formulação e a implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem ser desenvolvidos, em cada esfera de gestão, na conformidade de suas especificidades e necessidades.

§ 2o- Os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

§ 3o- O Plano de Saúde, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via de consequência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

155.2. Quanto ao Plano de Saúde:

Art. 2o- Definir como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS.

§ 1o- O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

§ 2o- O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

§ 3o- O Plano deve, assim, contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção;

§ 4o- No Plano devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão;

§ 5o- A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos, a saber:

I - o da análise situacional; e

II - o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

§ 6o- A análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos:

I - condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;

II - determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersectorialidade; e

III - gestão em saúde.

§ 7o- O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo.

155.3. Quanto à Programação Anual de Saúde:

Art. 3o- Definir como Programação Anual de Saúde o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

§ 1o- A Programação Anual de Saúde deve conter:

I - a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;

II - o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;

III - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e

IV - a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

§ 2o- A Programação Anual de Saúde congrega - de forma sistematizada, agregada e segundo a estrutura básica constante do §1o precedente - as demais programações existentes em cada esfera de gestão.

§ 3o- O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

155.4. Quanto ao Relatório de Gestão:

Art. 4o- Definir como Relatório Anual de Gestão o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

§ 1o- Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

§ 2o- O Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

§ 3o- Em termos de estrutura, o Relatório deve conter:

I - o resultado da apuração dos indicadores;

II - a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e

III - as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).

§ 4o- Esse Relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

§ 5o- O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

§ 6o- Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência.

§ 7o- Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.

§ 8o- Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano.

Q. Formas de Descentralização de Recursos Federais

156. Há quatro formas principais de financiamento das ações de saúde, sejam elas realizadas diretamente pelo nível federal ou pelos níveis estadual e municipal:

- a) Transferência Regular e Automática (fundo a fundo), que consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições estabelecidas na NOB 01/96 e NOAS 01/2002, os quais são depositados diretamente em contas específicas, vinculadas aos respectivos fundos, para execução das ações e serviços de saúde;
- b) Transferências voluntárias, fundadas em convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres. A prestação de contas de recursos de convênios está regulamentada pela Portaria Interministerial nº 507, de 24 de novembro de 2011, emitida pelos ministros de estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Fazenda e pelo Chefe da Controladoria-Geral da União.
- c) Remuneração por serviços produzidos, que corresponde ao pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados ou conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo Ministério da Saúde. Portanto, os repasses são feitos a título de ressarcimento por serviços prestados, seja por uma unidade pública ou privada vinculada ao SUS, mediante contrato ou convênio. É de se ressaltar que, no caso dos municípios e estados habilitados na Gestão Plena do Sistema, os valores ercives aos ercives prestados são transferidos do Fundo Nacional de Saúde às contas dos respectivos fundos de saúde, para posterior pagamento aos prestadores de ercives locais; e
- d) Operações de crédito externas, em que os recursos são obtidos, geralmente com contrapartida, para fins previstos no contrato de empréstimo e que segue legislação específica.

157. Transferências Fundo a Fundo. Constitui-se na principal forma de financiamento utilizada pelo sistema. Para receber tais recursos, os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com (art. 4º, incisos I a VI da Lei n.º 8.142/90):

- a) Fundo de Saúde;
- b) Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 07/08/90, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde;
- c) Plano de Saúde;
- d) Relatórios de Gestão que permitam o controle da aplicação dos recursos repassados pelo sistema de auditoria do Ministério da Saúde, nos termos do § 4º do art. 33, da Lei n.º 8.080/90;
- e) contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

f) comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de dois anos para sua implantação.

158. Os montantes transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde devem ser movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno do Poder Executivo e do TCU.

159. Transferências Voluntárias. Entende-se como transferência voluntária, de acordo com o art. 25 da Lei Complementar nº 101 – LRF, de 04/05/2000, a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira. Não são consideradas voluntárias as transferências decorrentes de determinação constitucional ou legal, bem como as destinadas ao SUS (transferências fundo a fundo). As transferências voluntárias no âmbito do SUS são decorrentes de convênios, contratos e outros instrumentos congêneres destinados ao financiamento de projetos e programas voltados para a construção, reforma, reaparelhamento de unidades de saúde ou para a capacitação de profissionais de saúde, realizados por órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais e organizações não governamentais. Tais transferências podem se originar de emenda parlamentar ou de programas específicos do Ministério da Saúde.

160. De acordo com o Dec. nº 93.872/86, art. 66, § 1º, e Portaria Interministerial 507/2011, cabe ao órgão repassador dos recursos transferidos mediante convênio e similares a fiscalização pela boa e regular aplicação dos valores.

161. A Remuneração por Serviços Prestados compreende os valores processados para pagamento dos Procedimentos Ambulatoriais – SIA e Internação Hospitalar – AIH. Estando habilitados em Gestão Plena, os estados e municípios passam a receber os recursos para realização do pagamento aos prestadores dos serviços contratados ou conveniados. Do contrário, o pagamento é efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente ao prestador. Ocorrendo a segunda hipótese, estabelece o inciso II do art. 6º do Decreto nº 1.651, de 28/09/95, que a comprovação da aplicação dos recursos deve ser feita diretamente ao tribunal de contas do estado ou do município, conforme o caso.

162. Operações de Crédito Externas. Essa modalidade de aplicação de recursos obedece a legislação nacional e normas gerais e especiais utilizadas pelos organismos multilaterais, sendo regida principalmente pelo termo de contrato de empréstimo. Deve ser precedida de autorização do Senado Federal, o qual dispõe, por meio de Resolução, sobre os limites globais para as operações de crédito externo e interno da União, de suas autarquias e demais entidades controladas pelo poder público federal e estabelece limites e condições para a concessão da garantia da União nessas operações.

R. Emenda Constitucional nº 29/2000

163. A Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 13/09/2000, alterou os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198, e acrescentou o art. 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, da Constituição Federal de 1988. Esta Emenda vinculou recursos da União, estados, Distrito Federal e municípios para serem gastos obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde, visando garantir recursos estáveis e suficientes para sustentabilidade do direito à saúde, direito social insculpido no caput do art. 6º da CF.

164. Cabe esclarecer também, que a Constituição Federal fixou um período inicial, até 2004, no qual foram estabelecidas as regras transitórias de vinculação de recursos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo, abaixo citadas, sendo que a partir de 2005, as regras passariam a ser definidas pela lei complementar referida no § 3º do art. 198 da CF, que só veio a ser sancionada em janeiro de 2012 (LC 141/2012).

165. Para a execução do proposto na Emenda, estados e municípios destinaram, no primeiro ano, 2000, pelo menos 7% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, sendo que esse percentual aumentaria anualmente em pelo menos 1/5, até atingir, em 2004, 12% para os estados e 15% para os municípios.

S. Lei Complementar 141/2012

166. Institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

- a) o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- b) percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- c) 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;
- d) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

167. Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- a) sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- b) estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;
- c) sejam de 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;
- d) deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

168. Para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- a) vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

- b) atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- c) capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- e) produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- f) 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;
- g) saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- h) manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- i) investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- j) remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- k) ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- l) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

169. Não são despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata a LC 141/2012, aquelas decorrentes de:

- a) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- b) pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- c) assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- d) merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- e) saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- f) limpeza urbana e remoção de resíduos;
- g) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- h) ações de assistência social;
- i) obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente

a rede de saúde; e

j) ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

170. Cabe à União aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

171. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e , deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

172. Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 15o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal⁶ e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

173. Entra na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

174. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados na LC 141/2012.

175. Os recursos da União serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

176. Essa movimentação deve realizar-se, **exclusivamente**, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

177. Os recursos têm que ser movimentados a partir de contas cuja titularidade seja do fundo de saúde.

178. O rateio dos recursos entre estados e municípios observará as necessidades de saúde

da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei 8.080/90.

179. O Poder Executivo manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência, com base no Plano de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

180. O Plano Estadual de Saúde deverá explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestoresbipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

181. O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o Conselho de Saúde e o Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

182. A esses recursos não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, a não ser no que diz respeito à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde e à elaboração do Plano de Saúde.

183. Na base de cálculo para fixação dos valores correspondentes aos recursos mínimos deverão ser considerados os créditos adicionais.

184. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

185. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos, serão consideradas as despesas liquidadas e pagas no exercício; e as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde. Eventual disponibilidade de caixa, vinculada aos restos a pagar, considerados para fins do mínimo, e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

186. Serão consideradas as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

187. Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referentes a despesas

custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade (ou seja, contratou um empréstimo para pagar uma despesa de ação ou serviço de saúde), ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita.

188. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 (exigência de transparência e divulgação da aplicação dos recursos).

189. Poderá ser condicionada a entrega de recursos mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior.

190. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas à adoção de providências para imediata devolução dos recursos ao Fundo de Saúde e à responsabilização nas esferas competentes.

191. Não poderão ser excluídas da base de cálculo quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

192. Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

193. Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

194. Os gestores da saúde darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere à comprovação do cumprimento do exigido pela LC 141/2012; ao Relatório de Gestão do SUS; e à avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

195 – Os gestores também terão que assegurar a transparência e a visibilidade mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

196 – O RREO conterá demonstrativo das despesas com saúde, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da LRF.

197 – O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- a) montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- b) auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- c) 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.

198. O gestor deverá comprovar a observância do disposto acima mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não do previsto na LC 141/2012.

199. O gestor do SUS deverá encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

200. Anualmente, o gestor atualizará o cadastro no SIOPS, com menção à programação anual, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde.

201. O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o relatório quadrimestral.

202- Prioritariamente deve ser visto pelo Legislativo e/ou tribunais de contas:

- a) elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- b) cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- c) aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde;
- d) transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- e) aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- f) destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

203. Acompanhar no SIOPS, prioritariamente:

I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da LRF, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da LRF.

204. Constatada divergência ou descumprimento da LC 141/2012, deverão ser comunicados os órgãos de controle e os demais gestores para que adotem as providências devidas.

205. Verificar se o conselho de saúde cumpre seu papel, de avaliar a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC 141/2012 no que tange às condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e se encaminha ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

206. Verificar se o componente local do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) verifica, por amostragem, o cumprimento do disposto na LC 141/2012, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

207. Verificar se o gestor do SUS disponibiliza ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde.

208. No Capítulo IV, item A, é feita apresentação esquemática de pontos a verificar quanto ao cumprimento da LC 141/2012.

T. Decreto 7508/2011

209. O Decreto 7508/2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre:

- a organização do Sistema Único de Saúde – SUS;
- o planejamento da saúde;
- a assistência à saúde; e
- a articulação interfederativa e dá outras providências.

210. Surge assim um novo modelo que gradualmente substituirá a NOAS 01/2002, os Pactos instituídos pelas Portarias 399/2006 (Pacto pela Saúde), 699/2006 (Pacto pela Saúde), a regulamentação para elaboração da PPI (Portaria 1097/2006) e a Portaria que cria o Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP, Portaria 161/2010).

211. Serão permitidos com o Decreto 7508/2011 mais transparência na gestão do SUS, maior segurança jurídica nas relações interfederativas, e maior controle social, por meio da assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

212. Em suma, há maior incentivo ao desenvolvimento das Regiões de Saúde, que são espaços geográficos contínuos constituídos por aglomerados de municípios com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. É referência para a transferência de recursos entre os entes federativos.

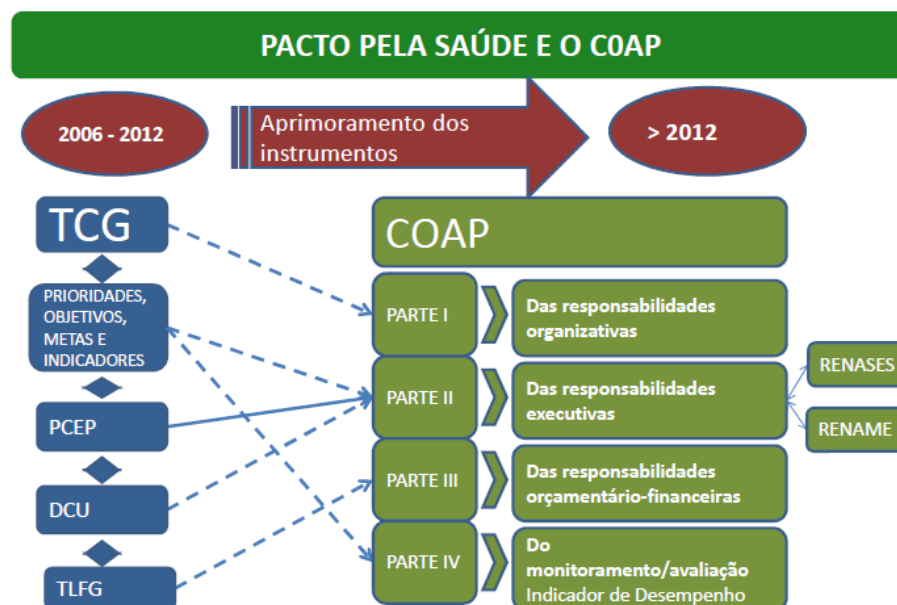
213. O Decreto 7508/2011 possui como principal vertente a criação da Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

213.1. A CIR reunir-se-á ordinariamente, mediante cronograma, para pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada, inerentes ao COAP, tais como: planejamento regional; diretrizes e metas; rol de ações e serviços (RENASES) de saúde oferecidos; elenco de medicamentos ofertado na região (RENAME); critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços; responsabilidades individuais e solidárias; processos

de monitoramento e avaliação; incentivo à participação social; criação de câmaras técnicas para assessoramento; e elaboração e revisão do regimento interno.

