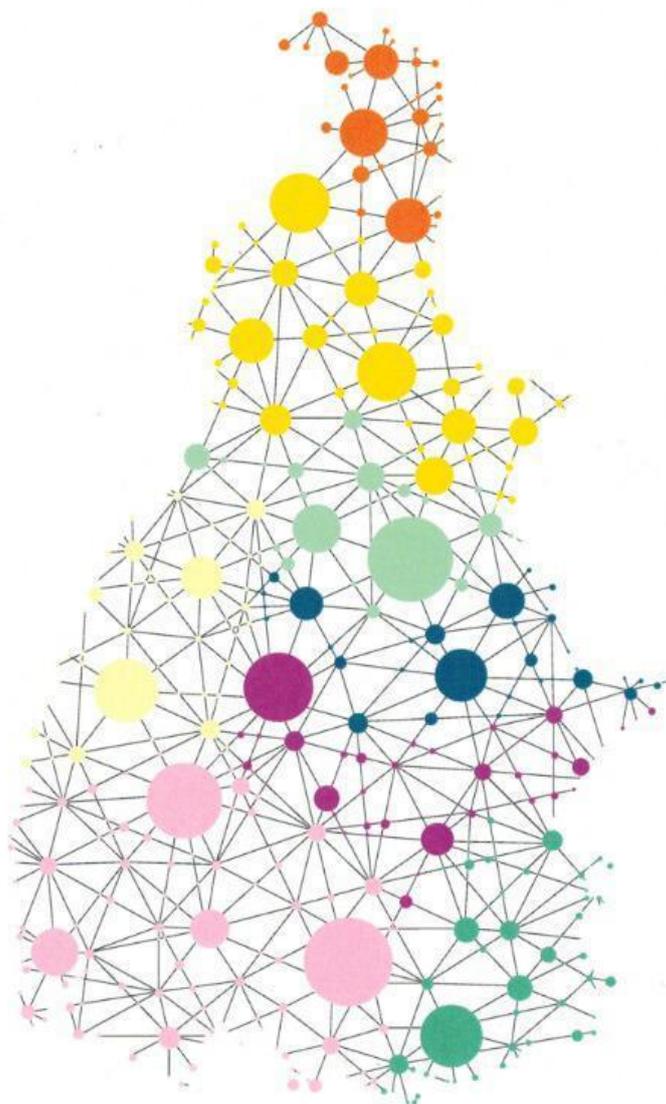


# Gestão Municipal de Saúde: Desafios do Novo Tempo



**Núcleo do Ministério da Saúde do Tocantins**  
Palmas-TO, 26 e 27 de novembro de 2018

Realização:



Apoio:



**Sumário**

1. Introdução.....	03
2. Estratégias Educacionais do Curso.....	04
3. Cronograma das Atividades.....	04
4. Atividades.....	05
4.1- Como fazer e receber críticas.....	05
4.2- Processamento da Situação Problema (SP).....	06
4.3- Exposição Dialogada.....	06
5. Conteúdo: Texto base.....	08
5.1- Planejamento e Prestação de Contas da Saúde.....	08
5.2- Financiamento do SUS: Gestão dos Recursos da Saúde.....	16
5.3- Contratualização no SUS .....	28
5.4- Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança.....	34
6. Avaliação.....	37

## 1. Introdução

A Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é complexa e orientada por uma regulamentação extensa e em constante movimento. No entanto, sua base encontra-se especialmente nas Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8080/1990 e Lei 8142/90 e seus desmembramentos. Entre eles, a Lei 141/2012, Decreto 7508/2011, portarias e resoluções que vão sendo atualizadas e criadas conforme as pactuações regionais, estaduais e nacionais, através dos Colegiados de Gestão.

Nesse contexto, o gestor da Saúde precisa exercer um papel dinâmico que permeia tanto as questões técnicas quanto políticas, e reconhecer estas duas dimensões o ajuda a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo. Precisa estar atento as necessidades de saúde, aos projetos de governo, as solicitações e indicações da população - postas pelas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, ao orçamento municipal, organização e funcionamento da administração pública de forma sistêmica, olhando para além da sua pasta.

Contudo, “ser gestor”, não é algo que se aprende nas linhas de uma atividade única ou de um curso específico, mas no dia a dia do trabalho nos diferentes espaços de atuação. O que se propõe nesse momento não é esgotar as discussões acerca dos temas que serão apresentados, mas encetar a reflexão e o desejo de interação entre gestores e seus conhecimentos prévios e a serem construídos.

Os assuntos aqui propostos têm estado em voga e são apenas parte daquilo que a gestão vivencia. Isso não tira o mérito da discussão, pelo contrário, traz um cenário importante sobre questões relevantes e que influenciam diretamente a forma de condução de uma Secretaria Municipal de Saúde. Trataremos de forma ativa do Planejamento e Prestação de Contas, Financiamento, Judicialização e Regionalização e Contratualização no SUS. Pautas fundamentais para o desenrolar de uma gestão responsável e comprometida.



## 2. Estratégias educacionais do curso:

▲ ATIVIDADE 1 - Oficina “Como fazer e receber críticas” (Extraído do Caderno de Curso do IEP/Hospital Sírio Libanês, 2013)

Objetivos de aprendizagem: Esta atividade busca despertar a escuta e reflexão do processo de avaliação frente a situação de críticas, bem como traçar a linha de base do grupo.

▲ ATIVIDADE 2 - Processamento da **Situação Problema (SP)**

Objetivos de aprendizagem: Esta atividade pretende desenvolver o aprendizado acerca dos instrumentos e ferramentas para a gestão municipal responsável, procurando apoiar os gestores e instrumentalizá-los para a tomada de decisão no cotidiano.

▲ ATIVIDADE 3 - EXPOSIÇÃO DIALOGADA- a partir da discussão, levantamento de problemas e reflexão do grupo nas atividades anteriores, fazer a apresentação que sintetiza os conteúdos a serem abordados.

Objetivos de aprendizagem: Esta atividade pretende fornecer informações atualizadas do conteúdo do curso, com base no referencial bibliográfico e legislação em saúde vigentes a serem disponibilizadas aos participantes.

## 3. Cronograma das atividades

Período	Atividades	
Manhã	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acolhimento</li> <li>➤ Atividade 1: “Como fazer e receber críticas”</li> <li>➤ Atividade 2: Processamento da Situação Problema (SP) “E agora gestora?...”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação pessoal.</li> <li>➤ Processo de Avaliação.</li> <li>➤ Reflexão sobre a realidade do dia a dia da gestão da saúde.</li> </ul>
Tarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exposição dialogada</li> <li>➤ Avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conteúdos do curso.</li> <li>➤ Feedback</li> </ul>

## 4. Atividades:

### 4.1. Atividade 1: Como fazer e receber críticas.

Fazer e receber críticas é um dos mais significativos métodos para o acompanhamento do crescimento pessoal. Por ser uma ferramenta própria para esta finalidade, aqueles que recebem críticas podem em determinadas situações sentirem-se injustiçados e até mesmo insultados por causa de um inadequado ou inapropriado retorno (feedback). Se o retorno for dado de modo adequado, os participantes aprendem a fazer e receber críticas e com maior probabilidade poderão utilizar essas informações para um efetivo desenvolvimento profissional.

O resultado mais importante deste exercício de como fazer e receber crítica, é a possibilidade que ele traz de considerarmos outros olhares e perspectivas sobre os elementos constitutivos de um retorno efetivo, tensionando a tendência inicial de valorização, observada por meio da tabela de consolidação, no sentido da ampliação do nosso sistema de valores e os critérios que utilizamos no processo avaliativo. Verifique e pontue os 2 critérios que você considerar os mais importantes para um retorno efetivo.

### Critérios para um retorno efetivo

Pontuação	Critérios
	<b>Cuidado</b> - A crítica deve sempre ser feita com o máximo de cuidado. A intenção daquele que faz a crítica deve sempre ser de ajuda e suporte ao participante.
	<b>Atenção</b> - Aquele que faz críticas deve ser, acima de tudo, um bom ouvinte. Deve mostrar-se preocupado com a pessoa e estar atento às suas respostas verbal e não-verbal ao receber as críticas.
	<b>Solicitação</b> - O retorno é mais efetivo quando o avaliado o solicitar. O participante que se mostra interessado em ouvir críticas estará provavelmente mais aberto a identificar as áreas que requerem atenção.
	<b>Especificidade</b> - O bom retorno é específico e concreto. Conceitos vagos como "Você abordou bem a dimensão da gestão, mas precisa melhorar na abordagem do cuidado à saúde" não permitem identificar no que o desempenho foi bom e como melhorar o que está inadequado. A crítica precisa apontar como um desempenho pode ser reforçado ou mudado.
	<b>Afetividade</b> - O bom retorno deve ser mais do que uma simples constatação de fatos. Aquele que faz uma crítica deve expressar seus sentimentos para que o participante possa perceber o impacto de seu desempenho.
	<b>Objetividade</b> - O retorno composto de julgamentos exclusivamente subjetivos ou avaliações com tom acusador ou repressor provavelmente colocará as pessoas em posição defensiva. Embora todo julgamento seja um juízo de valor, neste caso deve ser realizado segundo bases claras, com coerência de critérios, descrevendo a situação tal como ela foi compreendida. Desta forma é possível que cada um chegue as suas próprias conclusões.
	<b>Oportunidade</b> - O retorno mais útil é aquele oferecido na oportunidade que encontre a pessoa mais receptiva e que o desempenho ainda está em sua mente. A oportunidade deve, ainda, possibilitar a correção ou melhoria do desempenho. O retorno não será útil se os pontos negativos forem sendo anotados e apenas comentados ao final do trabalho quando não há mais nada a ser feito.
	<b>Direção</b> - O retorno deve ser dirigido aos comportamentos que podem ser mudados. A crítica efetiva deve focalizar as áreas de competência que podem ser melhoradas e sugestões de como fazê-lo podem ser apontadas os envolvidos. O retorno que abordar questões além do controle da pessoa são menos úteis.

	<b>Confirmação</b> - Deve-se buscar em outras fontes a confirmação da percepção sobre um determinado desempenho do participante. O entendimento de uma determinada situação pode ser diverso, uma vez que todo julgamento incorpora juízos de valor e, neste sentido, outras perspectivas podem confirmar ou alterar uma determinada percepção.
	<b>Compreensão</b> - Ao fazer as críticas, deve-se assegurar que cada participante compreendeu o retorno que foi feito. Deve-se buscar identificar qual foi o entendimento da pessoa a respeito do retorno oferecido.

Adaptado de Young, Don and Francis, Dave. *Improving Work Groups: A practical Manual for Team Building*. San Diego, CA: Pfeiffer & Company, 1992.

#### 4.2 – Atividade 2 - Situação Problema - SP: “E agora, gestora?”

Ana, dedicada enfermeira da Secretaria de Saúde de Nova Vida a mais de dez anos, assumiu recentemente a gestão da saúde do seu município. Até agora não conseguiu olhar para tantos papéis e livros que encontrou no seu gabinete, mal abre os e-mails, pois passa o dia todo atendendo as pessoas que insistem em falar com ela, sem contar aquelas encaminhadas diretamente pelo prefeito e vereadores, além do telefone que toca sem parar. Por outro lado, os colegas de trabalho lhe cobram uma posição mais técnica, afinal ela é uma trabalhadora da área da saúde há tantos anos.

