

Orientações para Conselheiros de Saúde



República Federativa do Brasil

Tribunal de Contas da União

Presidente: Ubiratan Aguiar

Vice-presidente: Benjamin Zymler

MINISTROS

Valmir Campelo

Walton Rodrigues

Augusto Nardes

Aroldo Cedraz

Raimundo Carreiro

José Jorge

José Múcio Monteiro

AUDITORES

Augusto Sherman

Marcos Bemquerer

André Luís de Carvalho

Weder de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU

Procurador-Geral:

Lucas Rocha Furtado

Subprocuradores-Gerais:

Paulo Soares Bugarin

Cristina Machado da Costa e Silva

Procuradores:

Marinus Eduardo de Vries Marsico

Júlio Marcelo de Oliveira

Sérgio Ricardo Costa Caribé



Orientações para Conselheiros de Saúde

Público-alvo:

- Conselhos Estaduais de Saúde
- Conselhos Municipais de Saúde

© Copyright 2010, Tribunal de Contas da União
<http://www.tcu.gov.br>
SAFS, Quadra 4, Lote 01
CEP 70042-900 – Brasília/DF

É permitida a reprodução desta publicação, em parte ou no todo, sem alteração do conteúdo, desde que citada a fonte e sem fins comerciais.

Brasil. Tribunal de Contas da União.
Orientações para conselheiros de saúde / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.
127 p. : il.

Público-alvo: Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

1. Conselho de saúde - Brasil. 2. Controle Social. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) (SUS) I. Título.

A

saúde figura na Constituição Federal entre os direitos sociais consignados em seu art. 6º, no Título dos Direitos e Garantias Fundamentais. Ela constitui, portanto, direito básico, que deve valer de maneira equitativa para todos os cidadãos, com vistas a uma vida digna, saudável e de boa qualidade, nos termos da Lei Maior: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196).

Nossa Carta Magna assegura a participação popular na organização do Sistema Único de Saúde (art. 198, III), reconhecendo, assim, a importância do envolvimento da comunidade na tomada de decisões no campo da saúde.

Partindo-se da máxima de que “quanto mais perto do fato for tomada a decisão, mais chance ela terá de sucesso”, o princípio do controle social baseia-se na premissa de que quanto mais a sociedade estiver envolvida na construção e fiscalização do SUS, maior será a probabilidade de que a implementação das respectivas políticas públicas obtenha êxito e traga resultados profícuos para a população brasileira.

É nesse sentido que ganha especial relevo a atuação dos conselhos de saúde. Poderosos instrumentos de controle social, tais colegiados consistem no elo entre o cidadão-usuário e os responsáveis pela elaboração e execução das ações de saúde, possibilitando que a coletividade participe da formulação dos planos e das diretrizes dessa importante área.

Com o escopo de concorrer para a otimização do desempenho dos aludidos conselhos, estimular o exercício do controle social, bem como colaborar para a melhoria e evolução do SUS, o Tribunal de Contas da União elaborou a presente publicação, que se destina especialmente aos conselheiros de saúde de todo o País.

Assim, é com muita satisfação que apresento a cartilha “Orientações para os Conselheiros de Saúde”, desejando que seja utilizada como um guia prático e, por conseguinte, contribua para a boa e eficaz aplicação dos recursos do Erário em benefício do povo.

UBIRATAN AGUIAR

Presidente do TCU

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO _____ **9**

Tribunal de Contas da União _____ **10**

Conceito _____ **11**

Papel do Tribunal de Contas da União - TCU _____ **11**

Fiscalização das prefeituras e dos governos estaduais _____ **12**

Introdução ao Controle Social _____ **13**

Controle social: o que é e qual a sua importância _____ **14**

Papel das conferências de saúde no controle social _____ **15**

Papel do conselho de saúde no controle social _____ **17**

O conselho de saúde _____ **18**

O que é o conselho de saúde _____ **19**

Informações importantes sobre o funcionamento do conselho de saúde _____ **23**

Criação do Conselho de saúde _____ 23

Orçamento do conselho de saúde _____ 24

Conselheiros _____ 24

Reuniões do conselho de saúde _____ 25

Prestação de contas do gestor _____ 26

Estrutura e funcionamento do conselho de saúde _____ 27

Papel dos conselheiros de saúde _____ **29**

O que influencia a qualidade da saúde das pessoas _____ **34**

Planejamento em Saúde _____ **37**

Instrumentos de planejamento da saúde _____ **38**

Plano de Saúde _____ 39

Programação Anual de Saúde _____ 40

Relatório de Gestão _____ 41



Detalhando as Principais Competências do conselho de saúde _____ 43

Análise do Relatório de Gestão _____	44
O que analisar, prioritariamente, no Relatório de Gestão _____	44
Fiscalização _____	47
Importância do papel do conselheiro na fiscalização das ações de saúde _____	47
Exemplos do que pode ser fiscalizado e de como fiscalizar _____	47
Como divulgar o trabalho do conselho de saúde para a sociedade _____	52
Divulgação das atividades do conselho para a comunidade _____	52
Boas práticas de outros conselhos _____	54
Divulgação das atividades do conselho para a comunidade _____	54
Fiscalização _____	55
Análise do Relatório de Gestão _____	56
Orçamento Próprio _____	56

Sistema Único de Saúde (SUS) _____ 57

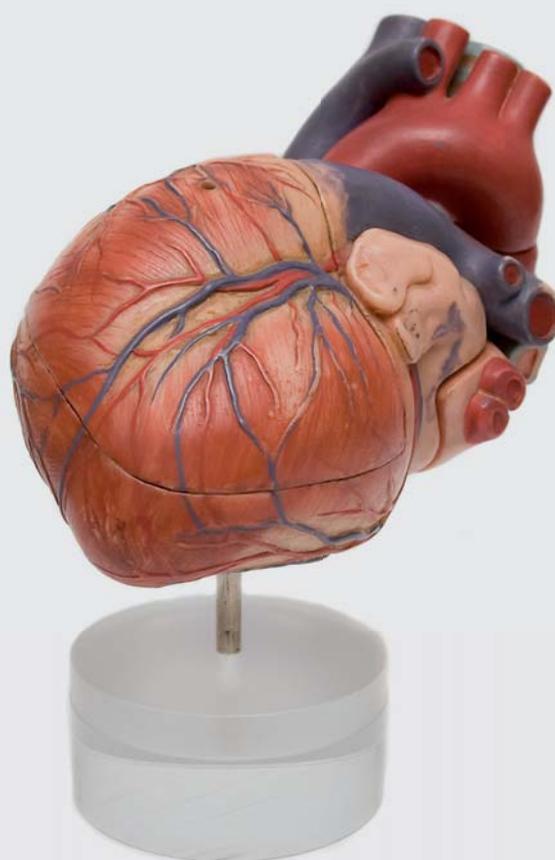
O que significa SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)? _____	58
Os recursos do SUS _____	62
Requisitos que os Estados, o DF e os Municípios devem cumprir para receber recursos para a Saúde _____	64
Formas de transferência dos recursos federais para a Saúde _____	64
Transferências regulares e automáticas (Fundos) _____	65
Remuneração por Serviços Produzidos _____	67
Convênios _____	67
Blocos de Financiamento do SUS _____	68
Movimentação Bancária do Dinheiro do SUS _____	70
Em Que Pode Ser Gasto o Dinheiro da Saúde _____	72

Pacto pela Saúde _____ 73

Instâncias de Pactuação _____	75
Comissão Intergestores Tripartite (CIT) _____	75
Comissões Intergestores Bipartites (CIB) _____	75
Componentes do Pacto pela Saúde _____	75
Termo de Compromisso de Gestão (TCG) _____	76

Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer	79
Órgãos de Controle	79
Tribunal de Contas da União	79
Controladoria Geral da União (CGU)	79
Tribunal de Contas Estadual e dos Municípios	80
Ministério Público Estadual - Promotoria de Justiça da Comarca	80
Órgãos, entidades e outros a quem recorrer para orientações e apoio	80
Ministério da Saúde	80
Câmara Municipal/Assembleia Legislativa	81
Conselho Nacional de Saúde (CNS)	82
Conselhos Estaduais de Saúde	82
ONGs (Organizações Não Governamentais) e Outras Entidades	82
Universidades	83
Conselhos Regionais de Contabilidade	83
Conselhos Municipais de Saúde Referências	84
Anexo 2 - O Que Não Pode Faltar em uma Denúncia.....	86
Anexo 3 - Carta dos Direitos dos Usuários do SUS	88
Anexo 4 - Organizando Conferências de Saúde	96
Anexo 5 - Fontes de Financiamento da Saúde	100
Anexo 6 - Blocos de Financiamento do SUS.....	102
Bloco da Atenção básica	102
Bloco da Atenção de Média e de Alta Complexidade	102
Bloco Vigilância em Saúde	103
Bloco Assistência Farmacêutica	104
Bloco Gestão do Sistema Único de Saúde	107
Anexo 7 - Aquisição de Medicamentos	108
Passo-a-passo da Aquisição de Medicamentos:	109
Fatores que interferem no processo de gestão, no aumento dos gastos com aquisição de medicamentos e na qualidade dos produtos e serviços:	113
Legislação relacionada a medicamentos:	114
Endereços importantes na internet sobre medicamentos:	116

Anexo 8 – Siglas.....	117
Anexo 9 – Legislação Básica.....	120
Anexo 10 – Endereços das unidades do Tribunal de Contas da União	123
Referência Bibliográfica	127



SUMÁRIO



Esta primeira edição das “Orientações para Conselheiros de Saúde” enfatiza a conscientização para o controle social na área da saúde, o acompanhamento da aplicação dos fundos estaduais e municipais de saúde e a fiscalização da qualidade dos serviços de saúde prestados à população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Na publicação, são apresentadas informações sobre dois importantes instrumentos de controle social na área de saúde: os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

Há um capítulo específico sobre a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde e o importante papel desempenhado por seus conselheiros.

As principais competências dos conselhos de saúde são detalhadas em capítulo que traz informações práticas e orientações para o desempenho das atribuições destes. Além disso, são compartilhadas boas práticas de alguns conselhos de saúde, que podem servir de inspiração para outros.

Em tópicos específicos são apresentadas informações relativas ao SUS, tais como seus fundamentos, as formas de financiamento da saúde pública e o pacto pela saúde. Apresenta, ainda, noções básicas sobre os principais instrumentos de planejamento em saúde, tais como o plano de saúde, a programação anual da saúde e o relatório de gestão.

Por fim, os anexos complementam os temas tratados nos capítulos e trazem, ainda, algumas informações adicionais, como por exemplo, quais órgãos e entidades podem auxiliar o conselho de saúde a realizar o seu trabalho.

Em síntese, esta publicação tem o objetivo de ser instrumento capaz de facilitar o importante trabalho desempenhado por vocês, conselheiros, no exercício do controle social da saúde na sua comunidade.

Tribunal de Contas da União



Conceito

O Tribunal de Contas da União (TCU) não faz parte do Poder Judiciário. O TCU é um tribunal administrativo. Ele julga as contas de administradores públicos e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos federais. Além disso, qualquer pessoa que der causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo aos cofres públicos será também julgada pelo TCU. As competências do TCU estão previstas no art. 71 da Constituição Brasileira.

Papel do Tribunal de Contas da União – TCU

A Constituição Federal de 1988 deu ao TCU o papel de ajudar o Congresso Nacional no exercício do controle externo.



Controle externo significa o controle administrativo que um Poder (Legislativo, Executivo ou Judiciário) exerce sobre outro Poder. Há regras específicas para o exercício do controle externo, e ele não pode interferir na autonomia daquele que é controlado, ou seja, não pode afetar a independência de outro Poder. Isso está na Constituição Federal. Os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário são poderes da União, independentes e harmônicos entre si.

Para que o TCU possa exercer esse papel, a Constituição estabeleceu algumas competências para o Tribunal, dentre elas:

- Apreciar as contas anuais do presidente da República.
- Julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos.
- Realizar inspeções e auditorias por iniciativa própria ou por solicitação do Congresso Nacional.
- Fiscalizar a aplicação de recursos da União repassados a estados, ao Distrito Federal e a municípios.
- Fiscalizar a transferência de recursos federais aos estados, ao DF e aos municípios por meio de fundos (transferências fundo a fundo).
- Apurar denúncias apresentadas por qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato sobre irregularidades ou ilegalidades na aplicação de recursos federais.

Além dessas competências, o Tribunal de Contas da União atua de forma educativa, quando orienta e informa sobre procedimentos e boas práticas de gestão, mediante publicações e realização de seminários, reuniões e encontros de caráter educativo, ou, ainda, quando recomenda a adoção de providências, em auditorias. Além disso, o TCU tem buscado promover o

controle social dos recursos públicos, uma vez que os cidadãos, por serem os destinatários das políticas públicas, podem melhor acompanhar a aplicação desses recursos.

Fiscalização das prefeituras e dos governos estaduais

Quem fiscaliza como as prefeituras aplicam os recursos públicos são os respectivos Tribunais de Contas Municipais (TCMs), quando houver, ou os Tribunais de Contas Estaduais (TCEs), ou seja, os gastos das prefeituras, quando realizados com recursos dos orçamentos estaduais e municipais, são fiscalizados pelos TCEs e TCMs. Já os gastos dos estados são fiscalizados pelos TCEs.

Além disso, o TCU fiscaliza os gastos das prefeituras e dos governos estaduais, quando estes recebem recursos federais. Assim, quando o Governo Federal repassa recursos às prefeituras – geralmente por meio de convênios, acordos e ajustes –, o TCU fiscaliza sua aplicação.

Para saber mais sobre como e quando denunciar ao TCU, consulte, nesta publicação, o **Anexo 1** – Órgãos e entidades a quem recorrer – e o **Anexo 2** – O Que Não Pode Faltar em uma Denúncia.





Introdução ao Controle Social

2
Capítulo

Controle social: o que é e qual a sua importância

Todos nós somos responsáveis pela nossa saúde, tanto individual quanto socialmente. Precisamos cuidar do nosso corpo, ter hábitos saudáveis, praticar atividades físicas. Ao mesmo tempo, temos responsabilidade pela saúde do nosso bairro, da nossa comunidade, da nossa cidade e do nosso Estado. Precisamos cuidar da nossa saúde como indivíduos e como cidadãos.

Para ter bons serviços prestados nos postos de saúde, para ter atendimento hospitalar de qualidade e para receber ações de prevenção a doenças, temos que participar do controle social na área de saúde.



Controle social significa o entendimento, a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado. É uma forma de realizar a democracia. Democracia é o sistema de governo no qual as decisões políticas seguem as necessidades e as orientações dos cidadãos, por meio de seus representantes (vereadores, deputados e senadores) ou diretamente pelo povo. O controle social propicia a vivência dessa democracia direta, conduzida pelo povo. Ao praticar o controle social, os cidadãos podem interferir no planejamento, na realização e na avaliação das atividades do governo. Diversas áreas do governo têm como um de seus princípios o controle social. Uma dessas áreas é a saúde, coordenada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

SUS: sistema que coordena as ações voltadas para o cuidado com a saúde da população brasileira. A função do SUS é garantir acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos.

Acesso integral: tratamento adequado para o problema de cada indivíduo, considerando a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

Acesso universal: todos os cidadãos têm direito de serem atendidos.

Acesso igualitário: todos têm direito a tratamento igual, sem preferências ou discriminações.

Veremos mais sobre o SUS no Capítulo 6 – Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabemos que a participação popular é difícil, mas a construção de uma sociedade melhor, mais justa e democrática se faz com a participação de todos. É por isso que o controle social deve ser incentivado e vivido no dia a dia, como exemplo de cidadania para a comunidade.



O que a Constituição Federal diz sobre a saúde?

A Constituição Federal de 1988 é a principal lei do Brasil. Ela sinaliza para os governos federal, de cada estado e de cada município quais são os direitos e os deveres de todos os brasileiros.

A Constituição definiu que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Além disso, determinou que o Estado deve prover saúde à população. Existem várias leis que determinam como a saúde deve funcionar no Brasil.

A Constituição também estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde a serem prestados à população devem ocorrer por meio do SUS. Para conhecer os direitos dos usuários do SUS, consulte o Anexo 3 – Carta dos Direitos dos Usuários do SUS desta publicação. Conheça os direitos dos usuários e comunique-os à comunidade. Todos saem ganhando.

Para auxiliar a sociedade no exercício do controle social na área da saúde, a Lei criou as conferências de saúde e os conselhos de saúde.

Papel das conferências de saúde no controle social

As conferências de saúde são espaços democráticos de construção da política de saúde. São os locais onde o povo manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera: federal, estadual e municipal.

É um legítimo exercício da democracia a participação do povo na formulação e controle da política pública de saúde. É preciso valorizar esse espaço e é responsabilidade dos gestores do SUS garantir que a discussão se dê em seu estado ou município de forma ampla, transparente e ascendente, ou seja, a partir de pré-conferências em bairros, regiões ou distritos, e que, dessas reflexões, surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde.

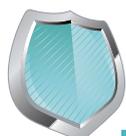
Em cada região devem-se reunir representantes da sociedade civil. Esses representantes da sociedade civil têm de ser pessoas interessadas nas questões relativas à saúde e à qualidade de vida. Essas pessoas decidirão o que o povo quer recomendar aos gestores do SUS e às esferas de governo sobre a política de saúde.

É possível também realizar a eleição dos membros do conselho de saúde durante a conferência. Portanto, este é mais um motivo importante para a organização da conferência contar com o apoio dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviço, buscando mobilizar e envolver amplamente a sociedade em todos os momentos.



ATENÇÃO

Devem fazer parte das reflexões das conferências uma apreciação das decisões aprovadas em conferências anteriores, analisando-se o que foi cumprido e o que não foi e avaliando se, no atual cenário, as questões levantadas anteriormente permanecem ou não pendentes. É preciso, ainda, ter o cuidado de descartar questões que não respeitem os princípios legais na aprovação das propostas apontadas (BRASIL, 2009a: p. 11-16).



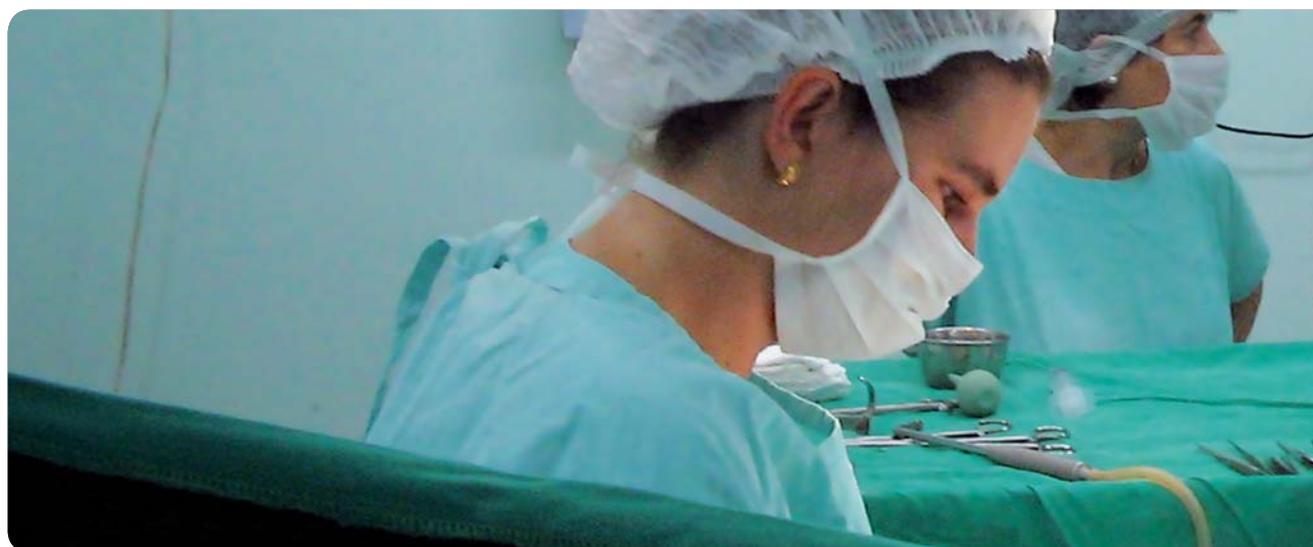
ESTÁ NA LEI

A Lei 8.142/90 menciona que a decisão de realizar a conferência deve ser do Executivo, ou extraordinariamente deste e do conselho. Portanto, cabe ao governador ou prefeito sua convocação, mas o conselho de saúde pode propor ao gestor a realização da conferência.



PARA SABER+

Você pode obter mais informações sobre como organizar as conferências de saúde no Anexo 4 - Organizando Conferências de Saúde - desta publicação.



Papel do conselho de saúde no controle social

O controle social é um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988. É uma forma de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país. Embora não seja a única forma de garantir a participação da comunidade na saúde, o conselho de saúde desempenha um papel importantíssimo no controle social na área da saúde.

Por meio dos conselhos de saúde, a comunidade ali representada:

- a) fiscaliza a aplicação do dinheiro público na saúde;
- b) verifica se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população; e
- c) verifica se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população precisa.

Através dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde.

Além disso, os conselhos têm como responsabilidade, juntamente com os gestores da saúde, contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a saúde, baseada nos direitos de cidadania de toda a população. Os conselheiros têm que estar a favor da vida e da saúde, defendendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade.



O conselho de saúde



O que é o conselho de saúde

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/1990, de 28/12/1990) determinou que a União (governo federal), os estados e os municípios deveriam criar os conselhos de saúde. Por isso os conselhos existem em todas as esferas: federal, estadual e municipal. Contudo, a existência do conselho de saúde é muito mais que o simples cumprimento de uma exigência da lei. Os conselhos de saúde são a garantia de melhoria contínua do nosso sistema de saúde.

A Lei 8.142/1990 estabelece que:

O CONSELHO DE SAÚDE, em caráter PERMANENTE e DELIBERATIVO, órgão COLEGIADO composto por REPRESENTANTES DO GOVERNO, PRESTADORES DE SERVIÇO, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS, atua na FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, CUJAS DECISÕES SERÃO HOMOLOGADAS PELO CHEFE DO PODER LEGALMENTE CONSTITUÍDO EM CADA ESFERA DO GOVERNO (destaques nossos).

Vamos entender esse conceito, dividindo-o em partes:

“CARÁTER PERMANENTE” – O conselho de saúde deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município. Não é um órgão que possa ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal. É necessária outra lei federal para que ele possa ser extinto.

“CARÁTER DELIBERATIVO” – Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema, ou tomar uma decisão. Assim, o conselho de saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir determinados assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão.

“ÓRGÃO COLEGIADO” – Um órgão colegiado é composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade. Os conselhos de saúde são compostos por:

- **representantes dos gestores** (do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal).
- **representantes dos prestadores de serviço** (instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas);
- **representantes dos trabalhadores de saúde** (sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde);
- **representantes dos usuários de saúde** (associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias etc.). O usuário é aquele que não está comprometido de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde), não possuindo qualquer vínculo empregatício na área de saúde.

Vemos que, de uma forma ou de outra, a população do estado ou do município deve estar representada no conselho. Dessa forma as decisões podem ser mais democráticas.



Exemplos de grupos que podem estar presentes no conselho de saúde:

- *associações de portadores de patologias;*
- *associações de portadores de necessidades especiais;*
- *entidades indígenas;*
- *movimentos sociais e populares organizados;*
- *movimentos organizados de mulheres, em saúde;*
- *entidades de aposentados e pensionistas;*
- *entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;*
- *entidades de defesa do consumidor;*
- *organizações de moradores;*
- *entidades ambientalistas;*
- *organizações religiosas;*
- *trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;*
- *comunidade científica;*
- *entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;*
- *entidades patronais;*
- *entidades dos prestadores de serviço de saúde.*



É importante lembrar que os usuários que mais precisam do SUS são aqueles que geralmente têm baixa capacidade de organização e de mobilização, e raramente têm suas reivindicações contempladas e seus direitos representados neste importante sistema. Cabe à sociedade organizada e aos gestores promover sua inclusão nas discussões do conselho para que eles sejam representados perante o SUS.

A Lei 8.142/1990 estabelece também que o conselho de saúde atua:

“ATUA NA ‘FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE” – isso nada mais é do que exercer o controle social. Assim, a população dos estados e dos municípios, por meio do conselho de saúde, ajuda a planejar a política de saúde e fiscaliza como o governo cuida da saúde e, também, verifica se as leis relacionadas ao SUS estão sendo cumpridas. O conselho de saúde deve fiscalizar até mesmo as questões financeiras do gerenciamento da saúde no estado ou município.

“As decisões do conselho de saúde serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” – isso quer dizer que o prefeito ou o secretário de saúde municipal, no caso do conselho municipal de saúde, ou o governador ou o secretário de saúde estadual, no caso do conselho estadual de saúde, devem aprovar as decisões do conselho relacionadas à formulação das estratégias de saúde.



ATENÇÃO

É importante esclarecer que a fiscalização exercida pelo conselho de saúde não está subordinada ao prefeito, governador ou secretário de saúde. O conselheiro deve atuar de forma independente e imparcial.

