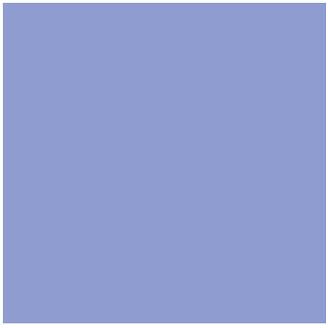
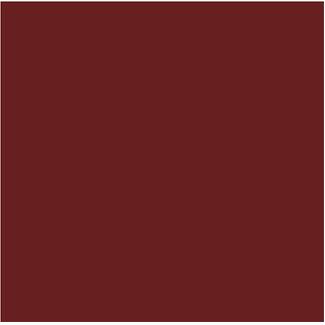
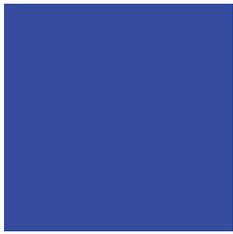




MANUAL PARA O GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE





MANUAL PARA O GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

**BELO HORIZONTE
2009**

Governador do Estado de Minas Gerais

Aécio Neves da Cunha

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Secretário-Adjunto

Antônio Jorge de Souza Marques

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Helidéa de Oliveira Lima

Subsecretária de Inovação e Logística em Saúde

Jomara Alves da Silva

Subsecretário de Vigilância em Saúde

Luiz Felipe Almeida Caram Guimarães

Assessor de Gestão Estratégica

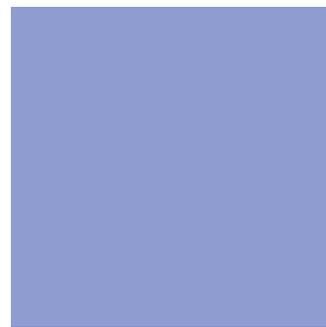
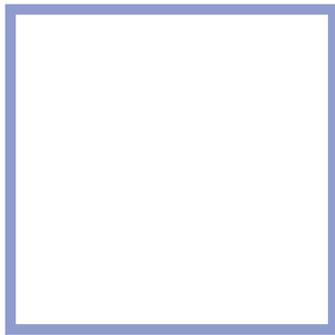
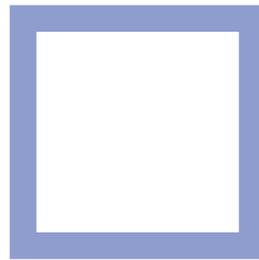
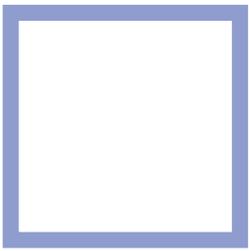
Francisco Antônio Tavares Júnior

Assessora Chefe de Comunicação Social

Gisele Maria Bicalho Resende

SUMÁRIO

O QUE É O SUS	7	Referências bibliográficas	77
A GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO SUS	13	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA ESTADO DE SAÚDE (SES-MG)	79
Introdução	13	Organograma	80
1. Administração Pública	14	Quem é quem	81
1.1 Introdução à organização e papel do Estado	14	Gerências Regionais de Saúde	85
1.2 O funcionamento da Administração Pública e o SUS	17	COMO ORGANIZAR A SAÚDE NO MUNICÍPIO	87
1.3 Gestão de materiais	27	Modelos de Atenção à Saúde	87
1.4 Gestão de compras	30	Atenção Primária de Saúde (APS)	88
1.5 Contratos administrativos	41	Atenção Secundária	89
2. A Gestão Financeira e o Ciclo Orçamentário	45	Atenção Terciária	89
2.1 Importância da gestão financeira	45	Os principais programas da Secretaria de Estado de Saúde	90
2.2 Ciclo orçamentário	48	GLOSSÁRIO	95
2.3 Execução orçamentária e financeira	56	LEGISLAÇÃO DO SUS	115
2.4 Planejamento orçamentário e financeiro sob enfoque no fundo de saúde	60	Constituição Federal do Brasil	115
2.5 Contabilidade pública	61	Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990	117
3. Gestão dos Fundos de Saúde	61	Conselho Nacional de Saúde, resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003	132
3.1 Legislação sobre os fundos de saúde	62	Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006	138
3.2 Fundo de saúde: definição e função	63	Portaria MS nº 699, de 30 de Março de 2006	177
3.3 Fundo Nacional de Saúde	63	Instrução Normativa n.º 09/2008	183
3.4 Fundo Estadual de Saúde	65	Instrução Normativa n.º 19/2008	189
3.5 Organização de fundo de saúde	65	FONTES E CONSULTAS	198
4. Investimentos no SUS	69		
4.1 Captação de recursos	69		
4.2 Elaboração de projetos, convênios e prestação de contas	71		
4.3 Possibilidades de captação de recursos no Ministério da Saúde	75		



O QUE É O SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, com o objetivo de acabar com o quadro de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público, gratuito, a todos os cidadãos brasileiros. Antes, a assistência era condicionada à contribuição previdenciária. Ou seja, somente quem possuía Carteira de Trabalho tinha acesso ao serviço público de saúde. Desempregados ficavam à mercê da assistência filantrópica.