Com muita coisa para fazer, Ana resolveu chegar mais cedo para abrir sua caixa de e-mail ainda pela manhã, afinal na última reunião que participou, o pessoal da Regional de Saúde (RS) e o apoiador do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), lembraram que o gestor precisa estar atento às informações repassadas todos os dias, pois a saúde é dinâmica. O primeiro que leu era um convite da Associação dos Municípios da Paraná (AMP), para participar de um curso, cuja programação lhe causara espanto, não era nada que já tinha ouvido falar nestes dois meses como secretária de saúde, não tinha nada a ver com dengue, cirurgias eletivas e campanha de vacinação.... o tema proposto para o curso é: A Gestão do SUS:

- Planejamento e Prestação de Contas da Saúde.
- Financiamento do SUS: Gestão dos Recursos da Saúde.
- Contratualização no SUS.
- Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança.

Ana pensou em não ir a este curso, afinal já tem tanta coisa para fazer e ficar fora da secretaria de saúde, será que valeria a pena? Foi então que recebeu uma ligação de sua colega Maria, gestora de saúde do município sede da região.

Maria: - Oi Ana, tudo bem com você?

Ana: - Tudo bem, que bom que você ligou, eu recebi um convite para um curso sobre gestão da saúde, mas acho que não vou, já tenho tanta coisa para fazer.

Maria: Eu te liguei justamente para te dizer que não falte no curso, pois os assuntos tratados são importantes para nós gestores, planejamento e prestação de contas são fundamentais no nosso dia a dia. No ano passado o nosso município recebeu uma Auditoria da CGU e nos pediram para compatibilizar os instrumentos de planejamento da gestão municipal com os de planejamento da saúde (PPA, LDO, LOA, PMS, PAS, RAG...)

Ana: - Nossa Maria, que “sopa de letrinhas” é esta que você falou agora?

Maria: - Desculpa, são as siglas dos instrumentos de planejamento, logo você aprende. Pergunte à sua equipe de planejamento.

Ana: - Que equipe de planejamento, aqui sou eu e mais uma pessoa que temos que dar conta de tudo. Mas obrigada pela ajuda, acho que vou e também vou convidar o contador, porque também tem o financiamento na pauta e outro dia ele me perguntou o que podia pagar com os recursos federais, que agora mudou para dois blocos de financiamento e tem ainda as emendas parlamentares.... E os recursos que recebemos do Governo do Estado, será que são as mesmas regras para utilizar? Eu preciso me apropriar disto, são muitas notas que são pagas com dinheiro da saúde, mas que nem sei do que se trata! Afinal, tudo é feito na prefeitura e eu só assino....

Maria: - Então Ana, estas questões do planejamento e financiamento para mim já são comuns, mas eu quero ir por causa do tema da contratualização no SUS.

Ana: - Aqui no município pequeno, a população nos cobra porque não temos nenhum especialista, dependemos do Consórcio de Saúde e de vocês que são sede da região, dependemos da macrorregião e da capital também. Outro dia recebi uma visita de um prestador de serviços aí da sua cidade que veio me oferecer um contrato para resolver meus problemas de urgência/emergência, cirurgias eletivas, internações, o jurídico da prefeitura ainda está analisando o contrato e depois eu preciso apresentar para o Conselho Municipal de Saúde, mas acho que vou fazer porque é muita espera na agenda.

Maria: - Então Ana, sobre contratos com outros municípios da região, não é proibido fazer, cada município é um ente autônomo, mas temos que aprender a discutir em conjunto na reunião da Comissão Intergestores Regional, trocar ideias com outros gestores, ver se não estamos pagando caro demais pelos mesmos serviços. Eu fui falar com a Secretária de Estado da Saúde para discutirmos sobre contratos, porque assim como você, muitos municípios da região estão comprando serviços aqui sem o meu conhecimento como gestora da cidade, e fui informada que em breve vamos conversar sobre a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado – PRI, e aí discutiremos todas as questões de interdependência entre os municípios da região.

Ana: - Obrigada Maria, foi bom conversar com você, percebo que tenho muita coisa para organizar aqui na secretaria e que também preciso participar das reuniões de discussão e pactuação, para falar da nossa realidade, dar minha opinião e assim fazer parte da organização da saúde na nossa região e no nosso estado. Até lá!

Maria: - Até lá!

---

## 5 – Conteúdo: Texto base.

### 5.1 - Planejamento e Prestação de Contas da Saúde

#### Do Planejamento:

O planejamento, pode aplicar-se a qualquer atividade humana em que é necessário um esforço para alcançar um objetivo. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação.

No setor público, são funções inerentes ao poder executivo implementar os seguintes instrumentos de planejamento: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

No Sistema Único de Saúde (SUS) o processo de planejamento é tido como responsabilidade dos entes públicos (União, estados e municípios), realizado de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde. Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população.

De acordo com o Decreto 7508/2011 o processo de planejamento da saúde será obrigatório para os entes públicos, de forma ascendente e integrado, do nível local até o nível federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Pode ser um indutor de políticas para a iniciativa privada, deve prever as metas da saúde a serem alcançadas a partir das diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. A portaria nº. 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os instrumentos de planejamento em Saúde são: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) apresentado trimestralmente aos Conselhos de Saúde e em audiências públicas.

As diretrizes contidas no Plano Nacional de Saúde, devem nortear os objetivos e diretrizes dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

O **Plano de Saúde**, deve conter um diagnóstico da realidade local baseado nas necessidades de saúde. A partir desse diagnóstico, definem-se as prioridades, metas e ações a serem realizadas. O Plano de Saúde deve ser construído a cada 4 anos, primeiro semestre do primeiro ano de governo, para que seus objetivos e metas sejam incorporados ao Plano Plurianual (PPA) do governo, que também deve ser elaborado a cada 4 anos e no primeiro semestre do primeiro ano de governo para o 2º, 3º, 4º ano e 1º ano do próximo governo.

A **Programação Anual de Saúde (PAS)** contém de forma sistematizada, as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde, ou seja, a PAS deve ser fruto do Plano Municipal de Saúde. As metas anuais para cada ação definida, os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação de sua execução devem estar previstas na PAS. Sua elaboração inicia no ano em curso, de acordo com a Lei 141/2012, até abril do ano em exercício, para execução no ano subsequente. Por meio da PAS podemos acompanhar a evolução dos indicadores de saúde escolhidos para avaliar a gestão.

Os resultados e ações oriundos da Programação Anual devem compor o **Relatório Anual de Gestão - RAG**, “instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários”. O **RAG** é a correlação entre metas definidas no Plano de Saúde, seus resultados e aplicação de recursos na execução destas. É oportuno assinalar, que o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o

Relatório Anual de Gestão devem ser submetidos à apreciação e aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

O Plano de Saúde integrará o **Plano Plurianual (PPA)**. Este instrumento de planejamento do poder executivo abrange não somente a área da saúde mas todas as áreas de atuação de um governo e é elaborado para os quatro anos de mandato do governo, sendo três da gestão que o elaborou e um da gestão seguinte. Assim, visa-se garantir um mínimo de continuidade na mudança dos governos. O PPA está previsto no art. 165 da Constituição Federal e destina-se a organizar e viabilizar a ação pública com vistas a cumprir os fundamentos e os objetivos da administração pública. Seus programas e metas, devem trazer, a realidade das políticas públicas para os quatro anos e os caminhos trilhados para viabilizar o plano de governo. Apresenta a visão de futuro da gestão e é por meio dele que o governo declara e organiza sua atuação, a fim de elaborar e executar as políticas necessárias para o cumprimento de seu programa de governo. O acompanhamento da execução do PPA, permite à sociedade um maior controle sobre as ações executadas pelo poder público.

É fundamental a vinculação do Plano de Saúde ao Plano Plurianual, que através das **Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Leis Orçamentárias anuais (LOA)**, elaboradas anualmente, garantem a alocação dos recursos para a execução das ações previstas no Plano de Saúde (anualmente organizado através da PAS). Além desses instrumentos de planejamento, é preciso desenvolver instrumentos de monitoramento e de avaliação de desempenho das atividades, entre eles, podemos citar o RDQA como um forte instrumento de monitoramento das ações e serviços de saúde, bem como da execução orçamentária e financeira da saúde.

A **LDO** é de iniciativa exclusiva do poder executivo. Tem por finalidade orientar a elaboração dos orçamentos fiscais e de investimentos do Poder Público, incluindo os poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e as empresas públicas e autarquias. **A LDO** busca sintonizar a **LOA** com as diretrizes, objetivos e metas da administração pública, estabelecidas no Plano Plurianual.

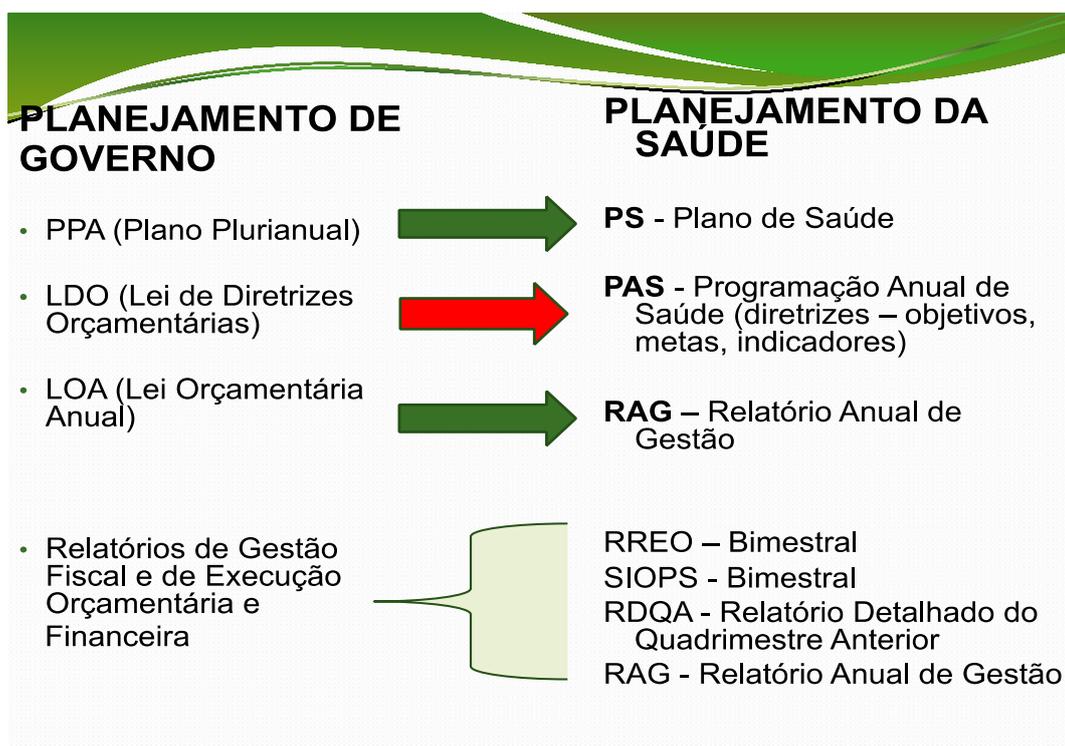
De acordo com o parágrafo 2º do art. 165 da Constituição Federal, a LDO: compreenderá as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente; orientará a elaboração da LOA; disporá sobre as alterações na legislação tributária; e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

A **LOA** é elaborada pelo Poder Executivo, e deve prever as receitas e as despesas que serão realizadas no próximo ano.