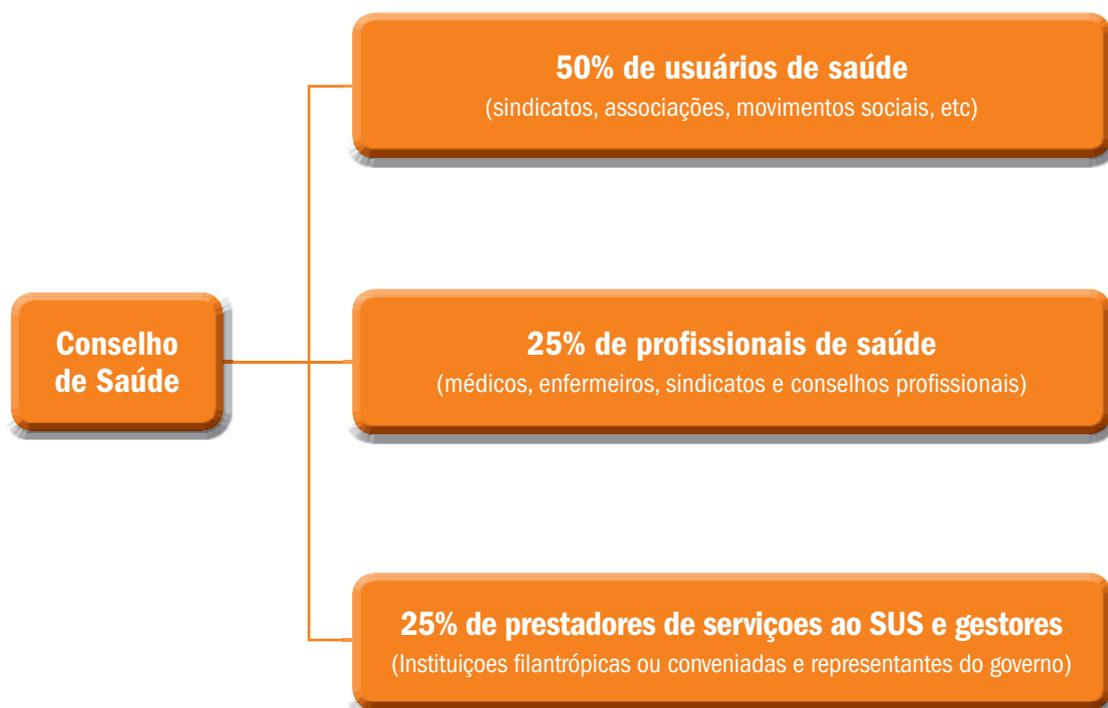


ESTÁ NA LEI

A Lei 8.142/1990 também estabeleceu que os conselhos de saúde devem ter **COMPOSIÇÃO PARITÁRIA**. O que isso significa?

- **COMPOSIÇÃO PARITÁRIA** significa que a soma dos representantes dos usuários de saúde deve ser igual à soma dos representantes dos trabalhadores de saúde e dos representantes dos gestores e prestadores de serviços ao SUS.

Em outras palavras, a composição paritária deve ocorrer da seguinte forma:





A paridade sempre deve existir! Os usuários devem sempre ser a metade dos conselheiros, pois, se isso não ocorrer, o objetivo de promover a melhoria do SUS para os seus usuários, por meio do conselho, pode ficar prejudicado!

O conselho de saúde não é paritário quando sua formação (representatividade) não obedece ao que está na lei.

Os conselhos de saúde reúnem pessoas com pensamentos diferentes uns dos outros, ideias que podem ter semelhanças e diferenças e sugestões que podem até mesmo ir contra sugestões de outros. Mas essas diferenças são muito importantes para que o conselho tenha uma visão geral da saúde, acolhendo diversas perspectivas, e possa tomar decisões com mais qualidade, sempre respeitando todas as opiniões. Por isso, você, conselheiro de saúde, deve falar suas opiniões e ouvir os outros conselheiros, para que todos se entendam e cumpram o objetivo maior do conselho de saúde, que é melhorar a saúde da comunidade.



As entidades que participam do conselho devem ser independentes da gestão (governo municipal ou estadual). Para o conselho dar certo, deve haver independência política. Isso para que as decisões reflitam, de fato, as reais necessidades dos usuários do SUS. Antes de qualquer coisa, o conselheiro luta pela defesa e pela melhoria da saúde da população, através do SUS. Ele deve ser a favor do SUS, e não de uma entidade X ou Y.

Da mesma forma que no caso dos usuários, a participação dos demais segmentos no conselho também é importante, pois o cliente deles está representado no conselho. Portanto, os profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço precisam também participar para compreender a realidade dos usuários.

Divulgue essa ideia! O conselho de saúde é a participação da sociedade organizada na administração da saúde! O conselho de saúde representa a sociedade nas questões de saúde. A população precisa saber disso!

Informações importantes sobre o funcionamento do conselho de saúde

Criação do Conselho de saúde



**ESTÁ
NA LEI**

A criação dos conselhos de saúde é estabelecida por lei municipal, no caso dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), ou estadual, no caso dos Conselhos Estaduais de Saúde. Na criação e na reformulação (reestruturação) dos conselhos de saúde, a Secretaria de Saúde, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, de acordo com o que foi decidido nas conferências de saúde (Lei 8.142/1990).

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

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

O conselho de saúde possui uma secretaria executiva, subordinada ao plenário do conselho de saúde. O plenário do conselho definirá a estrutura e a dimensão de sua secretaria executiva.

Conforme as recomendações do SUS, o conselho de saúde é quem define, por orientação de seu plenário, o número de pessoas na sua parte administrativa e como trabalharão.



**VOCÊ
SABIA?**

O conselho de saúde é um espaço democrático de discussões. No conselho todos têm voz e vez. Todos devem conhecer bem suas atribuições. O conselho deve se estruturar de maneira que os conselheiros e as outras pessoas que trabalham nele saibam o que devem fazer, para que o trabalho seja bem dividido. Não pode haver diferença de poder entre os conselheiros.

O conselho funcionará baseado em seu regimento interno. Daí a importância de se aprovar o regimento interno de cada conselho.

Orçamento do conselho de saúde

Por vezes, o dinheiro para cobrir os custos para o funcionamento do conselho vem do orçamento do Poder Executivo, ou seja, da prefeitura ou do governo estadual ou do governo federal, por meio das respectivas secretarias de saúde. De qualquer forma, é preciso lembrar que o dinheiro destinado ao conselho de saúde deve ser gerenciado pelo próprio. Esta é uma questão muito importante para a independência dos conselhos.

O conselheiro tem direito de cobrar da administração municipal a disponibilização de recursos no orçamento para funcionamento do conselho, o qual tem direito de ter dinheiro próprio para custear despesas de funcionamento.



As secretarias de saúde devem garantir que os conselhos possuam independência. A garantia de recursos financeiros (dotação orçamentária) possibilita ao conselho ter, quando necessário, sua secretaria executiva, a qual é composta por pessoas para trabalhar no dia a dia do conselho e cuidar das reuniões e das comunicações. Os recursos financeiros também possibilitam que o conselho mantenha sua estrutura administrativa e logística (sala própria, móveis como cadeiras e mesa, telefone, computador, internet etc.). Garantem também o deslocamento de conselheiros e materiais de divulgação, além de custear ações de educação do conselho na comunidade. A realização das conferências de saúde também faz parte das atividades a serem realizadas com a dotação orçamentária do conselho e com a ajuda da secretaria de saúde.

Conselheiros

O número de conselheiros será indicado pelo plenário do conselho e das conferências de saúde e deve ser definido na lei de criação do conselho.



O mandato dos conselheiros não deve coincidir com o mandato do governo estadual, municipal, do Distrito Federal ou do governo federal. A Resolução 333/2003 sugere a duração de dois anos para o mandato, podendo os conselheiros ser reconduzidos (reeleitos), a critério de suas representações.

O conselho de saúde deve ter um presidente eleito por seus membros. A escolha dos conselheiros deve ser amplamente divulgada, para que os grupos da sociedade possam saber e indicar representantes. A escolha dos conselheiros pode ser feita por eleição ou por indicação, de acordo com o previsto no regimento interno do próprio conselho.



Alguns conselhos de saúde estabelecem, em seu regimento interno, que somente representantes dos usuários dos serviços de saúde podem candidatar-se a presidente, já que esse segmento representa a maior parte dos conselheiros e toda a sociedade, cliente dos serviços de saúde.

Reuniões do conselho de saúde



A Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde recomenda que o plenário do conselho reúna-se, no mínimo, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário. As reuniões plenárias são abertas ao público.

É importante que os assuntos tratados em cada reunião sejam registrados em ata. Basta que, durante a reunião, a pessoa responsável pela Secretaria Executiva escreva tudo o que está sendo falado, o mais detalhadamente possível, e registre o nome de todos os conselheiros presentes. Após a reunião, os escritos são organizados no caderno de atas. Na reunião seguinte será apresentada a ata da reunião anterior, para que seja assinada pelos conselheiros que estiveram presentes e concordarem com tudo o que foi escrito.



A pauta (os assuntos que serão tratados) e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência, para facilitar os trabalhos durante a reunião e permitir que os assuntos em pauta sejam conhecidos previamente.

Sabemos que, por vezes, a convocação dos conselheiros para as reuniões não acontece com a antecedência necessária ou, pior, simplesmente não acontece. Por isso, uma das sugestões é que a convocação seja encaminhada aos conselheiros por escrito, por meio de Aviso de Recebimento (AR) dado pelos correios. Assim, é possível comprovar se a convocação de fato aconteceu ou não.

É importante que o regimento interno defina a antecedência mínima para a convocação das reuniões, para o recebimento da pauta com os assuntos a serem discutidos e de cópia da ata da reunião anterior. Caso o regimento interno não fale de tais assuntos, você pode sugerir que eles sejam incluídos.



ATENÇÃO

O conselheiro não deve, de forma alguma, assinar listas de presença ou atas de reuniões das quais não participou.



VOCE SABIA?

Há municípios, principalmente os da região amazônica, onde as comunidades isoladas têm grande dificuldade de acompanhar as reuniões do conselho. Com o objetivo de garantir maior participação de moradores destas localidades longínquas, as reuniões são organizadas de forma itinerante, mobilizando e alcançando maior número de moradores.

Prestação de contas do gestor

Os gestores da saúde (prefeito ou governador e secretário de saúde) devem prestar contas dos gastos com a saúde ao conselho.

O conselho também deve acompanhar se aquilo que ficou estabelecido no Plano de Saúde está sendo cumprido. Se, por algum motivo, o que foi estabelecido nesse plano não estiver sendo cumprido, o conselho pode convocar o secretário de saúde, a fim de propor correções. Caso não seja atendido, o conselho pode entrar em contato com algum órgão de controle.



Veja o Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer. O anexo 1 desta publicação apresenta os órgãos e as entidades a quem o conselho de saúde pode recorrer para obter auxílio na realização de seu trabalho.



**ESTÁ
NA LEI**

De acordo com a Resolução 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde, a prestação de contas por parte dos gestores deve acontecer a cada 3 meses. Essa prestação de contas acontece por meio de relatório detalhado. O relatório de prestação de contas dos conselhos de saúde deve conter, pelo menos, as seguintes informações:

- *como estão sendo executadas as ações de saúde;*
- *o relatório de gestão;*
- *recursos financeiros: quanto foi aplicado e como foi aplicado;*
- *as auditorias iniciadas e concluídas no período;*
- *a produção e a oferta de serviços do SUS.*

Estrutura e funcionamento do conselho de saúde

O conselho de saúde exerce suas atribuições através de seu plenário. Para facilitar o trabalho, os conselheiros podem ser divididos em grupos, para trabalharem em comissões, como por exemplo:

- acompanhamento e fiscalização;
- saúde;
- comunicação e educação da sociedade;
- orçamento e financiamento do SUS.



**VOCÊ
SABIA?**

Pode haver outras comissões, mais específicas ainda, dependendo da necessidade do conselho. Outras comissões e grupos de trabalho para ações temporárias podem ser criadas, de acordo com as necessidades da região. Alguns conselhos procuram organizar suas comissões considerando os blocos de financiamento (este assunto será tratado no Anexo 6 – Blocos de Financiamento do SUS – desta publicação).

O conselho de saúde pode se dividir em conselhos locais, que ficarão responsáveis pela fiscalização e acompanhamento de bairros ou regiões do município, no caso do conselho municipal de saúde, ou regiões estaduais, no caso do conselho estadual de saúde.

Os conselhos locais facilitam a verificação de perto do que está acontecendo na comunidade. Seus conselheiros devem levar propostas e necessidades do local específico para o plenário do conselho de saúde. Essa descentralização em conselhos locais deve estar prevista no regimento interno.

Outra ação interessante é a construção de redes entre diversos conselhos. Conhecer e comunicar-se com outros conselhos fortalece o controle social.

O conselho de saúde constituirá uma coordenação geral ou mesa diretora, respeitando a paridade (proporção dos segmentos representados). Todos os integrantes da coordenação geral ou da mesa diretora devem ser conselheiros. A coordenação geral ou mesa diretora será eleita pelo plenário, inclusive o seu presidente ou coordenador.

As decisões do conselho serão adotadas mediante quórum mínimo de seus conselheiros.



Quórum é o número mínimo de pessoas necessário para que o conselho possa tomar decisões. O quórum é definido no regimento interno. Se o quórum não for obedecido, as decisões não terão validade.

Qualquer alteração na organização do conselho de saúde deve preservar o que está garantido em lei. Além disso, para se alterar a organização do conselho, que se encontra estabelecida em seu regimento interno, é necessário que o próprio conselho faça a proposta e vote em reunião plenária. O gestor (prefeito ou governador) deve homologar essa mudança.



O conselho de saúde pode buscar auditorias externas e independentes para ajudar a fiscalizar as contas e as atividades do gestor do SUS. Mas é preciso que haja uma justificativa para essa ajuda externa.

O plenário do conselho tem que tornar públicas suas decisões por meio de documentos, tais como resoluções, recomendações e propostas. As resoluções serão homologadas pelo prefeito ou governador em 30 (trinta) dias e devem ser divulgadas oficialmente. Se os 30 dias se passarem e a resolução não for homologada, ou se o gestor não enviar ao conselho uma justificativa com proposta de mudança ou rejeição da resolução, o conselho de saúde pode buscar sua validação. O conselho pode recorrer, quando necessário, ao Ministério Público.

Papel dos conselheiros de saúde

O ponto de partida da atuação dos conselheiros de saúde são as necessidades da comunidade. Os conselheiros são a ligação entre o conselho de saúde e o grupo social que representam.

Com a Lei Orgânica da Saúde e, também, com a Emenda Constitucional 29/2000, a **existência** e o **funcionamento** dos conselhos de saúde passaram a ser **obrigatórios** para que estados, o DF e os municípios possam receber recursos federais.

Como não existe hierarquia entre União, estados, DF e municípios, esses são livres para definir, em seus Planos de Saúde, os meios pelos quais o dinheiro transferido pelo governo federal será aplicado na saúde. No entanto, os planos estaduais, distrital e municipais de saúde devem estar em harmonia com o Plano Nacional de Saúde. Os Planos de Saúde devem ser submetidos à aprovação dos conselhos de saúde.

Cada conselheiro representa uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde. Os conselhos de saúde são aliados da secretaria de saúde na busca de um sistema de saúde melhor para todos. Não há subordinação entre conselho de saúde e prefeitura ou secretaria de saúde. Todos devem se ajudar com o objetivo de ajudar a sociedade.



Não podemos confundir o trabalho do conselho de saúde com o trabalho da Secretaria de Saúde. O conselho, em linhas gerais, propõe o que deve constar na política de saúde e fiscaliza sua execução e a utilização de recursos financeiros. A Secretaria de Saúde executa a política de saúde.

Em síntese: a Secretaria de Saúde, que compõe o Poder Executivo, executa a política de saúde; o conselho de saúde faz propostas e fiscaliza a execução dessa política.



É importante lembrar que os conselheiros de saúde têm o papel fundamental de acompanhar, de perto, como está a saúde da população e a qualidade dos serviços oferecidos. Isso acontece porque o conselheiro pode chegar onde, muitas vezes, os gestores ou outras autoridades não podem ir. Por isso, é muito bom que os conselheiros estejam sempre muito bem informados a respeito das seguintes questões:

- A quem se destina o atendimento em determinada unidade de saúde, ou em determinado programa, ou seja, qual é a população-alvo dos serviços prestados por determinada unidade de saúde?
- Quais os problemas de saúde mais comuns na população?
- Qual o número de atendimentos realizados nos postos/centros de saúde, maternidades e hospitais, a cada mês?
- Quais as especialidades oferecidas nas unidades de saúde e o número de consultas realizadas por especialidade nessas unidades de saúde (por exemplo, na pediatria, na cardiologia, na clínica-geral)?
- Há falta de médicos especialistas na região? Se houver, em quais especialidades?
- Quantas crianças que devem ser vacinadas?
- Qual a quantidade de vacinas disponíveis para as próximas campanhas e qual o número de doses previstas para serem aplicadas?
- Qual a previsão da quantidade de gestantes que devem fazer o pré-natal nos próximos meses em cada unidade de saúde?
- Quantos leitos hospitalares há na rede pública, em sua região (cidade ou estado)? Quanto tempo, em média, esses leitos ficam ocupados? Quais os principais problemas de saúde que levam às internações na rede pública?
- Quais são os hospitais privados que têm convênio com o SUS e qual o número de vagas para usuários do SUS nesses hospitais?
- Nos hospitais privados que têm convênio com o SUS, qual é a qualidade do serviço prestado?
- Quais são os serviços disponíveis para a população? Há carência de determinados serviços? A população está indo procurar ajuda em outras cidades?

Além de estar atento a essas questões, o conselheiro deve rever o relatório da última conferência de saúde e acompanhar suas deliberações.

É muito importante que os conselheiros de saúde visitem hospitais, centros e postos de saúde para verificar a qualidade dos serviços prestados: observar se há muitas filas, se há equipamentos adequados etc.

Ao visitar unidades de saúde, os conselheiros podem ouvir usuários e trabalhadores de saúde, elaborando relatório da situação encontrada. Esse relatório deve ser apresentado em reunião do plenário do conselho de saúde. É importante que o conselheiro se lembre de que, ao visitar um hospital ou centro/posto de saúde, ele não pode, por conta própria, exigir providências dos profissionais ali existentes. Ele deve relatar a situação ao conselho de saúde para que o conselho adote as medidas legais necessárias.



A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/1990) estabeleceu que os conselhos de saúde devem encontrar formas de colocar em prática as políticas de saúde e controlar a execução dessas políticas, inclusive em relação à aplicação dos recursos públicos na saúde.



Os conselhos representam a oportunidade que a sociedade possui de participar das políticas de saúde, tanto na etapa do planejamento - o começo do processo - quanto da execução das políticas e no final do processo, com a fiscalização.

O conselho deve ajudar a Secretaria de Saúde a trazer para a realidade o que está no Plano de Saúde do município. Os conselheiros devem discutir, junto com a Secretaria de Saúde, os seguintes assuntos:

- *o que deve constar no Plano de Saúde, de acordo com o que foi definido nas conferências de saúde;*
 - *como fazer para colocar esse Plano em prática;*
 - *como saber se o que está sendo feito está de acordo com o planejado; e*
 - *como avaliar se o que foi feito atendeu à população.*
-

Para fortalecer o controle social no SUS, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 333/2003, aprovou normas para os conselhos de saúde serem criados, estruturados e funcionarem. Na tabela seguinte, vamos visualizar o que o conselho deve fazer, ou seja, qual é a sua competência, de acordo com a proposta do Conselho Nacional de Saúde.

Competência dos conselhos de acordo com a Resolução – CNS 333/2003	Em outras palavras...
Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde.	Despertar na sociedade o interesse pela participação para o fortalecimento e melhoria do SUS, servindo como ligação entre quem utiliza a saúde e quem elabora e executa as políticas de saúde.
Elaborar o regimento interno do conselho e outras normas de funcionamento.	Os conselheiros devem se reunir e criar regras que digam como o conselho deve funcionar e o que cada conselheiro deve fazer. Assim, todos saberão como agir em uma rotina de trabalho.
Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas conferências de saúde.	Os conselheiros têm que chegar a um acordo de como colocar em prática o que foi estabelecido nas conferências de saúde e repassar a posição do conselho para a Secretaria de Saúde.
Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.	Os conselhos ajudam a criar a política de saúde. Além de acompanhar como o dinheiro da saúde está sendo gasto, os conselhos podem propor, com antecedência, como gostariam que os gastos com saúde acontecessem, tanto no setor público quanto no privado.
Definir diretrizes para elaboração dos Planos de Saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.	Os conselhos de saúde definem a direção para a atuação dos gestores na saúde, considerando que os conselheiros devem ser pessoas que acompanham, de perto, como está a saúde da população e como estão os serviços oferecidos. Para orientar o Plano de Saúde, os conselheiros devem saber sobre as principais doenças da comunidade e suas causas e como estão sendo prestados os serviços de saúde da cidade ou do estado.
Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.	Ao definir a direção para as políticas e para a fiscalização da atuação dos gestores na saúde, os conselhos de saúde devem trabalhar em conjunto com outros conselhos, como os de assistência social, meio ambiente etc. Afinal, saúde abrange as condições de vida da população, como saneamento básico, alimentação, transporte, trabalho etc.
Proceder à revisão periódica dos Planos de Saúde.	Uma vez por ano os conselhos de saúde devem revisar os Planos de Saúde, os quais são elaborados para ter validade de 4 anos. Isso é importante, porque, muitas vezes, aquilo que foi planejado no início do período de 4 anos precisa ser reavaliado para poder atender melhor à realidade da população.
Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde.	Os conselhos de saúde podem enviar sugestões de leis sobre saúde para os vereadores ou deputados. Eles devem avaliar os programas de saúde do governo e dizer como as ações desses programas podem ser consideradas válidas e de qualidade para a população, considerando as melhorias na tecnologia de saúde (como remédios, terapias, equipamentos, materiais médicos etc.).
Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.	Os conselhos podem definir qual a melhor localização para determinada unidade de saúde, pública ou privada, conveniente ao SUS. Podem definir também se a unidade a ser colocada à disposição da população fará procedimentos mais simples ou mais complexos. Isso tudo considerando a necessidade da população daquela área e os princípios do SUS de atendimento a todos, de acordo com as particularidades de cada região.
Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).	Os conselhos devem verificar como está o SUS e, para isso, precisam deixar claro quais foram os critérios utilizados para tal verificação.

Competência dos conselhos de acordo com a Resolução – CNS 333/2003	Em outras palavras...
Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.	Os conselhos devem avaliar se os contratos e os convênios firmados para a saúde estão, de fato, dentro do que foi planejado e se estão sendo feitos corretamente.
Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei no 8.080/90).	A lei anual relativa ao orçamento da saúde deve ser submetida à avaliação e à aprovação do conselho de saúde. Deve também estar de acordo com os outros instrumentos de planejamento, tais como o orçamento estadual e a lei orçamentária municipal. Para isso, o conselho de saúde pode contar com ajuda de profissionais especializados.
Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.	Os conselhos podem dar sugestões sobre como o dinheiro da saúde (especificamente o dinheiro transferido por meio de fundos) deve ser gasto e, ainda, devem acompanhar a movimentação e a aplicação desse dinheiro.
Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.	Os conselheiros devem saber o que a Secretaria de Saúde está fazendo em relação à saúde (ações) e como ela está aplicando o dinheiro da saúde, tanto o dinheiro que é transferido por meio dos fundos quanto o dinheiro que vem para a saúde a partir do próprio orçamento dos estados, do DF, dos municípios e da União. Além de saber como esse dinheiro está sendo gasto, os conselheiros podem discutir sobre como ele pode ser movimentado.
Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.	Os gestores da saúde devem prestar contas de sua atuação ao conselho de saúde por meio, principalmente, do relatório de gestão. Esse relatório deve ser encaminhado ao conselho de saúde com antecedência, para que ele tenha tempo suficiente para avaliar as informações ali existentes. Para avaliar tais informações, o conselho pode contar com ajuda de pessoas capacitadas.
Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.	O conselho, ao ver como estão as ações e os serviços de saúde, pode, se houver necessidade, encaminhar denúncias a outros órgãos, tais como: TCU, CGU, Ministério Público, Tribunais de Contas dos Estados etc.
Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do conselho, nas suas respectivas instâncias.	O conselho pode, por iniciativa própria, examinar as denúncias que chegarem a ele e, se for o caso, encaminhar aos órgãos responsáveis. Também pode responder a dúvidas sobre assuntos relacionados à saúde em sua esfera de atuação. Se alguém ou alguma entidade se sentir prejudicada por uma decisão do conselho e entrar com um recurso contra ele, o próprio conselho pode analisá-lo.
Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das conferências de saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do conselho de saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.	O conselho de saúde deve planejar as Conferências de Saúde: de quanto em quanto tempo elas ocorrerão, quem serão os responsáveis por sua organização, como elas ocorrerão, o que os conselheiros devem fazer nas pré-conferências e nas conferências de saúde. O conselho deve também sugerir à Secretaria de Saúde que convoque os participantes para a conferência.
Estimular articulação e intercâmbio entre os conselhos de saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da saúde.	O conselho pode servir como instrumento de aproximação entre diversas entidades, a fim de promover a melhoria da saúde. Deve interagir com outros conselhos de saúde e com conselhos de outras áreas, com outros órgãos de governo além da Secretaria de Saúde e com entidades privadas que tenham relação com a saúde, como hospitais, escolas, universidades.

Competência dos conselhos de acordo com a Resolução – CNS 333/2003	Em outras palavras...
Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.	O conselho deve estimular os conselheiros e a comunidade a estudar sobre o SUS: como melhorá-lo e melhorar a saúde da população.
Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do conselho de saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.	O conselho deve comunicar, por todos os meios possíveis, o que ele faz, sua importância e como a população pode ajudá-lo a cuidar da saúde da comunidade. As reuniões do conselho devem ser abertas à população em geral. Isso é importante para que a população conheça o conselho de saúde, de modo que o controle social seja cada vez mais fortalecido.
Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do conselho de saúde, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.	É importante que tanto os conselheiros quanto a população em geral conheçam a importância do controle social, as regras de funcionamento e a organização do SUS e, também, como o dinheiro para a saúde chega e como ele deve ser gasto.
Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os recursos humanos do SUS.	O conselho de saúde pode ajudar o SUS a se aperfeiçoar ao aprovar e avaliar a política do SUS para seu quadro de pessoal.
Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.	O conselho de saúde deve estar atento ao cumprimento, pela Secretaria de Saúde, de suas orientações. Tão importante quanto deliberar é verificar se as deliberações estão sendo atendidas.