Pelo SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas, sejam elas públicas (municipal, estadual ou federal), ou privadas, conveniadas ao Sistema.

O SUS é um dos maiores modelos públicos de saúde do mundo. Ele garante assistência integral e gratuita a toda a população, inclusive aos portadores de Aids, câncer e pacientes renais crônicos, que demandam tratamentos de alto custo.

Fazem parte da rede SUS centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros, fundações e institutos de pesquisa. O SUS é financiado com recursos dos governos federal, estadual e municipal, arrecadados em impostos e contribuições sociais pagos pela população.



O SUS tem como finalidade a promoção da saúde, com prioridade em ações preventivas, a oferta de serviços curativos e de reabilitação, com a democratização de informações e a participação da comunidade. Também é de responsabilidade do SUS o controle da ocorrência de doenças (Vigilância Epidemiológica), da qualidade dos medicamentos, dos exames, dos alimentos, da higiene e condições dos estabelecimentos que atendem ao público (Vigilância Sanitária).

Responsabilidade compartilhada

A partir da promulgação da Constituição de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União, e começam a acontecer as grandes mudanças no setor, iniciando o processo de descentralização. A responsabilidade pela saúde passa a ser dividida entre as três esferas do governo – União, Estados e municípios.

O primeiro passo foi dado, em 1990, com a promulgação das leis número 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e número 8.142, que regulamentaram as determinações da Constituição de 1988. Ambas consagraram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atenção.

A gestão compartilhada deve obedecer aos seguintes princípios do SUS:

PRINCÍPIOS ÉTICOS/DOCTRINÁRIOS:

Integralidade: considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

Eqüidade: tratar de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, com objetivo de reduzir as desigualdades.

Universalidade: garantir atenção à saúde a todo e qualquer cidadão

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS/OPERATIVOS:

Regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária), circunscritos à determinada área geográfica, planejados com base em critérios de necessidades para uma clientela diferente.

Descentralização: divisão de responsabilidades entre as três esferas do governo – gestores federais, estaduais e municipais.

Municipalização: o fortalecimento da gestão municipalizada do SUS é estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Controle social: participação da comunidade por meio dos conselhos e das conferências.

Participação da comunidade na gestão do SUS



A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina duas formas de participação da população na gestão do SUS:

Conferências de Saúde: reúne representantes dos usuários, do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e parlamentares para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para formulação da Política de saúde nos municípios, Estados e no País. A Conferência Nacional de Saúde deve acontecer de quatro em quatro anos, após a realização das conferências estaduais e municipais.

UM MARCO HISTÓRICO

Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Federal de 1988, que criou o SUS.

Conselhos de Saúde: são órgãos do controle do SUS pela sociedade nas esferas municipal, estadual e federal. Têm caráter permanente e deliberativo, sendo compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam 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.

INSTÂNCIAS COLEGIADAS

Existem outras instâncias colegiadas responsáveis pelo gerenciamento do SUS, apreciando, entre outras questões, os pactos e as programações entre gestores, buscando a integração entre as esferas governamentais. São elas:

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): é integrada por cinco representantes do Ministério da Saúde, cinco do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). O coordenador é indicado pelo Ministério da Saúde. Funciona desde 1994.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB): tem composição também paritária. É integrado por representação da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) ou órgão equivalente. O Secretário de Saúde da capital é membro nato. Funciona com comissões regionais.

Interação: as esferas gestoras do SUS formam uma grande rede, sempre em interação. A discussão e a aprovação de assuntos, como o cadastramento de um hospital ou a qualificação de uma nova equipe do Programa Saúde da Família, começam sempre no município, por meio do Conselho Municipal. Passam pelas CIB-Regionais, seguem para a CIB-MG. Depois são encaminhadas ao Conselho Estadual de Saúde para, em seguida, serem apreciadas na CIT.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems): órgão colegiado de representação dos Secretários Municipais em âmbito nacional. Congrega todos os municípios brasileiros. Sua finalidade é atuar em defesa do SUS.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass): entidade de direito privado que congrega os Secretários Estaduais – gestores oficiais das Secretarias de Estado de Saúde e do Distrito Federal. Funciona como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações entre seus membros.

O papel de cada gestor

GESTOR MUNICIPAL:

- Organizar e executar as ações de atenção básica de saúde.
- Planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde públicos e privados.
- Executar os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador.
- Gerenciar a política de Recursos Humanos e de financiamento em âmbito local.



GESTOR ESTADUAL

- Exercer a gestão do SUS no âmbito estadual.
- Incentivar os municípios para que assumam a gestão de saúde, promovendo condições para que essa atenção seja integral.
- Assumir em função provisória a gestão de saúde em populações de municípios que não se responsabilizaram por essa questão.
- Harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais, coordenando o SUS estadual.
- Junto com os governos federal e municipal, participar do financiamento do SUS.

GESTOR FEDERAL:

- Exercer a gestão do SUS no âmbito nacional.