A Constituição determina que o Orçamento deve ser votado e aprovado até o final de cada ano. Compete ao poder executivo enviar ao legislativo o Plano plurianual, o projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias e **as propostas de orçamento previstas na Constituição**.

É fundamental a compatibilização dos instrumentos de planejamento do município com os da saúde, visando a garantia da alocação dos recursos para a execução das ações previstas no Plano Municipal de Saúde, pois a não previsão das ações e serviços de saúde pode levar à sua descontinuidade. Um plano bem elaborado e articulado, permite o acompanhamento do desempenho da gestão, pelos órgãos de controle interno e externo, bem como favorece a sua permanente atualização, pois este não deve ser estático, pode e deve ser mudado quando couber, desde que discutido e aprovado pelo Conselho de Saúde.

Na figura abaixo, apresentamos um esquema do processo de planejamento integrando os instrumentos de planejamento.



### Da prestação de contas

A prestação de contas, conforme disciplina a Lei Complementar 141/2012, prevista no capítulo 4º, conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do **Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO)**. 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.

A cada quadrimestre o gestor da saúde obriga-se a prestar contas, por meio do **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – o RDQA**, o qual conterá, no mínimo, as informações relativas ao montante e fonte dos recursos aplicados no período, as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, comparando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. Deverá apresentar esse relatório quadrimestral em audiência pública na Casa Legislativa e respectivos Conselhos de Saúde, até o final dos meses de **maio, setembro e fevereiro**. A prestação de contas quadrimestral não pode ser vista apenas como cumprimento de um preceito legal, é uma grande oportunidade para realizar o monitoramento e avaliação da PAS, por meio de seus indicadores, favorecendo ao gestor e sua equipe revisitá-la periodicamente, e se preciso for corrigir o rumo dos objetivos e metas previstas. Salienta-se ainda, que a realização do relatório quadrimestral, favorece a prestação de contas anual, pois se o fizer de forma regular, no final do ano terá seu RAG praticamente concluído.

Anualmente deverá consolidar os resultados no **Relatório Anual de Gestão (RAG)** com envio ao respectivo Conselho de Saúde até o dia **30 de março do ano seguinte** ao da execução financeira, para aprovação. Cabe ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público. O RAG constitui importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois a partir das informações sobre recursos alocados no setor, têm-se subsídios para a discussão sobre o financiamento e planejamento do SUS.

O Ministério da Saúde possui o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) que é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, com o objetivo

de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde. O sistema disponibiliza informações para análise estratégica de monitoramento e avaliação da gestão do SUS na esfera municipal, a partir de uma base de dados proveniente dos Sistemas de Informação do SUS, mas esta ferramenta (SARGSUS) em breve será substituída. O novo sistema a ser implantado faz parte da **Estratégia de Saúde Digital (e-Saúde) para o Brasil: digiSUS**, a estratégia do Ministério da Saúde (MS) de incorporação da saúde digital (e-Saúde) como uma dimensão fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O **DIGISUS GESTOR – Módulo Planejamento** é o sistema que será utilizado por estados e municípios para as informações sobre o Planejamento em Saúde. Para acessar o Módulo de Planejamento para o registro de dados serão necessários ao usuário possuir login e senha. O cadastro de usuários e a solicitação de acesso ao Módulo de Planejamento serão realizados por meio do Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso (SCPA). Na plataforma do digiSUS serão disponibilizados painéis, tabelas, gráficos em acesso público para consultas e pesquisas. O Módulo de Planejamento possibilitará ao gestor o registro das diretrizes, objetivos, metas e indicadores de seu Plano de Saúde; a atualização dessas metas no campo destinado a Programação Anual de Saúde e a realização dos seus Relatórios de Gestão (quadrimestrais e anual), além do registro de metas da pactuação interfederativa.

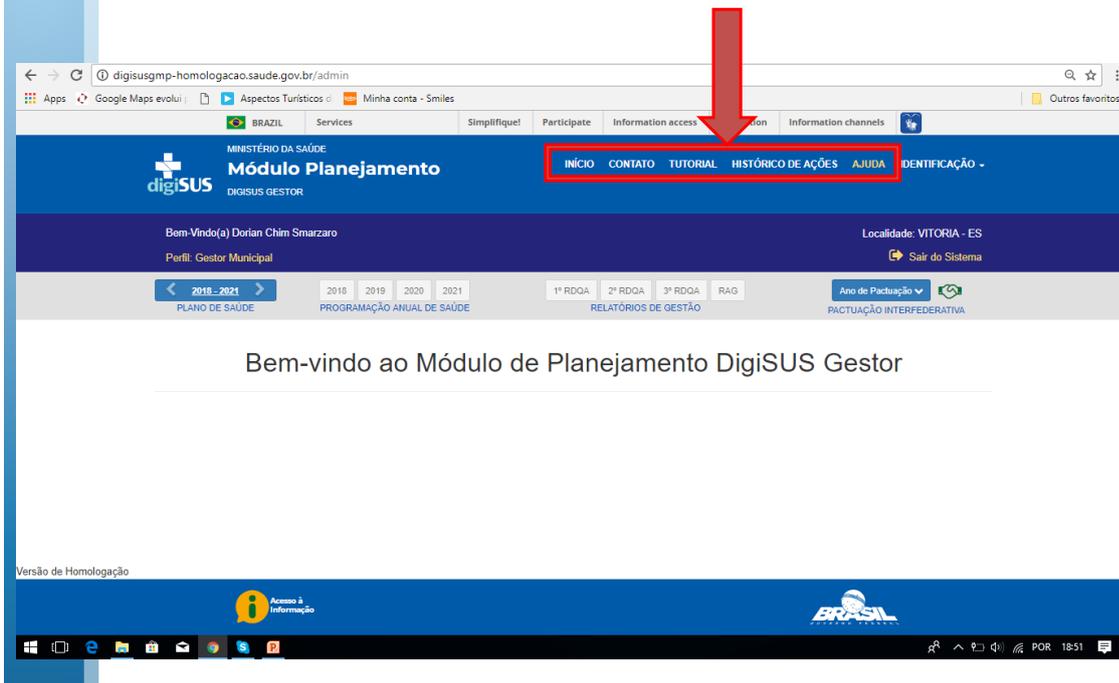
## Tela inicial para digitação de login e senha

A imagem mostra a tela inicial de login do sistema digiSUS. O navegador indica o endereço `digisusgmp-homologacao.saude.gov.br`. O cabeçalho da página contém o logo do Ministério da Saúde e o título "Módulo Planejamento DIGISUS GESTOR". No topo direito, há links para "INÍCIO", "INFORMAÇÕES" e "PERGUNTAS FREQUENTES". O formulário de login é centralizado e contém os seguintes elementos:

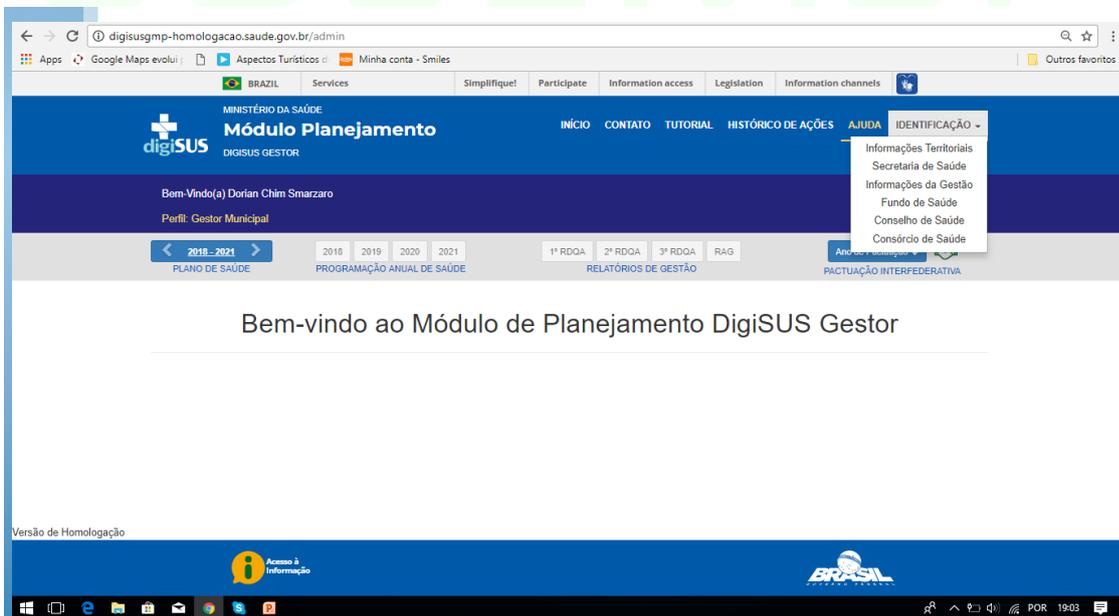
- Título: DIGITE SEU E-MAIL E SENHA PARA ACESSAR A ÁREA RESTRITA:
- Campos de entrada: "Digite seu E-mail" e "Digite sua Senha".
- Links: "Primeiro Acesso" e "Esqueci minha Senha".
- Botão: "Entrar".

Na barra de tarefas inferior, é possível observar o ícone de "Acesso à Informação" e o relógio digitalizando o tempo em 18:31.

Barra que traz alguns pontos importantes. O tutorial traz uma breve explicação sobre cada campo e o histórico das ações registradas que cada usuário fez no sistema.



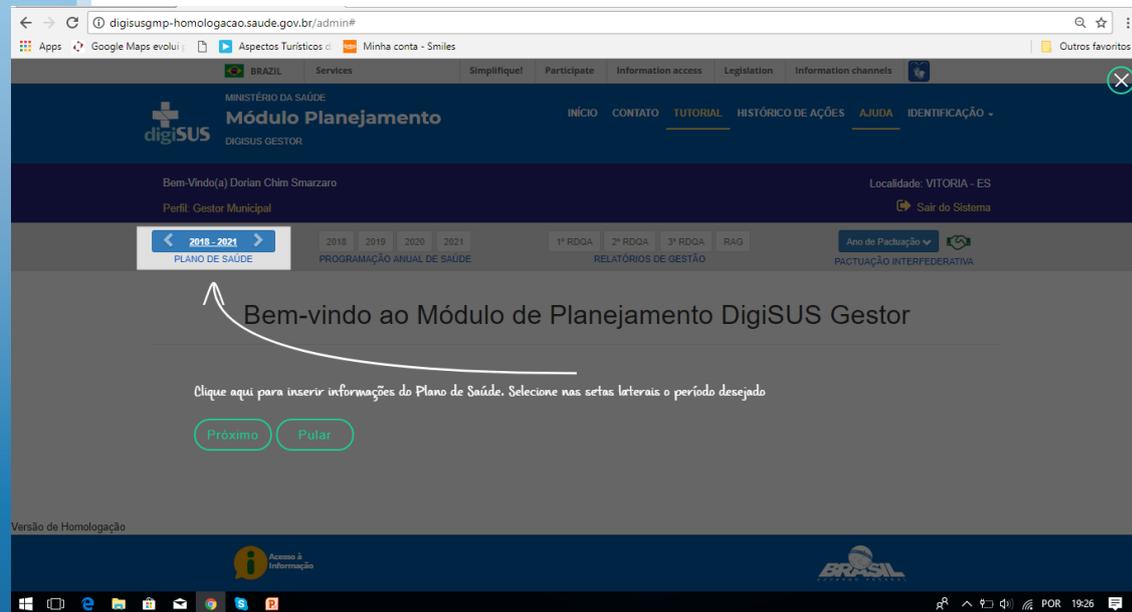
COSEMSPR



O item identificação disponibiliza uma série de informações, que são importadas de outros sistemas existentes nas bases nacionais