O que influencia a qualidade da saúde das pessoas



**ESTÁ
NA LEI**

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) estabelece, em seu artigo 3º, que:

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

É importante lembrar que o conselheiro, no exercício do seu papel, precisa olhar para a realidade à sua volta e compreender que, muitas vezes, existem fatores que influenciam na saúde da população, e aparentemente, não têm nada a ver com saúde. Por isso, mesmo que a área de atuação do conselheiro seja a saúde, ele precisará olhar além da saúde pura e simplesmente. Vamos observar as situações exemplificadas a seguir e suas possíveis implicações sobre a saúde da população:

*** SITUAÇÃO 1**

O problema da falta de saneamento básico em um município (da falta de rede de esgoto) compromete a saúde de toda a população, em virtude do contato com esgotos a céu aberto e da poluição dos rios, dos córregos e de outras fontes de água.

*** SITUAÇÃO 2**

A ausência de água tratada para o consumo da população piora sensivelmente a qualidade de vida das pessoas.

*** SITUAÇÃO 3**

A existência de estradas mal conservadas e sinalizadas também pode comprometer a saúde, por prejudicar a chegada de alimentos em determinadas cidades, por aumentar a quantidade de acidentes (o que aumenta o número de internações), por prejudicar o acesso a unidades de saúde que, por vezes, são distantes de onde as pessoas estão.

*** SITUAÇÃO 4**

A falta de acesso à alimentação, a inexistência de moradia digna, a impossibilidade da prática de lazer e as deficiências na educação também contribuem para o crescimento da violência, com impacto na saúde e na qualidade de vida da população. As casas feitas de barro e pau-a-pique, por exemplo, podem abrigar insetos que causam doenças, como o barbeiro que causa a doença de Chagas, escorpiões, mosquitos que transmitem leishmaniose, dentre outros. Casas de alvenaria melhoram as condições de saúde de seus moradores.

Verifica-se, então, que a saúde é o resultado das condições sociais, econômicas, políticas e culturais. Assim, melhorar a saúde envolve o enfrentamento de problemas que atingem diversos setores das políticas sociais.

Para realmente promover a saúde da população, o Plano de Saúde do estado ou do município deve ser elaborado considerando ações e objetivos que envolvem vários setores e diversas políticas públicas. Saúde é também uma ação de educação permanente. É preciso sempre trabalhar esse conceito entre os conselheiros e com a população, para que não se perca de vista as várias dimensões envolvidas.

O conselheiro de saúde precisa compreender que, antes de mais nada, ao exercer seu papel, ele está exercendo sua cidadania. Ele pode e deve exigir que os seus direitos e os de todos da sua comunidade sejam respeitados. Agindo assim, o conselheiro luta para melhorar a qualidade de vida da população.

É desejável que o conselheiro de saúde conheça como as pessoas vivem, adoecem e morrem na sua comunidade. Por isso, é importante que ele conheça as doenças de sua região, suas causas e como evitá-las.

É importante saber o que fazer para evitar que as pessoas venham a adoecer ou morrer quando expostas a condições desfavoráveis e geradoras de riscos à sua saúde.

É interessante que o conselheiro conheça os serviços de saúde da sua cidade, desde os que fazem o atendimento mais simples, como os centros e postos de saúde, até os que fazem atendimentos mais complexos, como hospitais, maternidades, laboratórios e unidades de atendimento especializado em saúde mental.

O conselheiro deve conhecer os dados oficiais que medem como está a saúde em sua cidade, a exemplo da taxa de mortalidade infantil, do índice de crianças e idosos vacinados, da expectativa de vida da região etc.

Mortalidade infantil: É a quantidade de crianças menores de um ano que morrem durante determinado período de tempo, normalmente um ano, em relação ao número de nascidos vivos no mesmo período.

Expectativa de vida: Numa população, expectativa de vida é o número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver. É calculada tendo em conta, além dos nascimentos e mortes, o acesso a saúde, educação, cultura e lazer; os índices de violência, criminalidade, poluição, bem como a situação econômica de uma comunidade, cidade, estado ou país.



ATENÇÃO

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



Planejamento em Saúde

4

Capítulo



A primeira e importantíssima fase de um bom projeto é a fase de planejamento. Planejar algo envolve estabelecer como o processo será feito e decidir as ações a serem executadas para alcançar os objetivos propostos. Quando trazemos esse conceito para a esfera do governo, verificamos que a ação política também precisa ser planejada, a fim de que o bem-estar da população seja alcançado, com a melhor utilização possível do dinheiro público.

No setor público, o planejamento envolve a elaboração de planos ou programas. Os programas de governo são conjuntos de ações que trazem para as condições reais da população determinada política, de modo a solucionar problemas anteriormente identificados. Os programas possuem objetivos, metas e indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar sua execução.

- **Os objetivos** são o que deve acontecer a fim de solucionar determinado problema ou reduzir seu impacto.
- **As metas** são expressões quantitativas de determinado objetivo. Exemplo: uma meta do Programa Nacional de Imunizações poderia ser vacinar 1 milhão de crianças.
- **Os indicadores** são números, percentagens ou razões que medem determinado aspecto do desempenho, com o objetivo de comparar esta medida com as metas preestabelecidas (BRASIL, 2000). Exemplo: percentual (%) de crianças vacinadas em relação à meta – total de 1 milhão de crianças.



Os planos são instrumentos de planejamento de médio prazo do governo federal. Eles estabelecem, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da Administração Pública Federal para a realização de suas despesas.

As diretrizes são as estratégias para que os objetivos sejam alcançados.

O plano de saúde é a base para o planejamento de todas as ações de governo na área da saúde. Ele deve refletir as necessidades de saúde nos municípios e nos estados e ser referência para os processos de planejamento e formulação de programações e projetos. O Plano de Saúde é o instrumento básico que orienta a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.

Instrumentos de planejamento da saúde

O Pacto pela Saúde estabelece que os instrumentos básicos para o planejamento do SUS são o Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e o Relatório de Gestão.



Consulte a Portaria GM/MS 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

Plano de Saúde

O Plano de Saúde deve ser elaborado pelos gestores em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). Nele são descritas as principais diretrizes, estratégias, metas e prioridades relacionadas à saúde (Portaria GM/MS 3.332/2006). O Plano de Saúde é elaborado para um período de 4 anos a fim de garantir a continuidade das ações.

De acordo com a Art. 36 da lei federal 8.080/1990:

“O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União”, ou seja, o Plano Nacional deve harmonizar-se com as necessidades estaduais e municipais.

O Plano de Saúde contém estratégias para a aplicação do dinheiro na área da saúde. Representa, portanto, um instrumento de gestão.



O Plano de Saúde orienta a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. Ele é a base, portanto, para o planejamento de todas as ações no âmbito da saúde. É importante que todos os municípios possuam seu Plano de Saúde, porque o plano orienta o gestor acerca de como ele deve coordenar e colocar em prática as ações relacionadas ao SUS na sua localidade.

O município atua como executor do que foi estabelecido no Plano de Saúde, para que as políticas nacionais e estaduais de saúde funcionem de fato. Assim, o Plano orienta os gestores sobre como devem aplicar os recursos municipais na saúde e, também, os recursos repassados pelos estados e pela União. É por esse motivo que a elaboração do Plano deve ser feita de forma participativa, e deve levar em consideração os resultados das conferências de saúde. O conselho de saúde tem a responsabilidade de aprovar o Plano de Saúde.

Mas de que maneira o Plano de Saúde pode orientar os gestores na execução das políticas de saúde?

No Plano de Saúde há um diagnóstico da saúde, isto é, o plano descreve sua situação (análise situacional), apontando, também, quais os objetivos, quais as metas e quais as prioridades a serem alcançadas a partir da atuação do governo na saúde. Essa análise faz parte apenas do Plano de Saúde, ou seja, não precisa constar dos demais instrumentos de planejamento (Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão). Cabe lembrar, também, que o Termo de Compromisso de Gestão, previsto no Pacto pela Saúde, deve ser coerente com o Plano de Saúde.

Em resumo, na elaboração do Plano de Saúde, devem ser tratados, de maneira bem objetiva, os seguintes pontos:

- as condições de saúde da população atendidas pelas ações e serviços de saúde;
- os fatores ligados a outros setores diferentes da saúde e que causam impacto na saúde da população (intersetorialidade); e
- a gestão da saúde.

O Plano de Saúde precisa ser revisado uma vez por ano, para que suas metas possam ser reavaliadas e a readequadas às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Ao final dos quatro anos de vigência do plano, este deve ser mais uma vez avaliado, para readequação das estratégias e das prioridades a serem aplicadas por um novo período.

Programação Anual de Saúde

De acordo com a Portaria GM/MS 3.332/2006, a Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que permite que se ponham em prática os objetivos e as estratégias do Plano de Saúde. A Programação Anual de Saúde deve conter o seguinte:

- I. a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- II. as metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
- III. os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e
- IV. a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

Importante: Lembrar que o horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o mesmo período definido para a vigência do orçamento.

O Ministério da Saúde, na **Série Cadernos de Planejamento, Vol. 6** (BRASIL, 2009d, p. 22 e p. 25), propõe o seguinte **conteúdo para a Programação Anual de Saúde**:

- Identificação da esfera de gestão correspondente;
- Ato do conselho de saúde respectivo que aprovou o Plano de Saúde;
- Os objetivos, as diretrizes e as metas do Plano de Saúde;
- As ações e as metas que, no ano correspondente, deverão ser desenvolvidas para o alcance dos objetivos e das metas plurianuais que fazem parte do Plano de Saúde;
- Os recursos orçamentários previstos para esse fim, especificando sua origem (orçamento próprio, fundos de saúde, convênios etc.), sobretudo para os estados e os municípios;
- A área responsável pelas ações e/ou metas;
- As parcerias estabelecidas ou a serem buscadas.

A publicação também propõe que esse conteúdo (estrutura da Programação Anual de Saúde – PAS) seja apresentado em formato de quadro, da forma indicada a seguir. O quadro deve conter, para cada uma das metas estabelecidas, as seguintes especificações:

Ano:

Identificação (esfera de gestão correspondente);

Ato ou reunião do conselho de saúde respectivo que aprovou o Plano de Saúde;

Objetivo do Plano de Saúde;

Diretrizes (do Plano de Saúde para o alcance do objetivo);

Metas (relativas ao Plano de Saúde).

Quadro – Ações anuais

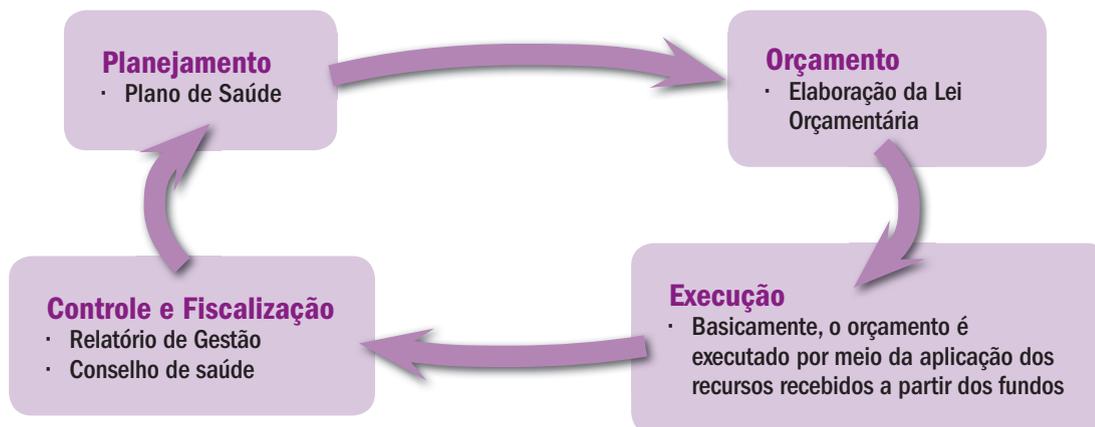
Ações e metas anuais*		Recursos orçamentários (R\$ 1,00)	Origem dos Recursos	Área Responsável	Parcerias
Ações	Metas				

*Incluindo aquelas constantes do Termo de Compromisso de Gestão.

Relatório de Gestão

O Relatório de Gestão é um documento produzido por técnicos das Secretarias de Saúde. Ele contém informações sobre o cumprimento das metas definidas nos Planos de Saúde e apresenta os resultados obtidos pelos gestores, bem como as justificativas pelo cumprimento parcial ou pelo não-cumprimento de determinada meta prevista no Plano de Saúde.

O Relatório de Gestão deve, então, ser submetido à apreciação do conselho municipal de saúde, que poderá aprová-lo ou não. Se aprovado, o relatório é encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde, à Comissão Intergestores Bipartite e ao Ministério Público. A Secretaria Estadual de Saúde analisa e consolida os Relatórios de Gestão de todos os municípios e os encaminha ao Ministério da Saúde.





Existe uma certa flexibilidade dada aos gestores para eventuais alterações nos orçamentos, haja vista que o planejamento é um processo contínuo que, muitas vezes, exige a revisão das metas. No entanto, qualquer alteração no planejamento da saúde deve ser autorizada pelo conselho de saúde. Caso ocorra alguma situação de emergência ou de calamidade, a aprovação do conselho pode acontecer em momento posterior, durante a prestação de contas.



Detalhando as Principais Competências do conselho de saúde

5

Capítulo



Nosso objetivo neste capítulo é trazer mais informações sobre as principais competências dos conselhos de saúde. Trataremos dos seguintes assuntos:

- análise do relatório de gestão;
- fiscalização;
- divulgação das atividades do conselho para a comunidade.

No final deste capítulo, apresentamos boas práticas de alguns conselhos municipais de saúde, constatadas durante o período de elaboração desta publicação.

Lembre-se de que no Anexo 1 - Órgãos e entidades a que recorrer, você poderá obter informações sobre órgãos e entidades que podem auxiliar o conselho de saúde no exercício do seu trabalho.

Análise do Relatório de Gestão

O que analisar, prioritariamente, no Relatório de Gestão

Ao analisar o Relatório de Gestão, o conselho de saúde deve verificar se os objetivos previstos no Plano de Saúde foram alcançados e avaliar se as ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde estão beneficiando os cidadãos e melhorando a saúde da população. Outro ponto importante para se analisar é se os recursos gastos na execução das ações de saúde foram bem aplicados ou se poderiam ter sido melhor utilizados.

É preciso avaliar se os resultados das ações foram positivos e o que trouxeram de melhorias na qualidade da assistência à saúde, atentando principalmente para atenção básica, eficiência dos serviços e satisfação dos trabalhadores e usuários.



ATENÇÃO

O Relatório de Gestão, para ser aprovado pelo conselho de saúde, deve apresentar justificativas, claras e bem fundamentadas, que expliquem todas as situações em que o planejamento original do Plano de Saúde não foi cumprido. Assim, o conselho deve verificar não apenas os recursos financeiros aplicados, mas principalmente se o Plano de Saúde foi realizado.

Para analisar o Relatório de Gestão, você, conselheiro, além de conhecer bem o Plano de Saúde e o orçamento, precisa ter acompanhado de perto as ações que envolveram **obras, aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e todas as outras ações que envolverem despesas altas ou que podem ter impacto significativo na saúde do município.**

Tendo em vista a complexidade do Relatório de Gestão, é interessante que uma comissão específica do conselho fique com a função de analisá-lo mais detalhadamente.



Talvez seja necessário convocar técnicos do setor de planejamento da secretaria, que geralmente são responsáveis pela elaboração do Relatório, ou de outros setores, para prestarem esclarecimentos aos conselheiros, traduzindo a linguagem mais técnica do documento para uma linguagem mais simplificada e fácil de ser entendida por todos.

Além disso, o Ministério da Saúde também apresenta, na **Série Cadernos de Planejamento, Vol. 6** (Sistema de Planejamento do SUS – *Uma construção coletiva - 2009*), um guia para elaboração do Relatório de Gestão e um modelo para apresentação da execução das ações de uma forma mais clara que pode facilitar o entendimento dos conselheiros (BRASIL, 2009d). Apresentamos a seguir proposta de estrutura do item 3 do Relatório Anual de Gestão (referente ao demonstrativo da execução das ações anuais), sugerida pelo Ministério da Saúde na publicação:

OBJETIVO DO PLANO DE SAÚDE:

Diretrizes (do Plano de Saúde para o alcance do objetivo):

Metas (do Plano de Saúde para o alcance do objetivo destacado):

Quadro - Demonstrativo da execução das ações anuais

Ações anuais*	Metas anuais (conforme constante do PAS)		Recursos orçamentários		Observações específicas
	Prevista	Realizada	Previstos	Executados	

*Devem incluir aquelas constantes do Termo de Compromisso de Gestão.



O conselho deve negociar com o Secretário de Saúde para que a elaboração do relatório siga essas orientações do Ministério da Saúde.

É a partir desse conjunto de procedimentos que os conselheiros de saúde poderão ou não aprovar o Relatório de Gestão, antes que ele seja enviado à Secretaria Municipal de Saúde, ao Ministério da Saúde, às Comissões Intergestores e ao Ministério Público, bem como ao Tribunal de Contas, neste caso junto com a Prestação de Contas.

É preciso lembrar que, embora o Relatório de Gestão contenha a prestação de contas, é possível fazer o acompanhamento orçamentário-financeiro por meio das planilhas e indicadores disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O QUE É O SIOPS?

O SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – é um importante instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) para municípios, estados, DF e União.

Idealizado e implementado desde 1999 pelo Ministério da Saúde, o SIOPS organiza e coleta informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo. Essas informações permitem análises sobre o gasto com ações e serviços públicos de saúde nos âmbitos nacional, regional, estadual e municipal.

QUAL O OBJETIVO DO SIOPS?

Possibilitar, por meio da coleta permanente, o gerenciamento e a consolidação de informações padronizadas, possibilitando:

- melhor planejamento, gestão e avaliação dos gastos públicos em saúde;
- fortalecimento do controle social sobre financiamento e gastos em saúde;
- dimensionamento da participação das diferentes esferas de governo no financiamento da saúde;
- acompanhamento da implantação dos dispositivos da Emenda Constitucional nº 29/2000 e o seu cumprimento por parte de cada esfera de governo;
- elaboração das Contas Nacionais de Saúde.

COMO FUNCIONA O SIOPS?

Para preenchimento dos dados, deve-se acessar o site do Datasus – www.datasus.gov.br – e clicar em “Produtos e Serviços” e “SIOPS”. O sistema e seu manual estão disponíveis para download. O sistema de coleta de dados é informatizado, permanentemente atualizado e aperfeiçoado para possibilitar mais agilidade no preenchimento dos formulários, transmissão dos dados e no cálculo de indicadores gerados após as verificações automáticas das informações.

A grande importância do Relatório de Gestão é que ele estabelece a relação entre objetivos, metas, resultados alcançados e aplicação de recursos. O Relatório de Gestão deve divulgar corretamente informações sobre a saúde no município/estado e sobre a atuação dos gestores do SUS.

Fiscalização

Importância do papel do conselheiro na fiscalização das ações de saúde

Essa importante competência dos conselheiros estaduais e municipais de saúde está prevista na Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde:

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

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

A fiscalização das ações de saúde é de grande importância, pois é a melhor maneira de saber, na prática, como a Secretaria de Saúde está gastando o dinheiro da saúde no seu estado ou município e se as necessidades da população local estão sendo realmente atendidas.

Assim, é seu papel, conselheiro, visitar as unidades de saúde do estado ou do município, conversar com os pacientes, com os trabalhadores e com a administração da unidade para conhecer a real situação da prestação de serviços de saúde em sua região.



Nas fiscalizações, os conselheiros ficam sabendo se o que foi previsto no Plano de Saúde Municipal está sendo realmente cumprido pela Secretaria de Saúde.

Caso você perceba alguma irregularidade na prestação dos serviços de saúde, deve informar ao plenário do conselho, para que as irregularidades ou os problemas detectados possam ser discutidos e, em um segundo momento, encaminhados à Secretaria de Saúde ou a outro órgão de controle.

Exemplos do que pode ser fiscalizado e de como fiscalizar

O que fiscalizar	Exemplos de itens que podem ser fiscalizados
Fundo Municipal de Saúde (FMS)	<ul style="list-style-type: none">• verificar se os recursos estão sendo repassados pelos três níveis de Governo (Federal, Estadual e Municipal) de acordo com o Plano de Saúde;• acompanhar a aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, verificando documentos contábeis, principalmente notas fiscais e recibos.• verificar se existem contas bancárias específicas para a movimentação dos recursos do fundo.
Secretaria de Saúde	<ul style="list-style-type: none">• conhecer quais são as ações de prevenção em saúde que estão sendo executadas no município.

O que fiscalizar	Exemplos de itens que podem ser fiscalizados
Convênios	<ul style="list-style-type: none"> • analisar plano de trabalho; • acompanhar se o cronograma físico-financeiro está sendo cumprido e se os gastos estão sendo realizados de acordo com o programado; • verificar se o dinheiro do convênio está sendo movimentado em uma só conta-corrente (a legislação sobre convênio obriga que seja assim); • verificar se a Secretaria de Saúde está aplicando sua contrapartida (pagamentos de despesas do convênio feitos com dinheiro do município ou estado); • fazer a conciliação bancária das despesas: verificar notas fiscais e recibos para assegurar que o dinheiro do convênio está sendo gasto somente com o objeto do convênio e conferir extratos bancários da conta-corrente do convênio para checar se os valores lançados coincidem com os valores das notas/recibos; • lembre-se que o dinheiro repassado por meio de convênio não pode ser utilizado para finalidade diferente daquela que foi combinada; • visite a página da Controladoria Geral da União na internet sobre convênios. Lá você poderá obter informações sobre os convênios firmados pelo seu estado ou município (www.cgu.gov.br/convencios).
Unidades de Saúde/ Hospitais	<ul style="list-style-type: none"> • visitar periodicamente todas as unidades de saúde públicas e conveniadas, juntamente com funcionários da Vigilância Sanitária (municipal e estadual); • conversar com usuários, trabalhadores de saúde e direção da Unidade para conhecer os problemas e para saber a opinião deles sobre a qualidade dos serviços; • acompanhar os serviços em todas as unidades de saúde públicas e conveniadas, observando: <ul style="list-style-type: none"> » o cumprimento de horários pelos funcionários, a qualidade do atendimento (cordialidade, tempo de espera, emissão dos resultados) e as condições de acesso por parte dos usuários, propondo sugestões para simplificação e melhoria do atendimento; » quantos atendimentos são realizados mensalmente na unidade; » quais as especialidades consultadas e o número de consultas por especialidade; » quantos leitos hospitalares da rede pública e particular/conveniada com o SUS existem nos municípios e qual é a procura por esses leitos; » em quais casos os pacientes são direcionados para outro município para tratamento e para quais cidades vão; » existência de transporte da Prefeitura para transportar esses pacientes para outras cidades;



O que fiscalizar	Exemplos de itens que podem ser fiscalizados
<p>Medicamentos (Mais informações sobre aquisição de medicamentos no Anexo 6 – Aquisição de Medicamentos, desta publicação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • visitar o local de armazenagem dos medicamentos, observando: • o estoque de vacinas ou recibo de compra de vacinas e o número de crianças vacinadas; • quais medicamentos estão em falta, há quanto tempo, o motivo para estarem em falta e a previsão de solução do problema; • acompanhar a entrada das compras no almoxarifado da Secretaria de Saúde e também a saída dos materiais e o consumo nas unidades de saúde; • de vez em quando, solicitar o controle de estoque e proceder a contagem das mercadorias estocadas, verificando se o controle eletrônico reflete o estoque físico; • verificar as condições de armazenamento e as datas de validade dos produtos; • confrontar o estoque com a média de consumo para verificar se a quantidade de produtos estocados é suficiente ou exagerada, evitando sua falta ou compras desnecessárias; • consultar os dados e informações sobre preços de medicamentos adquiridos por instituições de saúde em diferentes regiões do Brasil, disponíveis no endereço eletrônico do Banco de Preços do SUS (http://portal2.saude.gov.br/bps/login.cfm), no qual há um módulo para consulta pública, por qualquer cidadão, sem a necessidade de senha. • Consultar as listas de preços de medicamentos com os preços-fábrica (que representam o “teto” para as aquisições públicas) e os preços máximos ao consumidor, divulgadas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), disponíveis no endereço eletrônico: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/regulacaodemercado
<p>Licitações e Contratos (Licitação: processo público para compra de bens e contratação de serviços pela Administração Pública. Sua finalidade é selecionar a proposta mais vantajosa para a administração pública e assegurar a igualdade de condições a todos os interessados)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • verificar se a Secretaria de Saúde realiza licitações regularmente; • checar se foi dada publicidade à licitação, ou seja, se foi divulgada através dos meios de comunicação (rádio, jornais, TV etc.); • verificar se o preço contratado está de acordo com o preço praticado para o mesmo produto/serviço na sua região (preço de mercado); • verificar se há a participação de poucas empresas nas licitações e se sempre as mesmas empresas são vencedoras (o certo é que empresas diferentes participem das licitações, e, por consequência, em licitações diferentes, empresas diferentes devem vencer a licitação); • verificar se as empresas que participam da licitação têm boa reputação e se de fato existem; • é interessante que o conselho presencie a entrega das compras para ter certeza que os produtos serão entregues de acordo com o que foi contratado; • o conselho deve pedir justificativas da Secretaria de Saúde sempre que não for realizada licitação para contratação de produtos/serviços (a Lei de Licitações permite que, em alguns casos, não se faça a licitação); • verificar se a Secretaria de Saúde está realizando várias compras pequenas para não precisar licitar (fracionamento indevido das compras) quando poderia realizar uma compra maior, com maior economia para a Administração, por meio de um processo licitatório; • procurar saber se há algum indício de que a contratação não será, de fato, a mais vantajosa para a administração pública (em termos de preço, de qualidade e quantidade do item, da forma de aquisição etc.); • verificar se há, de alguma forma, o favorecimento de um dos concorrentes, em prejuízo de outro, ou se a licitação foi conduzida de modo a direcionar a vitória a determinado participante.
<p>Obras (Construções e/ou Reformas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • participar do planejamento da localização das obras (hospitais/unidades de saúde) a serem construídas; • quando a obra for entregue, verificar se está de acordo com o que foi planejado e se atende às necessidades da população.