214. O Decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, cria o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que passa a regular as relações entre gestores. O objetivo do COAP é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

215. Os instrumentos de gestão evoluíram como exposto no quadro a seguir:



215.1. A Declaração de Comando Único (DCU), o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e o Termo do Limite Financeiro Global (TLFG) cedem lugar às obrigações contratuais do COAP.

215.2. Do documento “Aspectos sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP”, elaborado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, apresenta-se o seguinte resumo sobre o COAP:

A ESTRUTURA DO CONTRATO é a seguinte:

a) PARTE I – Da responsabilidade Organizativa do SUS e Atenção à cidadania. Esta Parte deve ter um padrão nacional e seu conteúdo disporá sobre os fundamentos do SUS e a atenção à cidadania.

b) PARTE II e seus cinco anexos: Da responsabilidade executiva dos entes federativos. Esta Parte disporá sobre a programação geral do contrato, respeitadas as diretrizes nacionais, estaduais e municipais e os respectivos planos de saúde dos Signatários. A programação geral do contrato será elaborada na Região de Saúde. A programação será elaborada na Região e conterá a programação individual e a programação coletiva no sentido de deixar explicitado as responsabilidades solidárias dos entes (referências).

c) PARTE III – Da responsabilidade pelo financiamento do contrato. Esta Parte deve conter, além de um padrão nacional, as especificidades locais e estadual do financiamento.

d) PARTE IV – Da responsabilidade pelo acompanhamento do contrato. Esta Parte disporá sobre o monitoramento, avaliação de desempenho da execução do contrato e auditoria. Esta Parte deve ter um padrão nacional.

- Descrição dos conteúdos das Partes I, II, III e IV do Contrato. As cláusulas e condições do contrato serão descritas no corpo do contrato o qual será objeto de discussão tripartite, mediante a apresentação de uma minuta pelo Ministério da Saúde.

PARTE I – DAS RESPONSABILIDADES ORGANIZATIVAS DO SUS E DA ATENÇÃO À CIDADANIA.

- a) Cláusula Primeira: do objeto;
- b) Cláusula Segunda: das disposições gerais;
- b) Cláusula Terceira: princípios e diretrizes do SUS;
- c) Cláusula Quarta: atenção à cidadania;
- d) Cláusula Quinta: das ações e serviços públicos de saúde na Região;
- e) Cláusula Sexta: do acesso ordenado às ações e serviços na rede de atenção à saúde;
- f) Cláusula Sétima: da rede de atenção à saúde e seus elementos constitutivo;
- g) Cláusula Oitava: do planejamento integrado;
- h) Cláusula Nona: da articulação interfederativa;
- i) Cláusula Décima: da programação geral das ações e serviços de saúde;
- j) Clausula Décima Primeira: do financiamento, as medidas de aperfeiçoamento do SUS;
- k) Clausula Décima Segunda: Das medidas de Aperfeiçoamento do SUS;
- l) Cláusula Décima Terceira: das sanções administrativas;
- l) Clausula Décima Quarta: da publicidade.

PARTE II – DA RESPONSABILIDADE EXECUTIVA DO CONTRATO.

a) Anexo I – A caracterização de cada ente Signatário (Todos os dados do ente como população, renda, desenvolvimento etc.).

b) Anexo II – Eixos prioritários nacionais (pactuados nacionalmente); objetivosestratégicos plurianuais dos planos nacional, estadual e municipal de saúde; as metas anuais; prazos de execução; indicadores; responsabilidades de cada ente e forma de avaliação de desempenho.

Nota 1 do Anexo II: Os eixos prioritários nacionais previstos no Anexo II serão: a) acesso e qualidade; b) atenção e vigilância em saúde; c) gestão; d) atenção à cidadania. Seus conteúdos devem estar de acordo com os objetivosestratégicos plurianuais dos planos nacional, estadual e municipal.

Nota 2 do Anexo II: Entende-se por eixo prioritário os temas considerados, naquele período, relevantes para o SUS. Os objetivos estratégicos devem estar incorporados nos eixos prioritários daquele período. Os eixos prioritários agregam as diretrizes do plano nacional aprovadas pelo CNS.

Nota 3 do Anexo III: Entende-se por objetivo estratégico as necessidades de saúde da população mais urgentes serem organizadas e executadas naquele período.

Nota 4 do Anexo IV: Entende-se por metas anuais o desdobramento dos objetivos estratégicos que devem ser cumpridos no ano. As metas qualificam e quantificam os objetivos. O Objetivo é mais genérico e a meta é mais detalhada. Ex.: Objetivo – Fortalecimento da Atenção Primária; metas anuais: ampliar cobertura da atenção primária em 70% no município xxx; meta: construir x unidades básicas de saúde no município xx.

c) Anexo III - A Programação da RENASES e RENAME, Mapa de Metas com seus prazos de execução e as responsabilidades de cada ente Signatário na Região.

Nota 1 do Anexo III: A programação da RENASES e da RENAME deverá refletir os quantitativos das ações de serviços e assistência farmacêutica de cada ente no sentido de deixar claro no contrato as responsabilidades de cada ente na Região. Todos os serviços de saúde que não estejam destacados como objetivos estratégicos e suas consequentes metas deverão estar contempladas nesta Programação. A programação deverá respeitar as diretrizes gerais da RENASES no tocante a parâmetros de programação. Exs.: parâmetro de cobertura da atenção básica; quantidade de equipe de saúde da família por habitante.

Nota 2 do Anexo III: O Mapa de Metas se subdivide em duas partes: a primeira que estará contemplada no Anexo II, ou seja, execução das metas anuais vinculadas aos objetivos estratégicos; a segunda parte deverá contemplar os investimentos em equipamentos e obras e as necessárias adequações organizativas e quanto ao perfil assistencial dos serviços no município e na região.

d) Anexo IV – Planilha de referência dos serviços sob direção única em cada esfera de governo.

Nota 1 do Anexo IV – A planilha de referência dos serviços sob direção única em cada esfera de governo deverá retratar os serviços contratados e conveniados por cada ente federativo no âmbito de seu território.

e) Anexo V – Plano de Custeio e Investimento de cada ente Signatário e as responsabilidades respectivas, o financiamento global da Região e o cronograma de desembolso anual.

Nota 1 do Anexo V – No plano de custeio deverá estar previsto as transferências de recursos entre os entes federativos no sentido de configurar o financiamento da Região, em especial as de um município para outro, quando houver, explicitando valores x ação e serviço e a forma de transferência que terá fundamento jurídico por estar prevista num contrato.

PARTE III – DAS RESPONSABILIDADES PELO FINANCIAMENTO: esta Parte conterá todas as responsabilidades em relação ao financiamento global do contrato, as regras de financiamento, formas de incentivos e seus valores, o custeio e os investimentos e o cronograma de desembolso.

PARTE IV – DAS RESPONSABILIDADES PELO ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO: MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA EXECUÇÃO DO CONTRATO E AUDITORIA: Esta Parte deve contemplar os regramentos nacionais a respeito do monitoramento, avaliação de desempenho da execução do contrato e forma de auditoria.

IV - REGRAS GERAIS

1. O contrato será assinado pelos prefeitos, governadores, ministro da saúde e os secretários de saúde estaduais e municipais, dando-se ciência à CIB, mediante extrato do contrato publicado no DO.

2. O contrato deve consubstanciar os consensos dos entes federativos na CIB e CIR e respeitar o disposto nos planos de saúde dos entes, em consonância com o planejamento.

3. O Ministério da Saúde, no tocante aos DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas), deverá intermediar as discussões contratuais entre os entes signatários daquela Região de Saúde.
4. A vigência do COAP será de 4 anos devendo coincidir com o prazo dos planos municipais. O primeiro contrato poderá ter outro prazo de validade para melhor adequação em relação aos prazos dos planos de saúde e realidades regionais.
5. Parte dos Indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão serão substituídos pelo indicador nacional de acesso, de observância obrigatória pelo SUS nacionalmente.
6. O Termo de Compromisso de Gestão e O Termo de Limite Financeiro Global serão substituídos pelo contrato e deverão estar contemplados em cláusula contratual durante seu prazo de vigência. No caso de vencimento do prazo antes da assinatura do contrato, caberá ao ente federativo observar os indicadores de acesso e enquanto pendente a elaboração do contrato.
7. O Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDRI) será gradativamente substituído pelo Mapa da Saúde e pelo Mapa de Metas.
8. A programação geral do contrato deve considerar as necessidades de saúde da população estabelecidas no plano de saúde no tocante as ações e serviços de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde organizadas em rede de atenção à saúde.
9. A PPI - Programação Pactuada Integrada deverá ser substituída gradativamente pelo planejamento regional integrado e pela programação geral do contrato. Esta programação deverá ser revisada anualmente mediante termos aditivos.
10. As referências deverão estar previstas no contrato e pactuadas na CIB, bem como a responsabilidade financeira pelo atendimento de cidadão de outro território municipal ou estadual que não o do contratante.
11. Nas regiões de fronteiras internacionais, deve-se respeitar as normas internacionais e decidir na CIB realidades fáticas como o atendimento real do cidadão estrangeiro da fronteira e a alocação de recursos para este custeio, incorporando as decisões no corpo do contrato. (ainda pendente).
12. Os Municípios sujeitos a aumento populacional em razão de migrações sazonais (turismo, trabalho temporário etc.) devem ser objeto de discussão na CIB, o custeio das ações e serviços, incorporando as decisões no corpo do contrato.
13. Outras especificidades devem ser discutidas na CIT, devendo ser incorporadas no contrato quando for essencial para a gestão do SUS na Região.

V – DA GESTÃO DO CONTRATO

1. A gestão do contrato deverá ser realizada por cada ente signatário, cabendo à CIR discutir o acompanhamento e a sua operacionalização.
2. O processo de gestão é colegiado, através das CIB e CIR, sendo atribuição do Ministério da Saúde coordenar o processo em âmbito nacional e Estadual (SES).
3. As CIRs devem desenvolver competências que dêem suporte aos gestores na tomada de decisão, podendo assim estruturar Câmaras Técnicas com o objetivo de fornecer os subsídios necessários ao cumprimento dessa finalidade.

4. A avaliação da execução do contrato será realizada mediante relatório de gestão anual e sistema de informação específico. O relatório de gestão conterá uma seção específica relativa aos compromissos contratuais.
5. O Indicador Nacional de Garantia de Acesso deverá ser o principal componente de monitoramento e avaliação de desempenho do contrato.
6. Cabe ao Sistema Nacional de Auditoria, no exercício de suas funções de controle interno do SUS, fiscalizar a execução do contrato.
7. Os entes signatários após a assinatura do contrato deverão enviar esforços para introduzir no âmbito de sua administração pública, política de contratualização dos serviços públicos tendo por objetivo a definição de maior responsabilidade dos agentes públicos, sempre em articulação com os objetivos e metas do COAP.
8. Os entes signatários deverão enviar esforços para introduzir no âmbito de seus serviços sistema de avaliação de desempenho articulado com o cumprimento das metas e objetivos do COAP.
9. O contrato não tem interferência nos processos de contratação complementar do setor privado no SUS, cabendo aos entes federativos, no âmbito de sua competência privativa para organização da sua Administração Pública, realizar os necessários contratos e convênios de participação complementar do setor privado ao SUS.

VI – DO CONTROLE SOCIAL

1. Os objetivos e metas do contrato devem ser divulgados nos conselhos de saúde para conhecimento.
2. Os conselhos de saúde deverão acompanhar a execução do contrato por meio do relatório de gestão, podendo fazê-lo através do Portal da Transparência do Ministério da Saúde e por outros meios e instrumentos.

215.3. A seguir esquema com características do Monitoramento, Avaliação e Auditoria da execução do COAP:



215.4. O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão serão incorporados prioritariamente nas partes I e II do contrato. Os objetivos do Pacto pela Vida serão incorporados no contrato a partir das diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde, sendo a base para a definição das prioridades previstas na parte II do COAP.

215.5. A PPI é definida e quantificada, com o planejamento, das ações de saúde para a população residente em cada território e efetuados os pactos para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, organizando os fluxos de referenciamento. Com o COAP, inicialmente, a PPI e as programações atuais (atenção básica e vigilância em saúde) serão utilizadas, em caráter transitório, como referência para a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS que consta no anexo II, parte II do COAP. A PGASS contemplará, em segundo momento, a totalidade das ações de assistência à saúde (da atenção básica e especializada), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental), de assistência farmacêutica, constantes da RENASE e RENAME a serem realizadas na região a partir das prioridades definidas no planejamento regional integrado.

215.6. Atualmente o Plano Diretor de Regionalização (PDR) expressa o planejamento regional da saúde. Contém o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde e os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde. Com o COAP, o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual expressará o desenho das regiões e das redes de atenção à saúde, organizadas no território das regiões e entre estas. O produto do planejamento regional integrará o Plano Estadual de Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública.