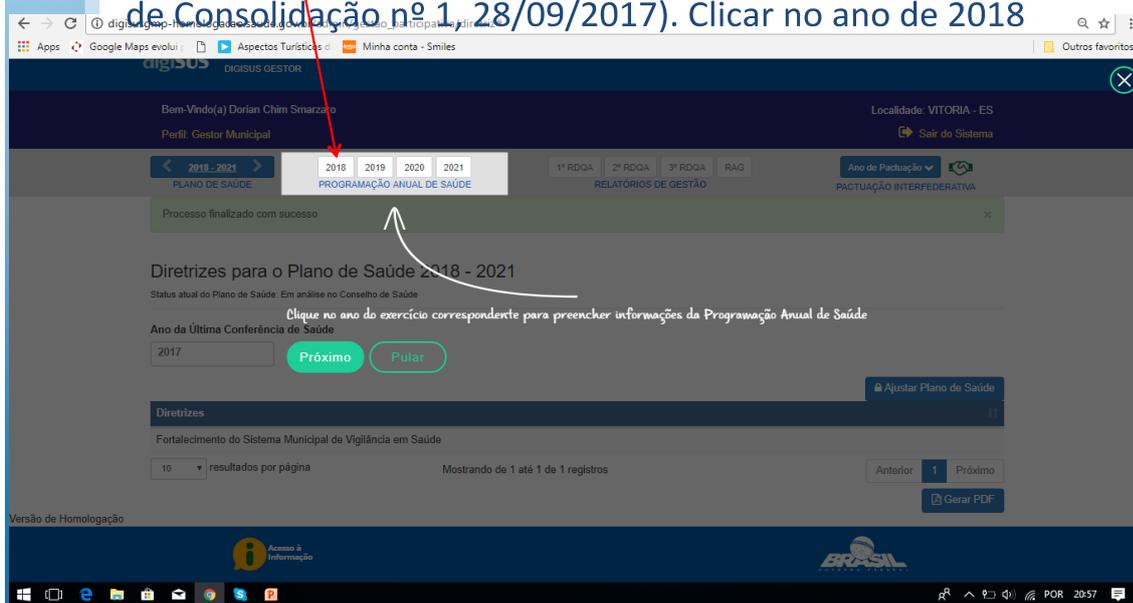
### Informações do Plano de Saúde:

Plano de Saúde - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores:  
Art. 96 (Portaria de Consolidação nº 1, 28/09/2017).



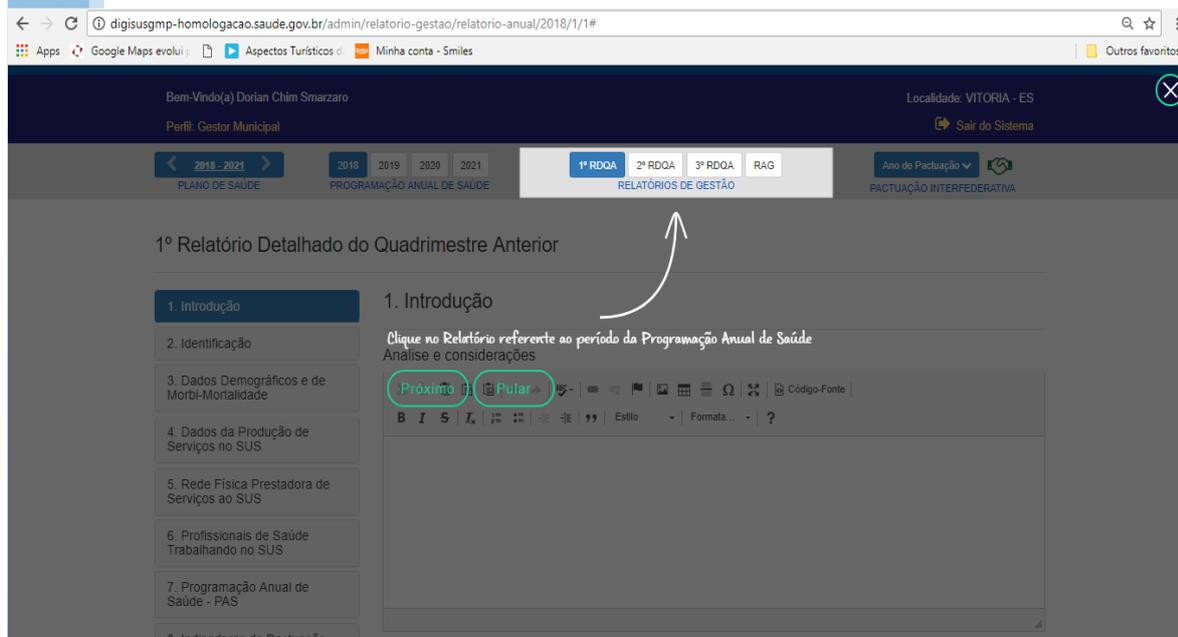
### Informações da Programação Anual de Saúde (PAS).

Anualização de metas prevista no plano, identificação dos indicadores para o monitoramento, descrição das ações para alcance das metas e previsão orçamentária: Art. 97 (Portaria de Consolidação nº 1, 28/09/2017). Clicar no ano de 2018

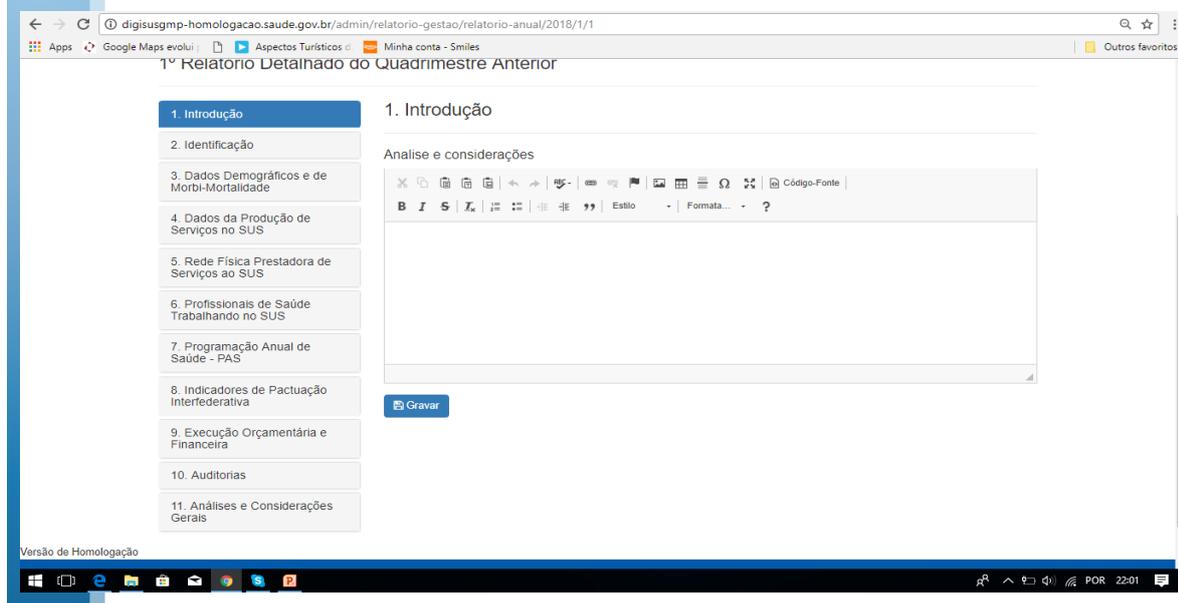


**Informações do Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório do Quadrimestre Anterior (RDQA)**

Relatório de Gestão como instrumento obrigatório: Art. 24 (Lei 8.142/1990) e Art. 36 (Lei Complementar 141/2012).  
 Relatório quadrimestral: Art. 36 (Lei Complementar 141/2012) e Resolução CNS nº 459/2012.



RAG e RDQA abaixo de estrutura geral em combos. Ao clicar-se em cada combo, as informações apresentadas são importadas de outros sistemas de informações em saúde ou informações já registradas no próprio módulo de planejamento.



## Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO)

### Pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017- 2021 – (SISPACTO).

Bem-vindo ao Módulo de Planejamento DigiSUS Gestor

Selecione o ano para preencher a pactuação correspondente

Próximo Pular

É disponibilizada a relação dos 23 indicadores. O gestor pode consultar a ficha de qualificação do indicador e será possível consultar uma série histórica com os resultados dos últimos 5 anos

Nº	Tipo	Indicador	Meta	Unidade de Medida	Ficha do Indicador
1	U	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)		Taxa	
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Não se Aplica	Percentual	
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida		Percentual	
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Triplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada		Percentual	
5	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.		Percentual	
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes		Percentual	
7	E	Número de Casos Autóctones de Malária	Não se Aplica	Número	
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade		Número	
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez		Percentual	
11	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária		Razão	
12	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária		Razão	
13	U	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar		Percentual	

Além da prestação de contas por meio do RDQA, RAG e informações do Planejamento da Saúde no sistema DIGISUS, as informações de receitas totais e despesas em saúde devem ser informados no **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)**.

O Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, foi criado com a publicação da Portaria Conjunta do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446, de 16 de março de 2004. O sistema constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, tendo sido reconhecido seu papel na própria LC 141/2012, que o elege para essa função. A Portaria no. 53 de 16/01/2013 estabelece o envio de dados a cada 2 meses.

É importante destacar ainda que o Decreto 7.827, de 16 de outubro de 2012, regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais e, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141/2012.

As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, gerando indicadores de forma automática. Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda.

Para acessar o SIOPS, os Governadores, Prefeitos e seus respectivos Secretários de Saúde e substitutos indicados devem se autenticar no sistema por meio de um Certificado Digital ICP-Brasil. O Certificado Digital é um documento que identifica pessoas físicas ou jurídicas no meio eletrônico. O uso do Certificado Digital confere ao titular a identidade para se autenticar em um sistema e assinar transações, que são transmitidas com a criptografia dos dados, garantindo a transparência e confidencialidade nos processos.

## **5.2 - Financiamento do SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro, por revelar-se a política pública mais incluyente, desde sua criação. A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral. No entanto, o financiamento tem-se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do SUS, tornando-se tema constante das discussões das instâncias gestoras. A Seguridade Social possui um orçamento próprio composto, além das contribuições previdenciárias, de recursos orçamentários destinados exclusivamente a esse fim (receitas vinculadas). A Constituição prevê ainda, que de acordo com as necessidades, o orçamento da Seguridade Social pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal. O art.198 traz ainda que o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do distrito federal e dos municípios, além de outras fontes. Garantir financiamento estável para o SUS sempre foi uma busca constante das pessoas que defendem e atuam do sistema, desde sua criação até os dias atuais.

A Emenda Constitucional (EC) 29/2000, definiu que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, até no ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios. A União deveria no primeiro ano

ampliar em 5% o orçamento do ano anterior e a partir daí corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto - PIB. A EC 29/2000, a despeito da conquista que foi sua aprovação ao estabelecer a vinculação de recursos considerando as três esferas de governo, de garantir e reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde, não define, porém, o que são Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). A proposta do Movimento Nacional “Saúde Mais 10” era garantir a vinculação de um montante igual ou superior a 10% das receitas correntes brutas a ser destinada para a saúde, pela União, infelizmente isto não aconteceu com a Lei Complementar – LC 141/2012.