O que fiscalizar	Exemplos de itens que podem ser fiscalizados
Credenciamento ao SUS de novos serviços e Unidades de Saúde (unidades e serviços que passarão a ser conveniados ao SUS após terem seu pedido analisado e aprovado pela Secretaria de Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> conhecer os serviços/unidades que irão ser conveniados ao SUS, a proposta dessas unidades e a qualidade dos serviços ali prestados; aprovar os credenciamentos (o conselho precisa aprovar o credenciamento para que ele possa ser efetivado);
Contratação de pessoal	<ul style="list-style-type: none"> visitar unidades para saber se os funcionários cumprem o horário de trabalho previsto; confrontar folha de pagamento das unidades com o número de funcionários que realmente trabalham na unidade (folha de ponto); verificar se as especialidades profissionais contratadas atendem realmente às necessidades da unidade de saúde.



Se você, conselheiro, quiser conhecer mais sobre licitações, pode consultar a Lei de Licitações (Lei 8.666/1993), a Lei do Pregão (Lei 10.520/2002) e a Lei Geral da Micro e Pequena Empresa (Lei 123/06). Essas e outras leis estão disponíveis na página da Presidência da República, na internet: <http://www.presidencia.gov.br/legislacao>. O Tribunal de Contas também disponibiliza, em seu endereço eletrônico (www.tcu.gov.br), a publicação “Licitações e Contratos: Orientações Básicas”. Nessa publicação, pontos importantes e decisões do TCU a respeito do assunto são tratados de forma mais aprofundada.

Além disso, os seguintes endereços eletrônicos trazem informações úteis sobre licitações na área da Saúde:

- www.anvisa.gov.br
- <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/regulacaodemercado> (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos)
- <http://portal2.saude.gov.br/bps/login.cfm> (banco de preços do SUS)
- www.consultaremedios.com.br
- www.soleis.adv.br
- www.cidadaniafiscal.com.br



Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)

É papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (CMED), monitorar os preços dos medicamentos que estão no mercado e auxiliar tecnicamente no estabelecimento de preços de novos medicamentos.

Para isso, além de registrar todas as vendas que acontecem no país (sem diferença entre as vendas efetuadas ao governo e as efetuadas ao setor privado), a CMED também divulga listas com os preços de fábrica dos medicamentos e com os preços máximos a serem repassados ao consumidor. Essa divulgação é possível porque os laboratórios são obrigados a informar à CMED todas as vendas realizadas por eles. A lista da CMED, atualmente, conta com o preço de mais de 20.000 apresentações de medicamentos disponíveis para consulta.

O preço-fábrica estabelecido pela CMED representa o valor máximo de preço a ser utilizado para a aquisição de todos os medicamentos que existem no Brasil, por parte dos gestores públicos, à exceção de alguns poucos que possuem preço livre.

Além do preço-fábrica, a CMED estabeleceu o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), que é uma espécie de desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sobre o preço-fábrica de medicamentos, toda vez que forem realizadas vendas para o setor público. O desconto CAP deve ser sempre aplicado sobre o preço-fábrica de uma lista de medicamentos excepcionais ou de alto custo, toda vez que forem realizadas vendas para o setor público. Dessa forma, os dados divulgados pela CMED podem ser extremamente importantes para os gestores durante o processo de aquisição de medicamentos.



Caso haja interesse em consultar as listas de preço divulgadas pela CMED, você pode consultar o seguinte endereço eletrônico:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/regulacaodemercado>



Banco de Preços do SUS

O Banco de Preços em Saúde (BPS) é um instrumento muito importante para o exercício do controle social. Trata-se de sistema informatizado que registra, armazena e comunica, por meio da internet, os preços de medicamentos e produtos para a saúde que são adquiridos pelas instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Os preços são inseridos pelas próprias instituições e representam os valores pagos por elas.

Além de tornar públicas as informações sobre os preços, o sistema permite a visualização de relatórios gerenciais. Assim, o sistema auxilia as instituições na gestão de seus recursos financeiros e no controle de seus estoques de medicamentos e produtos para a saúde, ajudando a decidir sobre o melhor momento para adquirir novos itens.

Qualquer pessoa ou instituição que tenha interesse nos dados e nas informações contidos no Banco de Preços em Saúde pode acessá-los de forma simples e rápida. Entretanto, devido às especificidades de cada usuário, o sistema tem duas partes principais: o ambiente de produção e o ambiente de pesquisa e consulta pública. Para consulta pública não há necessidade de cadastro.



Em caso de dúvidas sobre o Banco de Preços da Saúde (BPS), pode-se entrar em contato com o Ministério da Saúde por e-mail (bps@saude.gov.br). Além disso, você pode consultar os seguintes endereços eletrônicos:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=939;

<http://portal2.saude.gov.br/bps/login.cfm>

Como divulgar o trabalho do conselho de saúde para a sociedade

Divulgação das atividades do conselho para a comunidade

A divulgação das atividades realizadas pelo conselho e de seus objetivos faz com que a comunidade local entenda a importância do seu trabalho e o valorize. O apoio da comunidade é fundamental para o amadurecimento do conselho de saúde.

Além disso, para que o conselho se fortaleça perante a Secretaria de Saúde, é necessário que a comunidade conheça seu trabalho. Caso os gestores da saúde local não tenham interesse em que o conselho cumpra seu papel de fiscalizador do funcionamento do SUS no município, a comunidade pode se manifestar a favor do conselho, pressionando os gestores a aceitar o conselho e seu papel no controle social.

O conhecimento das ações do conselho é importante para despertar na comunidade o interesse pelo controle social. A partir do momento em que as pessoas percebem que a atuação do conselho pode melhorar a qualidade dos serviços de saúde recebidos pela população, mais pessoas se interessam em participar, pois veem que sua participação pode gerar resultados positivos para a comunidade.

Os membros do conselho de saúde que representam os usuários são indicados por associações. Mas como muitos municípios ainda não contam com um número significativo de associações comunitárias atuantes, é fundamental que o conselho apoie a formação dessas associações e estimule a participação da comunidade nesses movimentos.

Quando o conselho divulga suas ações para a comunidade, ele exerce um importante papel, conscientiza a população da importância do controle social. Conscientizadas, essas pessoas poderão ser os futuros membros do conselho.



Você pode ser criativo na hora de divulgar as ações do conselho:

- *criando um jornalzinho ou um gibí;*
- *criando páginas na internet;*
- *desenvolvendo uma logomarca que será usada em todo o material do conselho;*
- *produzindo camisetas e crachás para identificação dos conselheiros;*
- *usando programas de rádio e televisão;*
- *usando o sistema de som da igreja;*
- *apresentando peças teatrais sobre a importância do conselho;*
- *fixando cartazes sobre o conselho em locais importantes, como hospitais, postos de saúde, farmácias, supermercados, bancas de jornal etc.;*
- *distribuindo folders;*
- *visitando moradores;*
- *usando como parceiros os agentes de saúde e os profissionais do Programa de Saúde na Família.*

O importante é que as pessoas saibam que os problemas e as soluções da saúde devem ser levados para o conselho, pois ele pode ajudar os gestores a melhorar o SUS.

Boas práticas de outros conselhos

Ao desenvolver esta publicação, o TCU buscou informações junto a representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Ministério da Saúde, da Organização Não Governamental Instituto de Fiscalização e Controle (IFC) e a representantes de alguns conselhos estaduais de saúde, sobre boas práticas realizadas por conselhos municipais e estaduais de saúde.

Os conselhos indicados foram considerados conselhos-referência no ano de 2009, por apresentarem alto nível de amadurecimento e realizarem excelente trabalho no controle da saúde municipal e estadual.

Considerando que as boas práticas mencionadas a seguir foram constatadas no ano de 2009, informamos que, em virtude da renovação periódica dos conselhos, não se pode afirmar se tais práticas tiveram continuidade nos anos seguintes.

Divulgação das atividades do conselho para a comunidade

» **Experiência de Pará de Minas – MG**

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Pará de Minas/MG divulga, na imprensa local, todas as suas ações. Os conselheiros levam o banner do conselho a todos os eventos, para divulgação do nome e da marca do conselho. A comunidade de Pará de Minas conhece e reconhece o trabalho do CMS.

O CMS de Pará de Minas criou, também, o “Cine Cidadania”: exibição de um pequeno filme do SUS elaborado por ocasião do seu 20º aniversário. O filme fala de mobilização popular e conscientização para a cidadania. As exibições ocorreram em diversos locais da comunidade (zona rural e urbana), e tiveram pipoca, luzes apagadas e tela grande para exibição. Ao final, era aberto um espaço para perguntas e debate. De acordo com o conselho, o público gostou muito das exibições e passou a conhecer e a se interessar pelo CMS.

Além disso, o CMS de Pará de Minas relaciona-se com outros conselhos da região. Em Minas Gerais, o estado é dividido em microrregiões que agregam determinado número de municípios. Os conselhos de saúde da microrregião de Pará de Minas reúnem-se mensalmente para discutir a política microrregional de saúde. Essa é uma importante oportunidade para a troca de experiência entre os conselhos e para o fortalecimento do controle social na região.

» **Experiência de Gravataí – RS**

No município de Gravataí/RS há 32 unidades de saúde. Em todas as unidades existem informações sobre o CMS.

» **Experiência de Quixadá – CE**

O CMS de Quixadá/CE desenvolveu uma logomarca para sua divulgação. Cada conselheiro dispõe de camiseta e crachá com essa logomarca. Cada um tem também uma placa de iden-

tificação utilizada nas reuniões. São detalhes, que valorizam os conselheiros e fazem com que se sintam comprometidos em sua atuação.

O CMS de Quixadá tem como filosofia de trabalho a conscientização da população para participação no conselho. A existência de conselhos locais favorece a proximidade dos conselheiros com as reivindicações das pequenas localidades. A posse desses conselheiros é tratada como importante evento na localidade. Por exemplo, no distrito de Juá, o conselho apresentou um fantoche com linguagem popular, chamando atenção para o papel do conselho.

Para divulgação dos eventos e demais atividades do conselho, os conselheiros de Quixadá utilizam a rádio local, carro de som e até mesmo o sistema de som da igreja. Além de aproveitar os agentes de saúde do Programa de Saúde na Família para divulgarem suas atividades.

O CMS de Quixadá também está desenvolvendo um projeto para elaboração de um gibi, utilizando linguagem regional, cujo objetivo é conscientizar a população para ser mais atuante e vigilante com as ações municipais de saúde.

A Secretaria de Saúde Municipal de Quixadá edita um jornal trimestral e, além disso, o conselho está pleiteando um espaço fixo para divulgar sua atuação.

» **Experiência de São José do Rio Preto – SP**

O CMS de São José do Rio Preto/SP elaborou uma cartilha em forma de gibi para a comunidade sobre o controle social no SUS e publica um jornalzinho com as principais atividades do conselho municipal e dos conselhos locais de saúde. O conselho também se relaciona com outros conselhos municipais de saúde da região, os quais visitam o CMS de São José do Rio Preto em busca informações e intercâmbio de experiência.

Fiscalização

Muitos conselhos municipais de saúde criam comissões ou grupos de trabalho para assessorar o plenário do conselho, fornecendo-lhe informações para discussão. Normalmente, as comissões mais comuns são:

- saúde;
- orçamento e finanças;
- acompanhamento e fiscalização;
- educação;
- comunicação.

Como o trabalho é dividido, os conselheiros não ficam sobrecarregados e podem exercer melhor seu trabalho. Os membros das comissões fazem reuniões entre si e levam para a reunião do plenário as conclusões do trabalho realizado na comissão.

O conselho pode solicitar um carro da Prefeitura ou da Secretaria de Saúde, sempre que for realizar uma fiscalização. Os conselhos de saúde de Gravataí (RS), Maringá (PR) e Pará de

Minas (MG) utilizam um carro da Prefeitura em suas fiscalizações. Já o CMS de Belo Horizonte (MG) conseguiu ainda mais, e hoje tem um veículo próprio, cedido pela prefeitura, para realizar seu trabalho.

No CMS de Gravataí (RS) os conselheiros têm crachá de acesso ao hospital, o que lhes permite entrar ali, fiscalizar e conversar com os usuários.

Análise do Relatório de Gestão

No Conselho Municipal de Saúde de Maringá (PR) a clareza da prestação de contas melhorou muito, devido à pressão do conselho. A prestação de contas está sendo feita em blocos e por ações (atenção básica, média e alta complexidade). E o conselho pede, a cada trimestre, que a Secretaria detalhe mais algumas contas e, a partir daí, dirige o seu foco prioritariamente para esses gastos.

Além disso, no conselho de saúde de Maringá, um dos conselheiros é contador, o que facilita muito a análise das contas. Mas, antes disso, o conselho podia solicitar assessoria técnica do contador da Secretaria de Saúde e também de contadores da promotoria.

No CMS de Pará de Minas (MG), a Comissão de Orçamento busca esclarecer suas dúvidas relacionadas ao Relatório de Gestão com os técnicos de contabilidade da Prefeitura.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte tem um contador que trabalha para o conselho e que é pago com o dinheiro que é destinado ao CMS no orçamento.

Orçamento Próprio

O CMS de Belo Horizonte possui orçamento próprio. Em 2009, o valor do orçamento destinado ao conselho foi R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais). Esse orçamento foi distribuído para todos os conselhos distritais, em uma estrutura descentralizada. Atualmente, o CMS está trabalhando para criar orçamento próprio para cada conselho distrital, para que estes tenham mais autonomia.



Sistema Único de Saúde (SUS)



O que significa SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

É importante que você, conselheiro de saúde, entenda o que é o SUS, como ele funciona e quais são seus princípios, ou seja, suas regras. Você deve compreender que a saúde é um direito do cidadão, um dever do Estado e é preciso ter sempre mais informações e conhecimento sobre o SUS. Esse conhecimento trará mais segurança e profundidade ao seu trabalho e mais resultados para o dia-a-dia.



O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado, depois, por meio da Lei 8.080/1990, (Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei 8.142/1990 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros), dentre outras normas e regulamentos.

O SUS reúne em si todas as ações, os serviços de saúde e as unidades de saúde sob responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, de forma integrada, a fim de beneficiar a todas as pessoas a partir de ações na área de saúde. As ações e serviços de atenção à saúde também podem ser prestados, de forma complementar, pela iniciativa privada conveniada e contratada (Lei Federal nº 8080/90, Art. 4º).

Por esse motivo, o SUS é considerado um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo. As ações de saúde cobrem desde campanhas até procedimentos mais complexos. O fundamento do SUS é o conceito mais amplo da saúde, que envolve não apenas o tratamento de problemas de saúde, mas também, ações de promoção da qualidade de vida e a prevenção de doenças.

Os princípios da Constituição de 1988 que orientam a construção do SUS são:

UNIVERSALIDADE: Todas as pessoas têm garantido o acesso a todo e qualquer serviço de saúde. O SUS alcança a todos os brasileiros e estrangeiros que estejam no território nacional, independente de sexo, idade ou condição social.

EQUIDADE: Todos os cidadãos terão acesso à saúde, de igual forma e em igualdade de condições, independentemente da complexidade de cada caso. Assim, todo cidadão é igual perante o SUS, e será atendido conforme suas necessidades e, ainda, considerando as necessidades coletivas e os riscos.

INTEGRALIDADE: O SUS deve atender a todos em todas as suas necessidades. As ações do SUS são muito abrangentes, envolvendo desde campanhas de vacinação até programas, palestras, exames, internações e outros. A prioridade no atendimento deve ser dada às atividades de prevenção, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais. Entende-se, ainda, que a integralidade diz respeito ao fato de que o indivíduo não deve ser visto como um amontoado

de partes (coração, fígado, pulmão etc.) e “solto no mundo”, sem ser considerado o contexto de sua existência. A atenção à saúde deve levar em conta todas as necessidades da pessoa.

Gratuidade: o atendimento no SUS é gratuito, isto é, não será cobrado diretamente do cidadão atendido nenhum valor, total ou parcial, referente a serviços prestados por meio do SUS (Lei 8.080/1990, art. 43).



É ILEGAL A COBRANÇA AO CIDADÃO DE SERVIÇOS QUE LHE FORAM PRESTADOS POR MEIO DO SUS!!! Se isso estiver acontecendo em sua região, você, conselheiro, pode consultar o Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer – desta Publicação.

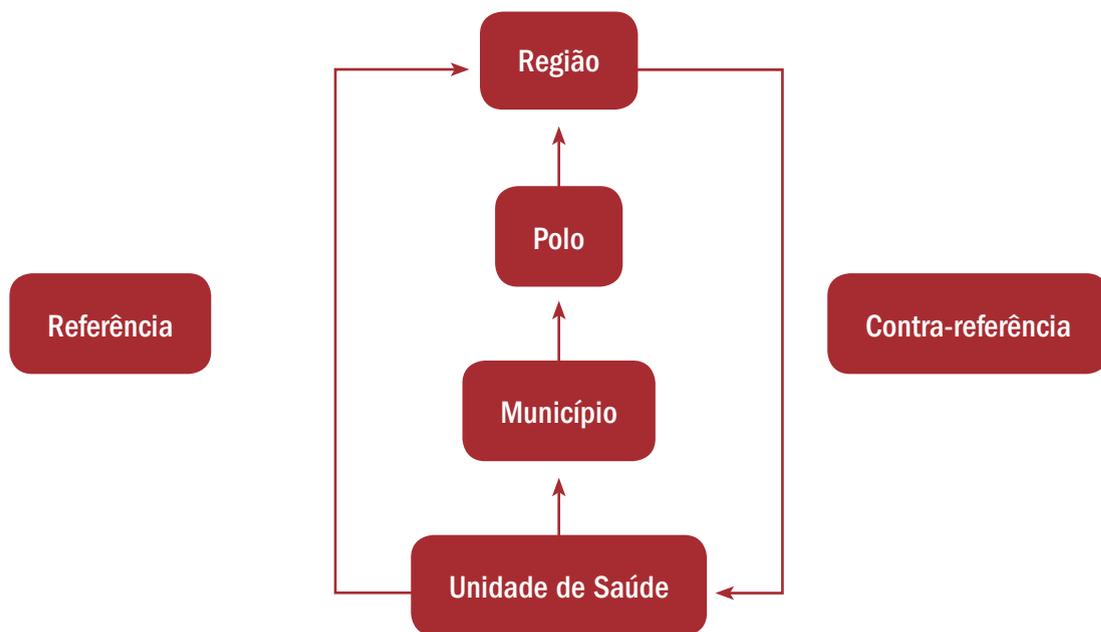
Existem, ainda, outros princípios que orientam a organização do SUS em todo o país. Que princípios são esses?

HIERARQUIZAÇÃO: a organização e a gestão (administração) dos serviços prestados pelo SUS devem ocorrer com base em níveis crescentes de complexidade, ou seja, vão dos mais simples aos mais complexos:

- 1. Atenção básica:** É a “porta de entrada” da população no SUS. Isso acontece nos postos de saúde, nas unidades do Programa Saúde da Família etc. Se, a partir desse primeiro contato, não forem encontrados meios para resolver o problema de saúde, a pessoa será encaminhada para outros serviços de maior complexidade (média e alta complexidade).
- 2. Média complexidade:** São procedimentos de saúde um pouco mais complexos que os da atenção básica. Incluem tratamentos como, por exemplo, os de cardiologia, pneumologia, neurologia, diagnoses e terapias de médio porte. Se, ainda assim, não for possível solucionar o problema de saúde, a pessoa será encaminhada para a unidade de alta complexidade.
- 3. Alta complexidade:** São procedimentos que necessitam de recursos tecnológicos mais complexos, como, por exemplo, ressonâncias magnéticas e tomografias. Fazem parte da alta complexidade, também, outros procedimentos, tais como hemodiálises e programas de prevenção de câncer.

- **A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão poderá ser encaminhado para os outros serviços de maior complexidade (hospitais e clínicas especializadas).**

- As ações e os serviços de saúde voltados à atenção básica, de modo geral, são disponibilizados à população em unidades de saúde mais próximas de seu domicílio (no seu bairro ou município). As ações e os serviços mais complexos (média e alta complexidade) são disponibilizados em unidades de “referência”, ou seja, em uma instância do SUS mais especializada (considerando, também, a organização dos serviços nas esferas estadual e federal). O contrário também acontece: caso o usuário do SUS apresente um problema menos complexo e busque atendimento em uma instância de maior complexidade, ele pode ser “contra-referenciado”, isto é, conduzido para o atendimento em um nível menos complexo.
- Os serviços de saúde, então, são organizados por grau de complexidade, na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região (BRASIL, 2006b).



REGIONALIZAÇÃO: Na prestação de serviços do SUS devem ser considerados o tamanho e as necessidades do território a ser atendido, bem como os serviços existentes.

DESCENTRALIZAÇÃO: Significa que cada esfera de governo (União, estados e municípios) tem as suas atribuições específicas no que se refere às ações e à prestação de serviços de saúde à população. No caso, a esfera federal repassa algumas funções à esfera estadual que, por sua vez, também faz a transferência de funções à esfera municipal.

Os municípios são os entes que possuem a maior responsabilidade em relação à saúde da população, por estarem mais próximos à realidade local. Isso colabora para que a tomada de decisões possa ser feita de forma mais rápida.

Quando ocorre a transferência de funções para os municípios, também ocorre a transferência de responsabilidades, como por exemplo, a necessidade de controlar o dinheiro que o

município recebe para aplicar em saúde e a necessidade de fiscalizar as ações e os serviços de saúde prestados à população.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE: A população deve participar na definição, no controle e na fiscalização da execução das políticas de saúde. As diretrizes das políticas de saúde encontram-se detalhadas nos planos municipais e estaduais de saúde. A participação popular ocorre por meio de entidades e movimentos que representam a sociedade.



O SUS é algo muito maior do que uma simples gestão de um ou outro governo. O SUS é uma política do Estado brasileiro. Por isso, é importante que você, conselheiro, esteja atento para que não haja interferências político-partidárias que prejudiquem o funcionamento do SUS em seu município ou estado. O povo brasileiro é o verdadeiro “dono” do SUS!

Vamos falar, agora, sobre a gestão do SUS, ou seja, como o SUS é administrado, coordenado, levado adiante. Como foi visto anteriormente, as três esferas (União, estados e municípios) possuem seus papéis relacionados à forma como o SUS é administrado. Mas, qual é o papel de cada esfera? Vejamos:

Primeiramente, deve-se entender que a União, os estados e os municípios distribuem seus recursos de maneira tal que os procedimentos de atenção básica e de média e alta complexidade sejam totalmente atendidos.

- **União:** A União detém o papel principal no que se refere ao financiamento da saúde pública no Brasil. Embora os estados e os municípios também devam participar desse financiamento, a União arca com a maior parte dos gastos. Metade dos gastos fica por conta da União; a outra metade é dividida entre estados e municípios. A União também é responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, mas a implementação, ou seja, o ato de “colocar em prática” tais políticas cabe aos estados, municípios, ONGs e à iniciativa privada.

Principal gestor em nível federal: Ministério da Saúde.

- **Estados:** Cabe ao governo estadual colocar em prática (implementar) as políticas nacionais e estaduais de saúde e organizar o atendimento à saúde em seu território. Conforme foi dito anteriormente, o estado também participa do financiamento da saúde em seu território.

Principal gestor em nível estadual: Secretaria Estadual de Saúde.

- **Municípios:** É no município que o atendimento à população acontece de forma mais direta. Assim, o município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. Isso ficou mais evidente a partir do Pacto pela Saúde, de 2006, que estabeleceu que os gestores municipais deverão assumir imediatamente ou gradualmente (aos poucos) a gestão de todas as ações e serviços de saúde do município, por meio da assinatura de termo de compromisso. Se no município não houver todos os serviços de saúde, o gestor deve fazer um acordo, um pacto com outros municípios de sua região, a fim de que sua população não fique sem atendimento. O Pacto também deve ser negociado com os gestores estaduais. Além disso, a escolha dos municípios “referência” também ocorre no Pacto. Por isso se diz que o funcionamento do sistema público de saúde ocorre de forma referenciada.

Principal gestor em nível municipal: Secretaria Municipal de Saúde.



Não existe hierarquia entre União, estados e municípios. O que acontece é que cada um deles possui competências específicas para a gestão do SUS.

Os recursos do SUS

Em primeiro lugar, é preciso compreender que, embora o atendimento prestado no SUS aos cidadãos não seja cobrado diretamente, a sociedade paga pelos serviços do SUS quando paga seus impostos.



De acordo com a Constituição Federal de 1988, artigo 198, as ações e os serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS devem ser financiados com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do DF e dos municípios, além de outras fontes, ou seja, todos os entes políticos (União, estados e municípios) são responsáveis pelo financiamento do SUS.

- *Receitas = Entrada de Recursos (Dinheiro Recebido)*
- *Despesas = Gastos*

Essa participação conjunta da União, dos estados e dos municípios no financiamento da saúde foi detalhada por meio da Emenda Constitucional 29/2000, que estabeleceu os percentuais mínimos que cada um desses entes políticos deve aplicar nas ações e nos serviços públicos de saúde:

- Os gastos da União em saúde devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).



O PIB é a soma de todos os serviços e bens produzidos num período (mês, semestre, ano) em determinada região (país, estado, cidade, continente). Ele é expresso em valores monetários (no caso do Brasil, em Reais). O Produto Interno Bruto (PIB) é um importante indicador da atividade econômica de determinada região. Os valores expressos pelo PIB indicam o quanto a região cresceu economicamente.

- Aos estados compete aplicar 12% de suas receitas em saúde;
- Aos municípios compete aplicar pelo menos 15% de suas receitas em saúde.