216. A seguir apresentam-se aspectos inovadores do Decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, extraído de apresentação realizada no Seminário Estadual Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde, Uma Nova Forma de implementar o Pacto pela Saúde, promovido em 2011 pelo COSEMS/RJ:

Decreto 7508/2011	Leis 8.080/90 e 8.142/90
CAPITULO I - das disposições preliminares. Apresenta as definições dos conceitos adotados no Decreto: Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção a Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.	Lei 8080/90: <ul style="list-style-type: none">• Art. 7º - Princípios e Diretrizes do SUS• Art. 15 - atribuições comuns da União, Estados e Municípios• Art. 16 - competências da Direção Nacional do SUS
CAPITULO II – organização do SUS. Disciplina a organização regionalizada e hierarquizada das ações e serviços de saúde, executados pelos entes federativos de forma direta ou mediante a participação complementar da iniciativa privada.	
Seção I - das regiões de saúde. <ul style="list-style-type: none">• Estabelece critérios e requisitos para constituição de Regiões de Saúde, que	Lei 8080/90: <ul style="list-style-type: none">• Art. 7º Inciso IX/b - descentralização, direção única em cada esfera de

<p>deverão ser instituídas pelos Estados, conforme diretrizes pactuadas na CIT; com definição de limites geográficos, população coberta e relação de serviços ofertados, contemplando serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece as Regiões de Saúde como referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e para constituição das Redes de Atenção à Saúde (as quais por sua vez podem ser inter-regionais, mediante pactuação nas Comissões Intergestores respectivas). 	<p>governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 8º - organização das ações e serviços de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente • Art. 17 - competências da Direção Estadual do SUS: II - acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS; III - apoio técnico e financeiro aos Municípios; XI - estabelecimento de normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.
<p>Seção II - da hierarquização.</p> <p>Define as Portas de Entrada nas Redes de Atenção à Saúde: I - atenção primária; II - atenção de urgência e emergência; III - atenção psicossocial; e IV - serviços especiais de acesso aberto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece a garantia de continuidade de cuidado ao usuário através de rede de referência ordenada a partir da Atenção Primária, conforme regras pactuadas nos Colegiados Intergestores nas diferentes esferas de atuação. 	<p>Lei 8080/90:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 18 - competências da gestão municipal do SUS: X/XI - contratação, controle, avaliação e fiscalização de serviços privados de saúde e dos procedimentos prestados por estes; XII - normatização complementar das ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
<p>CAPÍTULO III - do planejamento da saúde</p> <p>Estabelece a obrigatoriedade do planejamento para o setor público, através dos Planos de Saúde, com os respectivos quadros de metas, e reafirma o caráter ascendente e participativo do processo de planejamento, que deve também considerar os serviços e ações prestados de forma privada - em caráter complementar ao SUS e ter caráter indutor de políticas para a iniciativa privada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institui o Mapa de Saúde como instrumento para a identificação de necessidades de saúde, que orientará o planejamento em base regional, a partir das necessidades dos municípios e 	<p>Lei 8080/90:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 15 - atribuições comuns da União, os Estados e Municípios: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

<p>conforme diretrizes a serem definidas oportunamente pelo Conselho Nacional de Saúde.</p>	<p>XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde</p> <p>Art. 22 - observância obrigatória, pelos serviços privados, das normas e princípios estabelecidos pela direção do SUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 26 § 2º - submissão dos serviços contratados às normas técnicas e administrativas aos princípios e diretrizes do SUS • Art. 36 - processo de planejamento e orçamento ascendente, do nível local até o federal, e participativo; § 1º - Planos de Saúde como base das programações de cada nível de direção do SUS • Art. 37 - competência do CNS: estabelecer todas as diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde
<p>CAPÍTULO IV - da assistência à saúde. Vincula o princípio da Integralidade da Assistência à Rede de Atenção pactuada entre os entes nas Comissões Intergestores</p>	<p>Lei 8080/90:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 7º Incisos I e II - universalidade e integralidade da assistência
<p>Seção I - da relação nacional de ações e serviços de saúde – RENASES. Institui a RENASES, que compreende todas as ações e serviços ofertados pelo SUS para atendimento da integralidade da assistência à saúde, a ser atualizada e publicada anualmente pelo MS, conforme diretrizes pactuadas na CIT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece que os entes subnacionais, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores, definirão suas responsabilidades respectivas em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES, podendo inclusive adotar relações específicas e complementares. 	<p>Lei 8080/90:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 6º Inciso I/d - garantia da assistência terapêutica integral • Art. 16 Inciso III - competência da Direção Nacional do SUS: definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade • Art. 18 Inciso XII - competência da gestão municipal do SUS: normatização complementar das ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação <p>Capítulo VIII - Da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde – Artigos 19M a 19U – incluído pela Lei 12.401 de 28 de Abril de 2011, que somente entrará em vigor 180 dias após a data de sua publicação (Art. 2º)</p>
<p>Seção II - da relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME.</p>	<p>Lei 8080/90:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 6º Inciso I/d - garantia da

<p>Institui a RENAME, como instrumento que compreende a seleção e a padronização de medicamentos para atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS, e o Formulário Terapêutico Nacional, com base em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas atualizados bianualmente pelo MS, conforme diretrizes pactuadas na CIT.</p>	<p>assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica • Capítulo VIII - Da Assistência Terapêutica e Da Incorporação de Tecnologia em Saúde – Artigos 19M a 19U – incluído pela Lei 12.401 de 28 de Abril de 2011, que somente entrará em vigor 180 dias após a data de sua publicação (Art. 2o)</p>
<p>Seção II - da relação nacional de medicamentos essenciais – RENAME (continuação). Estabelece que os entes subnacionais, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores, poderão adotar Relações específicas e complementares, respeitadas as responsabilidades respectivas dos entes pelo financiamento de medicamentos. • Vincula a garantia do acesso à assistência farmacêutica à prescrição por profissional do SUS, à assistência em serviço do SUS e à observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidas. • Restringe a RENAME a produtos registrados junto à ANVISA.</p>	
<p>Seção I - das comissões intergestores Estabelece as Comissões Intergestores como instâncias de pactuação sobre a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde e suas atribuições respectivas: a CIT, em âmbito nacional; a CIB, em âmbito estadual; e as Comissões Intergestores Regionais (CIR), em nível regional. • Estabelece a competência exclusiva da CIT relativamente à pactuação: das diretrizes gerais para a composição da RENASES; dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde; e</p>	<p>Lei 8080/90: • Art. 15 - atribuições comuns da União, dos Estados e dos Municípios: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços</p>

<p>das diretrizes, financiamento e questões operacionais relativas às Regiões situadas em fronteira internacional.</p>	<p>privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;</p> <p>XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde.</p> <p>Art. 16 - competências da Direção Nacional do SUS: XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.</p>
<p>Seção II - do contrato organizativo da ação pública de saúde.</p> <p>Institui o Contrato Organizativo da Ação Pública como instrumento de formalização da colaboração entre os entes para a organização da rede de atenção à saúde, no qual são definidas as responsabilidades respectivas com relação a ações e serviços, indicadores e metas, critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros disponibilizados, assim como a forma de controle e fiscalização da sua execução, que deverão resultar da integração dos Planos de Saúde ao nível da Região de Saúde, conforme normas de elaboração, fluxos e diretrizes pactuadas na CIT (ver Seção I do Capítulo V, acima), cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde coordenar sua implementação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece que a avaliação do 	<p>Lei 8080/90:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 15 - atribuições comuns da União, os Estados e Municípios: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com o plano de saúde; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde <p>Lei 8142/90: • Art. 4º Inciso IV - Relatório de Gestão Anual</p>

<p>desempenhada prestação dos serviços e ações definidos no Contrato será realizada através de Indicadores Nacionais de Garantia de Acesso, a serem definidos pelo MS a partir das diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde.</p> <p>Determina que os Relatórios de Gestão Anuais contemplem seção específica sobre os compromissos contratualizados, que serão sujeitos também ao controle e fiscalização pelo Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS.</p>	
<p>CAPÍTULO VI - das disposições finais.</p> <p>Determina as medidas a serem adotadas pelo MS frente ao descumprimento de responsabilidades na prestação de serviços e ações de saúde e demais obrigações previstas no Decreto, não apresentação de Relatório Anual de Gestão, não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros e outros atos de natureza ilícita.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determina que a primeira RENASES seja constituída a partir do somatório de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação do Decreto sejam ofertados pelo SUS. • Estabelece o prazo de cento e oitenta dias para que o Conselho Nacional de Saúde delibere sobre diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde (ver Capítulo III, acima). 	<p>Lei 8080/90</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 4º - constituição do SUS pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público • Art. 16 Inciso XIX - competência da Direção Nacional do SUS no estabelecimento do Sistema Nacional de Auditoria e coordenação da avaliação técnica e financeira do SUS, em cooperação com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

U. Resumo de Prazos estipulados em Leis e Normativos:

216. Os seguintes prazos devem ser cumpridos pelos gestores do SUS:

- até 30/1 – lançamento de informações orçamentário-financeiras no SIOPS referente ao exercício anterior;
- até 28/2 – audiência pública na Câmara Municipal para apresentação do relatório detalhado do 3º quadrimestre do ano anterior e enviá-lo para o Conselho Municipal de

Saúde, conforme Art. 36, § 5º, da LC 141. Este relatório deverá conter o montante e as fontes dos recursos aplicados no período, as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações, e a oferta e a produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, fazendo confronto desses dados com os indicadores de saúde.

- até 28/2 – divulgar o relatório detalhado referente ao 3º quadrimestre do ano anterior, em meio eletrônico de acesso público (Art. 31, LC 141/12);

- até 30/3 – preenchimento e certificação do SIOPS, referente aos dados do 1º bimestre do exercício (Portaria GM 53, de 16 de janeiro de 2013);

- até 30/3 – encaminhar o Relatório Anual de Gestão do ano anterior por meio do SARGSUS para análise e deliberação do CMS (Art. 36, § 1º, da LC 141/12 c/c a Portaria GM 575/12);

- até 31/5 - audiência pública na Câmara Municipal para apresentação do Relatório do 1º quadrimestre e enviá-lo ao CMS, Art. 36, § 5º, LC 141;

- até 31/5 – preenchimento e certificação do SIOPS, referente aos dados do 2º bimestre (Portaria GM nº 53, de 16 de janeiro de 2013);

- até 31/5 – divulgação do relatório detalhado referente ao 1º quadrimestre, em meio eletrônico de acesso público (Art. 31, LC 141/12);

- até 31/7 - preenchimento e certificação do SIOPS, referente aos dados do 3º bimestre (Portaria GM nº 53, de 16 de janeiro de 2013);

- até 30/9 – audiência pública na Câmara Municipal para apresentação do Relatório do 2º quadrimestre e enviá-lo para o CMS, Art. 36, § 5º, LC 141;

- até 30/9 – divulgação do relatório detalhado referente ao 2º quadrimestre, em meio eletrônico de acesso público (Art. 31, LC 141/12);

- até 30/9 – preenchimento e certificação do SIOPS, referente aos dados do 4º bimestre (Portaria GM nº 53, de 16 de janeiro de 2013);

- até 30/11 – preenchimento e certificação do SIOPS, referente aos dados do 5º bimestre (Portaria GM nº 53, de 16 de janeiro de 2013);

- a programação anual do Plano de Saúde deverá ser encaminhada ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente ao Legislativo local (15 de maio), com ampla divulgação da PAS, inclusive em meios eletrônicos de acesso público (Art. 36, § 1º, da LC 141/12).

IV. Sugestão de Pontos para Verificação em Auditoria

V. Execução de Recursos do Fundo Municipal de Saúde e Fundo Estadual de Saúde.

5. Não Esquecer (Resumo da Teoria)

Da Constituição Federal

A Constituição Federal, nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, em seu art. 77, redação dada pela Emenda Constitucional n. 29/2000, assim dispõe:

Os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde que será acompanhado e fiscalizado por conselho de saúde.

O fundo é uma modalidade de gestão de recursos e não uma pessoa jurídica. A natureza do fundo é financeira e contábil. Dispositivos constitucionais e legais comprovam esse fato.

A gestão do fundo de saúde se faz sob a supervisão do Conselho de Saúde. Se os recursos do SUS não estiverem unificados em uma só caixa, sua dispersão prejudicará a ação fiscalizadora do Conselho de Saúde (§ 3º do artigo 77 do ADCT).

Da Lei n. 4.320/1964

A Lei n. 4.320, de 17/3/1964, em quatro artigos trata dos chamados fundos especiais:

art. 71. Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.

art. 72. A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas a fundos especiais far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em créditos adicionais.

art. 73. Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo.

art. 74. A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem, de qualquer modo, elidir a

competência específica do Tribunal de Contas do órgão equivalente.

A Lei n. 4320/1967, ainda em vigor (à exceção de alguns dispositivos revogados por preceitos da Constituição de 1988, da LRF e pelas Leis de Diretrizes Orçamentárias) tem o status de lei complementar prevista no artigo 165, § 9º, II, da Constituição Federal. Corresponde à lei reguladora dos fundos, tratando das condições para a sua instituição e funcionamento.

O diploma legal em questão distingue as receitas e as despesas dos fundos especiais das receitas e despesas de órgãos e entidades da administração, como as autarquias. Os fundos e as autarquias são tratados em títulos separados, por serem categorias diferentes.