Após 12 anos de espera pela regulamentação da EC 29/2000, a LC 141/2012, em seu Capítulo III explicitou a forma como seria a aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde e o percentual mínimo a ser aplicado por cada ente da federação. Assim, a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Os Municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos. A Lei Complementar 141/2012 definiu também o que são Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), além de instituir os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais, bem como instituiu as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

A União até 2015 tinha por preceito aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. No entanto, em março de 2015 a Emenda Constitucional (EC) 86/2015 definiu a vinculação da aplicação mínima de recursos federais nas Ações e Serviços Públicos de Saúde e estabeleceu que a partir de 2016 seria realizada com base na Receita Corrente Líquida, em percentuais escalonados de: 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

Este cenário de redução de recursos para a saúde pela União ficou ainda pior quando, com o objetivo de garantir o equilíbrio das contas públicas por meio de um rígido mecanismo de controle de gastos, a PEC do Teto dos Gastos determina que, a partir de 2018, as despesas federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A Emenda Constitucional - EC 95 de 15 de dezembro de 2016, instituiu o novo regime fiscal que fixou os limites para a despesa primária por 20 anos, isso significa dizer que a partir de 2018 o montante de recursos destinados pela União será o mesmo executado em 2017, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo IBGE ou de outro índice que vier a substituí-lo.

**Os Estados** 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 trata o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

**Os Municípios** aplicarão no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que trata o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do

art. 159, todos da Constituição Federal.

É importante destacar que com a redução drástica de recursos da União por meio das EC 86/2015 e Ec 95/2016, estados e municípios aumentam a cada dia os seus gastos com ações e serviços públicos de saúde, porque para estados e municípios temos na legislação estabelecido o mínimo a ser aplicado e para a união, infelizmente temos um teto.

Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais representam um grande desafio para os gestores. É clara a necessidade do gestor público da saúde conhecer as regras e normas legais que orientam a movimentação dos recursos destinados às ações e aos serviços de saúde, como também as modalidades de transferências e de aplicação desses recursos, que garantirão a correta e ideal gestão orçamentária e financeira do SUS no município.

O financiamento da saúde é **tripartite**, sendo que os recursos são advindos das fontes federais, estaduais e municipais, além de outras fontes como doações, isto quer dizer que, independente do nível de complexidade do sistema de saúde, todos os entes são corresponsáveis.

**Fundos de Saúde:** Desde a década de 1964 que os Fundos são regidos na legislação federal. A Lei 4.320/1964 que dispõe sobre as normas gerais de direito financeiro para a elaboração dos orçamentos e balanços da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, regulamentou a criação de fundos especiais. Esta lei refere em seu artigo 71, que “*constitui fundo especial o produto de receitas específicas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação*”. Este é o caso do Fundo de Saúde.

A Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs entre outros atos, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde. Esta garantia foi explicitada no artigo 33 da Lei 8080/90 e complementada no artigo 3º da Lei 8142/90, o qual definiu que os recursos serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e o distrito federal. Para receberem os recursos de que trata a Lei 8142/90, os municípios, estados e o Distrito Federal, deveriam contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para implantação (BRASIL, 1990).

O Fundo de Saúde constitui um mecanismo de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados à Secretaria de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas, e seus projetos e atividades orçamentárias, conforme previsões contidas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde (CONASEMS, 2016). Outrossim, pela LC 141 o Fundo de Saúde é uma unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ASPS, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Isso significa dizer que a unidade gestora é a unidade investida de poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sobre descentralização; e a unidade orçamentária é um segmento da administração direta a que o orçamento consigna dotações específicas para a realização de seus programas de trabalho e sobre os quais exerce poder de disposição. Portanto, o Fundo Municipal de Saúde tem poder para gerir os seus recursos e para usar suas dotações que lhe são consignadas para a realização de seus programas ou destinação específica. Assim, o “*Fundo é uma modalidade de gestão de recursos e não uma pessoa jurídica, a sua natureza é financeira e contábil*” (SANTOS, 2012).

O Fundo de Saúde tem por objetivo ampliar a capacidade de gestão orçamentária e financeira, a governabilidade administrativa, dar maior transparência para o gasto público em saúde para fins do controle interno e externo por parte dos órgãos responsáveis e pela sociedade (OLIVEIRA JUNIOR, et al-mimeo). Não é considerado entidade de interesse da administração tributária por não ter autonomia

para destinação social de seu patrimônio, no entanto ele necessita de personalidade jurídica e seu cadastro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) é obrigatório e na condição de matriz, mediante utilização do código 120-1 “Fundo Público”.

#### **ATENÇÃO**

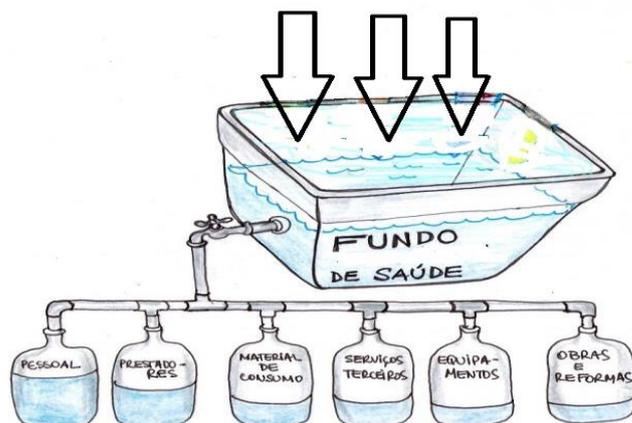
**Verifique com o setor de contabilidade se o Fundo Municipal de Saúde de seu município está cadastrado na condição matriz e no código 120-1 – Fundo Público. Caso não esteja é preciso regularizar a situação cadastral com urgência.**

Como o FMS é vinculado ao órgão da Administração, deve registrar, em separado, a movimentação contábil dos atos afetos à gestão dos recursos que lhe são destinados, para posteriormente consolidar as informações aos registros do órgão. Tais informações subsidiarão os sistemas de gestão fiscal, acompanhamento da execução orçamentária e prestação de contas anual de responsabilidade do respectivo chefe de poder.

A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas ao FMS deve estar prevista e autorizada na Lei Orçamentária Anual (LOA) e inserida na Função 10 — Saúde, ou em créditos adicionais consignados em favor do órgão ao qual estiver vinculado, nos termos do art. 72 da Lei n. 4.320, de 1964. A gestão do Fundo Municipal de Saúde tem como características, dentre outras, a descentralização do poder decisório e vinculação a determinado órgão da Administração, que, neste caso é a própria Secretaria Municipal de Saúde, logo, se pode concluir que, o gestor do Fundo Municipal de Saúde, deve ser o próprio Secretário de Saúde. Importante ressaltar que o Fundo Municipal de Saúde é obrigado a fazer prestação de contas do ordenador de despesas, gestor do fundo, tanto em separado, como de forma integrada na Contabilidade Geral da Prefeitura (CONASEMS, 2016).

O Fundo Municipal de Saúde deve ser criado por Lei, e deve especificar as receitas que integrarão os seus ativos, os seus objetivos, a destinação ou campo de aplicação de seus recursos, atender as determinações legais como: dispor de orçamentos, fazer relatórios e balancetes mensais, anual integrando-o à contabilidade do município; constar na lei sua autonomia administrativa e financeira; distinguir os recursos destinados ao fundo de saúde no orçamento geral do municípios, submeter os demonstrativos de receitas e despesas do FMS à aprovação do CMS; gerir os recursos provenientes dos programas e incentivos do SUS, de convênios, de contrapartida e de doações, conforme sua destinação (CONASEMS, 2016).

O patrimônio do fundo Municipal de Saúde pertence à prefeitura. A fiscalização é exercida pelo Conselho de Saúde, além de órgãos como o Tribunal de Contas, o Poder Legislativo, e outros.



### **Recursos Federais:**

Quanto aos repasses que o Ministério da Saúde realiza por meio das transferências intergovernamentais fundo a fundo, até dezembro de 2017, a Portaria GM 204 de 29 de janeiro de 2007, regulamentava o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma dos blocos de financiamento: 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**. Ainda a Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria nº 204/2007, para inserir o **Bloco de Investimentos** na Rede de Serviços de Saúde que passou a compor os blocos de financiamento. Observa-se nesta legislação que os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

Em janeiro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite pactuou a Unificação dos Blocos de Financiamento do SUS, e a partir de então iniciou-se o processo de organização da nova forma de repasse dos recursos federais, culminando com a publicação da **portaria GM/MS nº 3.992, em 28 de dezembro de 2017**. Essa Portaria trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº. 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava a portaria nº. 204/2007.

Conforme dispõe a Portaria GM nº. 3992 de 28/12/2017, art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e**
- II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.**

Condições para o recebimento dos recursos: de acordo com o art. 4º, o repasse dos recursos de que trata o artigo 3º. ao Estado, ao Distrito Federal e ao Município fica condicionado à:

- I - instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, com composição paritária, na forma da legislação;
- II - instituição e funcionamento do Fundo de Saúde;
- III - previsão da ação e serviço público de saúde no Plano de Saúde e na Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde;
- IV - apresentação do Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde; e
- V - alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, consoante previsto em ato específico do Ministério da Saúde.” (NR)

O Fundo Nacional de Saúde repassará então, os recursos fundo a fundo em duas contas bancárias específicas vinculadas a dois blocos: **o de custeio e o de investimentos**, sendo que o **bloco de custeio** irá englobar grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS, por sua vez o **bloco de investimentos** irá englobar grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação: Atenção Básica; Atenção Especializada; Vigilância em Saúde; Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS e Gestão do SUS.

Antigos Blocos	Novo Bloco
Atenção Básica	<b>Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde</b>
Média e Alta Complexidade	
Vigilância em Saúde	
Assistência Farmacêutica	
Gestão do SUS	

Antigo Bloco	Novo Bloco
Investimento	<b>Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde</b>

#### UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS DO SUS:

Segundo o artigo 3º, § 2º. da referida portaria: Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados:

- I – a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada *Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União* que deu origem aos repasses realizados;
- II – o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e
- III – o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde – SUS em sua respectiva esfera de competência.

Destacamos aqui o contido no item I deste parágrafo 2º quando se refere à **vinculação dos recursos ao final do exercício financeiro com o Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União**, isto significa que a movimentação financeira é livre durante o exercício, mas ao seu final, os valores repassados devem guardar relação com a finalidade definida, ou seja, recursos do grupo da Atenção Básica devem ao final do exercício serem aplicados nas ações da Atenção Básica, assim como os recursos dos demais grupos (antigos blocos).

#### Recursos do Bloco de Custeio:

Segundo o art 5º da portaria, os recursos do **Bloco de Custeio**, depositados em **conta corrente única**, destinam-se:

I - à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e

II - ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

O parágrafo único do referido artigo, expressa as **vedações** da utilização dos recursos do bloco de custeio, as quais explicaremos a seguir:

**I - servidores inativos;**

O enunciado é claro, **não** é permitido pagamento de aposentadorias.