Um processo poderá ser instaurado contra a autoridade estadual ou municipal que aplicar em saúde menos que o percentual mínimo exigido (12% e 15%). Isso poderá torná-la inelelgível, isto é, a autoridade que descumprir esta regra pode perder o direito de candidatar-se a cargo eletivo e, conseqüentemente, de ser eleito. Já o estado ou o município que aplicar menos que o percentual mínimo (12% e 15%, respectivamente) de suas receitas em saúde pode ser apenado, isto é, sofrer pena de:

- *suspensão de repasses federais ao estado/município;*
 - *intervenção da União no estado/município (ou do estado no município).*
-

Em outras palavras, o gestor é OBRIGADO a gastar o mínimo de suas receitas, previsto em lei, em saúde.



Para obter mais informações a respeito da origem dos recursos do SUS, consulte o Anexo 4 – Fontes de Financiamento da Saúde.

Requisitos que os Estados, o DF e os Municípios devem cumprir para receber recursos para a Saúde



De acordo com a Lei 8.142/1990, para que os estados, o DF e os municípios possam receber dinheiro do governo federal para a saúde, eles devem atender aos seguintes requisitos:

- Possuir Fundo de Saúde;
 - Possuir um conselho de saúde, cuja composição atenda às regras em relação à paridade (25% de trabalhadores da saúde; 25% de gestores e prestadores de serviço e 50% de usuários);
 - Possuir um Plano de Saúde (planejamento na área de saúde);
 - Emitir relatórios de gestão que permitam o controle pelo sistema de auditoria do Ministério da Saúde (de acordo com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990);
 - Oferecer contrapartida de recursos para a saúde do respectivo orçamento (recursos próprios dos estados, DF e municípios também devem ser aplicados na saúde).
-



Contrapartida = Recursos a que o devedor se compromete, contratualmente, a aplicar em determinado projeto. A contrapartida pode acontecer por meio de outro empréstimo, receita própria ou dotação orçamentária.

Formas de transferência dos recursos federais para a Saúde

É importante que você, conselheiro, compreenda que todas as esferas (União, estados, DF e municípios) contribuem para o financiamento da saúde. No entanto, neste capítulo, trataremos apenas do dinheiro de origem **federal**.

Os estados, o DF e os municípios administram com independência o dinheiro que recebem da União para a saúde, mas essa administração deve ocorrer de acordo com aquilo que foi estabelecido em seus Planos de Saúde, que, por sua vez, devem estar de acordo com o Plano Nacional de Saúde. **Os Planos de Saúde devem ser sempre submetidos à aprovação do conselho de saúde.**

Os recursos federais destinados à saúde chegam aos estados e aos municípios por meio de (BRASIL, 2003):

- Transferências regulares e automáticas (por meio de Fundos);
- Remuneração por serviços produzidos;
- Convênios, contratos de repasse e outros instrumentos similares.

Transferências regulares e automáticas (Fundos)



**ESTÁ
NA LEI**

De acordo com a Lei 8.080/1990, os estados, o DF e os municípios devem criar contas especiais para o depósito dos recursos destinados ao SUS, com CNPJ próprio. Essas contas são conhecidas como os “Fundos de Saúde”. Os fundos recebem tanto os recursos locais quanto os transferidos da União. A fiscalização da movimentação dos recursos depositados nos fundos ficou a cargo dos conselhos de saúde. As diretrizes para o funcionamento do Fundo Nacional de Saúde estão na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/1990).

Para que um fundo venha a existir, é preciso que sua criação seja autorizada por lei (federal, estadual, distrital ou municipal). Os estados, o DF e os municípios devem também indicar, de forma clara, quem é o gestor do fundo (quem vai administrar o fundo e ser responsável por ele).

Resumidamente, devem ser tratados na Lei que instituir o fundo, os seguintes assuntos:

- os objetivos do fundo;
- as receitas que devem ingressar no fundo;
- a destinação ou o campo de aplicação dos recursos, isto é, em que será aplicado o dinheiro do fundo;
- quem deve ser o responsável pela administração e pela fiscalização do fundo;
- a necessidade de orçamento estadual ou municipal, bem como de elaboração de relatórios e balanços mensais que devem fazer parte da contabilidade geral dos estados, do DF e dos municípios;
- como ocorrerá a autonomia (independência) administrativa e financeira.

Existem, basicamente, 3 tipos de fundos na área da saúde:

- **Fundo Nacional de Saúde:** recebe recursos da União para cobrir ações e serviços de saúde executados pelo SUS e administrados pelo Ministério da Saúde.
- **Fundo Estadual de Saúde:** recebe recursos do governo estadual e recursos da União. É administrado pela Secretaria Estadual de Saúde e fiscalizado pelo conselho estadual de saúde.
- **Fundo Municipal de Saúde:** recebe recursos dos governos federal, estadual e municipal. É administrado pela Secretaria Municipal de Saúde e fiscalizado pelo conselho municipal de saúde.

As transferências de recursos ocorrem de forma regular e automática entre os fundos. Assim, o Fundo Nacional de Saúde pode transferir recursos para os Fundos estaduais e municipais. Esse processo denomina-se “**transferências fundo-a-fundo**”.



Ao lado dos conselhos de saúde, dos Planos de Saúde e dos Relatórios de Gestão, os fundos de saúde representam um instrumento de gestão dos recursos do SUS destinados a financiar ações e serviços de saúde. A partir do acompanhamento dos fundos, os gestores podem fazer o planejamento de como o dinheiro deve ser gasto (e com que prioridade).

As receitas e as despesas ocorridas no Fundo de Saúde devem ser acompanhadas pelo conselho de saúde.

É importante, ainda, lembrar que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) faz o acompanhamento e o controle do dinheiro repassado aos estados e aos municípios. Para isso, uma das medidas que o FNS promove é o encaminhamento às Assembleias Legislativas, Câmaras Municipais e aos conselhos de saúde de notificação (uma espécie de aviso) sobre todo o repasse de recursos que foi realizado para determinado estado ou município. Por outro lado, os bancos onde foram abertas as contas relacionadas aos fundos também avisam constantemente aos titulares das contas sobre a entrada de dinheiro e, ainda, sobre a origem desse dinheiro.



Caso haja alguma dúvida ou diferença nas informações prestadas pelos gestores e pelo FNS, você pode consultar o endereço na internet do FNS (www.fns.saude.gov.br). O Fundo Nacional de Saúde também disponibiliza uma ouvidoria, no portal da saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=141), por meio da qual todo cidadão e todo conselheiro podem encaminhar suas demandas ou dúvidas pelo e-mail: falecomfns@saude.gov.br ou telefonar, gratuitamente, para Disque Saúde: 0800.61.1997.

Remuneração por Serviços Produzidos

Nessa modalidade de financiamento, é feito o pagamento de forma direta aos prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais realizados em instituições cadastradas no SUS. É preciso lembrar que as instituições onde os serviços são prestados não precisam ser necessariamente públicas; elas podem ser privadas, mas precisam estar cadastradas e credenciadas para realizar procedimentos pelo SUS.

Para que haja o pagamento aos prestadores de serviços, é necessária a apresentação de uma fatura, calculada com base nas tabelas de serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ambas do Ministério da Saúde. Essas tabelas mostram, de forma bem específica, quanto custa cada procedimento.



ATENÇÃO

É importante saber que esse tipo de pagamento não pode acontecer sem limites. Existe um “teto financeiro”, ou seja, um valor máximo para o pagamento das faturas. Esse “teto” é calculado com base em alguns dados daquela região (população, perfil epidemiológico, estrutura da rede de saúde etc.).



VOCÊ SABIA?

Perfil epidemiológico é a frequência e a distribuição de doenças em uma região específica.

Convênios

Os convênios são um tipo de acordo realizado entre o Ministério da Saúde e os órgãos ou entidades federais, estaduais ou municipais. Podem ser celebrados convênios também com entidades filantrópicas, organizações não governamentais e outros. Os convênios têm o objetivo de financiar projetos específicos na área de saúde. Nos convênios, os interesses daqueles que fazem o acordo são os mesmos, a fim de alcançar uma mesma finalidade (exemplo: a construção de um hospital ou posto de saúde).

No convênio há responsabilidade tanto de quem recebe o dinheiro (conveniente) quanto de quem dá o dinheiro (concedente) na realização das ações e dos programas que fazem parte dos objetivos do convênio. A transferência do dinheiro por meio de convênios acontece **de forma voluntária**, em virtude de ser um acordo, ao contrário das transferências fundo-a-fundo, que são obrigatórias.

Todo convênio deve apresentar um **Plano de Trabalho** que informe quando e como devem ser executadas as ações. O repasse do dinheiro, ao longo do convênio, é feito com base no **cronograma físico-financeiro** que faz parte do Plano de Trabalho e, também, com base na **dis-**

ponibilidade financeira de quem dá o dinheiro (concedente). O dinheiro repassado por meio de convênio não pode ser utilizado para finalidade diferente daquela que foi prevista no convênio.

É importante conhecer sobre convênios porque eles são um dos instrumentos pelos quais os gestores podem, por exemplo, construir ou reformar hospitais, comprar equipamentos e colocar em prática outras ações fundamentais para o sucesso das políticas de saúde no estado ou no município.

Você pode obter mais informações sobre convênios consultando a publicação “Convênios e Outros Repasses”, do Tribunal de Contas da União, disponível no site www.tcu.gov.br. Outras informações sobre convênios podem ser obtidas nas Divisões de Convênios e Gestão localizadas nas unidades descentralizadas do Ministério da Saúde em cada estado e, também, no site do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.gov.br). No endereço eletrônico do FNS você também pode obter mais informações sobre as outras formas de financiamento da saúde.

Blocos de Financiamento do SUS

O Pacto pela Saúde, que é um documento em que União, estados, DF e municípios assumem responsabilidades relacionadas à saúde, definiu que os estados e os municípios devem receber transferência de dinheiro federal para a saúde com base em blocos de recursos. São os chamados “**blocos de financiamento**”.

O objetivo dos blocos de financiamento é dar aos gestores de saúde mais autonomia para aplicar os recursos, considerando o Plano de Saúde aprovado pelo conselho municipal ou estadual.

Isso significa, por exemplo, que dentro do bloco de recursos da Atenção Básica, o gestor poderá escolher, com mais autonomia, em quais ações o dinheiro deverá ser, prioritariamente, aplicado, considerando as necessidades locais.



É importante que os conselhos de saúde conheçam os blocos de financiamento e acompanhem se a aplicação dos recursos está realmente sendo feita de modo a resolver aquilo que é mais necessário.

Existem 5 blocos de financiamento:

1. Bloco de Atenção Básica: O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal). Fazem parte da Atenção Básica, dentre outras, as seguintes ações:

- Saúde da Família;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Saúde Bucal;
- Compensação de especificidades regionais;
- Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário.

2. Bloco de Atenção de Média e de Alta Complexidade: Os procedimentos e ações que fazem parte deste bloco são:

- tratamentos de cardiologia, pneumologia, neurologia, diagnoses e terapias de médio porte;
- hemodiálises;
- ações de combate ao câncer;
- aqueles regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;
- transplantes;
- Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;
- Novos procedimentos: quando surgem novos procedimentos de saúde, sem relação com a tabela vigente, há uma cobertura financeira de aproximadamente seis meses. Esses procedimentos são considerados novos por um certo tempo, até a formação de uma série histórica para que sejam incorporados ao Bloco de Média e Alta Complexidade.

O dinheiro para financiar os procedimentos de atenção de média e de alta complexidade compõe o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do distrito federal, dos estados e dos municípios. Esse dinheiro do bloco de financiamento é o limite máximo que esses entes podem gastar nesse tipo de ação.

3. Bloco de Vigilância em Saúde: São ações deste bloco, dentre outras, as de combate à dengue, campanhas de vacinação, de combate às doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e AIDS, além de outras que impactam diretamente a qualidade de vida das pessoas. O dinheiro para as ações de Vigilância em Saúde deve fazer parte do Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal.

4. Bloco de Assistência Farmacêutica: Esse bloco de financiamento é composto pela aquisição de medicamentos e insumos e pela organização das ações de assistência farmacêutica necessárias. A Assistência Farmacêutica será financiada pelos gestores do SUS na União, nos estados, no DF e nos municípios.

5. Bloco de Gestão do SUS: Esse bloco de financiamento destina-se a cobrir os custos de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, com o acesso da

população à saúde e, ainda, com a aplicação do dinheiro do SUS. Os recursos referentes a este bloco serão transferidos fundo-a-fundo e regulamentados por portaria específica.



Para obter mais informações sobre blocos de financiamento, consulte o Anexo 5 – Blocos de Financiamento do SUS - desta publicação.

Movimentação Bancária do Dinheiro do SUS

O repasse de dinheiro para os blocos de financiamento é feito de formas diferentes de acordo com cada bloco.

O repasse de recursos para financiar as ações da Atenção Básica deve ser feito por meio do Banco do Brasil. Já os recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para as ações relacionadas aos demais blocos de financiamento podem ser creditados e movimentados em instituição financeira conveniada com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003):

- Banco do Brasil;
- Caixa Econômica Federal;
- outra instituição financeira oficial de caráter regional;
- instituição financeira submetida a processo de desestatização ou ainda naquela que possui seu controle acionário.

As contas bancárias utilizadas para movimentação dos recursos transferidos fundo a fundo deverão ser identificadas de acordo com os blocos de financiamento a que se destinam, segundo o FNS.



Legalmente, o gestor dos recursos é, de certa forma, estimulado a aplicar o dinheiro recebido por meio dos fundos no mercado financeiro, desde que antes dos prazos de utilização desse dinheiro (no máximo, 90 dias). Porém, infelizmente, há casos em que os gestores deixam o dinheiro parado nas aplicações financeiras, para obterem rendimento (por exemplo, em CDBs, em fundos de investimento etc.), e aquele dinheiro pode não ser utilizado para o atendimento às necessidades da saúde da população.

Um ponto importante é que, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 2000, os estados devem, obrigatoriamente, aplicar 12% da receita líquida de todos os impostos estaduais em saúde. Isso nos remete a outro problema relacionado à movimentação bancária do dinheiro da saúde. Em muitos estados e municípios, o dinheiro dos fundos é transferido para contas únicas ligadas às Secretarias de Fazenda.

Pela legislação atual cada área do SUS deve ter uma **conta específica**, que deve ser gerenciada pela Secretaria de Saúde e fiscalizada pelos conselhos de saúde e o dinheiro depositado nessas contas específicas deve ser utilizado **APENAS** para a finalidade para a qual aquela conta foi criada (por exemplo, o dinheiro na conta ECD deve ser utilizado unicamente para ações na área de epidemiologia e controle de doenças, tais como a dengue).

Se o dinheiro, por acaso, for para uma conta única ligada à Secretaria de Fazenda, esse dinheiro pode ser desviado para finalidades diferentes da saúde (exemplo: o dinheiro da saúde foi usado para recapear o asfalto) ou, pior, para coisas ilegais (exemplo: para financiar campanhas políticas, para pagar propinas etc.). Além disso, o depósito desse dinheiro em uma conta única torna muito difícil o acompanhamento dos gastos realizados. Infelizmente, muitas vezes, o objetivo é este mesmo: dificultar a fiscalização.



ATENÇÃO

É importante que o conselheiro de saúde conheça como o dinheiro transferido por meio dos fundos é movimentado pelos gestores e quais são os bancos e as contas utilizadas para esta movimentação. Esse tipo de acompanhamento pode contribuir para a diminuição do desvio dos recursos públicos e para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

Além disso, você, conselheiro, pode solicitar aos gestores a relação de contas bancárias utilizadas na movimentação dos recursos do SUS por parte da prefeitura/governo estadual.

Caso você verifique que está ocorrendo alguma situação desse tipo, relate a situação ao Ministério da Saúde, ao Ministério Público ou a outros órgãos, a fim de que a situação possa ser devidamente tratada.



PARA SABER+

Para obter mais informações sobre a quem recorrer, consulte o Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer.

Em Que Pode Ser Gasto o Dinheiro da Saúde

Você sabia que nem tudo aquilo que é divulgado como gasto em saúde corresponde verdadeiramente aos gastos com ações e serviços de saúde? Em outras palavras, quando os gestores afirmam que foi gasto o percentual mínimo em saúde, é preciso observar se, nessas despesas, não foram incluídas outras que, mesmo que indiretamente causem impacto sobre a saúde da população, não estejam diretamente relacionadas às ações e aos serviços de saúde.

Então, que tipos de despesas podem ser executadas e serem consideradas como despesas relativas à saúde? Podem ser executadas pelos gestores as despesas relacionadas às ações e aos serviços de saúde **constantes dos Planos de Saúde**. Exemplos de ações diretamente relacionadas à saúde:

- vigilância epidemiológica e controle de doenças (exemplo: combate à dengue);
- vigilância sanitária e nutricional;
- educação para a saúde;
- saúde do trabalhador;
- assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- assistência farmacêutica;
- atenção à saúde dos povos indígenas;
- capacitação de recursos humanos do SUS;
- pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- atenção especial aos portadores de deficiência;

Por outro lado, existem despesas executadas pelos gestores que não podem de forma alguma ser consideradas gastos com saúde, como por exemplo:

- pagamentos de aposentadorias e pensões de pessoal da saúde;
- ações de limpeza urbana e remoção de lixo;
- merenda escolar;
- assistência à saúde de grupos específicos, sem o atendimento ao princípio da universalidade (tais como institutos de previdência e assistência ou planos de saúde de servidores públicos, hospitais do corpo de bombeiros ou da polícia militar);
- ações de assistência social que não tenham a ver com a execução das ações e serviços de saúde e que não sejam promovidas pelos órgãos de saúde do SUS;
- ações de saneamento básico realizadas com recursos provenientes de taxas e tarifas, ou do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que venham a ser excepcionalmente executadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados.



Pacto pela Saúde

7 Capítulo





**ESTÁ
NA LEI**

A partir do Pacto pela Saúde (Portaria 399/GM/MS, de 22/2/2006), o município se tornou o principal responsável pela saúde de sua população. O objetivo do Pacto é envolver gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS a fim de possibilitar o aperfeiçoamento e a melhoria contínua do sistema de saúde.

Se no município não houver todos os serviços de saúde, o gestor deve fazer um acordo, um pacto, com outros municípios de sua região, a fim de conseguir o acesso a esses serviços, para que a sua população não fique sem atendimento. O Pacto também deve ser negociado com os gestores estaduais. Todo estado deve apoiar financeira e tecnicamente (com processos de trabalho, com a habilidade de executar algo) os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da saúde dos seus habitantes.

De acordo com o Pacto pela Saúde:

- Todo município é responsável pela atenção integral à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade juntamente com o estado e a União.
- Todo estado deve responder, juntamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade (totalidade) da atenção à saúde da população.

No Pacto, ainda, foi reconhecido o dever de os gestores destinarem maior orçamento para o controle social. O controle social foi contemplado nesse documento por causa das dificuldades relatadas por muitos conselhos referentes à ausência de estrutura mínima para a realização de seu trabalho e ao desrespeito, por parte de muitos gestores, das deliberações dos conselhos.



ATENÇÃO

Existem gestores que, com o objetivo de dificultar a capacidade de decisão dos conselhos, tomam, dentre outras, as seguintes atitudes:

- *deixam de apoiar ações de capacitação de conselheiros;*
- *não destinam orçamento mínimo para a manutenção de uma sala com telefone, computador e outros equipamentos mínimos necessários ao funcionamento do conselho;*
- *negam veículos para ações de fiscalização.*

Tudo isso pode prejudicar o funcionamento do conselho e desestimular os conselheiros. Se isso acontecer, procure o Ministério Público e outros órgãos e entidades. Para saber mais sobre a quem recorrer, consulte o Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer - desta publicação.

Instâncias de Pactuação

Para continuar a explicar sobre o Pacto pela Saúde, é importante falar de instâncias de pactuação. Essas instâncias são espaços em que representantes de diversos segmentos (gestores, políticos, técnicos) podem planejar, negociar e entrar em acordo sobre como colocar em prática as políticas públicas na área da saúde. As instâncias de pactuação constroem o Pacto pela Saúde. São instâncias de pactuação:

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Esta comissão atua mais diretamente ligada à direção nacional do SUS. É composta de 15 membros, considerando a composição paritária, da seguinte forma:

- 5 membros indicados pelo Ministério da Saúde;
- 5 membros indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS);
- 5 membros indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Na Comissão Intergestores Tripartite, há um representante para cada uma das cinco regiões do país.

Comissões Intergestores Bipartites (CIB)

São comissões estaduais constituídas também de forma paritária por representantes do governo estadual e dos secretários municipais de saúde. Os representantes do governo estadual são indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e os representantes dos secretários municipais de saúde são indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, que é o Conselho de Secretários Municipais de Saúde dos estados (COSEMS).

Componentes do Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é estruturado em três linhas de pensamento (denominadas “dimensões”):

- **Pacto pela Vida:** nessa linha de pensamento, os gestores do SUS se comprometem orçamentária e financeiramente a alcançar resultados positivos em relação aos principais problemas de saúde em nível nacional, estadual, regional e municipal.



ATENÇÃO

Quando os estados e os municípios forem escolher suas prioridades, devem levar em consideração a realidade em que estão inseridos. Por esse motivo, não há obrigatoriedade de constar como uma prioridade no Pacto pela Vida ações que já fazem parte da realidade local e que funcionem bem (por exemplo, a vacinação). As prioridades devem ser escolhidas considerando também o que consta do Plano de Saúde.

- **Pacto em Defesa do SUS:** nessa linha de pensamento, são escolhidas prioridades para a execução de ações concretas e articuladas entre União, estados, DF e municípios, a fim de fortalecer o SUS como política de Estado mais do que como política de governos. Para isso, o Pacto menciona como necessária a mobilização social, envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.



O Pacto em Defesa do SUS nos remete à ideia de que o Sistema Único de Saúde não pode ser simplesmente associado a determinados gestores. O Sistema Único de Saúde deve ser tratado como política do Estado Brasileiro, ou seja, as ações do SUS não se acabam com a mudança dos governantes.

- **Pacto de Gestão:** de acordo com essa linha de pensamento, devem ser definidas diretrizes e responsabilidades de cada ente (União, estados, DF e municípios), de modo a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. O Pacto de Gestão pauta-se nos princípios de regionalização e descentralização do SUS. Por essa diretriz, ainda, são definidos os blocos de financiamento do SUS e, também, o controle social é reconhecido como importante para a própria estruturação do SUS.

A ideia por trás do Pacto de Gestão é acabar com as dúvidas dos gestores sobre quem tem a responsabilidade por determinada atribuição no SUS e, também, acabar com a situação em que atitudes deixam de ser tomadas porque ninguém quer assumir suas responsabilidades.

As prioridades e as metas pactuadas nas dimensões do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão devem estar coerentes com o Plano de Saúde e com a Programação Anual de Saúde, orientando a execução das ações de saúde de estados, DF e municípios ao longo de todo o ano.



Para conhecer mais sobre o Pacto pela Saúde e sobre os principais regulamentos que tratam do assunto, acesse os seguintes endereços do Ministério da Saúde na internet: www.saude.gov.br e http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021.

Termo de Compromisso de Gestão (TCG)

As prioridades do Pacto pela Saúde são apresentadas em forma de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais. De acordo com o Pacto pela Saúde, estado, DF e município assinam um Termo de Compromisso de Gestão (TCG), em que os gestores se comprometem

a assumir imediatamente ou gradualmente a gestão de todas as ações e serviços de saúde do município. O TCG deve ser elaborado de acordo com os Planos de Saúde das esferas de governo (União, estados e municípios).

Por meio do Termo de Compromisso de Gestão, os gestores do SUS se comprometem com o alcance de resultados relacionados, por exemplo, à redução da mortalidade infantil e materna, ao controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e à redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama.

Devem participar da elaboração do Termo de Compromisso de Gestão os trabalhadores e os usuários da saúde, devendo ser submetido à aprovação do conselho de saúde. O TCG irá, posteriormente, servir como instrumento de orientação das ações dos gestores de saúde para o alcance das metas e dos objetivos definidos como prioritários (mais urgentes).



No TCG, há um detalhamento das responsabilidades assumidas pelos entes federativos. Essas responsabilidades devem vir especificadas em formulário e em um sistema de informações chamado SISPACTO (Sistema do Pacto pela Saúde). O SISPACTO é um instrumento virtual (encontra-se em uma página da internet) para preenchimento e registro de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde. Por meio desse sistema, podem ser consultados os resultados alcançados no ano anterior e a proposta de meta para o ano em curso. Assim, o SISPACTO produz relatórios a partir dos dados ali inseridos por seus usuários via internet.

Você pode obter mais informações sobre esse sistema, seus principais normativos e sobre a forma de preenchimento dos formulários nos seguintes endereços:

<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>

http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/manual_federal.pdf



O Termo de Compromisso de Gestão deve ser aprovado na Comissão Intergestores Bipartite do estado. A partir dessa aprovação o gestor municipal passará a ter a gestão de todos os serviços em seu território.

ANEXOS



Anexo 1 - Órgãos e entidades a quem recorrer

Existem alguns órgãos e entidades aos quais o conselho de saúde pode recorrer a fim de obter ajuda, esclarecimentos e orientação. No entanto, é importante lembrar que, sempre antes de acionar quaisquer desses órgãos ou entidades, o conselho deve procurar a solução dos problemas junto à Secretaria de Saúde, aos prefeitos ou governadores, ao Poder Legislativo (Assembleias Legislativas ou Câmaras de Vereadores), e, ainda, conforme o caso, ao próprio Ministério da Saúde, dentre outros. Agindo assim, os problemas, muitas vezes, podem ser resolvidos com muito mais rapidez.

Órgãos de Controle

Tribunal de Contas da União

O Tribunal de Contas da União (TCU) é o órgão de controle externo que fiscaliza o gasto dos recursos públicos federais, ou seja, recursos provenientes da União. Recursos públicos são os bens e direitos que compõem o patrimônio público.