Do Decreto-Lei n. 200/1967

O Decreto-Lei n. 200, de 25/2/1967, ao prever a existência de órgãos autônomos (artigo 172), diz que, nos casos de concessão de autonomia financeira a determinados serviços, institutos e estabelecimentos, o poder Executivo estará autorizado “a instituir fundos especiais, de natureza contábil, cujo crédito se levarão todos os recursos vinculados às atividades do órgão autônomo, orçamentários e extra-orçamentários, inclusive a receita própria”.

Da Lei Complementar 141/2012 (que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo)

A LC 141/2012, no parágrafo único do art. 2º, prevê que 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.

Já o art. 14 determina que o Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Consoante art. 22, é vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista na LC 141/2012, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao

custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000. Contudo essa vedação não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano de Saúde.

Quanto à prestação de contas dos recursos geridos pelo Fundo, consoante art. 34 da LC 141/2012, a prestação de contas conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o [art. 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000](#). Além disso, conforme art. 35, as receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o [§ 3º do art. 165 da Constituição Federal](#).

Já o art. 36 daquela norma dispõe que o gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Para comprovar o disposto acima, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo.

O art. 38 prevê 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, fiscalizará o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012, com ênfase no que diz respeito:

I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

O Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações. Esse é o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), o qual possui:

I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na LC 141/2012, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos [arts. 48 e 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000](#), sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do [inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal](#) e do [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado

no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas na LC 141/2012, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis. A não alimentação correta do SIOPS implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento da LC 141/2012, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Os Conselhos de Saúde, 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 e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, devem verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto na LC 141/2012, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

Do Manual de Demonstrativos Fiscais da STN, 5ª Edição, disponível em <http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarInformacao.jsf>, extrai-se:

03.12.00 ANEXO 12 – DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
03.12.01 INTRODUÇÃO

Esse demonstrativo integra o RREO em cumprimento ao art. 35 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, o qual determina que as receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal. Assim sendo, deverá ser publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre.

Também constitui fator determinante para a elaboração do demonstrativo, o disposto no art. 25, § 1º, inciso IV, alínea b, da LRF, que estabelece, como condição para o recebimento de transferências voluntárias por parte do ente da Federação, o cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde.

O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, realizará o cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis.

O gestor do SUS de cada ente da Federação é o responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012, e na legislação concernente.

03.12.01.01 Conteúdo do Demonstrativo

O Demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde apresenta:

- a) as **receitas** que compõem a base para cálculo do cumprimento do percentual mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e as receitas adicionais para financiamento da saúde (não aplicável à União);
- b) as **despesas** com ações e serviços públicos de saúde, por grupo de natureza da despesa e por subfunção;
- c) o cálculo do percentual de aplicação para cumprimento do limite mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde;
- d) o confronto entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde; e
- e) os controles de aplicação da disponibilidade de caixa vinculada a restos a pagar cancelados ou prescritos e do percentual mínimo não cumprido em exercícios anteriores.

03.12.01.02 Objetivo do Demonstrativo

O Demonstrativo tem por finalidade dar transparência e comprovar o cumprimento da aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde conforme estabelece os artigos 5º a 11 da lei Complementar nº 141/2012, bem como apresentar informações para fins de controle pelo governo e pela sociedade.

03.12.02 CONCEITO

03.12.02.01 Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

As Ações e Serviços Públicos de Saúde, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, são aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuidos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- a) sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

b) estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

c) sejam de 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.

Para efeito da apuração dos recursos mínimos a serem aplicados, **consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde:**

- a) Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- b) Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- c) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- d) Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- e) Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- f) 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 Lei Complementar nº 141/2012;
- g) Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- h) Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- i) Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- j) Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações e serviços públicos de saúde, incluindo os encargos sociais;
- k) Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- l) Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

De forma contrária, **não correspondem** a despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas decorrentes de:

- a) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- b) pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- c) assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- d) merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), excetuando-se a recuperação de deficiências nutricionais;
- e) saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- f) limpeza urbana e remoção de resíduos;
- g) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

- h) ações de assistência social;
- i) obras de infraestrutura, mesmo que sejam realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;
- j) ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida em lei ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Também **não serão consideradas** para fins de apuração dos mínimos constitucionais as despesas com ASPS custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou com quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita.

03.12.02.02 Fundos de Saúde

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. Inclusive o repasse da parcela dos recursos de impostos e transferências constitucionais que os entes da federação devem aplicar em ASPS será feito diretamente ao respectivo Fundo de Saúde e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Ressalta-se que os fundos de saúde necessitam ser cadastrados no CNPJ na condição de matriz. Essa exigência não lhes altera a natureza, ou seja, não lhes confere personalidade jurídica, restando claro que fundo não é sujeito de direitos, não contrata, não se obriga, não titulariza obrigações jurídicas, conforme estabelece o Parecer PGFN/CAF/N.º 1396/2011.

Por essa razão, os fundos de saúde não praticam atos de gestão ou quaisquer outros que demandem personalidade jurídica própria, como firmar contratos administrativos ou a contratar pessoal, por exemplo, e não detêm a propriedade dos recursos que por ele tramitam, sendo o patrimônio afetado ao fundo para a realização dos seus objetivos.

No entanto, os fundos de saúde necessitam demonstrar a disponibilidade de caixa e a vinculação de recursos, bem como elaborar demonstrações contábeis segregadas, visando atender às regras restabelecidas no parágrafo único do art. 8º e nos incisos I e III do art. 50 da Lei Complementar nº 101/2001.

03.12.03 PARTICULARIDADES

03.12.03.01 Entes da Federação

1. União

O demonstrativo da União não apresenta o quadro das receitas, como o utilizado pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, visto que a metodologia para cálculo do montante mínimo de aplicação em ASPS pela União, disciplinada na Lei Complementar nº 141/2012, não tem como base as receitas recebidas e sim o montante aplicado no exercício anterior. Dessa forma, no nome do demonstrativo da União – Demonstrativo das Despesas com Ações e Serviços de Saúde, não há a palavra “Receitas”.

As instruções de preenchimento do demonstrativo da União encontram-se no tópico 03.12.06.01.

2. Estados

As instruções de preenchimento do demonstrativo dos Estados encontram-se no tópico 03.12.06.02.

3. Municípios

As instruções de preenchimento do demonstrativo dos Municípios encontram-se no tópico 03.12.06.03.

4. DF

As instruções de preenchimento do demonstrativo do Distrito Federal encontram-se no tópico 03.12.06.04.

5. Entes da Federação Consorciados

Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

A elaboração do Demonstrativo das Receitas e Despesas com ASPS pelos entes da Federação que participam de consórcios públicos incluirá a execução orçamentária e financeira do consórcio público relativa aos recursos entregues em virtude de contrato de rateio. A fim de eliminar duplicidades na elaboração do demonstrativo, não deverão ser computadas as despesas executadas pelos entes da Federação consorciados na modalidade de aplicação referente a transferências a consórcios públicos em virtude de contrato de rateio.

Os consórcios públicos encaminharão aos Poderes Executivos de cada ente da Federação consorciado as informações necessárias à elaboração dos seus demonstrativos até quinze dias após o encerramento do período de referência, salvo prazo diverso estabelecido por legislação específica de cada ente consorciado. Destaca-se que os entes consorciados deverão efetuar na contabilidade o registro das informações do consórcio público necessárias à elaboração do referido demonstrativo.

Caso o ente da Federação consorciado não receba tempestivamente as informações para a consolidação no demonstrativo, nenhum valor transferido pelo ente da Federação consorciado para pagamento de despesa com saúde será considerado aplicado nessa função. No entanto, o ente poderá retificar o demonstrativo a qualquer tempo, desde que comprovada junto ao Tribunal de Contas a efetiva aplicação no período de referência.

Ressalta-se que se o ente consorciado não efetuar a publicação dos demonstrativos previstos no *caput*, em razão do não envio das informações pelo consórcio, serão observadas, até que a situação seja regularizada, as condições previstas no § 2º do art. 51 e § 2º do art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Com o objetivo de dar transparência ao cumprimento do artigo 11, inciso I da Portaria STN nº 72, de 1 de fevereiro de 2012, os Poderes Executivos de cada ente consorciado deverão evidenciar, destacada e separadamente, as informações da execução da despesa com ASPS nos consórcios públicos de que participa, conforme modelo detalhado no tópico 03.12.06.05.

03.12.03.02 Consórcios Públicos

Não se aplica.

03.12.04 SANÇÕES PESSOAIS

A não observância dos procedimentos previstos no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, sujeitará os infratores, nos termos do art. 46 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, às punições previstas no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940

(Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 e demais normas da legislação pertinente. As penalidades aplicáveis ao titular do Poder ou órgão e ao agente público estão detalhadas no Capítulo **PENALIDADES**, constante no final desta publicação (tópico 05.00.00).

03.12.05 LIMITES E RESTRIÇÕES INSTITUCIONAIS

03.12.05.01 LIMITES

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Caso ocorra variação negativa do PIB, o valor a ser aplicado não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, percentuais mínimos da arrecadação dos impostos e dos recursos relacionados na figura 1, deduzidas, no caso dos estados, as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Tabela resumo das exigências da LC141/2012 para o financiamento da Saúde (percentuais mínimos e composição da base de cálculo)	
UNIÃO	
Valor empenhado no exercício anterior acrescido de no MÍNIMO o percentual correspondente à variação nominal do PIB	
ESTADOS	
MÍNIMO de 12% dos Impostos em Ações e Serviços Públicos de Saúde	
ITCD - Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação	
ICMS - Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação	
IPVA - Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores	
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte	
FPE - Fundo de Participação dos Estados e DF	
Cota-Parte IPI Exportação	
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	
MUNICÍPIOS	
MÍNIMO de 15% dos Impostos em Ações e Serviços Públicos de Saúde	
IPTU - Imposto s/ Propriedade Territorial Urbana	
ITBI - Imposto s/ Transmissão de Bens "Inter Vivos"	
ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza	
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte	
ITR - Imposto Territorial Rural	
Cota-Parte IPVA	
Cota-Parte ICMS	
Cota-Parte ITR	
FPM - Fundo de Participação dos Municípios	
Cota-Parte IPI Exportação	
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	
DISTRITO FEDERAL	
MÍNIMO de 12% dos Impostos Estaduais em Ações e Serviços Públicos de Saúde	
ITCD - Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação	
ICMS - Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação	
IPVA - Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores	
FPE - Fundo de Participação dos Estados e DF	
Cota-Parte IPI Exportação	

Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
MÍNIMO de 15% dos Impostos Municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde
IPTU - Imposto s/ Propriedade Territorial Urbana
ITBI - Imposto s/ Transmissão de Bens "Inter Vivos"
ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITR - Imposto Territorial Rural
Cota-Parte IPVA
Cota-Parte ICMS
Cota- Parte ITR
FPM - Fundo de Participação dos Municípios
Cota-Parte IPI Exportação
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
MÍNIMO de 12% dos Impostos não segregáveis em Ações e Serviços Públicos de Saúde
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte

Da Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/1990– e Lei n. 8.142/1990

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) ea Lei que disciplinou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei n. 8.142/1990) estabelecem que:

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde (Lei n. 8.080/90 – art. 33).

A Lei n. 8.142/90 estabelece que compete ao Conselho de Saúde o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (art. 1º, § 2º). E mais, “Para receberem os recursos de que trata o art. 3º, desta Lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com: (...) I – fundo de saúde (art. 4º).”

Dos Normativos e regulamentações

Fortalecendo princípios emanados da Legislação, os arts. 1º e 2º do Decreto n. 1.232/1994 estabelecem que “a transferência de recursos (...) destinados à cobertura de serviços e ações de saúde fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde aprovado pelo respectivo conselho de saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no orçamento do estado, do Distrito Federal ou do município”.

A exigência de manutenção e operação dos fundos de saúde também se faz presente nas normas operacionais do SUS.

O projeto de lei que instituir o fundo deve prever a subordinação deste diretamente à Secretaria de Saúde, caracterizando a unicidade da direção do SUS em cada esfera de governo, conforme preceitua o art. 9º da Lei n. 8.080/1990, que estabelece como gestores de saúde na União, o ministro da Saúde, e, nas demais instâncias, os Secretários de Saúde. Convém que a lei contemple a possibilidade de designação – por delegação de competência –

de gestor financeiro para o fundo de saúde, subordinado ao respectivo Secretário de Saúde, detalhando as competências.

O Conselho de Saúde deve ser formalmente designado como órgão acompanhador e fiscalizador dos recursos do fundo, em atendimento ao disposto no art. 77 das ADCT e no art. 33 da Lei n. 8.080/1990.

A Lei n. 4.320/1964 faculta aos fundos a adoção de normas peculiares de aplicação e estabelece que a lei que instituir o fundo especial poderá determinar normas próprias de controle, prestação e tomada de contas, sem, de qualquer modo, elidir a competência especificada no Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

O projeto de lei em questão deverá prever, também, a obrigatoriedade e a periodicidade de prestação de contas, observando as diretrizes do art. 74 da Lei n. 4.320/1964, e dos arts. 6º e 9º do Decreto n. 1651/1995, que determinam que a comprovação da aplicação dos recursos deva ser apresentada periodicamente: ao Conselho de Saúde; às Assembleias Legislativas; ao Tribunal de Contas; e ao Ministério da Saúde.

O projeto de lei que dispõe sobre o fundo de saúde deve indicar que este, conquanto não seja um ente, pessoa jurídica propriamente dita, de acordo com suas demandas, dada a complexidade do subsistema, seja dotado de autonomia administrativa e financeira, com contabilidade e orçamento próprios, especificação da destinação do saldo apurado em balanço de final de exercício.