**II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;**

Apesar da redação um pouco confusa neste texto, o enunciado diz que não pode ser pago com tais recursos servidores de outros setores da administração ou da saúde que estejam cedidos a outras secretarias (disfunção). Assim os **servidores ativos** que estejam desempenhando funções na saúde **podem** ser pagos com recursos federais do bloco de custeio. De acordo com a Lei 141/2012: **remuneração do pessoal ativo da área de saúde, em atividade nas ASPS, incluindo os encargos sociais;** ou seja, todo o pagamento do pessoal ativo na saúde e seus encargos sociais são considerados Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), assim como auxílio alimentação e o auxílio transporte.

**III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;**

Da mesma forma que o inciso anterior, podem ser pagas gratificações e cargos comissionados de servidores ativos da saúde.

**IV - pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado; e**

Não é permitido pagamento de consultorias e assessorias à servidores pertencentes ao quadro próprio, ou seja, é permitido com recursos do bloco de custeio, pagamento de assessorias e consultorias à empresas de terceiros que não tenham vínculo com o poder publico.

**V - obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.” (NR)**

É vedado construir, ampliar e adequar os imóveis da saúde. É permitido **reformular** os imóveis (unidades) de saúde com os recursos federais do bloco de custeio.

O bloco de **custeio** engloba grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS:

**ATENÇÃO BÁSICA:**

- **Piso de Atenção Básica – PAB Fixo (per capita)**
- **Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável (incentivos por adesão):** Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal (CEO/LRPD), NASF, PMAQ, PSE, e OUTROS.

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio da Atenção Básica: todas as despesas de custeio da Atenção Básica: Material de uso único - “médico-hospitalar” (agulha, seringa, abaixador de língua, algodão, gaze, esparadrapo, etc...), combustível dos veículos utilizados pelas equips da Atenção Básica e no transporte de pacientes

da AB, materiais educativos, materiais de expediente, materiais de higiene e limpeza, uniformes, cursos, eventos, capacitações e outras ações de educação em saúde, diárias e passagens para participação em congressos, eventos da Atenção Básica, pagamento de todos os servidores da Atenção Básica (folha de pagamento e encargos), reformas das unidades da Atenção Básica e outras ações e atividades que se destinem à manutenção e funcionamento da Atenção Básica. Serviços de terceiros: pagamento de provedor de internet para viabilizar o envio de bancos de dados, além de pesquisa e troca de informações técnicas; confecção e reprodução de material informativo, educativo (folders, cartazes, cartilhas, faixas, banners, etc.) e técnico (manuais, protocolos, linhas guias e outros); manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da AB; pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da AB; pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da AB; aluguel de imóveis para atividades próprias da Atenção Básica.

Obs: **Incremento Temporário do Piso de Atenção Básica – PAB**: Os recursos serão aplicados na manutenção de unidades de atenção básica à saúde e, consideram-se de **manutenção as atividades que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital**, e que propiciam as condições adequadas de infraestrutura e de recursos materiais destinados à assistência em saúde, *sendo vedada a aplicação dos recursos de emendas parlamentares para pagamento de pessoal e encargos, em observância ao § 10, do art. 166 da Constituição Federal*".

#### **ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR:**

##### MAC PRODUÇÃO - Ambulatorial e Hospitalar:

MAC – Produção Ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS) - Atenção Ambulatorial: exames laboratoriais, fisioterapias, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias, consultas de especialidades, enfim procedimentos de média e alta complexidades da Tabela Nacional do SUS - Rede própria ou Rede contratada/conveniada (privada).

MAC–Produção Hospitalar (Sistema de Informação Hospitalar – SI/AIH) - Atenção Hospitalar: Internações Hospitalares: Rede própria (hospital municipal) e Rede contratada/conveniada (filantrópica e privada).

##### Utilização dos recursos:

Pagamento de todos os prestadores de serviços localizados no território municipal contratados para realizar exames e procedimentos (análises clínicas, raio-x, ultrassonografias, tomografias, consultas especializadas, endoscopias e outros, também as Autorizações de Internações Hospitalares - AIH), desde que o município tenha a gestão total dos recursos e realize a contratualização dos estabelecimentos que prestam esses serviços.

Obs: Com este recurso federal o pagamento da produção deve ser realizado de acordo com a Tabela Nacional do SUS, para complemento de tabela deve-se utilizar recursos próprios do município, conforme portaria nº. 1.606/2001 (PRC 6/2017).

Para contratualização dos Prestadores de Serviços de forma complementar, verificar a portaria nº 2.567/2016, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como a portaria nº 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

MAC – VALORES FIXOS: Pagamento de Incentivos de: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Hospitais de Pequeno Porte, de Ensino, Filantrópicos, Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS), Incentivo de Qualificação da Gestão

Hospitalar (IGH), Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros.

Utilização do recurso: Custeio das unidades, serviços e ações de saúde conforme habilitação e qualificação.

**MAC - FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO (FAEC):** procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), transplantes e procedimentos vinculados, ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido (ex. Projetos de Cirurgias Eletivas), novos procedimentos, não relacionados na tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento (são custeados pelo FAEC por um período com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao limite financeiro de MAC).

Utilização dos recursos: Custeio dos serviços conforme produção apresentada e aprovada.

Obs: **Incremento Temporário do Teto de Média e Alta Complexidade - MAC:** os recursos serão aplicados na manutenção da unidade de atenção informada na portaria de habilitação, consideram-se de **manutenção as atividades que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital**, e que propiciam as condições adequadas de infraestrutura e de recursos materiais destinados à assistência em saúde, *sendo vedada a aplicação dos recursos de emendas parlamentares para pagamento de pessoal e encargos, em observância ao § 10, do art. 166 da Constituição Federal*". A execução dos recursos de incremento MAC, deverá observar a legislação sobre execução orçamentária e financeira, e, no caso de transferência para entidade privada sem fins lucrativos, respeitar a meta já pactuada ou a ser pactuada, conforme a necessidade local e nos termos do convênio, contrato ou instrumento congêneres.

## **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:**

### **Componente Básico:**

- **Portaria 1.555, de 30.07.2013** (Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, alterada pela Portaria nº 2001/2017).

### **1- Componente Básico:**

- **UNIÃO: R\$ 5,58 HAB/ANO**
- **ESTADOS/DF: R\$ 2,36 HAB/ANO**
- **MUNICÍPIOS: R\$ 2,36 HAB/ANO**

**2- Componente Estratégico:** controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; imunobiológicos e demais programas estratégicos: controle do tabagismo, influenza e outros. Financiamento e aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, encaminhados para as Secretarias Estaduais de Saúde que têm a responsabilidade de fazer o armazenamento e distribuição aos municípios.

**3- Componente Especializado:** O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da

integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. Financiado pelos três entes: o acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste componente será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas e estão divididos em três grupos: Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde; Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

#### **VIGILÂNCIA EM SAÚDE:**

- **Componente da Vigilância em Saúde:**

Piso fixo de vigilância em saúde – PFVS

Piso variável de vigilância em saúde – PVVS

- **Componente da Vigilância Sanitária:**

Piso fixo de vigilância sanitária

Piso variável de vigilância sanitária

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio de todas as ações e serviços de Vigilância em Saúde: vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e promoção em saúde.

Pagamento de pessoal para desenvolver atividades na área de controle de doenças; gratificações para recursos humanos que estejam desenvolvendo atividades na área da vigilância em saúde; capacitações em vigilância em saúde para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede assistencial; participação em seminários, congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical, e outros em que sejam apresentados e discutidos temas relacionados à vigilância em saúde; diárias para deslocamento de servidores de atividades inerentes à vigilância em saúde, bem como para participação em eventos ligados à área. Serviços de terceiros: pagamento de provedor de internet para viabilizar o envio de bancos de dados, além de pesquisa e troca de informações técnicas; confecção e reprodução de material informativo, educativo (folders, cartazes, cartilhas, faixas, banners, etc.) e técnico (manuais, guias de vigilância epidemiológica); manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da vigilância em saúde; pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da vigilância em saúde; pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da vigilância em saúde; aluguel de imóveis para atividades próprias da vigilância em saúde.

Material de consumo: peças, combustíveis (óleo diesel, gasolina, álcool) e lubrificantes para manutenção de veículos; isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório; materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública; compra de equipamentos de proteção individual (EPI) para atividades de controle de vetores; reposição de peças para equipamentos de aspersão; lâminas, lamínulas, estiletes e papel filtro; material de escritório e outros.

#### **GESTÃO DO SUS:**

Recursos para qualificação do SUS e que são regulamentadas por portarias específicas nas áreas de:

- Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, Planejamento e orçamento, Programação, Regionalização, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Incentivos à implementação de políticas específicas.

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio das ações conforme as portarias específicas dos programas/projetos.

#### **Recursos do Bloco de Investimento:**

Segundo o art. 6º da portaria nº 3992/2017, os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde serão transferidos em conta corrente única, aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem, e destinam-se, exclusivamente, à:

I - aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;

II - obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e

III - obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas. ”

#### ***RECURSOS ESTADUAIS: FUNDO À FUNDO.***

REPASSES DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

1- Repasse de recursos de Média e Alta Complexidade (MAC) do Fundo Nacional de Saúde (FNS): quando o município encontra-se sob gestão estadual, os seus recursos de média e alta complexidade – produção própria – são depositados pelo FNS na conta do FES e este faz o repasse para o município de acordo com a programação física e financeira e fatura apresentada: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) para os procedimentos de média e alta complexidades ambulatorial e Autorização de Internações Hospitalares (AIH) para produção hospitalar.

Utilização dos recursos:

Destinado ao custeio das ações e serviços de saúde e manutenção das unidades que geraram a fatura e produção apresentadas.

#### ***RECURSOS MUNICIPAIS: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – RECURSOS PRÓPRIOS.***

Recursos próprios do município, aplicação de no mínimo 15% das receitas previstas na legislação vigente, em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), de acordo com a LC nº 141/2012.

Despesas exclusivas com recursos próprios do município:

- Consórcio Intermunicipal de Saúde;
- Contrapartida da Assistência Farmacêutica Básica;
- Compra de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e da Relação Regional de Medicamentos (REREME);

- Tratamento Fora do Domicílio (TFD) - ajuda de custo, passagens e hospedagens, preparação e traslado do corpo quando óbito em TFD.
- Órteses, próteses e materiais especiais (OPME) que não constem na tabela de procedimentos do SUS (não há custeio pelo SUS) ou o custeio é insuficiente.
- Pagamento de cirurgias e exames não disponíveis pelo SUS;
- Pagamento de qualquer complemento da Tabela Nacional do SUS ou contratos complementares com prestadores de serviços de saúde privados;
- Contrapartidas de construção, reforma e ampliação de unidades, aquisição de veículos, equipamentos e materiais permanentes;
- Todas as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde previstas na Lei Complementar nº 141/2012.

Despesas indefinidas na legislação e custeadas total ou parcialmente pelos municípios (“vazio assistencial”)

- Leites especiais e suplementos alimentares: prescritos por profissionais médicos, quando tiver caráter “terapêutico e nutricional”, é considerado despesa com saúde, segundo a LC nº 141/2012. Quanto à responsabilidade do custeio destes produtos é “vazio assistencial”, ou seja, não definido no SUS, portanto, como o financiamento da saúde é tripartite, deve ser de responsabilidade das três esferas: União, Estado e Municípios. É necessário que quando da elaboração das Leis Orçamentárias exista a previsão desta despesa na saúde. Outra informação importante, tais produtos devem ser dispensados pelos municípios de acordo com Protocolos Clínicos estabelecidos, visando ter critérios claros que garantam o direito ao cidadão, sem causar prejuízo ao aleitamento materno e distorções no caráter nutricional e terapêutico da prescrição.