Assim, na hipótese de haver alguma irregularidade envolvendo recursos federais, repassados pela União ao município, o conselho deve denunciar ao TCU e solicitar que se investiguem os fatos.



Veja mais informações no Anexo 2 – O Que Não Pode Faltar em uma Denúncia.

Controladoria Geral da União (CGU)

A Controladoria Geral da União (CGU) é um órgão federal de controle interno. Diz-se que a CGU é órgão de controle interno porque ela faz parte do Poder Executivo e, ao mesmo tempo, o fiscaliza.

A CGU examina a aplicação dos recursos federais repassados pela União aos municípios. Assim, a Controladoria recebe denúncias envolvendo irregularidades no uso de recursos federais repassados aos municípios. O sítio eletrônico da CGU (www.cgu.gov.br) dá instruções sobre como apresentar uma denúncia. Informa que as denúncias à CGU podem ser apresentadas mediante o preenchimento do formulário disponível no *site* ou por correspondência, enviada para o endereço indicado também no sítio.

A CGU promove cursos de educação presencial e de educação a distância e distribui material didático para auxiliar organizações e cidadãos a exercer o controle social.

Para solicitar cursos ou material didático, o conselho deve entrar em contato com a regional estadual da CGU, presente em todas as capitais de estado.

Tribunal de Contas Estadual e dos Municípios

O Tribunal de Contas Estadual é o órgão de controle externo da gestão dos recursos públicos estaduais e municipais.

Alguns estados (CE, PA, GO, BA) possuem, além do Tribunal de Contas Estadual, que controla os recursos estaduais, um Tribunal de Contas dos Municípios, que tem a função de fiscalizar o gasto do dinheiro dos municípios que compõem o estado.

As cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo possuem, cada uma, um Tribunal de Contas Municipal, que fiscaliza os recursos públicos desses dois municípios.

Assim, quaisquer irregularidades que envolvam recursos públicos estaduais ou municipais devem ser levadas ao conhecimento do Tribunal de Contas do Estado ou do Município correspondente.

Os Tribunais de Contas Estaduais e Municipais são acionados por meio de denúncia

Ministério Público Estadual – Promotoria de Justiça da Comarca

O Ministério Público (MP) pode ser acionado em caso de descumprimento, por parte dos gestores locais da saúde, da legislação relacionada ao SUS, ao financiamento da saúde ou aos conselhos de saúde.

Em caso de suspeita de desvios de verbas destinadas à saúde, o conselho também pode denunciar ao MP, mas, para isso, necessita apresentar algumas provas que demonstrem que a denúncia tem fundamento.

Em muitos municípios, o Ministério Público tem sido o principal parceiro do conselho de saúde para fazer valer suas atribuições previstas na lei e também para garantir que os gestores locais cumpram a legislação relacionada à saúde municipal.

Órgãos, entidades e outros a quem recorrer para orientações e apoio

Ministério da Saúde

Dentro da estrutura do Ministério da Saúde há a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). A SGEP tem como atribuições formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer a participação social.

A SGEP é a área no Ministério da Saúde responsável por apoiar o processo de controle social do SUS e por contribuir para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa tem algumas iniciativas para a capacitação de conselheiros de saúde como programas de educação continuada e publicações sobre o SUS para conselheiros de saúde.

Uma parceria recente da SGEP com o Conselho Nacional de Saúde é o programa de inclusão digital dos conselhos de saúde. O programa tem como objetivo contribuir para que os conselheiros tenham acesso a informações e adquiram habilidades para comunicação digital indispensáveis ao exercício do controle social. O programa prevê três componentes: aquisição de equipamentos, conectividade e formação de conselheiros.

Em relação aos equipamentos, a SGEP tem como meta distribuir computadores, TVs, DVDs e antenas parabólicas a todos os conselhos de saúde. Além disso, a SGEP está desenvolvendo parcerias para garantir que todos os conselhos tenham acesso à internet.

Está ainda articulando com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a realização de cursos básicos de informática aos conselheiros estaduais e municipais de saúde, por meio dos DATASUS Regionais, em parceria com os conselhos estaduais de saúde.

Os conselheiros estaduais de saúde já estão sendo capacitados e, quando todos os conselhos municipais estiverem equipados, a SGEP planeja realizar capacitações a distância para os conselheiros municipais de saúde.

Além disso, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) promove, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a realização das conferências de saúde e das plenárias dos conselhos de saúde.

A Conferência de Saúde ocorre anualmente e tem como objetivo promover o intercâmbio entre os conselhos municipais, estaduais e o conselho nacional, bem como contribuir para o fortalecimento do SUS e do controle social.

Mais informações no sítio eletrônico do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) ou no endereço e telefones a seguir:

**Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Esplanada dos Ministérios - Ministério da Saúde
Bloco G Edifício Sede - 4º andar
70058-900, Brasília-DF
Tel.: (61) 3315-3616/3326
Fax: (61) 3322-8377
E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br**

Câmara Municipal/Assembleia Legislativa

As Câmaras Municipais e as Assembleias Legislativas fiscalizam, respectivamente, prefeituras e os governos estaduais.

Qualquer cidadão pode fazer uma denúncia à Câmara Municipal. Dependendo da relevância das provas apresentadas, pode-se solicitar a abertura de Comissão Especial de Investigação (CEI) para investigar fatos que envolvam, por exemplo, desvio de recursos públicos.

Após a apuração da denúncia, a Câmara ou Assembleia pode até afastar gestores (prefeitos, governadores, secretários etc.) envolvidos em corrupção. É só por meio de mobilização competente perante os vereadores, nas Câmaras Municipais, ou deputados estaduais, nas Assembleias Legislativas, que os conselhos de saúde conseguirão ter sua composição e atribuições previstas em lei.

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) possui forte atuação em âmbito nacional e larga experiência na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

Um dos objetivos do CNS é fortalecer a participação e o controle social no SUS. Por essa razão, o CNS pode ser uma importante fonte de consulta e intercâmbio de informações e experiências para os conselhos de saúde estaduais e municipais.

O CNS disponibiliza, em seu sítio eletrônico, publicações tais como informativos, jornais e livros. Além disso, organiza, junto com o Ministério da Saúde, as plenárias dos conselhos de saúde e o Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde.

Outro evento do CNS em curso é a Caravana em Defesa do SUS, que tem discutido os problemas e os avanços do SUS em cada unidade da federação.

O sítio eletrônico do CNS é <http://conselho.saude.gov.br>. Além da visita ao sítio eletrônico, pode-se contatar o CNS por correio eletrônico (comunicacns@saude.gov.br) ou por telefone ((61) 3315-2150 ou (61) 3315-2151).

Conselhos Estaduais de Saúde

Os conselhos estaduais de saúde de muitos estados têm exercido importante papel na capacitação dos conselheiros municipais e no apoio à estruturação e funcionamento dos conselhos municipais de saúde.

Os conselhos estaduais dos estados do Ceará, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, São Paulo e Goiás, por exemplo, organizam cursos de capacitação, fornecem material de apoio e atendem às necessidades de orientação dos conselhos municipais de saúde.

Desenvolver uma parceria com o conselho estadual de saúde pode ser, portanto, muito vantajoso para o amadurecimento dos conselhos municipais.

ONGs (Organizações Não Governamentais) e Outras Entidades

ONGs e outras associações da comunidade podem auxiliar o conselho a exercer suas atividades. Essas organizações associativas podem contribuir com sua experiência na área em que atuam. Podem ser, portanto, uma fonte de consulta e capacitação para os conselheiros.

Algumas ONGs e associações têm atuação nacional como, por exemplo, o Instituto de Cidadania Fiscal (ICF). O ICF congrega a rede de Observatórios Sociais, realiza, nos municípios, um importante trabalho de controle social e do gasto dos recursos públicos. Esse Instituto oferece capacitações técnicas para conselhos municipais. Mais informações sobre o assunto podem ser encontradas no sítio eletrônico www.cidadaniafiscal.com.br.

A ONG Amarribo (Amigos Associados de Ribeirão Bonito) liderou um movimento bem-sucedido, em seu município, para acabar com a corrupção no governo municipal e hoje divulga sua experiência para auxiliar outras associações, em todo o Brasil, a se organizar e seguir seu exemplo. Mais informações sobre o assunto podem ser encontradas no sítio eletrônico www.amarribo.org.br.

O Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) tem o objetivo de formar lideranças sociais para o monitoramento e controle do orçamento público. Mais informações sobre o assunto podem ser encontradas no sítio eletrônico www.inesc.org.br.

A ONG Instituto de Fiscalização e Controle (IFC) foi criada para incentivar e fortalecer a ação de fiscalização e controle dos gastos dos recursos públicos. O IFC tem como principal projeto o “Adote um Município”, que fornece apoio para que ONGs nos municípios brasileiros possam realizar o trabalho de fiscalização da utilização dos recursos públicos. Mais informações sobre esse assunto podem ser encontradas no sítio eletrônico www.adoteummunicipio.org.br.

Como essas, há várias outras ONGs e associações no Brasil que exercem de fato o controle social e que podem ser parceiras dos conselhos de saúde no controle da saúde estadual e municipal.

Além disso, podem ser mencionadas entidades como o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), bastante atuantes no sentido de promover o aprimoramento do controle social por meio de ações de capacitação. Essas entidades publicam vários materiais sobre o SUS, sobre a gestão e financiamento da saúde e outros temas de interesse dos conselhos de saúde.

Universidades

As parcerias com universidades podem ser muito interessantes para os conselhos de saúde. As universidades são fontes de importantes conhecimentos, muitos deles relacionados à área de atuação do conselho.

Assim, os conselhos de saúde podem, por exemplo, formar parcerias com as universidades para a organização de cursos de capacitação de conselheiros.

Os conselheiros podem, ainda, buscar auxílio em uma faculdade de contabilidade para analisar o Relatório de Gestão.

Conselhos Regionais de Contabilidade

Em todos os estados há um Conselho Regional de Contabilidade. Esses conselhos congregam todos os profissionais de contabilidade do seu respectivo estado.

Os conselhos de contabilidade podem ser parceiros do conselho de saúde e prestar auxílio aos conselheiros para a análise do Relatório de Gestão.

Além disso, o conselho pode procurar profissionais de contabilidade de seu município, explicar o importante trabalho que realiza no controle da saúde municipal e solicitar auxílio. Muitas pessoas têm vontade de realizar algum trabalho voluntário em prol da comunidade, mas não sabem como fazer. Ajudar os conselheiros a analisar um Relatório de Gestão pode ser uma excelente oportunidade de trabalhar como voluntário e significativa experiência de trabalho.

Conselhos Municipais de Saúde Referências

Para a elaboração desta publicação, foram consultados, em 2009, representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Ministério da Saúde, da Organização Não Governamental Instituto de Fiscalização e Controle (IFC) e de alguns conselhos estaduais de saúde, a fim de que fossem obtidas indicações de conselhos de saúde que se destacassem por sua atuação reconhecidamente diferenciada no exercício do controle social em cada uma das regiões do país. No entanto, não se pode deixar de ressaltar que, em virtude da renovação periódica dos seus membros, pode ser que determinado conselho tido como referência em 2009 não o seja mais nos anos seguintes.

Os conselhos indicados foram considerados referência, no ano de 2009, por apresentarem alto nível de amadurecimento e realizarem excelente trabalho no controle da saúde municipal.

Esses conselhos podem, portanto, compartilhar sua experiência e suas boas práticas com outros conselhos estaduais e municipais de saúde. Esses, por sua vez, podem obter valiosas informações e conhecimentos dos conselhos referência.

A seguir, estão listados todos os conselhos citados pelos órgãos e organizações consultadas:

REGIÃO	Conselho /UF
Sudeste	Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG
	Conselho Municipal de Saúde de Pará de Minas/MG
	Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros/MG
	Conselho Municipal de Saúde de Areal/RJ
	Conselho Municipal de Saúde de São José do Rio Preto/SP
Sul	Conselho Municipal de Saúde de Maringá/PR
	Conselho Municipal de Saúde de Gravataí/RS
	Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - Porto Alegre/RS
	Conselho Municipal de Saúde de Matelândia/PR
Nordeste	Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Fortaleza/CE
	Conselho Municipal de Saúde de Quixadá/CE
	Conselho Municipal de Saúde de Amargosa/BA
	Conselho Municipal de Saúde de Mossoró/RN
	Conselho Municipal de Saúde de Recife/PE
Norte	Conselho Municipal de Saúde de Santarém/PA
	Conselho Municipal de Saúde de Borba/AM
	Conselho Municipal de Saúde de Plácido de Castro/AC
Centro-Oeste	Conselho Municipal de Saúde de Sidrolândia/MS
	Conselho Municipal de Saúde de Naviraí/MS



Anexo 2 – O Que Não Pode Faltar em uma Denúncia

Os Tribunais de Contas, de modo geral, são acionados por meio de denúncias. Nada impede que os tribunais de contas estaduais ou municipais recebam a denúncia. Quando o caso que der origem à denúncia envolver dinheiro federal, a denúncia deve ser feita ao Tribunal de Contas da União, que possui unidades em cada um dos estados do Brasil.

A denúncia poderá ser feita diretamente ao TCU em Brasília ou nas Secretarias do TCU localizadas nos Estados. As denúncias podem ser feitas pessoalmente ou por meio do envio de correspondência com aviso de recebimento (AR). Em caso de urgência, a denúncia poderá ser encaminhada ao TCU por telegrama, fac-símile (fax) ou outro meio eletrônico, sempre com confirmação de recebimento e posterior remessa da documentação original em 10 (dez) dias, contados a partir da data da confirmação do recebimento.

A denúncia será dirigida ao Ministro-Presidente do Tribunal de Contas da União. Deverá conter relato detalhado dos fatos irregulares com o maior número possível de informações e de documentos (quando houver), de modo a possibilitar ao Tribunal os elementos mínimos necessários à realização do trabalho de fiscalização.

Quem pode denunciar ao TCU?

Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o TCU.

O que não pode faltar na denúncia?

Para se encaminhar denúncia ao Tribunal de Contas da União, é necessário que se observe atentamente alguns requisitos obrigatórios, sem os quais o Tribunal não dará prosseguimento à apreciação da denúncia. Esses requisitos são os seguintes:

A matéria deve referir-se a administrador ou responsável sujeito à jurisdição do TCU (que administre ou seja responsável, de alguma forma, por dinheiro federal).

- A denúncia deve ser redigida em linguagem clara e objetiva.
- A denúncia deve conter o nome legível do denunciante, sua qualificação e endereço.
- Toda denúncia deve estar acompanhada de indício relacionado à irregularidade ou ilegalidade denunciada.

A fim de resguardar os direitos e as garantias individuais, o TCU dará tratamento sigiloso às denúncias, até a decisão definitiva sobre a matéria. Após a decisão definitiva, o sigilo não mais será assegurado.

O denunciante não estará sujeito a nenhuma sanção administrativa, cível ou penal em decorrência da denúncia, exceto se for comprovada a má-fé do denunciante.

Além da denúncia, é possível comunicar uma irregularidade envolvendo recursos federais para a Ouvidoria da TCU. Basta encaminhar relato detalhado dos fatos irregulares mediante o preenchimento do formulário eletrônico disponível no Portal do TCU (www.tcu.gov.br) ou por intermédio da central telefônica de atendimentos (0800-6441500). A comunicação pode também ser feita pessoalmente, mediante atendimento previamente agendado, ou enviada por meio dos correios para o endereço SAFS, Quadra 04, Lote 1, Edifício Sede - Sala 106, Brasília-DF, CEP 70042-900.

Nas comunicações à Ouvidoria do TCU, o manifestante terá sigilo assegurado em relação aos seus dados pessoais e receberá da Ouvidoria o número do registro para que possa acompanhar sua manifestação. Receberá também informações quanto a ações adotadas.



Anexo 3 – Carta dos Direitos dos Usuários do SUS

Em 2006, foi publicada, pelo governo federal, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, documento cujo objetivo é tornar claro aos cidadãos os seus direitos em relação à saúde e, a partir dessa conscientização, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Os princípios mencionados na carta são os seguintes:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde:

- I. o acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia;
- II. nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema;
- III. em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo;
- IV. o encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda;
- V. quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio;
- VI. as informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social;
- VII. o acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva; e
- VIII. a garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente às pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.

Assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

- I. atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde;
- II. informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:
 - a) hipóteses diagnósticas;
 - b) diagnósticos confirmados;
 - c) exames solicitados;
 - d) objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;
 - e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
 - f) duração prevista do tratamento proposto;
 - g) no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
 - h) finalidade dos materiais coletados para exames;
 - i) evolução provável do problema de saúde;
 - j) informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário;
- III. registro em seu prontuário, entre outras, das seguintes informações, de modo legível e atualizado:
 - a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de enfermagem e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;
 - b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
 - c) identificação do responsável pelas anotações.
- IV. o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

- V. o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:
 - a) o nome genérico das substâncias prescritas;
 - b) clara indicação da posologia e dosagem;
 - c) escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;
 - d) textos sem códigos ou abreviaturas;
 - e) o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
 - f) a assinatura do profissional e data.

- VI. o acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial;

- VII. encaminhamentos para outras unidades de saúde, observando:
 - a) caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;
 - b) resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
 - c) a não utilização de códigos ou abreviaturas;
 - d) nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado; e
 - e) identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação

Assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

- I. a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

- II. profissionais que se responsabilizam por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção;

- III. nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e interações, o respeito a:
 - a) integridade física;
 - b) privacidade e conforto;
 - c) individualidade;

- d) seus valores éticos, culturais e religiosos;
 - e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
 - f) segurança do procedimento;
 - g) bem-estar psíquico e emocional.
- IV. o direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;
- V. se criança ou adolescente, em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação;
- VI. a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;
- VII. a opção pelo local de morte; e
- VIII. o recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário.

4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos

Assegura o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

- I. escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação, e ter sido informado pela operadora da existência e disponibilidade do plano referência;
- II. o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública;
- III. acesso a qualquer momento, o paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência;
- IV. recebimento de laudo médico, quando solicitar;
- V. consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública;

- VI. o consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais;
- VII. não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados;
- VIII. a indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;
- IX. receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social;
- X. ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento;
- XI. ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação.
- XII. saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço;
- XIII. ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade; e
- XIV. participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada

Assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada. Todo cidadão deve se comprometer a:

- I. prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações, sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde;
- II. manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas;
- III. seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico;

- IV. informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde;
- V. assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde;
- VI. contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo, derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente;
- VII. adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde;
- VIII. ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder;
- IX. observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta declaração;
- X. atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento;
- XI. comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados; e
- XII. participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos

Assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

- I. promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação;
- II. adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta declaração, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada;
- III. incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS;

- IV. promover atualizações necessárias nos regimentos e/ou estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta declaração; e
- V. adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde.

Na Carta de Direitos dos Usuários do SUS, ainda, são citadas as seguintes responsabilidades de cada esfera de governo pela gestão do Sistema Único de Saúde, conforme a Lei 8.080/1990:

Responsabilidades dos Governos Municipais e do Distrito Federal:

- 1) Gerenciar e executar os serviços públicos de saúde.
- 2) Celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução.
- 3) Participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual.
- 4) Executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.
- 5) Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.
- 6) Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução.
- 7) Participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos.

Responsabilidades dos Governos Estaduais e do Distrito Federal:

- 1) Acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS.
- 2) Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios.
- 3) Executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria.
- 4) Gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional.

- 5) Acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade.
- 6) Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal.
- 7) Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador.
- 8) Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios.
- 9) Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

Responsabilidades do Governo Federal:

- 1) Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal.
- 2) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.
- 3) Formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde.
- 4) Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica.
- 5) Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios.
- 6) Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo.
- 7) Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios.
- 8) Participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho.
- 9) Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde.
- 10) Auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

Anexo 4 - Organizando Conferências de Saúde

A seguir, encontram-se reproduzidas orientações do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre a organização de conferências de saúde (BRASIL, 2009b, p. 11-16).

Ocorrendo a decisão política de realização da conferência, o conselho deve discutir com o secretário de saúde sobre sua organização, lembrando que a responsabilidade de sua execução é do gestor.

Após a sensibilização dos atores municipais, é preciso que o conselho de saúde eleja a comissão organizadora que definirá os seguintes aspectos:

- **Data e local do evento:**

A data do evento deve ser definida com antecedência mínima de um mês. Para escolha do local deve-se levar em conta a capacidade financeira da secretaria de saúde e o número de participantes.

- **Número de Delegados:**

O número de delegados deve ser o mais representativo possível. Toma-se por base o número de instituições e associações dos usuários para propor o número de delegados. Caso não existam associações, a realização de pré-conferências é uma boa alternativa para eleição dos delegados. Os delegados eleitos pelos usuários representam 50% do total, os demais delegados são assim distribuídos: profissionais da saúde (1/3), governo (1/3) e prestadores de serviço ao SUS o terço restante.

- **Definição dos temas da Conferência (temário):**

O tema principal e os subtemas ou eixos a serem definidos devem estar relacionados aos problemas e às propostas relativas ao sistema de saúde no município.

- **Palestrantes:**

Podem ser convidadas pessoas de fora da cidade, desde que elas possuam conhecimento da realidade local e tenham facilidade para falar para grupos diferentes. É importante privilegiar também as pessoas da comunidade, e aproveitar as experiências do município. É bom que se reserve tempo para um momento expositivo de peritos, pois pode ser esclarecedor e informativo. Contudo, o momento expositivo dos peritos não pode ser o foco da conferência.

- **Pré-conferências:**

As pré-conferências são espaços que permitem maior divulgação da conferência. Podem ser realizadas pré-conferências com diversas outras finalidades, tais como:

- » eleger delegados para a Conferência de Saúde;
- » levantar os problemas de saúde nos espaços mais próximos à população proporcionando a participação de comunidades isoladas;
- » levantar dados primários para elaborar as diretrizes da política de saúde.

Devem ser realizadas por volta de dois meses antes da Conferência.

- **Despesas com a Conferência:**

Deve ser definida qual a fonte e qual o valor dos recursos a serem gastos com a Conferência. Contudo, esta definição, ou recursos disponíveis, não deve ser fator limitador da qualidade do evento. Se os recursos são insuficientes, pode-se buscar parcerias para assegurar qualidade ao evento. Além de prover novas fontes de recurso, o estabelecimento de parcerias é sempre interessante para envolver a sociedade.

- **Participantes:**

Definir quantas pessoas, além dos delegados, participarão do evento. Os convidados são autoridades locais, secretários de saúde da região e palestrantes e os demais participantes são: trabalhadores da saúde e de outras secretarias, suplentes de delegados e demais pessoas de outras instituições que podem participar na qualidade de observadores, ou seja, sem direito a voz ou voto. Deve-se estar atento à capacidade física do local e à estrutura de apoio oferecida, como, por exemplo, refeições e transporte.

- **Documentos a serem Elaborados:**

- » Decreto de Convocação – assinado pelo prefeito, o Decreto de Convocação tem por finalidade convocar legalmente a conferência. Deve ser publicado de acordo com os trâmites legais do município, no mínimo, um mês antes da conferência.
- » Portarias – têm por finalidade publicar as decisões do conselho e as normas de organização e funcionamento da conferência. Podem ser expedidas uma ou mais portarias. A primeira portaria nomeia a comissão organizadora, delimita suas funções e expede normas de funcionamento da conferência e das pré-conferências.
- » Regimento da Conferência – O regimento deve ser elaborado antes da conferência e aprovado pelo conselho municipal de saúde. Sua função é apresentar o processo organizativo da conferência, definir o papel dos delegados e regulamentar a realização da Plenária Final. Os delegados só podem alterar o regimento para definir ou resolver questões omissas surgidas durante a realização da conferência. Identificada a necessidade de mudança no regimento interno, as propostas de mudança devem ser propostas pelos grupos e pela Assembleia Final, e só poderão entrar em vigor, se forem legais, numa próxima conferência. O regimento tem por obrigação considerar decisões das conferências anteriores para incrementá-las.

- **Convites e Ofícios**

Os convites e os ofícios devem ser elaborados dentro das normas técnicas de documentos oficiais e suas cópias devem conter ciência do destinatário e ser arquivadas.

- **Programação:**

Depois da definição do período de realização, da duração e dos temas e subtemas ou eixos, do tempo de apresentação de cada palestrante, dos trabalhos de grupo, deve-se elaborar o programa final do evento. A programação final da Conferência deve conter as seguintes informações:

- » Horário de credenciamento e entrega de material
- » Abertura (considerando atrasos)

- » Duração de cada mesa redonda ou conferência
- » Tempo para debate
- » Intervalos para lanche e almoço
- » Duração dos trabalhos de grupo
- » Duração da plenária final

OBS: Temos que aprender e ensinar que os horários estabelecidos em consenso devem ser cumpridos. Caso contrário, a falta de compromisso de alguns e a pressão de outros levará a perda de tempo ao se discutirem detalhes, prejudicando o debate de temas mais centrais. Outro prejuízo da inobservância rigorosa do cumprimento de horários é a prorrogação da conferência até a madrugada, impedindo que muitos permaneçam devido ao grande desgaste físico e em função de outros compromissos assumidos, terminando com um número reduzido de pessoas que não é representativo e tampouco democrático.

- **Material de divulgação:**

Envolver todos os atores nesta tarefa, para que divulguem a Conferência de Saúde em seus respectivos segmentos e em todos os espaços da cidade.

Devem ser elaborados painéis sobre as ações da Secretaria de Saúde e de outros setores afins, para serem expostos. Estes painéis podem ser sobre: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Saúde Mental/Centro de Apoio Psico-Social (CAPS), Saúde da Mulher, DST/AIDS, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Saúde da Criança, entre outras políticas locais de saúde. Os painéis devem apresentar de forma clara, os resultados alcançados (indicadores, taxas, índices etc.), se possível demonstrando série histórica, pois têm como finalidade expor e divulgar as ações da Administração Municipal.