Ver também itens 166 a 208 do Capítulo III deste Manual (folhas 45 a 60).

5.1.1. Atenção (Pontos a Verificar)

Baseado em Matriz de Planejamento elaborada em 2012 pela Equipe de Auditoria Especial no SUS do TCE/MT, apresentam-se as seguintes sugestões de questões de auditoria:

Ordem
Questões
Informações necessárias
Fontes de Informação
Procedimento
Detalhamento do Procedimento
Objeto
Respon-sável
Data
Possíveis achados

Q1

O Fundo de Saúde está constituído de acordo com as normas do SUS?

Conteúdo da LOA/20**

LOA/20**

P11

Verificar na LOA/20** se o Fundo de Saúde se constitui em unidade orçamentária.

LOA/20**

Ausência de dotação orçamentária do Fundo de Saúde na LOA (Art. 14 da LC 141/2012).

Conteúdo do Regimento Interno (RI) do Fundo de Saúde.

RI do Fundo de Saúde

P12

Verificar com base no RI do Fundo de Saúde suas fontes de financiamento e se estas estão previstas na LOA/20**.

RI do Fundo de Saúde

Histórico dos empenhos realizados
Empenhos selecionados
P13

Analisar por amostragem os empenhos realizados pelo Fundo de Saúde em 20** e analisar se não está havendo desvio de finalidade na aplicação dos seus recursos.

Empenhos selecionados

Desvio de finalidade na aplicação dos recursos do Fundo de Saúde.

Conteúdo do RI do Fundo de Saúde; Responsável pela emissão de empenhos do Fundo de Saúde
RI do Fundo de Saúde; Notas de empenhos selecionadas
P14

Verificar no RI do Fundo de Saúde e por amostragem nos empenhos realizados em 20** se o ordenador de despesas do Fundo é o gestor da saúde local.
RI do Fundo de Saúde; Notas de empenhos selecionadas

Movimentação de recursos do Fundo de Saúde por gestor diverso à pasta da saúde.

Despesas empenhadas na função 10; despesas empenhadas pela unidade orçamentária Fundo de Saúde
Empenhos na Função 10 e do UO Fundo de Saúde no exercício de 2012.

P15

Confrontar os empenhos realizados na função 10 com os empenhos realizados pela UO Fundo de Saúde para verificar se há despesas com saúde sendo realizadas por outra UO.
Empenhos na Função 10 e do UO Fundo de Saúde no exercício de 2012.

Não execução de despesas com saúde por meio do Fundo de Saúde (art. 2º, parágrafo único, da LC 141/2012).

Movimentação bancária

Relação de contas do Fundo de Saúde; Extratos bancários de 2012; Conciliações bancárias de 2012.

P16

Verificar a existência ou não de contas bancárias abertas em nome no Fundo de Saúde: 1) Solicitar relação das contas bancárias do Fundo de Saúde e seus respectivos extratos e conciliações em 2012; 2) Analisar se os recursos foram movimentados nas contas do Fundo de Saúde em 2012.

Relação de contas do Fundo de Saúde; Extratos bancários de 2012; Conciliações bancárias de 2012.

Q2

O Relatório Quadrimestral de que trata o art. 36, caput, da LC 141/2012 está sendo elaborado de acordo com essa norma?

Conteúdo do Relatório Quadrimestral

Relatório Quadrimestral

P21

Verificar se no conteúdo do referido relatório há relato quanto ao montante e fonte dos recursos aplicados no quadrimestre.

Relatório Quadrimestral

Ausência do Relatório Quadrimestral

P22

Verificar se no conteúdo do referido relatório há relato quanto a auditorias realizadas ou em fase de execução no quadrimestre e suas recomendações e determinações.

P23

Verificar se no conteúdo do referido relatório há relato quanto a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Q3

O Demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde vem sendo alimentado corretamente no SIOPS?

Total gasto em ações e serviços de saúde.

Valores alimentados nas demonstrações financeiras lançadas no SIOPS

SIOPS

Execução orçamentária-financeira

Ações e serviços custeados no período com recursos do SUS

P31

Verificar a conformidade das **receitas** que compõem a base para cálculo do cumprimento do percentual mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e as receitas adicionais para financiamento da saúde;

Verificar o total arrecadado e transferências recebidas

Subdimensionamento de receitas no SIOPS, ocasionando base de cálculo menor para o cálculo do limite mínimo a ser empregado em saúde.

P32

Verificar a conformidade das **despesas** com ações e serviços públicos de saúde, por grupo de natureza da despesa e por subfunção;

Verificar o total empregado em ações e serviços de saúde.

Hiperdimensionamento de despesas em ações e serviços de saúde, ocasionando atendimento indevido do limite mínimo a ser empregado em saúde.

P33

Verificar a conformidade da aplicação da disponibilidade de caixa vinculada a restos a pagar cancelados ou prescritos e do percentual mínimo não cumprido em exercícios anteriores.

Restos a pagar cancelados

Percentual mínimo não cumprido em exercícios anteriores

5.1.2. Técnicas de Auditoria Recomendadas

- 3.1. Utilizar como papel de trabalho o Manual de Demonstrativos Fiscais da STN, 5ª Edição, disponível em <http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarInformacao.jsf>, para verificar o cumprimento da LC 141/2012.
- 3.2. Analisar Atas dos conselhos de saúde;
- 3.3. Verificar transferências efetuadas em <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>;
- 3.4. Verificar as atribuições previstas na PPI ou COAP, se já em vigor;
- 3.5. Verificar saldos de e transações realizadas em contas do Fundo.

W. Colegiados de Controle Social: Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselho Estadual de Saúde (CES).

6. Não Esquecer (Resumo da Teoria)

(extraído do Manual Básico Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde)

Os Conselhos têm caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e estão distribuídos nas três esferas de Governo onde exercem as mesmas funções.

No âmbito do Município temos o Conselho Municipal de Saúde, constituído e formalizado em Lei de iniciativa do Prefeito, aprovada pela Câmara de Vereadores. Observada a prescrição do artigo 5º, inciso II da CF c.c. os dispositivos da Lei Federal nº 8.142/90 c.c. Decreto nº 99.438/9061, nota-se que as atividades do Conselheiro de Saúde têm, no atual ordenamento jurídico, características importantes e essenciais para a utilidade e interesses públicos, sendo, por isso, consideradas gratuitas e não remuneradas pelo Estado.

A organização e o funcionamento dos Conselhos de Saúde devem estar especificados no seu Regimento Interno, que é elaborado pelos Conselheiros e aprovado em reunião plenária do Conselho, em consonância com a legislação vigente e as portarias e resoluções emanadas do Ministério da Saúde. Qualquer alteração deve seguir o mesmo procedimento.

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, por meio da **Resolução - CNS Nº 333**, de 4 de novembro de 2003, **Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde:**

a) Definição dos Conselhos de Saúde

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90.

O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

O Conselho atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

b) Criação e Reformulação dos Conselhos de Saúde

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

c) Organização dos Conselhos de Saúde

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O

Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de Saúde, do governo e de prestadores de serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a) 50% de entidades de usuários;

b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;

c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) de associações de portadores de patologias;

b) de associações de portadores de deficiências;

c) de entidades indígenas;

d) de movimentos sociais e populares organizados;

e) movimentos organizados de mulheres, em Saúde;

f) de entidades de aposentados e pensionistas;

g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

h) de entidades de defesa do consumidor;

i) de organizações de moradores;

j) de entidades ambientalistas;

k) de organizações religiosas;

l) de trabalhadores da área de Saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;

m) da comunidade científica;

n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

o) entidades patronais;

p) de entidades dos prestadores de serviço de Saúde e

q) de Governo.

IV - Os representantes do Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos/entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do Conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado Município caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao Executivo Municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o Conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

d) Estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, o que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante *quorum* mínimo de metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e ser assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo, dentre outros, andamento da agenda de Saúde pactuada, relatório de

gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial.

Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

e) Competência dos Conselhos de Saúde

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV - Atuar na formulação e no controle da execução da política de Saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de Saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de segurança, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de Saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de Saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de Saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII - Aprovar a proposta orçamentária anual da Saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamentos ascendentes.

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de Saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de Saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de Saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de Saúde, pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em Saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da Saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de Saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de Saúde.

O Conselho de Saúde é um colegiado que tem sua organização e atuação garantidas por Lei, mas só será legítimo e representativo se atuar com autonomia, pois o primeiro compromisso do Conselho é com o segmento da sociedade que está sendo representado.

O Conselheiro não tem função executiva, ou seja, ele não é um executivo na realização de ações que visem implantar a política de Saúde ou agilizá-la. Deve sim, participar da formulação da política de Saúde, acompanhar e fiscalizar a sua implantação, incluindo-se aí o encaminhamento das denúncias, quando for o caso.

As denúncias que são apresentadas aos Conselheiros devem ser encaminhadas ao Conselho para discussão e deliberação, cabendo a este repassá-las, por intermédio de seu Presidente,

aos órgãos competentes quando for o caso. Se o Presidente do Colegiado não o fizer por qualquer razão, os Conselheiros deverão encontrar solução em reunião plenária do Conselho.

f) Planejamento, Fiscalização, Aprovação e Acompanhamento das Ações e Serviços de Saúde por parte dos Conselhos

O Conselho Estadual ou Municipal de Saúde deliberará acerca do planejamento das ações e a ele cabe propor critérios para:

- _ programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhamento da movimentação e destinação dos recursos;
- _ fiscalização e controle dos gastos;
- _ análise, discussão e aprovação do relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras e
- _ fiscalização e acompanhamento das ações e dos serviços de Saúde.

A LC nº 141/12 trouxe, em seu artigo 41, obrigatoriedade para que os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliem 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 dos dispositivos legais vigentes nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhem ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

g) Capacitação dos Conselheiros de Saúde

É notório que o desempenho do Conselho de Saúde – espaço de consolidação da cidadania – está relacionado à maneira como seus integrantes se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades de seus segmentos em demandas e projetos de interesse público e como participam da deliberação das políticas locais de saúde.

Diante da relevância pública dessas atividades, comprometidas com a garantia dos direitos sociais, deve-se ressaltar a necessidade da capacitação *contínua e permanente* dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde.

A LC 141/12, em seu artigo 44, estabeleceu que o gestor local do SUS oferecerá ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde.

6.1.1. Atenção (Pontos a Verificar)

Consoante Matriz de Planejamento elaborada em 2012 pela Equipe de Auditoria Especial no SUS do TCE/MT, apresentam-se as seguintes questões de auditoria (dispostas em formato de texto cursivo e não de tabela):

QUESTÃO DE AUDITORIA:

- **Os CONSELHOS DE SAÚDE CUMPREM SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS?**

INFORMAÇÕES REQUERIDAS:

- **DELIBERAÇÕES DOS CONSELHOS**
- **AÇÕES DE CONTROLE REALIZADAS PELOS CONSELHOS**
- **AÇÕES DE PLANEJAMENTO REALIZADAS PELOS CONSELHOS**

FONTES DE INFORMAÇÕES:

- **ATAS DAS SESSÕES (REUNIÕES) DOS CONSELHOS**
- **RESOLUÇÕES EMITIDAS PELOS CONSELHOS**
- **REQUISIÇÕES REALIZADAS PELOS CONSELHOS**
- **ENTREVISTA**

PROCEDIMENTOS:

- **VERIFICAR SE HÁ CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DO CONSELHO, SE A SES/MT E A SMS/CUIABÁ GARANTEM A AUTONOMIA ADMINISTRATIVA PARA O PLENO FUNCIONAMENTO DE SEU RESPECTIVO CONSELHO DE SAÚDE;**
- **VERIFICAR SE OS CONSELHEIROS ESTÃO CAPACITADOS E INFORMADOS PARA DESEMPENHAR SUAS ATIVIDADES/ ATRIBUIÇÕES;**
- **VERIFICAR SE OS CONSELHOS/CONSELHEIROS POSSUEM AUTONOMIA PARA DECIDIR E DETERMINAR EXECUÇÕES DE AÇÕES DECIDIDAS EM REUNIÕES (???);**
- **VERIFICAR SE OS CONSELHEIROS POSSUEM A SUA DISPOSIÇÃO REGIMENTO INTERNO, CARTILHA, ORIENTAÇÕES, MANUAL, MODELOS DE PAPÉIS DE TRABALHO.**

DETALHAMENTO DO PROCEDIMENTO:

- **VERIFICAR SE HÁ CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DO CONSELHO, SE AS DUAS ESFERAS DE GOVERNO GARANTEM A AUTONOMIA ADMINISTRATIVA PARA O PLENO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO DE SAÚDE, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, AUTONOMIA FINANCEIRA E ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA-EXECUTIVA COM A NECESSÁRIA INFRAESTRUTURA E APOIO TÉCNICO; SE O CONSELHO ESTÁ BEM INSTALADO, SE POSSUI CARÊNCIA DE BENS MÓVEIS E MATERIAIS DE EXPEDIENTE E INFORMÁTICA, SE POSSUI FUNCIONÁRIOS À DISPOSIÇÃO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DE FUNCIONAMENTO DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS (RECURSOS FINANCEIROS, HUMANOS E TECNOLÓGICOS).**
- **VERIFICAR SE OS CONSELHEIROS ESTÃO CAPACITADOS E INFORMADOS PARA DESEMPENHAR SEUS PAPEIS, SUAS ATRIBUIÇÕES, SE HÁ PROMOÇÕES/REALIZAÇÕES DE CURSOS, TREINAMENTO, CAPACITAÇÕES, POR INICIATIVA DOS GESTORES OU DOS PRÓPRIOS CONSELHOS; EM QUAIS ÁREAS E COM QUE FREQUÊNCIA OS TREINAMENTOS E CAPACITAÇÕES SÃO OFERTADOS; QUAIS ÁREAS CARECEM DE TREINAMENTO; EM QUAIS ÁREAS DE SUA COMPETÊNCIA OS CONSELHEIROS NÃO VÊM ATUANDO.**
- **VERIFICAR SE OS CONSELHOS/CONSELHEIROS ENCONTRAM-SE ATUALIZADOS PELAS NORMAS VIGENTES, SE ESTÃO CUMPRINDO AS DETERMINAÇÕES DA RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012 E SE ESTABELECEM INTERCÂMBIO COM OS DEMAIS CONSELHOS EXISTENTES DENTRO DA MESMA ESFERA GOVERNAMENTAL E TAMBÉM NAS DEMAIS ESFERAS INSTITUCIONAIS;**
- **VERIFICAR SE O NÚMERO DE CONSELHEIROS FOI DEFINIDO POR LEI PELOS CONSELHOS DE SAÚDE E MANTÊM AS VAGAS DISTRIBUÍDOS DE 50% DE ENTIDADES E MOVIMENTOS REPRESENTATIVOS DE USUÁRIOS; 25% DE ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE E 25% DE REPRESENTAÇÃO DE GOVERNO E PRESTADORES DE SERVIÇOS PRIVADOS CONVENIADOS, OU SEM FINS LUCRATIVOS, SENDO O SEU PRESIDENTE ELEITO ENTRE OS MEMBROS DO CONSELHO, EM REUNIÃO PLENÁRIA;**
- **VERIFICAR SE O CONSELHO ESTÁ FORTALECENDO A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NO SUS, MOBILIZAR E ARTICULAR A SOCIEDADE DE FORMA PERMANENTE NA DEFESA DOS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS QUE FUNDAMENTAM O SUS;**
- **VERIFICAR SE FOI ELABORADO O REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO E OUTRAS NORMAS DE FUNCIONAMENTO;**
- **VERIFICAR SE FORAM DISCUTIDAS, ELABORADAS E APROVADAS PROPOSTAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES APROVADAS PELAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE;**
- **VERIFICAR A ATUAÇÃO DO CONSELHO NA FORMULAÇÃO E NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE, INCLUINDO OS SEUS ASPECTOS ECONÔMICOS E FINANCEIROS, E SE HOVE PROPOSTA DE ESTRATÉGIAS PARA A SUA APLICAÇÃO AOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO;**
- **VERIFICAR SE FORAM DEFINIDAS DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE E SE HOVE DELIBERAÇÃO SOBRE O SEU CONTEÚDO, CONFORME AS DIVERSAS SITUAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E A CAPACIDADE ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS;**
- **VERIFICAR SE HOVE APRECIACÃO ANUALMENTE DO RELATÓRIO DE GESTÃO;**
- **VERIFICAR SE FORAM ESTABELECIDAS ESTRATÉGIAS E PROCEDIMENTOS DE ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO DO SUS, E SE HOVE ARTICULAÇÃO COM OS DEMAIS COLEGIADOS, A EXEMPLO DOS DE SEGURIDADE SOCIAL, MEIO AMBIENTE, JUSTIÇA, EDUCAÇÃO, TRABALHO, AGRICULTURA, IDOSOS, CRIANÇA E ADOLESCENTE E OUTROS;**
- **VERIFICAR SE HOVE A REVISÃO PERIÓDICA DOS PLANOS DE SAÚDE;**

- VERIFICAR SE HOUVE DELIBERAÇÃO SOBRE OS PROGRAMAS DE SAÚDE E SE HOUVE APROVAÇÃO DOS PROJETOS A SEREM ENCAMINHADOS AO PODER LEGISLATIVO, SE HOUVE PROPOSIÇÃO DE ADOÇÃO DE CRITÉRIOS DEFINIDORES DE QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE, ATUALIZANDO-OS FACE AO PROCESSO DE INCORPORAÇÃO DOS AVANÇOS CIENTÍFICOS E TECNOLÓGICOS NA ÁREA DA SAÚDE;
- VERIFICAR RELATÓRIOS DE AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO SUS, SE HÁ EXPLICITAÇÃO DOS CRITÉRIOS UTILIZADOS;
- VERIFICAR SE HOUVE DELIBERAÇÃO SOBRE CONTRATOS, CONSÓRCIOS E CONVÊNIOS, CONFORME AS DIRETRIZES DOS PLANOS DE SAÚDE NACIONAL, ESTADUAIS, DO DISTRITO FEDERAL E MUNICIPAIS;
- VERIFICAR SE HOUVE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA ATUAÇÃO DO SETOR PRIVADO CREDENCIADO MEDIANTE CONTRATO OU CONVÊNIO NA ÁREA DE SAÚDE;
- VERIFICAR SE HOUVE APRECIÇÃO DA PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA ANUAL DA SAÚDE, TENDO EM VISTA AS METAS E PRIORIDADES ESTABELECIDAS NA LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS, OBSERVADO O PRINCÍPIO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO ASCENDENTES, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE;
- VERIFICAR SE HOUVE PROPOSTA DE CRITÉRIOS PARA PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA DOS FUNDOS DE SAÚDE E SE HOUVE ACOMPANHAMENTO DA MOVIMENTAÇÃO E DESTINO DOS RECURSOS;
- VERIFICAR SE HOUVE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DOS GASTOS E SE HOUVE DELIBERAÇÃO SOBRE CRITÉRIOS DE MOVIMENTAÇÃO DE RECURSOS DA SAÚDE, INCLUINDO O FUNDO DE SAÚDE E OS RECURSOS TRANSFERIDOS E PRÓPRIOS DO MUNICÍPIO, ESTADO, DISTRITO FEDERAL E DA UNIÃO, COM BASE NO QUE A LEI DISCIPLINA;
- VERIFICAR SE HOUVE ANÁLISE, DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO, COM A PRESTAÇÃO DE CONTAS E INFORMAÇÕES FINANCEIRAS, REPASSADAS EM TEMPO HÁBIL AOS CONSELHEIROS, E GARANTIA DO DEVIDO ASSESSORAMENTO;
- VERIFICAR SE O CONSELHO FISCALIZOU E ACOMPANHOU O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SE HOUVE ENCAMINHAMENTO DE DENÚNCIAS AOS RESPECTIVOS ÓRGÃOS DE CONTROLE INTERNO E EXTERNO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE;
- VERIFICAR SE O CONSELHO EXAMINOU PROPOSTAS E DENÚNCIAS DE INDÍCIOS DE IRREGULARIDADES, SE RESPONDEU NO SEU ÂMBITO A CONSULTAS SOBRE ASSUNTOS PERTINENTES ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, BEM COMO SE APRECIOU RECURSOS A RESPEITO DE DELIBERAÇÕES DO CONSELHO NAS SUAS RESPECTIVAS INSTÂNCIAS;

OBJETOS:

- ATAS DOS CONSELHOS DE JANEIRO DE 2012 ATÉ SETEMBRO DE 2012;
- RESOLUÇÕES E DELIBERAÇÕES EMITIDAS PELOS CONSELHOS;
- CÓPIA DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS DO GESTOR EM RELATÓRIO DETALHADO CONTENDO DENTRE OUTROS, ANDAMENTO DA AGENDA DE SAÚDE PACTUADA, RELATÓRIO DE GESTÃO, DADOS SOBRE O MONTANTE E A FORMA DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS NO PERÍODO DE JANEIRO A SETEMBRO/2012, ENCAMINHADAS AO CONSELHO.

MEMBRO RESPONSÁVEL:

- ---

PERÍODO

• ---

POSSÍVEIS ACHADOS:

- **CONDIÇÕES PRECÁRIAS DE FUNCIONAMENTO DO CONSELHO;**
- **AUSÊNCIA DE CONSCIENTIZAÇÃO/CONHECIMENTO DAS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS; DESPREPARO DOS CONSELHEIROS;**
- **AUSÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES PELO GESTOR AOS CONSELHEIROS;**
- **OS CONSELHOS/CONSELHEIROS NÃO POSSUEM AUTONOMIA PARA DECIDIR, POIS SUAS DECISÕES NÃO SÃO ACATADAS, GRANDE PARTE DE SEUS MEMBROS ESTÃO VINCULADOS DIRETAMENTE AOS GESTORES INFLUENCIANDO DIRETAMENTE NAS DECISÕES DO CONSELHO.**
- **AUSÊNCIA DE APLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012, NO TOCANTE ÀS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS;**
- **CONSELHO SENDO PRESIDIDO PELO SECRETÁRIO SEM ELEIÇÃO;**
- **O CONSELHO NÃO EXECUTA SUAS ATIVIDADES DE ELABORAÇÃO DE CRITÉRIOS DE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS;**
- **O CONSELHO NÃO EXERCE FISCALIZAÇÃO NAS AÇÕES E SERVIÇOS.**

6.1.2. Técnicas de Auditoria Recomendadas

- 3.1. Analisar atas, lei de criação, resoluções dos conselhos;
- 3.2. Realizar entrevistas com os conselheiros;
- 3.3. Realizar pesquisa, por meio da aplicação de questionário.

***X. Planejamento em Saúde, Regionalização e
Regulação(implementação e execução do COAP)***

7. Não Esquecer (Resumo da Teoria)

Já apresentado nos itens 209 a 216 (páginas 51 a 61 deste Manual).

7.1.1. Atenção (Pontos a Verificar)

Consoante Matriz de Planejamento elaborada em 2012 pela Equipe de Auditoria Especial no SUS do TCE/MT, apresentam-se as seguintes questões de auditoria (sobre PPI, instrumento ainda existente durante a transição para o COAP):

Ordem	QUESTÕES DE AUDITORIA	INFORMAÇÕES REQUERIDAS	FONTES DE INFORMAÇÃO	TÉCNICAS DE AUDITORIA	LIMITAÇÕES	POSSÍVEIS ACHADOS
Q1	<ul style="list-style-type: none"> - A PPI foi aprovada pela CIB e contempla todos os procedimentos? - A PPI foi revista e tornada pública? - A Programação Pactuada Integrada é está consolidada como instrumento norteador da regulação- Portaria nº 1097/2006? - A PPI está consolidada como instrumento utilizado para orientar a regulação? - A PPI de Cuiabá foi elaborada como o mesmo conteúdo da PPI elaborada pelo Mato Grosso? - A PPI do Estado de Mato Grosso está disponibilizada no endereço eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde e atualizada? - O Estado atualiza a PPI sempre que recebe recursos do Ministério da Saúde de teto livre? Foram definidos os critérios de distribuição dos recursos de teto livre? 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os procedimentos contemplados pela PPI - Identificar a forma de atualização da PPI (programação física e/ou financeira), os mecanismos de monitoramento e se o Estado de Mato Grosso está utilizando a PPI para direcionar a regulação. - Verificar se a PPI vem sendo adotada como documento meramente formal ou está contribuindo para o processo de regulação, garantindo a integralidade e equidade de acesso à internação hospitalar. 		- Análise documental	- Falta de Consenso entre Estados e Municípios	<ul style="list-style-type: none"> - ausência de limites financeiros destinados à assistência da população própria de cada município e das referências recebidas de outros municípios; - Ausência de ações definidas e quantificações das ações de saúde para população residente em cada território; - Ausência dos pactos intergestores para garantia de acesso da população nos municípios referenciados; - Ausência de revisão periódica da PPI; - Ausência de monitoramento e a avaliação dos pactos firmados entre os gestores rotineiramente, tanto da execução física e financeira das ações, como

						dos fluxos pactuados.
--	--	--	--	--	--	-----------------------

7.1.2. Técnicas de Auditoria Recomendadas

- 3.1. Utilizar como papel de trabalho o Manual de Demonstrativos Fiscais da STN, 5ª Edição, disponível em <http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarInformacao.jsf> , para verificar o cumprimento da LC 141/2012.
- 3.2. Analisar Atas da CIB e CIR's;
- 3.3. Verificar a execução de COAP's firmados nas Regiões de Saúde, atentando para responsabilidades dos municípios e do Estado;
- 3.3. Analisar Atas dos conselhos de saúde;
- 3.4. Verificar indicadores de desempenho do SUS (IDSUS, disponíveis em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080 ;
- 3.5. Verificar transferências efetuadas em <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf> .

Y. Estruturação da Atenção Básica (em especial o Programa de Saúde da Família)

8. Não Esquecer (Resumo da Teoria)

Atenção Básica e PSF - Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, eqüidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional.

8.1.1. Atenção (Pontos a Verificar)

Consoante Matriz de Planejamento elaborada em 2012 pela Equipe de Auditoria Especial no SUS do TCE/MT, apresentam-se as seguintes questões de auditoria:

MATRIZ DE PLANEJAMENTO

Questão de auditoria:

1 - Os profissionais de saúde de nível superior do PSF cumprem as suas respectivas cargas horárias de trabalho exigidas pela legislação?