#### **Referências/Fontes de informação:**

**BRASIL.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

**BRASIL.** Fundo Nacional de Saúde. FNS. Gestão dos Recursos da Saúde: Fundo de Saúde. Oliveira Junior, et al. Mimeo. Org. Disponível em

[http://portalfns.saude.gov.br/images/artigos/GestaoRecursosSaudeFundoSaude\\_atualizado.pdf](http://portalfns.saude.gov.br/images/artigos/GestaoRecursosSaudeFundoSaude_atualizado.pdf)

**BRASIL.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)

**CONASEMS.** Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS. “Diálogos do Cotidiano” CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/ UERJ – RJ – 1a. Ed., 2016.

**SANTOS,** Lenir. SUS e a Lei Complementar 141 Comentada. 3ª ed. Campinas. Saberes Editora, 2012.

[www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)

#### **5.3 - Contratualização no SUS**

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) define, entre outros aspectos, a contratação de prestadores de serviços de saúde como competência comum dos entes federativos. A contratação de serviços de saúde de forma complementar das instituições privadas e a sua relação com o Gestor deve ser estabelecida por vínculos formais, permitindo-lhe suprir a insuficiência dos serviços no setor público, assegurada a preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, conforme art. 199, §1o da C.F, observadas as exigências gerais aplicáveis.

A Regulação em Saúde consiste em macroprocessos de gestão do setor saúde, constituído por um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população as ações e aos serviços de saúde. A Regulação em Saúde compreende a elaboração de atos normativos que regulem ou regulamentem o setor saúde, além de outras questões que impactem em seus determinantes.

A ação regulatória abrange os setores público e privado de saúde. No âmbito do SUS as ações de Regulação em Saúde estão organizadas em três dimensões de atuação, integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso.

A celebração de vínculos formais entre gestores e prestadores de serviços de saúde tem dupla função:

- Estabelecer uma ferramenta formal de compromisso entre as partes no aspecto qualiquantitativo; e
- Garantir a legalidade dos repasses dos recursos financeiros.

Para assegurar o atingimento dessas funções, deverão as partes cumprir as regras fixadas na legislação pertinente às Licitações e aos Contratos Administrativos. A formalização da participação complementar das entidades privadas no Sistema Único de Saúde se reveste de importância, na atividade assistencial, e deve ainda ser entendida como um mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços contratados, conforme institui a Política Nacional de Regulação, na dimensão regulação da atenção (BRASIL, 2016).

### **Entendendo os conceitos:**

Contratação dos serviços de saúde: é o ato ou efeito de contratar, é o acordo estabelecido entre o gestor e o prestador que entre si transferem direito ou se sujeitam a uma obrigação.

Contratualização: O momento atual da gestão do SUS tem provocado mudanças na relação entre gestor e prestador, passando de um processo meramente burocrático a uma nova modalidade contratual (contratualização). Essa modalidade não se restringe ao ato formal de contratação de serviços. Consiste em uma pactuação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho (Brasil, 2006).

Segundo a Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8.080/1990, são consideradas atribuições, tanto do gestor estadual como do gestor municipal, a gestão e a execução de serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo eles recorrer de forma complementar aos serviços ofertados pela rede privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária.

Ainda conforme a Lei n. 8.080/1990, a participação da iniciativa privada deverá se dar de acordo

com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e deveres de cada uma das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, de mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços.

Entretanto, deve ser lembrado que, antes da formalização contratual, é imprescindível planejar a compra de serviços com base no diagnóstico das necessidades de saúde da população e na capacidade de oferta da rede pública. A definição do escopo, quantidade e qualidade dos serviços a serem contratados deve ter como base os protocolos assistenciais, bem como as prioridades definidas pelo gestor no seu plano de saúde.

As bases legais para formalização de contratos e convênios são a Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações e as legislações específicas de cada ente. A Lei n. 8.666 institui as normas para licitação e contratos da administração pública e traz, no seu artigo 55, as cláusulas necessárias para compor qualquer contrato firmado entre o gestor público da saúde e os prestadores de serviços de saúde.

### **A complementaridade dos serviços públicos de saúde**

Quando as disponibilidades de oferta de serviços próprios forem insuficientes para garantir o atendimento à população, o gestor de saúde poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, respeitando as competências que lhes são atribuídas pela lei, a legislação aplicável às licitações e os limites de seu território no planejamento de ações garantidoras da suficiência da assistência.

Mas, é sempre bom lembrar a opinião de Marlon Alberto Weichert, acerca da participação da iniciativa privada no SUS:

“(...) somente pode haver contratação de serviços privados quando forem insuficientes as estruturas do Poder Público. A simples menção a uma participação complementar permite concluir que a Constituição concedeu primazia à execução do serviço público de saúde por uma rede própria dos entes federativos. Atendimento público através de serviços privados deve consistir em exceção, tolerável apenas se e enquanto não disponibilizado diretamente pelo Poder Público”.

Nas contratações complementares de serviços de saúde deverão ser observados os princípios e as diretrizes do SUS, a necessidade de ampliação da oferta, assim como as pactuações, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e os recursos financeiros disponíveis para a definição do objeto e do quantitativo a ser contratado, sendo assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, conforme previsto n. art. 199, §1o, da C.F., devendo o gestor, persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, recorrer às entidades com fins lucrativos. Não se pode jamais perder de vista que toda transferência de recursos públicos, independentemente de sua finalidade, está subordinada aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme dispõe o art. 37 da Constituição Federal.

A previsão da necessidade de complementação de serviços deverá constar no Plano de Saúde respectivo (Plano Estadual de Saúde - PES ou Plano Municipal de Saúde - PMS), sendo detalhada na Programação Anual de Saúde (PAS), com sua formalização jurídica por meio de instrumento contratual que estabeleça, de forma clara e objetiva, os direitos e deveres de cada uma das partes.

É importante reforçar que deverá ser observado nas contratações os ditames constitucionalmente impostos à Administração Pública e para o estabelecimento dos vínculos formais, o

cumprimento da legislação de licitações e contratos administrativos, Lei nº. 8.666/1993.

#### **ATENÇÃO**

***No Acórdão n. 1.189/2010 (Plenário) do Tribunal de Contas da União, ficou determinado que as contratações não formalizadas por instrumentos jurídicos sejam reavaliadas pelos gestores do SUS. Caberá aos gestores do SUS promover as regulares contratações, sob pena de incorrerem em ato de improbidade administrativa, previsto na Lei n. 8.429/1992.***

Merece destaque nas ações acima descritas, aquela que poderá ser verificada logo no início do processo quando do estabelecimento de relação de complementação de serviços com entidade filantrópica ou sem fins lucrativos. Para o atendimento da demanda deverá o gestor implementar medidas de ampliação do próprio público. Restando demanda, a complementação inicialmente deverá ser feita por entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, observando a preferência destas. Se ainda persistir demanda o gestor promoverá a contratação de empresas junto a iniciativa privada, com a celebração de contratos administrativos decorrentes de licitação.

Passos para a Contratação dos serviços:

1. O gestor consulta o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e verifica a capacidade instalada no seu território;
2. De acordo com as necessidades populacionais, devem ser definidos os protocolos assistenciais, indicando as ações e serviços que devem ser disponibilizados na Programação Pactuada e Integrada (PPI);
3. O próximo passo é a elaboração do plano operativo das unidades próprias sob sua gerência, com a finalidade de identificar o que eles ofertam e levantar a necessidade de complementação de serviços e de organização da rede devendo conter a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas;
4. Após a verificação do desenho da rede, caso se constate que a rede própria é suficiente para atender às necessidades populacionais, não é preciso contratar os prestadores da iniciativa privada;
5. Caso se verifique que a rede própria é insuficiente, e que há necessidade de complementação: em primeiro lugar verificar se em sua rede existem instituições públicas de outra esfera de governo, com as quais deverá formalizar um acordo para compra de serviços destas, por meio do protocolo de cooperação entre entes públicos (PCEP);
6. Caso persista a necessidade de complementação da rede, deverá recorrer à rede privada, priorizando as entidades filantrópicas. Deve ser lembrada a necessidade de sempre fazer uso da Lei n. 8.666/1993 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular;
7. Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:
  - 7.1. Convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;

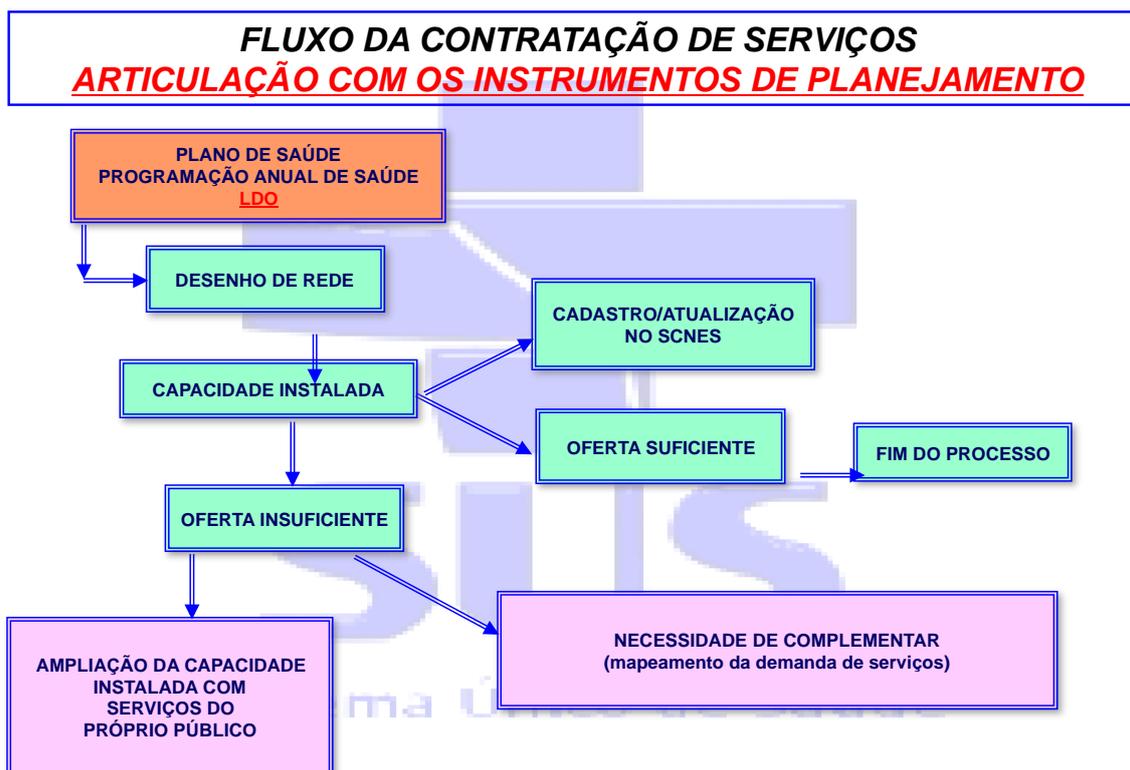
7.2. Contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

8. A necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo;

9. A Lei 8.666/93 prevê licitação dispensada no art. 17, licitação dispensável no art. 24, e ainda as situações de inexigibilidade referidas no art. 25, necessariamente justificadas, deverão ser comunicadas dentro de três dias à autoridade superior, para ratificação e publicação na imprensa oficial, no prazo de cinco dias, como condição para eficácia dos atos;

10. Quando existir impossibilidade ou inviabilidade de concorrência entre os prestadores, haverá inexigibilidade de licitação e, nesses casos, poderá fazer uso do chamamento público;

11. Em caso de realização do procedimento licitatório, este gerará um contrato administrativo com as entidades privadas com ou sem fins lucrativos (FELICIELLO et al, 2016).