- **Crachás:**

É aconselhável diferenciar os crachás dos delegados dos demais participantes. Os crachás dos delegados podem ser confeccionados com cor diferente do crachá dos demais participantes. Essa diferenciação nos crachás facilita a identificação dos delegados na hora da contagem dos votos.

- **Instalação da Conferência:**

Neste momento é preciso garantir os princípios da paridade e a qualidade das atividades propostas.

» Credenciamento:

- 1. Delegados:** Caso os delegados se inscrevam antes, levar a lista com os nomes só para ser assinado. Caso esta inscrição não se dê previamente, levar listas com cabeçalhos prontos, em folhas separadas por segmento - usuário, trabalhador, gestor e prestador.
- 2. Participantes/Observadores:** assinam uma lista em separado no momento do credenciamento.

- **Trabalhos de Grupo**

Têm por objetivo sintetizar os problemas levantados e formular propostas sobre a política municipal de saúde para um período determinado previamente no regimento da Conferência. Os trabalhos de grupo devem ser organizados conforme o tempo disponível para

isso. Os temas a serem discutidos nos grupos devem estar relacionados ao tema central e subtemas ou eixos da conferência.

Para facilitar a condução dos trabalhos, é necessário que a comissão organizadora indique um relator para cada grupo. O relator apresentará o relatório do grupo na plenária final. Poderá ser escolhido, pelo próprio grupo, um coordenador para atuar como mediador, garantindo a participação de todos e a observância do tempo de fala dos integrantes do grupo.

É interessante que os relatos sejam reunidos antecipadamente e que se prepare um roteiro de discussão sobre o tema ou perguntas norteadoras do debate.

- **Plenária Final:**

A plenária final tem por finalidade aprovar as propostas apresentadas. Quando a conferência tiver como uma de suas finalidades a eleição de delegados para a etapa estadual, deve ser reservado um espaço de tempo para isso. O número de delegados de cada município é estabelecido pelo conselho nacional ou conselho estadual de saúde.

Todo o processo de conclusão da plenária final deve estar no regimento. Antes do seu início as regras devem ser apresentadas aos delegados e caso surjam conflitos devem ser negociados.

Para facilitar o processo de contagem dos votos, além da cor diferente dos crachás os delegados devem sentar-se em local separado dos demais.

- **Relatório Final:**

É um documento que registra as decisões da conferência. O relatório final deve ser amplamente divulgado no município. Deve-se encaminhar cópia do relatório final para o conselho estadual de saúde. É importante que as instituições que participaram da conferência recebam uma cópia do relatório.

O relatório final deve apresentar as principais discussões da conferência e detalhar as propostas apresentadas pelos diversos grupos.

Alguns pontos que devem conter no relatório final:

- » Introdução – aspectos gerais de organização da conferência e metodologia.
- » Resumos dos temas, subtemas ou eixos apresentados – não é preciso descrever a fala de todos os palestrantes e sim o resumo. É bom pedir a cada palestrante uma síntese da sua apresentação.
- » Propostas - devem ser anexadas todas as propostas apresentadas pelos grupos e organizadas por temas específicos;
- » Encaminhamentos e Propostas Aprovadas - deverão compor o escopo da política municipal de saúde.
- » Conclusão – apresenta uma avaliação geral da conferência.

Quando forem eleitos os delegados para a conferência estadual, anexar nomes e seus respectivos segmentos e entidades representadas.

Anexo 5 – Fontes de Financiamento da Saúde

Nos estados, os recursos para serem aplicados em saúde vêm das seguintes fontes (BRASIL, 2003a, p. 22):

- I. Dos impostos estaduais (ICMS, IPVA e ITCMD – Imposto sobre transmissão *causa mortis* e doação de quaisquer bens ou direitos;
- II. De transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do IPI Exportação, transferências da Lei Complementar 87/96 – Lei Kandir.
- III. Do imposto de renda retido na fonte;
- IV. De outras receitas correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de impostos;
- V. Desse total de receitas, devem ser subtraídas as seguintes parcelas: 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPI Exportação.

Então, para sabermos quanto o estado deve aplicar na saúde, temos que fazer o seguinte cálculo:

Soma (+)

- I. receitas dos impostos estaduais
- II. receitas de transferências da União
- III. receita do Imposto de Renda Retido na Fonte
- IV. outras receitas correntes

Menos (-)

- V. transferências constitucionais e legais aos municípios

O resultado, ao final, deve ser multiplicado por 0,12:

$$\text{Total de gastos vinculados à saúde no estado} = (I+II+III+IV-V) \times 0,12$$

Nos municípios, os recursos para serem aplicados em saúde vêm das seguintes fontes:

- A. Dos impostos municipais: ISS (Imposto sobre Serviços), IPTU (Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana), ITBI (Imposto sobre Transmissão de Bens imóveis);
- B. De transferências oriundas da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota-parte do ITR (Imposto Territorial Rural) e transferências da Lei Complementar 87/96 – Lei Kandir.
- C. Do imposto de renda retido na fonte;

- D. De transferências do estado: cota-parte do ICMS, cota-parte do IPVA e cota-parte do IPI Exportação.
- E. De outras receitas correntes: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos.

Então, para sabermos quanto o estado deve aplicar na saúde, temos que fazer o seguinte cálculo:

Soma (+)

- VI. receitas dos impostos estaduais
- VII. receitas de transferências da União
- VIII. receita do Imposto de Renda Retido na Fonte
- IX. outras receitas correntes

O resultado, ao final, deve ser multiplicado por 0,15:

Total de gastos vinculados à saúde no município = (VI+VII+VIII+IX) x 0,15

No caso do DF, os gastos em saúde são calculados a partir da soma dos gastos estaduais e dos municipais:

Total de gastos vinculados à saúde no DF = (I+II+III+IV) x 0,12 + (VI+VII+VIII+IX) x 0,15



Anexo 6 – Blocos de Financiamento do SUS

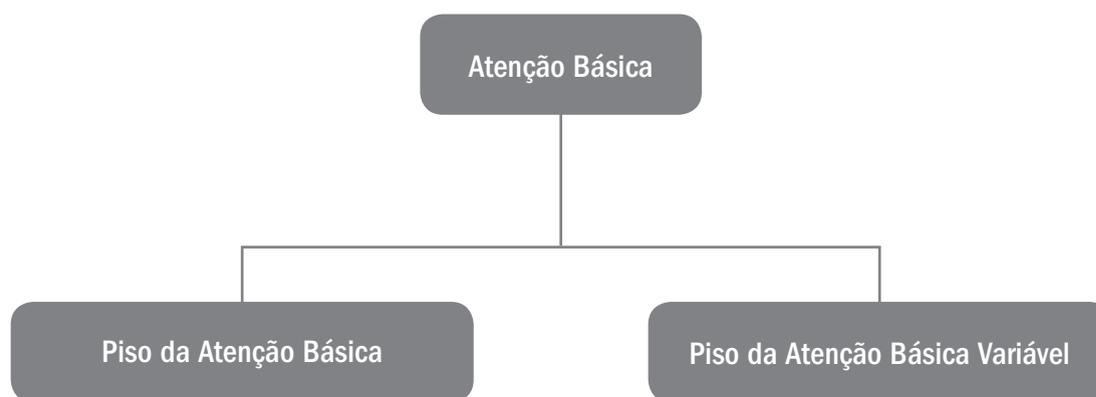
Existem 5 blocos de financiamento:

1º) Bloco da Atenção básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal). No caso do dinheiro federal, este deve compor o bloco da atenção básica a partir de 2 componentes:

- **Piso da Atenção Básica:** é o dinheiro que se destina a cobrir os custos das ações de atenção básica à saúde, transferidos a cada mês, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. O piso da atenção básica é calculado com base no total da população de determinado ente (DF, estado ou município).
- **Piso da Atenção Básica Variável:** é o dinheiro que se destina a cobrir os custos de ações específicas de atenção básica à saúde, tais como:
 - » Saúde da Família;
 - » Agentes Comunitários de Saúde;
 - » Saúde Bucal;
 - » Compensação de especificidades regionais;
 - » Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas;
 - » Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário.

No caso da Atenção Básica Variável, os recursos (valores financeiros) serão transferidos ao município que aderir e colocar em prática as estratégias específicas a que se destinam esses recursos. A utilização desses recursos deve estar bem definida no Plano Municipal de Saúde.



2º) Bloco da Atenção de Média e de Alta Complexidade

O dinheiro para financiamento da atenção de média e de alta complexidade compõe o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, que é o “teto” de quanto esses entes podem gastar nesse tipo de ação.

Existe, ainda, o **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)**, que representa um dinheiro que pode ser incorporado ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos estados e dos municípios a partir de um pacto assinado pelos gestores.

Esse **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação** destina-se a cobrir, basicamente, os custos dos seguintes procedimentos:

- » Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;
- » Transplantes;
- » Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;
- » Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem relação com a tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação à Média e à Alta Complexidade.

3º) Bloco Vigilância em Saúde

O dinheiro para as ações de Vigilância em Saúde deve fazer parte do Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal. O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois itens: **o componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde** e **o componente da Vigilância Sanitária em Saúde**.

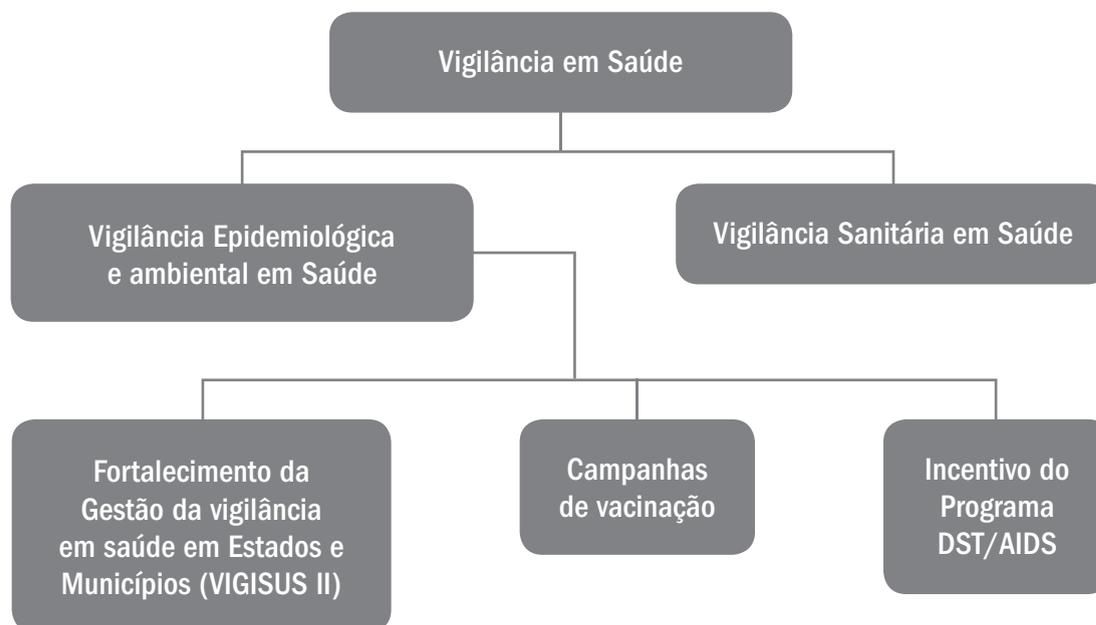


Esse bloco de financiamento é importante porque nos permite enxergar o dinheiro que é aplicado em ações, por exemplo, de combate à dengue, em campanhas de vacinação e outros que impactam diretamente a qualidade de vida das pessoas.

O Limite Financeiro de Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais. O valor da transferência mensal para cada um dos estados, municípios e Distrito Federal e, também, o Limite Financeiro para cada um deles será estabelecido em portaria específica. Tal portaria deve detalhar os diferentes componentes que fazem parte dos limites, com memórias de cálculo anexas.

Comporão, ainda, o bloco do financiamento da Vigilância em Saúde – Sub-bloco Vigilância Epidemiológica, os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:

- » Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II);
- » Campanhas de Vacinação;
- » Incentivo do Programa DST/AIDS.



4º) Bloco Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos gestores do SUS na União, nos estados, no DF e nos municípios. Este bloco de financiamento agrega tanto a aquisição de medicamentos e insumos quanto a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias.



O bloco Assistência Farmacêutica nos permite enxergar como o dinheiro está sendo aplicado para a compra e distribuição de medicamentos.

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes: **Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional.**

- **Componente Básico da Assistência Farmacêutica** – consiste no dinheiro para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para doenças e programas de saúde específicos que fizerem parte da rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS (nível nacional, estadual e local).

O Componente Básico é composto de uma parte fixa e de uma parte variável.

- » Parte Fixa: valor com base per capita (por pessoa) para ações de assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido aos municípios, Distrito Federal e estados, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios (os estados e municípios devem contribuir também com recursos dos seus próprios orçamentos).
 - » Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes (exceto insulina); Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação nas CIB, à medida que o município implementar e organizar os serviços previstos pelos Programas específicos.
- **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica** – consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos. O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde. O componente estratégico de assistência farmacêutica reúne os seguintes itens ou programas:
 - » controle de endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
 - » Programa de DST/AIDS (antirretrovirais);
 - » Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;
 - » Imunobiológicos;
 - » Insulina.



O sub-bloco Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica envolve a compra e o fornecimento de medicamentos fundamentais para tratar de questões bastante sensíveis. Entre essas doenças incluem-se, por exemplo, doenças do sangue (como hemofilias), tuberculose, malária, doença de Chagas, e doenças sexualmente transmissíveis. Por isso é importante que você, conselheiro, conheça este assunto.

- **Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional** – consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional. Os medicamentos de dispensação excepcional são os empregados para tratar de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).



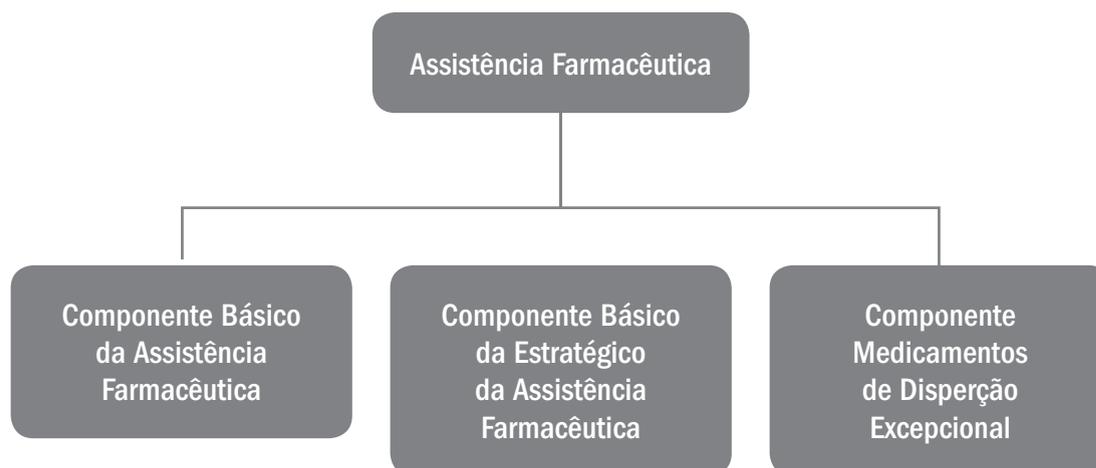
Os medicamentos de dispensação excepcional são, geralmente, aqueles indicados para uso contínuo e que custam muito caro (medicamentos de alto custo). Esses medicamentos são usados no tratamento de doenças crônicas e raras (exemplo: artrite reumatóide, Doença de Gaucher, Doença de Parkinson, Alzheimer, Hepatites B e C, doenças renais crônicas, pacientes transplantados, portadores de asma grave, anemia etc.). Esses medicamentos são colocados à disposição dos usuários do SUS em farmácias específicas. Por representarem custo elevado, sua dispensação obedece a regras e critérios específicos. Para conhecer mais sobre esse assunto, acesse os seguintes endereços do Ministério da Saúde na internet:

- www.saude.gov.br, e
- http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1000.

O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) é um sistema que permite aos gestores estaduais e municipais de saúde cadastrar e controlar o orçamento, além de permitir o controle e o cálculo dos serviços ambulatoriais produzidos. As informações desse Sistema são requisitos para o repasse de dinheiro necessário para cobrir despesas ambulatoriais.

A responsabilidade pelo financiamento e pela aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos estados.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado por meio de pactuação entre os gestores do SUS e por meio das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.



5º) Bloco Gestão do Sistema Único de Saúde

O bloco Gestão do Sistema Único de Saúde destina-se a cobrir os custos de ações específicas relacionadas com a **organização dos serviços de saúde**, com o **acesso da população à saúde** e, ainda, com a **aplicação do dinheiro do SUS**.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão. O bloco Gestão do Sistema Único de Saúde é composto pelos seguintes sub-blocos:

- Regulação, controle, avaliação e auditoria
- Planejamento e Orçamento
- Programação
- Regionalização
- Participação e Controle Social
- Gestão do Trabalho
- Educação em Saúde
- Incentivo à Implementação de políticas específicas

Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portaria específica.



Anexo 7 – Aquisição de Medicamentos

É importante que os conselhos de saúde acompanhem a compra de medicamentos no seu município ou estado, para garantir que essa aquisição ocorra da forma mais vantajosa possível para a comunidade. A aquisição de medicamentos é uma das atividades que fazem parte da Assistência Farmacêutica. Por meio desse processo, espera-se garantir que não falem medicamentos e que estes possuam qualidade comprovada e sejam confiáveis.

Considerando que a aquisição de medicamentos faz parte da Assistência Farmacêutica, é preciso compreender o que ela significa. Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da melhoria do acesso aos medicamentos e uso racional dos mesmos.

Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. O monitoramento e a avaliação dos processos são fundamentais para aprimorar a gestão e solucionar os problemas surgidos durante o processo de aquisição.



A compra de medicamentos é algo que envolve muito mais do que aspectos legais, administrativos ou burocráticos. Envolve, também, outro ponto extremamente sensível: a relação entre o tipo de medicamento e a necessidade local. Por esse motivo, além de conhecer bem os requisitos legais relacionados ao processo de aquisição, é necessário que as pessoas responsáveis pela aquisição de medicamentos também conheçam e levem em consideração as características diferenciadas dos produtos farmacêuticos.

Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos – incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição – são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como medicamentos para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher – e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente.

Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/AIDS são comprados pelo Ministério da Saúde e distribuídos para as secretarias de saúde.

Toda solicitação de compras de medicamentos que precisar ser feita por algum órgão público deve ser justificada e assinada pelo gestor responsável. Nessa justificativa deve constar, de forma bastante clara, os motivos da compra.



Os medicamentos adquiridos no âmbito da Assistência Farmacêutica não podem ser comercializados. Por isso, as embalagens dos medicamentos devem conter a seguinte impressão: “Proibida a Venda ao Comércio”. Essa impressão permite ao conselho de saúde verificar a ocorrência de comercialização ilegal de medicamentos em unidades de saúde. Verificada a comercialização ilegal de medicamentos, o conselho tem o dever de denunciar ao Ministério Público ou a outros órgãos e entidades, caso necessário.

Passo-a-passo da Aquisição de Medicamentos:

- **Seleção** – Tem como objetivo proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos. Nessa etapa, deve-se definir, com base em critérios de essencialidade, qualidade e eficácia comprovada, uma relação de medicamentos essenciais, escolhidos de acordo com o perfil epidemiológico da população local (enfermidades prevalentes), para atender às reais necessidades da população, contemplando o Elenco Mínimo Obrigatório (EMO) para a Atenção Básica estabelecido nos anexos II, III e IV da Portaria 2.084/GM/MS, de 26 de outubro de 2005. O EMO é uma lista que deve ser revisada periodicamente e amplamente divulgada a todos os profissionais de saúde. Nela devem constar todos os medicamentos que serão usados nos serviços de saúde (exceto os hospitalares), inclusive os medicamentos eventualmente fornecidos pelo Ministério da Saúde.
- **Programação** – O objetivo dessa fase é definir os quantitativos do medicamento selecionado que devem ser adquiridos, de acordo com os recursos disponíveis, de modo a evitar a descontinuidade do abastecimento. Para isso, é necessário avaliar a situação local de saúde; o nível de acesso dos usuários aos medicamentos; o perfil de doenças da população; as metas de cobertura e oferta de serviços e a disponibilidade orçamentária e financeira. O gestor municipal deve implantar um bom sistema de controle de estoques, prevendo os recursos financeiros e orçamentários a serem empregados. Deve-se dispor dos medicamentos selecionados, nas quantidades necessárias e no tempo oportuno, o que exige a organização de uma logística eficiente.
- **Aquisição** – Deve cumprir a Lei Federal 8.666 (Lei de Licitações). O gestor deve implantar mecanismos que garantam a avaliação dos fornecedores; o controle dos estoques integrado com o controle orçamentário e financeiro; a utilização das modalidades adequadas de licitação; editais fiéis às exigências técnicas e administrativas.



Os preços dos medicamentos tendem a reduzir conforme o volume da compra efetuada. Dessa forma, a opção por realizar contratos de compra com volume maior, com prazo determinado e entregas parceladas costumam apresentar vantagens como regularidade no abastecimento, redução dos estoques e nos custos de armazenamento, garantia de medicamentos com prazos de validade favoráveis e execução financeira planejada e gradual. Outra opção para diminuir os custos é estabelecer consórcios intermunicipais para a compra de medicamentos ou negociação para inclusão do município nas atas de registro de preços do estado.

A disponibilidade de um cadastro de fornecedores que permita selecionar os que têm melhores condições de atender às necessidades de entrega, preço e qualidade competitivos, bem como a organização de um catálogo de compras ou manual de especificações técnicas dos medicamentos selecionados para uma correta especificação dos produtos são ferramentas importantes para o suporte às compras.

Os estados e os municípios podem desenvolver seu próprio sistema de cadastro de fornecedores ou, então, aderir ao Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores (SICAF), do governo federal. Com isso, os responsáveis pela aquisição de medicamentos devem observar, ainda, o histórico de compras e a avaliação do desempenho de cada fornecedor no cumprimento de suas obrigações. No processo de aquisição, devem estar previstas, também, as penalidades a serem aplicadas aos fornecedores em caso de descumprimento de lei ou regulamento.



Para consultar os preços de todos os medicamentos que existem no Brasil, você pode consultar as listas divulgadas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (CMED/Anvisa). Ali, encontram-se disponíveis as listas com os preços de fábrica dos medicamentos e com os preços máximos a serem repassados ao consumidor. Todos os laboratórios são obrigados a informar à CMED os preços praticados por cada um deles. É importante lembrar, ainda, que os gestores públicos não podem ultrapassar o preço-fábrica estabelecido pela CMED nas compras públicas de medicamentos.

É importante saber que a CMED estabeleceu, além do preço-fábrica, o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP), que é uma espécie de desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sobre o preço-fábrica de uma lista de medicamentos excepcionais ou de alto custo, toda vez que forem realizadas ven-

das para o setor público. O desconto CAP deve ser sempre aplicado sobre o teto estabelecido pela CMED, ou seja, sobre o preço-fábrica. Dessa forma, os dados divulgados pela CMED podem ser extremamente importantes para os gestores durante o processo de aquisição de medicamentos.

Você também pode consultar o Banco de Preços do SUS. O Banco de Preços em Saúde (BPS) é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza, por meio da internet, os preços de medicamentos e produtos para a saúde que são adquiridos pelas instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Os preços são inseridos pelas próprias instituições e representam os valores pagos no momento da compra daqueles bens. Assim, o BPS pode ser um importante instrumento para auxiliar as instituições de saúde na gestão de seus recursos financeiros e no controle de seus estoques de medicamentos e produtos para a saúde, ajudando o gestor a decidir sobre o momento mais adequado para adquirir novos itens.

Se houver avaliação periódica do desempenho dos fornecedores por parte dos gestores, será possível adotar as medidas corretivas necessárias ou, ainda, impedir a participação de fornecedores com desempenho insatisfatório em licitação futura. O conselho de saúde pode verificar se este tipo de acompanhamento é feito pelos gestores ou não, e sugerir ao gestor que o faça.

O Registro de Preços é um tipo de licitação que tem se demonstrado bastante vantajosa para a aquisição de medicamentos. Permite melhor racionalização na utilização do orçamento, na medida em que ele deve ser disponibilizado no momento da contratação, e não no início da licitação. Outra grande vantagem é permitir que não se mantenham grandes estoques, uma vez que a licitação já foi realizada e as contratações podem ser até mensais, de acordo com a necessidade.

Registro de Preços: É um tipo especial de licitação, realizada obrigatoriamente nas modalidades de Concorrência ou Pregão (para bens e serviços comuns). Ao final de uma concorrência ou de um pregão, é firmada uma Ata de Registro de Preços. Na Ata de Registro de Preços são averbados os bens, os preços, os fornecedores e as condições das futuras contratações.

- A Ata de Registro de Preços fica à disposição da Administração Pública, pelo período de até 12 meses para, quando, e se necessário, efetivar-se a contratação. Portanto, os quantitativos exigidos são estimados para aquisição pelo período de vigência da Ata de Registro de Preços.
- Periodicamente deve ser realizada pesquisa de mercado para verificar se o preço registrado ainda está compatível com aquele praticado no mercado. Caso o preço do item registrado esteja maior que o praticado no mercado, o fornecedor deve ser comunicado e o preço deve ser reduzido, sob pena de o registro ser cancelado.