Informações requeridas:

- 1) Cargas horárias semanais dos profissionais estabelecidas na legislação.
- 2) Cargas horárias semanais dos profissionais cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- 3) Cargas horárias semanais efetivamente prestadas pelos profissionais.
- 4) Vínculos de trabalho e respectivas cargas horárias semanais dos profissionais cadastrados na RAIS.
- 5) Situação cadastral dos profissionais nos respectivos conselhos no Estado do Piauí.
- 6) Pagamentos efetuados aos profissionais pelos municípios.
- 7) Presença das assinaturas do profissional e do gestor na Ficha de Cadastramento do Profissional no SCNES (FCES -Cadastro de Profissional).

Fontes de informações:

- 1) PortariaGM/MS 2.488, de 21/10/2011.
- 2) Consultas ao CNES.
- 3) Instrumentos de controle das equipes do PSF:
 - a) contratos de trabalho dos profissionais com os municípios;
 - b) folhas de controle de frequência dos profissionais;
 - c) escalas de plantão dos profissionais;
 - d) livro de agendamento do atendimento dos beneficiários do programa;
 - f) prontuários dos beneficiários do programa;
 - g) FCES-Módulo Profissional.

h) entrevistas com o Secretário Municipal de Saúde, com os enfermeiros e com os usuários.

4) Conselhos Profissionais (CRM/PI, CRF/PI e CRO/PI).

5) Relações de pagamentos aos profissionais, obtidas junto aos município e/ou ao TCE/PI.

Possíveis achados:

1) Cumprimento da carga horária semanal de trabalho pelos profissionais de nível superior do PSF inferior à exigida pelo Programa.

2) Ausência ao serviço de profissionais de nível superior do PSF incluídos na equipe cadastrada no CNES.

2) Pagamento por prestação de serviços do PSF a profissionais não incluídos na equipe cadastrada no CNES.

Procedimentos:

1 - Analisar os resultados do cruzamento das bases de dados disponíveis e verificar, dentre os municípios escolhidos, profissionais de nível superior integrantes das equipes do PSF, cadastrados no SCNES, cujos registros constantes dos resultados do cruzamento apontam indícios de descumprimento das suas respectivas cargas horárias de trabalho.

Questão de auditoria:

2 - Os profissionais de nível superior do PSF acumulam irregularmente cargos ou empregos públicos?

Informações requeridas:

Quantidade e natureza dos vínculos de trabalho dos profissionais com órgãos e entidades públicos.

Forma de provimento ao cargo/emprego dos profissionais de nível superior que integram as equipes do PSF, respectivos instrumento legal e ato de publicidade, bem assim do nome do responsável pela contratação ou admissão.

Fontes de informações:

Consultas ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), ao Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE) e à Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

Respostas dos Secretários Municipais de Saúde às diligências.

Possíveis achados:

Acumulação irregular de cargos ou empregos públicos por profissionais de nível superior do PSF.

Admissão ou contratação de profissionais de nível superior para prestar serviços ao PSF sem concurso público.

Procedimentos:

1 - Verificar no SCNES e no SIAPE e na RAIS a existência de profissionais que ocupem mais de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas (CF, art. 37, inciso XVI, alínea "c" e Portaria SAS/MS 134, de 4/4/2011).

Questão de auditoria:

3 - O planejamento desenvolvido pelos municípios é consistente com a estratégia da Saúde da Família?

Informações requeridas:

Ações desenvolvidas para ampliar a área de atuação da ESF.

Ações planejadas.

Fontes de informações:

Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, COAP.

Possíveis achados:

Não previsão nos instrumentos de planejamento de diretrizes para ampliar a ESF.

Inexistência de planos e de recursos.

Procedimentos:

1 –Comparar o planejado com as necessidade de ampliação da ESF.

Questão de auditoria:

4 - A estratégia da Saúde da Família dispõe de infraestrutura adequada e recursos humanos capacitados para o desenvolvimento dos trabalhos das equipes nos municípios?

Informações requeridas:

Ações desenvolvidas para ampliar a área de atuação da ESF.

Ações planejadas.

Composição das equipes.

Estrutura instalada.

Fontes de informações:

Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, COAP, visita.

Possíveis achados:

Ausência de capacidade para executar as ações previstas na ESF.

Procedimentos:

1 –Verificar se há dados consistentes que comprovem o atingimento dos objetivos da unidade.

Questão de auditoria:

5 - O trabalho das equipes está voltado para a prevenção, a promoção da saúde e de forma a garantir o acolhimento da população necessitada?

Informações requeridas:

Ações desenvolvidas pelas ESF.

Ações planejadas.

Opinião dos usuários.

Fontes de informações:

Usuários.

Relatórios Técnicos.

Relatórios de Produção.

Possíveis achados:

Ausência de capacidade para executar as ações previstas na ESF.

Ausência de priorização de atividades preventivas.

Procedimentos:

1 –Verificar se há dados consistentes que comprovem que as unidades não agem apenas como postos de saúde avançados, cuidando apenas de recuperação, deixando de lado ações de promoção e proteção.

Questão de auditoria:

6 - Como tem sido realizado o monitoramento, avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes?

Informações requeridas:

Ações desenvolvidas pela supervisão das ESF.

Fontes de informações:

Equipes.

Relatórios Técnicos.

Relatórios de Produção.

Possíveis achados:

Ausência de orientação e supervisão superiores.

Ausência de correção tempestiva de desvios.

Procedimentos:

1 –Verificar se há dados consistentes que comprovem orientação e supervisão por parte das direções estadual e municipais do programa.

8.1.2. Técnicas de Auditoria Recomendadas

- 3.1. Analisar relatórios de supervisão;
- 3.2. Verificar o desempenho das Equipes de Saúde da Família no sistema próprio, avaliando a confiabilidade deste;
- 3.3. Analisar Atas dos conselhos de saúde;
- 3.4. Realizar entrevistas com equipes e supervisores;
- 3.4. Verificar indicadores de desempenho do SUS (IDSUS, disponíveis em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080);

Z. Assistência Farmacêutica

9. Não Esquecer (Resumo da Teoria)

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – HISTÓRICO

- ▶ Diferente de outras áreas, a AF não se adequou imediatamente aos princípios e prerrogativas do SUS, em especial:
 - Descentralização das ações;
 - Regionalização e Hierarquização dos serviços;
 - Participação Popular (Controle Social);
- ▶ **1998** – publicada a Portaria GM/MS 3.916, que estabeleceu a **POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS** (PNM) como parte essencial da Política Nacional de Saúde. Principais finalidades:
 - Garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos
 - Promoção do uso racional dos medicamentos
 - Acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais

O QUE É ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA?

Conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

FINANCIAMENTO FEDERAL DA SAÚDE

Portaria GM/MS 204 de 29/01/2007

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

- ✓ Atenção Básica
- ✓ Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
- ✓ Vigilância em Saúde
- ✓ **Assistência Farmacêutica**
- ✓ Gestão do SUS

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Portaria GM/MS 204 de 29/01/2007

Seção IV: Bloco de Assistência Farmacêutica (AF)

- ✓ Componente Básico da AF
- ✓ Componente Estratégico da AF
- ✓ Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional - CMDE

NOVA REGULAMENTAÇÃO DOS COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- ✓ Portaria GM/MS 2.981, de 26/11/2009
 - ✓ Portaria GM/MS 2.982, de 26/11/2009
 - ✓ Portaria GM/MS343, de 22/02/2010
-
- ▶ COMPONENTE ESPECIALIZADO DA AF
 - ▶ É uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentosos, em nível ambulatorial;

- ▶ Acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado, para doenças contempladas no âmbito deste componente
- ▶ Seleção dos medicamentos: responsabilidade do MS;
- ▶ Elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: responsabilidade do MS;
- ▶ Aquisição: sob responsabilidade do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- ▶ Dispensação: Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde;

COMPONENTE BÁSICO DA AF

Destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos.

(Portaria 204/2007)

PORTARIA GM/MS 2.982

Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

- ▶ COMPONENTE BÁSICO DA AF

Medicamentos e Insumos para DIABETES

Visando o cumprimento da Lei nº. 11.347/2006 e sua regulamentação pela Portaria nº. 2.583/2007, a Portaria nº. 3237 também regulamentou as responsabilidades dos gestores sobre o fornecimento dos medicamentos e insumos para o diabetes.

- **Antidiabéticos orais:** devem estar inseridos no elenco de medicamentos da Atenção Básica. Sua aquisição e fornecimento de forma contínua na rede pública é de responsabilidade dos gestores municipais e/ou estaduais.
- **Insulinas Humana NPH e Regular:** adquiridas e fornecidas pelo MS.

As empresas fornecedoras realizam sua distribuição aos almoxarifados estaduais, ficando sob responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) sua distribuição aos municípios.

Compete aos municípios realizar o diagnóstico, cadastro e acompanhamento dos pacientes diabéticos, e informar regularmente às SES o número de insulino-dependentes.

A responsabilidade pelo seu fornecimento aos usuários pode ser compartilhada entre estado e município, ou somente do município, mediante a transferência da contrapartida estadual ao Fundo Municipal de Saúde. Essas responsabilidades devem ser pactuadas entre os gestores na CIB.

- ▶ COMPONENTE ESTRATÉGICO DA AF

- O Ministério da Saúde considera como estratégicos todos os medicamentos das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenha protocolo e normas estabelecidas e que tenham impacto sócio-econômico.
- O elenco é definido pelo Ministério da Saúde, que também é responsável pelo financiamento e aquisição dos medicamentos. Estes são repassados às Secretarias Estaduais de Saúde, que os distribuem aos seus municípios.
- ▶ Exemplos:
 - DST/Aids
 - Endemias Focais (Malária, Esquistossomose, Leishmaniose, Meningite, Doença de Chagas, Cólera, Peste, Filariose, Tracoma)

- Tuberculose
- Hanseníase
- Lúpus Eritematoso (talidomida)
- Mieloma Múltiplo (talidomida)
- Doença Enxerto x Hospedeiro (talidomida)
- Hemoderivados
- Alimentação e Nutrição
- Controle do Tabagismo
- Imunobiológicos (soros e vacinas)

9.1.1. Atenção (Pontos a Verificar)

Consoante Matriz de Planejamento elaborada em 2012 pela Equipe de Auditoria Especial no SUS do TCE/MT, apresentam-se as seguintes questões de auditoria:

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
Q1	A programação das aquisições garante que as quantidades de medicamentos correspondam à demanda da população e estejam disponíveis tempestivamente?	quantitativo de medicamentos adquiridos quantitativo de medicamentos necessários ao atendimento das necessidades regulares do PSF dados do estoque de medicamentos	Plano ou programa de aquisições de medicamentos Relação de aquisições/tratamentos efetuadas. Processos licitatórios de aquisição de medicamentos sistema de controle dos estoques de medicamentos realizados pelo município relação nacional e municipal de medicamentos registros	P11 -Apurar se há o devido planejamento na aquisição de medicamentos, a fim de atender a demanda da população adscrita	1.1- identificar se há controle e ou sistema que contenha a informação do consumo periódico (mensal) de medicamentos. 1.2 - verificar, junto ao almoxarifado ou estoque do PSF, se a quantidade disponível de medicamento é suficiente para atender as necessidades dos usuários 1.3 - comparar aquisições/con	planilha de controle de estoque licitação de aquisição de medicamentos sistema de controle de dispensação de medicamentos cadastro de usuários	---	---	A1 -Subdimensionamento de necessidades. A2 -Superdimensionamento de necessidades. A3 - Inexistência de controle ou planejamento da aquisição de medicamentos A4 - Deficiência na aquisição e distribuição de medicamentos da Farmácia Básica a

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
		mentos consumo e demanda histórica do PSF relação de medicamentos disponíveis no PSF programação de aquisição de medicamentos em 2012 prazo de validade dos medicamentos adquiridos em	administrativos e formulários de distribuição de medicamentos embalagens dos medicamentos		<p>tratações com o quantitativo necessário ao atendimento das necessidades regulares, visando extrair a conclusão se houve ou não super ou subdimensionamento</p> <p>1.4 - Verificar a existência de controle de estoques de medicamentos no município e se as informações desse controle são utilizadas para a programação de compra.</p> <p>1.5 - Verificar a existência de</p>				<p>ponto de desfalcar os estoques dos postos de saúde que realizam o atendimento à população.</p> <p>A5 - Programação de compra de medicamentos não cobertos pelo programa e/ou em quantidades insuficientes ou superestimadas.</p> <p>A6 - Desperdício de recursos financeiros em decorrência da</p>

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
		2012			ações judiciais com objetivo de exigir da administração pública o fornecimento dos medicamentos				programação inadequada de aquisição de medicamentos
				P12 - Verificar se as quantidades de medicamentos adquiridas são compatíveis com os consumos históricos	P2.1 - solicitar o consumo histórico de medicamentos no período janeiro a junho/2012 P2.2 - solicitar a programação de assistência farmacêutica de 2012 P2.3 - comparar a programação com o consumo anual histórico.				
				P13 - Verificar a	P3.1 - solicitar o consumo				

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
				compatibilidade e do prazo de validade dos medicamentos com a quantidade a ser adquirida nos lotes e com a capacidade de dispensação da Secretaria de Saúde.	<p>histórico de medicamentos no período janeiro a junho/2012</p> <p>P3.2 - listar os prazos de validade de uma amostra de medicamentos adquiridos em 2011, obtidos nas respectivas embalagens</p> <p>P.3.3 - verificar se é exequível a dispensação da totalidade de medicamentos adquiridos dentro dos respectivos prazos de validade, baseando-se pelo consumo</p>				