O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS editou um guia eletrônico juntamente com o novo manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde, como subsídio a gestores e prestadores na realização da complementação da rede assistencial. Este guia oferece uma consulta prática e simples para as questões envolvendo a complementação de serviços de saúde, em especial as licitações e o instituto do credenciamento. Seu objetivo é se constituir numa ferramenta colaborativa para orientar a sequência dos atos necessários para a contratação de serviços de saúde e estimular o planejamento, programação e regulação, de acordo com as necessidades do gestor e da população.”



### **Consórcios Intermunicipais de Saúde**

Os consórcios configuram pessoas jurídicas as quais poderão assumir personalidades variadas, tanto uma personalidade de direito público, quando constituirão uma associação pública integrante da administração indireta, ou privado, quando deverão atender às exigências da norma de direito público e também os requisitos da legislação civil. Previstos na Lei n. 11.107/2005 que regulamentou o art. 241 da Constituição Federal. A Lei estabelece normas gerais de contratação dos consórcios públicos e são aplicáveis à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Para tanto a lei ainda atribui uma série de prerrogativas aos consórcios, incluindo:

1. firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo;
2. nos termos do contrato de consórcio de direito público, promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público; e
3. ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação.

Visando efetivar as regiões e microrregiões de saúde, os consórcios tem amparo legal e atualmente é a única alternativa viável para efetuar a contratação de serviços em nível intermunicipal, desde que garantidos os princípios fundantes do SUS, em relação a direção única e não configuração da duplicidade de contratualização de ações e serviços de saúde (FELICIELLO et al, 2016).

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Orientações para a contratação de Serviços de Saúde, 2016.

CONASS. Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde. Legislação e Notas Técnicas do CONASS Livro do Pacto pela Saúde 2006.

CONASS. Regulação em Saúde e suas atualizações, 2011.

FELICIELLO, Domênico et al. Contratualização do SUS, UNICAMP, 2016.

<http://wiki.datasus.gov.br>

### **5.4 - Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança.**

Utilizando-se como base a exposição sobre Regionalização da Saúde do site Campus Virtual de Saúde Pública, o conceito de regionalização está inicialmente relacionado à ideia básica de organização por regiões. A definição de regionalização que consta no Pacto pela Saúde ressalta seu caráter solidário e cooperativo, definido como: “processo de identificação e constituição de regiões de saúde existentes nos diferentes municípios que compõem a região, em uma rede regionalizada de atenção visando à universalidade de acesso, à equidade, à integralidade e à resolutividade”.

A regionalização, além de se constituir como um método para ampliar a cobertura assistencial em saúde em determinado território, é considerada um processo construído pelas pessoas. Portanto, é permeada pelas relações sociais e de poder com dimensões técnicas, políticas, econômicas e ideológicas, de tal forma que se constitua como resultado dos acordos políticos desencadeados por meio da gestão compartilhada que respeite a diversidade e a autonomia dos entes federados.

Ao organizar uma região de saúde, torna-se importante respeitar os diferentes processos que estejam em construção e as desigualdades de serviços de saúde presentes na região, de forma que permitam desenhos de regiões não rígidas e normativas. Pois, se o que de fato caracteriza uma região são as pessoas, por meio de sua organização e pelas relações sociais de produção estabelecidas no território, para que a regionalização seja “viva” ela precisa respeitar a história e a cultura da população,

construindo a identidade regional de modo a criar nas pessoas o sentimento de pertencimento neste espaço de vida e com isso, compreender, adequar e formalizar as Regiões de Saúde que respondam pela produção de vida e cuidado em cada território.

Apesar de se ter usado o conceito de Regionalização proposto pelo Pacto pela Saúde, datado de 2006, a discussão sobre o tema inicia-se juntamente com a história do Sistema Único de Saúde e tem ocupado o centro do debate da reorganização desse sistema nos últimos anos. O arcabouço normativo da pauta inicia-se com a Constituição Federal de 1988 estabelecendo, no Artigo 198, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” capaz de garantir acesso, acolhimento e integralidade do cuidado. A Lei 8080 de 1990 - Lei Orgânica da Saúde - expõe a regionalização como um princípio estratégico norteador dos processos de organização político territorial. A Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 traz a regionalização como pressuposto, e diz que sua efetivação deve se dar por meio da articulação, mobilização e pactuação municipal, considerando as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico e oferta de serviços. Aponta também para a construção política dos gestores, trabalhadores e cidadãos com potencialidade para estabelecer relações de caráter cooperativo no desenvolvimento do planejamento e de ações integradas. A NOB de 1996, ainda que não enfatize a regionalização, estabelece a Programação Regional Integrada como instrumento de planejamento e reforça a necessidade de cooperação técnica e financeira dos estados e da União com os municípios para possibilitar a efetivação das redes regionalizadas de saúde.

Com caráter transitório, essas normas foram ao longo do tempo sendo complementadas e substituídas. Em 2001 e 2002 surgem as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) trazendo consigo, ainda mais fortemente, a regionalização da assistência. As NOAS introduziram os conceitos de módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões que deveriam ser expressas nos Planos Diretores de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada Integrada (PPI). Esses instrumentos fomentaram a agenda da regionalização entre os gestores do SUS. No entanto, sua complexidade dificultou o processo de articulação entre as instâncias gestoras e, conseqüentemente, o processo efetivo de regionalização. Enquanto isso, os limites de acesso e equidade, em um sistema de saúde exclusivamente de base municipal, se evidenciavam. Segundo Carvalho, Jesus e Senra (2017), o lançamento do Pacto pela Saúde, em 2006, com seus desdobramentos para estados e municípios e a edição do Decreto nº 7508 de 2011 retomam a regionalização sob o ponto de vista dos acordos políticos entre gestores na organização do sistema e amplia o papel das Comissões Intergestores, fortalecendo a lógica do Planejamento Integrado, consubstanciado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). O Decreto estabelece que as regiões de saúde devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, explicitando a complementaridade entre essas ações para garantir cuidado integral em tempo oportuno. Do ponto de vista organizativo, os autores colocam ainda como aspectos relevantes propostos pelo Decreto: a Atenção Básica como porta de entrada prioritária do sistema; e o estabelecimento dos novos dispositivos de planejamento do SUS, compreendido como ascendente e integrado, pautado pelas necessidades de saúde e disponibilidade de recursos.

Todo esse processo mostra-se pautado na capacidade dos atores envolvidos em gerar consensos sobre as responsabilidades compartilhadas e em construir desenhos regionais que visem a garantia do acesso a ações e serviços de saúde. O COAP, proposto pelo Decreto 7508/2011, com objetivo de efetivar os princípios e diretrizes do SUS, na prática, **não** se tornou uma realidade para todos os estados do país. A fragmentação do sistema e a histórica deficiência de planejamento, desde o nível local até as políticas estratégicas de incorporação tecnológica (Mello, et.al., 2017), perpassando pela complexidade

de análise sistêmica da situação de saúde dos municípios, podem ser citados como alguns dos motivos para o insucesso.

Contudo, as discussões sobre a regionalização não se encerraram, pois, cada vez mais tem se observado que os municípios brasileiros, pelas suas características demográficas, econômicas, sociais não conseguem garantir, por si, o cuidado integral a saúde de sua população. A regionalização no Sistema Único de Saúde constitui estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos, otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização.

Mais recentemente, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite estabeleceu, através da **Resolução CIT nº 23 de 2017**, as “diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS”. E, na **Resolução 37 de 2018**, “dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde”, retomando e intensificando a agenda de regionalização em todo o país.

Diante da discussão em pauta há quase 25 anos, o que se mostra evidente é a necessidade de articulação política e administrativa da saúde, permitindo a governança regional de uma Rede de Atenção à Saúde regionalizada capaz de garantir o acesso à atenção integral à saúde, otimizando recursos e buscando a qualificação dos serviços. Entende-se que isso é possível pelo planejamento a partir das necessidades de saúde identificadas nos municípios, com ações cooperativas, integradas e articuladas entre as três esferas de governo.

A Governança na Rede de Atenção à Saúde visa ampliar o protagonismo do gestor municipal na gestão da RAS. As Resoluções nº. 23/2017 e nº. 37/2018 apresentam a possibilidade da existência de **Comitês Executivos de Governança das RAS**. Instituídos nos espaços regionais onde se organizam as RAS (na macrorregião de saúde), possuem natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde. Esta maior aproximação do Ministério da Saúde é necessária para qualificar o processo de descentralização, compartilhando uma governança daquilo que, segundo a Lei 8080/90, é de coordenação do MS, como a alta complexidade e a vigilância em saúde. Estes comitês terão sua composição, atribuição e funcionamento definidos pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) subsidiarão suas tomadas de decisões na macrorregião no que se refere à implementação das RAS, e contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR.

### **O Planejamento Regional Integrado (PRI)**

O PRI é um processo ascendente e participativo que visa à construção de Planos Regionais/Macrorregionais de Saúde e ao fortalecimento da organização das Macrorregiões de Saúde por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os quais servirão de base ao novo Plano Estadual de Saúde 2020-2023, bem como serão parte integrante do mesmo.

O Plano deve expressar as responsabilidades de cada gestor em relação às ações e serviços de saúde e seu financiamento. Deve apontar as responsabilidades dos gestores sobre a população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

A institucionalização desse processo efetivará um novo modelo de financiamento das Ações e

Serviços Públicos de Saúde (ASPS) baseado na alocação global dos recursos e em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº. 141/2012, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado. O produto desse processo de planejamento é o Plano Regional.

Os aspectos primordiais a constituírem o Plano Regional (Macrorregional) são:

- A identificação do espaço regional ampliado, sendo as macrorregiões norte, noroeste, leste e oeste;
- A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada.
- As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.
- As responsabilidades dos entes federados no espaço regional.
- A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional.
- A programação geral das ações e serviços de saúde.
- A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

O Estado será o coordenador do processo de Planejamento Regional Integrado em articulação com os municípios e a participação da união a partir da configuração das regiões de saúde definidas na CIB Estadual.

A CIB Estadual deverá pactuar as diretrizes que orientarão esse processo. Além disso, cabe a esse colegiado a pactuação dos Planos Regionais bem com o monitoramento dos mesmos a partir das informações fornecidas pelas CIB Regionais já organizadas nas Regiões de Saúde.

Deliberação da CIB estabelecerá o cronograma para a construção dos Planos Regionais Integrados, bem como as etapas do processo no estado.

#### **Referências/Fontes de informação:**

Campus Virtual de Saúde Pública. Regionalização da Saúde: construção da universalidade e integralidade no Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/03-%20REGIONALIZAO%20DA%20SADE-2.pdf>

CARVALHO, André Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Maria Vilas Boas.

Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401155&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401155&script=sci_abstract&tlng=pt)

MELLO, Guilherme Arantes. O Processo de Regionalização do SUS: revisão sistemática. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1291-1310/>

Curso de Aprimoramento em Práticas de Apoio para o fortalecimento da gestão municipal do SUS.

<http://proadi.eadhaoc.org.br>

PRI-Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado.

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_tripartite\\_planejamento\\_regional\\_integrado.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf)































# COSEMSPR