- **Armazenamento e distribuição** – O armazenamento de medicamentos deve ser feito em áreas físicas apropriadas, respeitando-se as exigências especificadas pelo fabricante. As áreas de armazenagem de medicamentos precisam, assim, ser definidas e adaptadas de acordo com um projeto técnico adequado. Minimizar os estoques de medicamentos e maximizar seu giro (não manter medicamentos em estoque por muito tempo, com perda dos prazos de validade) tem-se mostrado uma prática que torna mais eficientes o armazenamento e a distribuição de remédios, razão por que é importante a existência de algum tipo de controle de estoque periódico.
- **Dispensação** – A dispensação é um momento de esclarecimento e sensibilização do usuário para a importância do cumprimento integral do tratamento proposto, complementando as orientações de quem prescreveu o medicamento. Os medicamentos devem ser entregues ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e com as informações para o uso correto, tais como: doses, horários, quantidades, duração do efeito, como preparar e administrar, reações, interações, precauções, automonitoramento.

A embalagem e a rotulagem devem ser corretas, com adequada preservação e inequívoca identificação do medicamento. É instrumento complementar à seleção de medicamentos, contendo todas as informações farmacológicas sobre cada medicamento da relação. Sua estrutura e formato devem favorecer a consulta, de forma prática e objetiva.



ATENÇÃO

Para o sucesso de todo o processo de aquisição de medicamentos, portanto, é necessário que exista algum tipo de acompanhamento ou de sistema que permita o controle sobre os fornecedores, os preços praticados no mercado, sobre o tipo de medicamento a ser adquirido e sobre os estoques. Ao estabelecer esse tipo de controle, os gestores passam a ter acesso a dados e informações que os auxiliam na tomada de decisões relacionadas à aquisição de medicamentos. O conselho de saúde pode cobrar que tal controle passe a ser feito e, também, solicitar o acesso às informações que julgar necessárias.

Além disso, os dados que constarem dos sistemas de controle podem servir como base para a avaliação de todo o processo de aquisição, que pode ser feita por meio de indicadores (MARIN, et. al., 2003).

Exemplos de indicadores:

- *Percentual do orçamento gasto com medicamentos na unidade de saúde “x” (em comparação com o orçamento total para aquisição de medicamentos do município);*
- *Tempo médio de compra dos medicamentos no ano em relação à média de tempo nos anos anteriores;*
- *Percentual de unidades de saúde que empregam cadastro de fornecedores (em comparação com o total de unidades de saúde existentes).*

Fatores que interferem no processo de gestão, no aumento dos gastos com aquisição de medicamentos e na qualidade dos produtos e serviços:

1. Falta de organização e estruturação dos serviços farmacêuticos.

Uma gestão eficiente necessita de pessoal qualificado e estrutura mínima adequada. Uma gestão eficiente pode contribuir decisivamente para a melhoria do acesso, para a resolução dos problemas rotineiros e para a racionalização dos procedimentos de compra/dispensação, gerando impacto positivo na cobertura assistencial. Aumentar os recursos para compra de medicamentos sem organizar e estruturar os serviços de Assistência Farmacêutica é aumentar os riscos de desperdício.

É importante lembrar que as pessoas responsáveis pelo processo de aquisição de medicamentos precisam ter conhecimento não só da área administrativa, mas também da área farmacêutica.

2. Demora no processo de aquisição

O processo de compra de medicamentos no setor público é complexo e envolve um conjunto de exigências legais e administrativas que devem ser cumpridas. Esta situação pode ser agravada quando não há prioridade na garantia do medicamento à população e dificuldades de tomada de decisão, demandando tempo muito maior que o necessário ou levando a tomada de decisão sob pressão pela falta do medicamento – aumentando as chances de não “comprar bem”.

3. Compras frequentes, em pequenas quantidades, segmentadas, em regime de urgência, por vale e outras

Compras frequentes, em pequenas quantidades, segmentadas, em regime de urgência, por vale e outras modalidades de compras são problemas comuns no serviço público, em sua maior parte em consequência de falta de planejamento e de programação das compras. Essa situação gera irregularidade no abastecimento e riscos de desperdícios de recursos, pois compras menores e em regime de urgência tendem a apresentar preços maiores.

Com a organização do processo de compras aperfeiçoam-se os recursos, racionaliza-se o quantitativo de compras e presta-se melhor atendimento a número maior de pessoas.

4. Falta constante de medicamentos

A interrupção no tratamento por falta de medicamento, seja por cortes dos pedidos de compras, seja por falta de orientação adequada ao paciente, representa prejuízos efetivos, diminui a qualidade de vida do paciente como também a credibilidade do serviço prestado. É preciso estar atento a este problema, pois a falta de medicamentos de uso contínuo pode comprometer a saúde do paciente e agravar doenças.

Um serviço organizado deve cadastrar os pacientes por meio de fichas ou planilhas. Um serviço organizado deve registrar e monitorar os pacientes de risco e assegurar seu tratamento.

5. Falta de eficiente sistema de controle e de informação

Sem informação não há gerenciamento. Sem registros, em especial das demandas atendidas e não-atendidas, dificilmente se conseguirá programação de medicamentos ajustada. Um sistema de informação eficiente permite evitar a falta e/ou desperdício de medicamentos, garantir a regularidade no abastecimento e suprir as necessidades dos serviços de saúde.

Existem várias alternativas para registrar e coletar dados de demanda. Mesmo sem um programa informatizado, podem se empregar alguns recursos para coleta e armazenagem de dados. Ficha cadastral, planilha, cópia da 2ª via da prescrição ou cadastro do paciente são recursos que possibilitam registrar as quantidades de medicamentos entregues, a data da entrega e outras informações.

6. Falta de planejamento e avaliação

Em geral, o planejamento concentra-se nos aspectos financeiros e de distribuição – medicamentos recebidos e dispensados/distribuídos. Entretanto, o planejamento da Assistência Farmacêutica deve ir além e avaliar o impacto dos gastos em relação à cobertura assistencial com medicamentos versus atendimento de pacientes em números absolutos e per capita; percentual de cobertura de medicamentos por grupos terapêuticos, por programas estratégicos, por especialidade ou clínica médica, e/ou enfermidades, entre muitos indicadores representativos para avaliar resultados.

Em suma, é importante que o conselho de saúde, dentre outras ações, possa:

- **visitar a central de medicamentos, observando, por exemplo:**
- **o estoque de vacinas ou recibo de compra de vacinas e o número de crianças a ser vacinadas;**
- **quais medicamentos estão em falta, há quanto tempo, o motivo para estarem em falta e previsão de solução do problema;**
- **acompanhar a entrada das compras no almoxarifado da Secretaria de Saúde e também a saída dos materiais e o consumo nas unidades de saúde;**
- **solicitar, com certa periodicidade, o controle de estoque e realizar a contagem das mercadorias estocadas, verificando se o controle de estoque reflete o estoque físico;**
- **verificar as condições de armazenamento e as datas de validade dos produtos;**
- **confrontar o estoque com a média de consumo para verificar se a quantidade de produtos estocados é suficiente ou exagerada, evitando sua falta ou compras desnecessárias.**

Legislação relacionada a medicamentos:

- Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 – Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

- Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973, Presidência da República. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos e dá outras providências.
- Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; Presidência da República. Altera a lei 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.
- Política Nacional de Medicamentos, do Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica; Brasília, 2001.
- Decreto 3.722, de janeiro de 2001 – Regulamenta o art. 34 da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, e dispõe sobre o Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF.
- Portaria GM/MS 548, de 12 de abril de 2001, do Ministério da Saúde. Aprova o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”.
- Portaria GM/MS 1.179, de 17 de junho de 1996, Ministério da Saúde – Aprova as Denominações Comuns Brasileiras DCB, na conformidade do anexo desta Portaria.
- Portaria GM/MS 344, de 12 de maio de 1998, Ministério da Saúde – Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Portaria GM/MS 1.254, de 29 de julho de 2005, Ministério da Saúde – Constitui a Comissão Técnica e Multidisciplinar de atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename.
- Portaria GM/MS 698, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde. Define que o custeio das ações de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- Portaria GM/MS 2.583, de 10 de outubro de 2007, Ministério da Saúde – Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus.
- Portaria GM/MS 1.818, de 02 de dezembro de 1997, Ministério da Saúde – Recomenda que nas compras e licitações públicas de produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniadas e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos.
- Portaria GM/MS 3237, de 24 de dezembro de 2007, Ministério da Saúde. Substitui a Portaria 2084 (26 de outubro de 2005) no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, ver <http://portal.saude.gov.br>.
- Portaria GM/MS 374 de 28 de fevereiro de 2008, Ministério da Saúde - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.
- Portaria GM/MS 2.012, de 24 de setembro de 2008, Ministério da Saúde - Aprova a 6ª Edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.
- Portaria GM/MS 1.883, de 09 de setembro de 2008, Ministério da Saúde – Aprova o Formulário Terapêutico Nacional da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2006.
- Relatório final da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; Brasília, Ministério da Saúde, 2003; 69 p. 1.
- Resolução 480, de 23 de setembro de 1999 - Publica a atualização das listas de substâncias sujeitas a controle especial (anexo I) em acordo com o artigo 101 do Regulamento Técnico aprovado pelas Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998, republicado no D.O.U de 01 de fevereiro de 1999.

- Resolução n.º 338, de 6 de maio de 2004, do Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Endereços importantes na internet sobre medicamentos:

- Ministério da Saúde (MS): <http://www.saude.gov.br> – Medicamentos
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): <http://www.anvisa.gov.br>
- Organização Pan-americana de Saúde (Opas): <http://www.opas.org.br/medicamentos>
- Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED): <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/posuso/regulacaodemercado>
- Banco de Preços do SUS:
- http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=939
- <http://portal2.saude.gov.br/bps/login.cfm>

Para a elaboração deste Anexo, as principais fontes utilizadas foram publicações do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2009a), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) e da Organização Pan-americana de Saúde (MARIN et. al., 2003). Nesse sentido, as informações apresentadas reproduzem, em parte, o conteúdo dessas publicações.



Anexo 8 – Siglas

Amarribo – Amigos Associados de Ribeirão Bonito

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BPS – Banco de Preços em Saúde

CAP – Critério de Adequação de Preços

CEI – Comissão Especial de Investigação

CF – Constituição Federal

CGU – Controladoria Geral da União

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPE – Fundo de Participação dos Estados

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

GM – Gabinete do Ministro

ICF – Instituto de Cidadania Fiscal

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IFC – Instituto de Fiscalização e Controle

Inesc- Instituto de Estudos Socioeconômicos

IPI – Imposto sobre Produção Industrial

IPTU – Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana

IPVA – Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores

ISS – Imposto sobre Serviços

ITBI – Imposto sobre transmissão de bens imóveis

ITCMD - Imposto sobre transmissão causa mortis e doação de quaisquer bens ou direitos

ITR – Imposto Territorial Rural

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PPA – Plano Plurianual

PIB – Produto Interno Bruto

SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SICAF – Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISPACTO – Sistema do Pacto pela Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Tribunais de Contas dos Estados

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

TCM – Tribunais de Contas dos Municípios

TCU – Tribunal de Contas da União

VIGISUS – Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios



Anexo 9 – Legislação Básica

Constituição

- Constituição Federal de 5/10/1988 (Artigo 6.º e Seção II – da Saúde).
- Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000 - Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Leis

- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999 - Acrescenta dispositivos à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
- Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências.
- Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 - Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.
- Lei 9.452, de 20 de março de 1997 - Determina que as Câmaras Municipais sejam obrigatoriamente notificadas da liberação de recursos federais para os respectivos Municípios e dá outras providências.
- Lei 8.429, de 2 de junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa) – Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

Decretos

- Decreto 1.974, de 5 de agosto de 1996 – Dá nova redação ao art. 2º do Decreto 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a organização e as atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.
- Decreto 5.839, de 11 de julho de 2006 – Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências.

Resoluções

Resolução 291, de 06/05/1999, do Conselho Nacional de Saúde.

- Resolução 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.
- Resolução 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

Portarias

- Portaria GM/MS 95, de 26 de janeiro de 2001 – Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS 01/2001.
- Portaria GM/MS 373, de 27 de fevereiro de 2002. – Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS 01/2002.
- Portaria 2.023/GM/MS, de 23 de setembro de 2004 – Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.
- Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006, /Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
- Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Portaria 698/GM/MS de 30 de março de 2006 - Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.
- Portaria 699/GM/MS, de 30 de março de 2006 – Aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão.
- Portaria 675/GM/MS de 30 de março de 2006 – Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.
- Portaria 687, de 30 de março de 2006 - Aprova a Política de Promoção da Saúde.
- Portaria 3.085/GM/MS, de 1º de dezembro de 2006 – Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).
- Portaria GM/MS 3.332, de 28 de dezembro de 2006 – Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.
- Portaria 91/GM/MS de 10 de janeiro de 2007 – Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.
- Portaria 372/GM/MS, de 16 de fevereiro de 2007 – Altera a Portaria 699/GM/MS, que regulamenta as Diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão.
- Portaria 325/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2008 - Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.
- Portaria 48, de 12 de janeiro de 2009 – Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria 325/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2008.
- Portaria 2.669, de 3 de novembro de 2009 – Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.
- Portaria 3.176, de 24 de dezembro de 2008
- Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006

Outros

- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS/1993.
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS/1996.
- Deliberação 001, de 09 de fevereiro de 2006, do Conselho Nacional de Saúde.



Anexo 10 - Endereços das unidades do Tribunal de Contas da União

Secretarias de Controle Externo (Secex)

4ª Secretaria de Controle Externo (Brasília)

Endereço: SAFS - Quadra 04 - Lote 01, Anexo II, Sala 157

Cep: 70042-900 Brasília - DF

Telefones: (61) 3316-7334 Fax: (61) 3316-7541

E-mail: secex-4@tcu.gov.br

SECEX - Acre

Endereço: Rua Guiomard Santos, 353 - Bosque

Cep: 69909-370 Rio Branco - AC

Telefones: (68) 3224-1052 (68) 3224-1053 Fax: (68) 3224-1052 Ramal 226

E-mail: secex-ac@tcu.gov.br

SECEX - Alagoas

Endereço: Av. Assis Chateaubriand, 4.118 - Trapiche da Barra

Cep: 57010-070 Maceió - AL

Telefones: (82) 3221-5686 (82) 3336-4788 Fax: (82) 3336-4799

E-mail: secex-al@tcu.gov.br

SECEX - Amapá

Endereço: Rua Cândido Mendes, 501 - Centro

Cep: 68906-260 Macapá - AP

Telefones: (96) 3223-7731 (96) 3223-7733 Fax: (96) 3223-0370

E-mail: secex-ap@tcu.gov.br

SECEX - Amazonas

Endereço: Av. Joaquim Nabuco, 1193 - Centro

Cep: 69020-030 Manaus - AM

Telefones: (92) 3622-1576 (92) 3622-2692 Fax: (92) 3622-1576

E-mail: secex-am@tcu.gov.br

SECEX - Bahia

Endereço: Av. Tancredo Neves, 2242 - STIEP

Cep: 41820-020 Salvador - BA

Telefones: (71) 3341-1966 Fax: (71) 3341-1955

E-mail: secex-ba@tcu.gov.br

SECEX - Ceará

Endereço: Av. Valmir Pontes, 900 - Bairro Edson Queiroz

Cep: 60812-020 Fortaleza - CE

Telefones: (85) 4008-8388 Fax: (85) 4008-8385

E-mail: secex-ce@tcu.gov.br

SECEX - Espírito Santo

Endereço: Rua Luiz Gonzalez Alvarado, s/ - Enseada do Suá

Cep: 29050-380 Vitória - ES

Telefones: Telefones: (27) 3324-3955 Fax: (27) 3324-3966

E-mail: secex-es@tcu.gov.br

SECEX - Goiás

Endereço: Av. Couto Magalhães, 277 - Setor Bela Vista

Cep: 74823-410 Goiânia - GO

Telefones: (62) 3255-9233 Fax: (62) 3255-3922

E-mail: secex-go@tcu.gov.br

SECEX - Maranhão

Endereço: Av. Senador Vitorino Freire, 48 - Areinha - Trecho Itaqui/Bacanga

Cep: 65010-650 São Luís - MA

Telefones: (98) 3232-9970 Fax: (98) 3232-9970 Ramal 217

E-mail: secex-ma@tcu.gov.br

SECEX - Mato Grosso

Endereço: Rua 2 - esquina com Rua C - Setor A - Quadra 4 - Lote 4 - Centro Político Administrativo (CPA)

Cep: 78050-970 Cuiabá - MT

Telefones: (65) 3644-2772 Fax: (65) 3644-3164

E-mail: secex-mt@tcu.gov.br

SECEX - Mato Grosso do Sul

Endereço: Rua da Paz, 780 - Bairro Jardim dos Estados

Cep: 79020-250 Campo Grande - MS

Telefones: (67) 3382-7552 (67) 3382-3716 Fax: (67) 3321-3489

E-mail: secex-ms@tcu.gov.br

SECEX - Minas Gerais

Endereço: Rua Campina Verde, 593 - Salgado Filho

Cep: 30550-340 Belo Horizonte - MG

Telefones: (31) 3374-7277 (31) 3374-7239 Fax: (31) 3374-6893

E-mail: secex-mg@tcu.gov.br

SECEX - Pará

Endereço: Travessa Humaitá, 1574

Cep: 66085-220 Belém - PA

Telefones: (91) 3226-7449 (91) 3226-7758 Fax: (91) 3226-7499 Ramal 213

E-mail: secex-pa@tcu.gov.br

SECEX - Paraíba

Endereço: Praça Barão do Rio Branco, 33 - Centro
Cep: 58010-760 João Pessoa - PB
Telefones: (83) 3208-2000 (83) 3208-2030 Fax: (83) 3208-2005
E-mail: secex-pb@tcu.gov.br

SECEX - Paraná

Endereço: Rua Dr. Faivre, 105 - Centro
Cep: 80060-140 Curitiba - PR
Telefones: (41) 3218-1350 Fax: (41) 3218-1350
E-mail: secex-pr@tcu.gov.br

SECEX - Pernambuco

Endereço: Rua Major Codeceira, 121 - Bairro Santo Amaro
Cep: 50100-070 Recife - PE
Telefones: (81) 3424-8100 Fax: (81) 3424-8109 Ramal 208
E-mail: secex-pe@tcu.gov.br

SECEX - Piauí

Endereço: Av. Pedro Freitas, 1904 - Centro Administrativo
Cep: 64018-000 Teresina - PI
Telefones: (86) 3218-2399 (86) 3218-1800 Fax: (86) 3218-1918
E-mail: secex-pi@tcu.gov.br

SECEX - Rio de Janeiro

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 375 - Edifício do Ministério da Fazenda -
12º andar Sala 1204
Cep: 20020-010 Rio de Janeiro - RJ
Telefones: (21) 3805-4200 (21) 3805-4201 Fax: (21) 3805-4206
E-mail: secex-rj@tcu.gov.br

SECEX - Rio Grande do Norte

Endereço: Av. Rui Barbosa, 909 - Morro Branco
Cep: 59075-300 Natal - RN
Telefones: (84) 3211-2743 (84) 3211-8754 Fax: (84) 3201-6223
E-mail: secex-rn@tcu.gov.br

SECEX - Rio Grande do Sul

Endereço: R. Caldas Júnior, 120 - 20º andar - Ed. Banrisul - Centro
Cep: 90018-900 Porto Alegre - RS
Telefones: (51) 3228-0788 Fax: (51) 3228-0788 Ramal 8
E-mail: secex-rs@tcu.gov.br

SECEX - Rondônia

Endereço: Rua Afonso Pena, 345 - Centro
Cep: 76801-100 Porto Velho - RO
Telefones: (69) 3224-1649 (69) 3223-8101 Fax: (69) 3224-5712
E-mail: secex-ro@tcu.gov.br

SECEX - Roraima

Endereço: Av. Ville Roy, 5297 - Bairro São Pedro
Cep: 69306-665 Boa Vista - RR
Telefones: (95) 3623-9411 (95) 3623-9412 Fax: (95) 3623-9414
E-mail: secex-rr@tcu.gov.br

SECEX - Santa Catarina

Endereço: Rua São Francisco, 234 - Centro
Cep: 88015-140 Florianópolis - SC
Telefones: (48) 39524600 Fax: (48) 3224-8954
E-mail: secex-sc@tcu.gov.br

SECEX - São Paulo

Edifício Cetenco Plaza – Torre Norte
Avenida Paulista, 1842, 25º andar
CEP: 01310-923 - São Paulo - SP
Telefone: (11) 3145-2640
E-mail: secex-sp@tcu.gov.br

SECEX - Sergipe

Endereço: Av. Dr. Carlos Rodrigues da Cruz, 1340 - Centro Administrativo Augusto Franco - CENAF
Cep: 49080-903 Aracaju - SE
Telefones: (79) 3259-2773 (79) 3259-2767 Fax: (79) 3259-3079
E-mail: secex-se@tcu.gov.br

SECEX - Tocantins

Endereço: 302 Norte - Av. Teotônio Segurado - Lote 1A - Plano Diretor Norte
Cep: 77001-020 Palmas - TO
Telefones: (63) 3224-7772 Fax: (63) 3224-6076
E-mail: secex-to@tcu.gov.br

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Assistência farmacêutica. In: _____. *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*. Brasília: Conasems, 2009a. cap. 24, p. 180-187.

_____. _____. Organizando conferências de saúde. In: _____. *Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal*. Brasília: Conasems, 2009b. p. 11-16.

_____. _____. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3.ed. Brasília: Conasems, 2009c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. _____. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*. 3.ed. Brasília: MS, 2003. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas*. Brasília: SCTIE, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Secretaria Executiva. *O SUS no seu município: garantindo saúde para todos*. Brasília: MS, 2004.

_____. _____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Orçamento e Planejamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva*. Brasília: MS, 2009d. (Série Cadernos de Planejamento, v. 6).

_____. _____. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília: MS, 2002.

_____. _____. *Entendendo o SUS*. In: PORTAL DA SAÚDE. Comunicação. Brasília: MS, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>. Acesso em: out. 2009.

_____. _____. Banco de preços em saúde. In: PORTAL DA SAÚDE. BPS. Brasília, MS, 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=939>. Acesso em: out. 2009.

_____. Tribunal de Contas da União. *Orientações para conselhos da área de assistência social*. 2. ed. atual. e ampl. Brasília, 2009e.

_____. _____. *Técnica de auditoria: indicadores de desempenho e mapa de produtos*. Brasília: TCU, 2000.

GOIÁS. Conselho Estadual de Saúde. *Participação e cidadania para o exercício do controle social*. Goiânia: CES, 2008.

MARIN, Nelly (Org.) et. al. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

Responsabilidade editorial

Secretaria-Geral da Presidência
Instituto Serzedello Corrêa
Centro de Documentação
Editora do TCU

Projeto gráfico, diagramação e capa

Pablo Frioli

Endereço

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
4ª Secretaria de Controle Externo
SAFS Quadra 4 Lote 1 Edifício Anexo II Sala 157
70042-900 Brasília - DF

Solicitação de exemplares

impressos@tcu.gov.br

Ouvidoria do TCU

0800 644 1500
ouvidoria@tcu.gov.br

Fotografias

capa - Áron Balogh, jendo neversil,
Ilker, Fernando Audibert, Mateusz Atroszko,
Jelle Boontje e 123Dan321

Folha de rosto e pg. 72 - Thiago Miqueias

pg. 4 - Leonardini

pg. 7 - Jean Scheijen

pg. 8 - Jos Van Galen

pg. 10 - Lourdes

pg. 12 - BSK

pg. 13 - Robin Utracik

pg. 16 - Fernando Audibert

pg. 18 - Rodolfo Clix

pg. 36 - 123Dan321

pg. 37 - Jyn Meyer

pg. 42 - Alaa Hamed

pg. 43 - Dix

pg. 48 - Davide Guglielmo

pg. 56 - Svilen Milev

pg. 57 - Jelle Boontje

pg. 73 - Griszka Niewiadomski

pg. 78 - Phil Beard

pg. 85 - Aleksandra P

pg. 87 - Iwan Beijes

pg. 101 - Dave Kennard

pg. 107 - tijmen van dobberburgh

pg. 116 - Alaa Hamed

pg. 119 - Danny de Bruyne

pg. 122 - Alessandro Paiva

Todas as imagens foram retiradas do site www.sxc.hu

Responsabilidade pelo conteúdo

Secretaria-Geral de Controle Externo
4ª Secretaria de Controle Externo

Apoio Estratégico

Secretaria-Geral da Presidência
Instituto Serzedello Corrêa

Equipe Responsável

Ismar Barbosa Cruz

Luciano Carlos Batista

Luciana Rodrigues Tolentino

Maria Paula Beatriz Estellita Lins

Patrícia Azevedo Leite Rodrigues

Vivian Andrade Viana

Colaboração

- Ana Maria Alves Ferreira (TCU)
- Carolina Beserra Pfeilsticker (TCU)
- Claudia Regina Bezerra Jordão (TCU)
- Dione Mary de Cerqueira Barbosa (TCU)
- Messias Alves Trindade (TCU)
- Equipe da Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) Atenção Básica em Saúde/2009 (TCU)
- Antonio Alves de Souza (SGEP/Ministério da Saúde)
- Francisco Batista Júnior (Conselho Nacional de Saúde)
- José Ênio Servilha Duarte (CONASEMS)
- Denise Rinehart (CONASEMS)
- Jurandi Frutuoso (CONASS)
- Conselho Municipal de Saúde de Alexânia/GO
- Conselho Municipal de Saúde de Santo Antônio do Descoberto/GO
- Conselho Municipal de Saúde de Pará de Minas/MG
- Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG
- Conselho Municipal de Saúde de Maringá/PR
- Conselho Municipal de Saúde de São José do Rio Preto/SP
- Conselho Municipal de Saúde de Gravataí/RS
- Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS
- Conselho Municipal de Saúde de Quixadá/CE
- Conselho Estadual de Saúde do Ceará
- Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Negócio

Controle Externo da Administração Pública e da gestão dos recursos públicos federais.

Missão

Assegurar a efetiva e regular gestão dos recursos públicos em benefício da sociedade.

Visão

Ser instituição de excelência no controle e contribuir para o aperfeiçoamento da Administração Pública.

www.tcu.gov.br