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
					anual histórico.				
Q2	Existem controles adequados para o recebimento, o armazenamento e a distribuição/dispensação dos medicamentos?	<ul style="list-style-type: none"> - Forma como é efetuado o controle de estoque dos medicamentos; - Nome do responsável pelo recebimento dos medicamentos; - Nome do responsável pela distribuição às unidades de 	<ul style="list-style-type: none"> central de abastecimento farmacêutico; - Notas fiscais de aquisição de remédios no período. - Processos de pagamento. - Registros de entrada e saída de fármacos do almoxarifado. - Relatórios de inventários físicos; Sistema informatizado de controle de estoque. - Depósito de armazenagem dos medicamentos; 	<ul style="list-style-type: none"> P21 - Verificar se existe segregação de funções para recebimento, registro, distribuição e dispensação dos medicamentos. P22 - Verificar se o estoque, as aquisições e movimentação dos remédios são efetivamente registrados e controlados pelo almoxarifado. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar se as funções de recebimento, registro e distribuição/dispensação dos medicamentos são realizadas por servidores diferentes. Verificar como são registradas as entradas e saídas no estoque e como são controlados os prazos de validade dos medicamentos. Verificar se as receitas enviadas pelos médicos são arquivadas e registradas 	<ul style="list-style-type: none"> Formulários de entrevistas inventário físico controle de entrada e saída de medicamentos 	---	---	<ul style="list-style-type: none"> A1 - Ausência de segregação de funções. A2 - Condições indevidas ou inadequadas de armazenamento. A3 - Desvio de medicamentos. A4 - Falta de controle de entrada e/ou saída. A5 - Perdas em face do vencimento da data de

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
		saúde; - Nome do responsável pelo registro das entradas e saídas no sistema de controle de estoque. - Valores, quantitativos e datas relativos a cada aquisição de remédios do almoxarifado.			como saída no sistema de controle de estoque. Definir uma amostra de notas fiscais de valores significativos Requisitar dos responsáveis pelo almoxarifado os correspondentes registros de entrada, verificando se estes permitem identificar o material recebido (tipo de medicamento, data, validade, lote). Quanto ao armazenamento				validade. A6 - Inexistência ou deficiente funcionamento do sistema de controle de estoque do almoxarifado. A7 - Pagamentos sem comprovação da entrega dos fármacos (pagamento sem liquidação da despesa) A8 - Condições de armazenagem dos medicamentos inadequada.
				P23 - Realizar					

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
		<ul style="list-style-type: none"> - Valores, quantitativos, datas e destinação de cada saída de remédios do almoxarifado. - Existência de registros relativos a cada saída de remédios do almoxarifado. - Existência e tipo 		<p>visita no local de armazenagem dos medicamentos para verificar a adequação do espaço para estocagem.</p> <p>P24 - Analisar o sistema de gestão de estoque para verificar a existência de controle de distribuição e dispensação dos medicamentos, bem como o acompanhamento dos prazos de validade dos mesmos.</p>	<p>o, verificar se são obedecidas as orientações emanadas do Ministério da Saúde.</p> <p>Verificar se as perdas em razão do vencimento do prazo de validade são devidamente registradas no sistema de controle de estoque.</p> <p>Verificar se existem registros de saída de medicamentos que permitam identificar os medicamentos,</p>				<p>A9 - Emissão de nota fiscal sem a identificação do número do lote e prazo de validade dos medicamentos.</p> <p>A10 - Inexistência ou insuficiência de gestão do estoque de medicamentos (dados de estoque mínimo, estoque máximo e ponto de pedido).</p> <p>A11 -</p>

[illegible]

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
Q3	O financiamento dos medicamentos para o Programa de Assistência Farmacêutica Básica está sendo realizado pelo Estado e pelo município de Cuiabá de acordo com os valores mínimos estabelecidos no art. 4º da Portaria 4217/2010 do Ministério da Saúde?	- Comprovante de aplicação da contrapartida do valor mínimo de R\$ 1,86 por habitante/ano por parte do Estado e do Município de Cuiabá-MT	Relatório Anual de Gestão (RAG); Consulta de pagamentos do site do Fundo Nacional de Saúde; Extratos bancários da conta vinculada demonstrativos da receita	P31 - Verificar se os valores transferidos pelo Estado de Mato Grosso ao Município de Cuiabá no ano de 2012 foi realizado e se está de acordo com o valor mínimo de R\$ 1,86 por habitante/ano.	Analisar, mediante estudo dos extratos bancários e consulta ao site do ministério da saúde, quais são os valores efetivamente transferidos pelo Estado de Mato Grosso	extrato bancário anexo 10 da receita relatório anual de gestão relação das despesas custeadas com recursos da Farmácia Básica	---	---	A1 - Transferência da parcela estadual em montante inferior à R\$ 1,86 por habitante/ano. A2 - Aplicação de recursos do município no programa da Farmácia Básica em montante inferior à R\$ 1,86 por habitante/ano. A3 - Ausência de elaboração do relatório anual de gestão nos termos da
				P32 - Verificar se o aporte de recursos próprios do Município de	Apurar, através de extratos bancários e do relatório anual de gestão, qual				

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
Q4	A sistemática de fornecimento de medicamento de dispensação excepcional permite o			Cuiabá no ano de 2012 está de acordo com o valor mínimo de R\$ 1,86 por habitante/ano	foi o valor efetivamente aplicado pelo município				portaria n. 3176/GM/MS
				P33- Verificar se há elaboração do relatório anual de gestão em conformidade com as orientações e diretrizes previstas na portaria n. 3176/GM/MS	Analisar o relatório anual de gestão e apurar se o mesmo foi elaborado no prazo e na forma prevista na legislação pertinente				
		recursos destinados à aquisição de medicamentos de dispensa	Portaria nº 2.981/GM Portaria Estadual nº. 225, de 22 de dezembro de 2004			Rotinas da distribuição de medicamentos excepcional relatório do quantitativo de ações judiciais	---	---	

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
	acesso contínuo e tempestivo dos pacientes aos medicamentos sem o recurso da demanda judicial?	<p>ção excepcional</p> <p>rotinas e procedimentos de programação e aquisição de medicamento</p> <p>quantidade atual de pacientes atendidos com medicamentos de alto custo de uso contínuo</p>	<p>Sistemas informatizados da SES/MT</p> <p>Renases</p>	P41 - analisar a operacionalização da ação de fornecimento e acompanhamento dos medicamentos excepcionais em geral e de uso contínuo	solicitar à SES/MT a rotina e os procedimentos de programação e aquisição de medicamentos excepcionais	legislação pertinente formulários de entrevistas			<p>crescimento das demandas judiciais para fornecimento de medicamentos excepcionais, gerando impacto financeiro nos recursos da saúde</p> <p>falha no gerenciamento da assistência farmacêutica no estado e sobre os beneficiários diretos da ação</p>

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
		o nº de demandas judiciais nos anos de 2011 e 2012 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas atual sistema de controle de estoque							
					solicitar à SES/MT os		---	---	

Ordem	Questões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos	Detalhamento do Procedimento	Objetos	Membro Responsável	Período	Possíveis Achados
					relatórios das demandas judiciais dos anos de 2011 e 2012				
				P42 - entrevista com os responsáveis pela coordenação dos centros de dispensação	Elaborar e distribuir formulários de entrevistas aos coordenadores do centro de dispensação		---	---	
				P43 - observação direta dos centros de dispensação	visita aos centros de dispensação		---	---	

9.1.2. Técnicas de Auditoria Recomendadas

9.2. Entrevistar o pessoal das farmácias públicas existentes dentro de hospitais e postos de saúde ou não;

3.2. Analisar Atas da CIB e CIR's;

3.3. Verificar a execução de COAP's firmados nas Regiões de Saúde, atentando para responsabilidades dos municípios e do Estado;

3.4. Analisar Atas dos conselhos de saúde;

3.5. Verificar indicadores de desempenho do SUS (IDSUS, disponíveis em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080;

[id_area=1080](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080);

3.6. Verificar transferências efetuadas em <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>;

.

AA. Prestação de Contas no SUS

10. Não Esquecer (Resumo da Teoria)

Já feitas considerações nos itens 154 a 155, fls. 41 a 43, e 166 a 216, fls. 45 a 61.

10.1.1. Atenção (Pontos a Verificar)

Consoante Matriz de Planejamento elaborada em 2012 pela Equipe de Auditoria Especial no SUS do TCE/MT, apresentam-se as seguintes questões de auditoria:

Ordem	Questões	Informações necessárias	Fontes de Informação	Procedimento	Detalhamento do Procedimento	Objeto	Responsável	Data	Possíveis achados
Q5	O conteúdo do Relatório de Gestão o está de acordo com a legislação?	Conteúdo do Relatório de Gestão da SMS-Cuiabá	Relatório de Gestão referente ao exercício de 2011 da SMS-Cuiabá	P51	Verificar se há no Relatório de Gestão a apuração dos indicadores definidos na PAS	Relatório de Gestão referente ao exercício de 2011 da SMS-Cuiabá	---	---	Ausência de apuração e seu relato no Relatório de Gestão (art. 4º, §3º, da Portaria GM/MS 3.332/06).
				P52	Verificar se há no Relatório de Gestão a análise da execução da programação física e orçamentária/financeira.		---	---	Ausência da análise da execução da programação física e orçamentária/financeira (art. 4º, §3º, da Portaria GM/MS 3.332/06).
				P53	Verificar se há recomendações, como revisão de indicadores,		---	---	Ausência de recomendações em face do descumprimento

					reprogramação etc.				nto da execução física e orçamentária /financeira (art. 4º, §3º, da Portaria GM/MS 3.332/06).
Q6	O Relató rio Quadr imestr al de que trata o art. 36, caput, da LC 141/2 012 está sendo elabor ado de acord o com essa norm a?	Conteúdo do Relatório Quadrimestra I	Relatório Quadrimestra I	P61	Verificar se no conteúdo do referido relatório há relato quanto ao montante e fonte dos recursos aplicados no quadrimestre.	Relatório Quadrimestra I	---	---	Ausência do Relatório Quadrimestra I
				P62	Verificar se no conteúdo do referido relatório há relato quantoa auditorias realizadas ou em fase de execução no quadrimestre e suas recomendações e determinações.		---	---	Relatório Quadrimestra I elaborado em desacordo com a Norma (art. 36 e seus incisos, da LC 141/2012).
				P63	Verificar se no conteúdo do referido relatório		---	---	

					há relato quanto a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.				
Q7	O Relatório Quadrimestral foi apresentado ao final de maio e setembro na respe	conteúdo das atas das audiências públicas	Atas das audiências públicas.	P71	Verificar se houve de fato a realização de audiências públicas para apresentação do referido relatório.	Atas das audiências públicas.	---	---	Ausência da apresentação do relatório quadrimestral na casa legislativa (art. 36, § 5º, da LC 141/2012).

	ctiva Casa Legisl ativa em audiê ncia públic a?								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

10.1.2. Técnicas de Auditoria Recomendadas

- 3.1. Analisar Atas da CIB e CIR's;
- 3.2. Verificar a execução de COAP's firmados nas Regiões de Saúde, atentando para responsabilidades dos municípios e do Estado;
- 3.3. Analisar Atas dos conselhos de saúde;
- 3.4. Verificar indicadores de desempenho do SUS (IDSUS, disponíveis em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080 ;
- 3.5. Verificar transferências efetuadas em <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf> .

V. Possíveis sugestões de outras áreas a auditar no SUS de MT

Por meio de análise dos indicadores do Estado de MT, podem ser notadas as seguintes áreas de maior criticidade a serem auditadas:

- a) Atenção Oncológica, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, englobando prevenção e recuperação (o que perpassa atenção básica, exames e procedimentos de médio e alto custo);
- b) Atenção Hospitalar e Procedimentos Ambulatoriais de Médio/Alto Custo prestados por OS → verificação do cumprimento do fiel objeto do contrato;
- c) Programa de Combate à Hanseníase;
- d) Programa de Combate à Tuberculose Pulmonar Bacilífera.

VI. Apêndice I – Links Importantes para o Controle

www.saude.gov.br(definição de programas e ações de governo, indicadores de desempenho)
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080 (IDSUS)
<http://189.28.128.178/sage/> (outros indicadores de desempenho)
www.datasus.gov.br (transferências ocorridas, dados sanitários, indicadores de desempenho)
www.fns.saude.gov.br (transferências ocorridas)
www.conass.gov.br(cadernos e orientações)
www.conselho.saude.gov.br (orientações para conselhos de saúde)
www.fiocruz.gov.br(cursos e treinamentos)
www.anvisa.gov.br(informações sobre vigilância sanitária)
www.funasa.gov.br(saneamento)
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708(Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde)

VII. Fontes e consultas

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde/MG. Manual para o Gestor Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 2009. 200p.

BRASIL. Cosems/RJ. Seminário Estadual Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde, Uma Nova Forma de implementar o Pacto pela Saúde. Rio de Janeiro/RJ, 2011.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de demonstrativos fiscais : aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios / Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional. – 5. ed. – Brasília : Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicadas à Federação, 2012.

BRASIL. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Manual Básico: Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. São Paulo/SP, 2012.