- Incentivar gestores estaduais e municipais, ampliando o desenvolvimento dos sistemas municipais, criando condições para que isso ocorra.
- Compor o SUS nacional por meio da harmonização, modernização e integração de seus sistemas em nível estadual.
- Normalizar e coordenar as funções ligadas à gestão nacional do SUS.
- Ao lado de Estados e municípios, participar do financiamento do SUS.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS:

O planejamento é uma das principais ferramentas de sucesso em qualquer tipo de administração. E não é diferente em uma Secretaria de Saúde. Para isso, são utilizados instrumentos de planejamento da gestão do SUS. Os principais são:

Plano de Saúde: É o instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais são expressos em objetivos, diretrizes e metas. É a definição das políticas de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

Programação Anual de Saúde: É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Nela são detalhadas as ações, as metas e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano, assim como apresentados os indicadores para a avaliação (a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde).

Relatório Anual de Gestão: É o instrumento que apresenta os resultados alcançados, apurados com base no conjunto de indicadores, que foram indicados na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

Termo de Compromisso de Gestão: É o instrumento que contém as responsabilidades sanitárias do gestor, os objetivos e metas do Pacto pela Vida, os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos.

Programação Pactuada e Integrada de Assistência (PPI): A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critério e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Além desses instrumentos, existem aqueles cuja abrangência não se limita à área da saúde, como:

- ✓ Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI).
- ✓ Plano Plurianual (PPA)
- ✓ Programação Orçamentária Anual (POA)
- ✓ Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)
- ✓ Lei Orçamentária Anual (LOA)
- ✓ Mensagem do Governador

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:

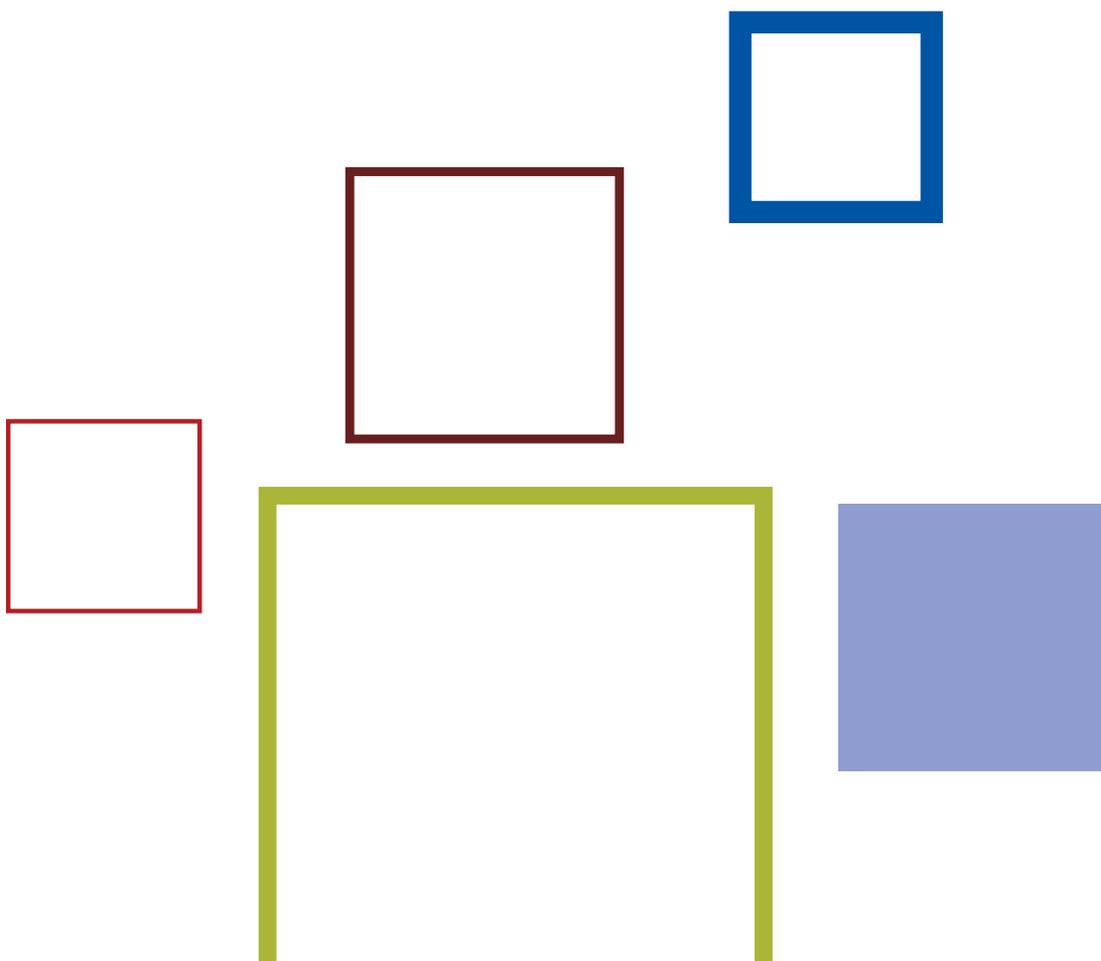
As informações são importantes instrumentos que contribuem para o processo de reflexão, avaliação e tomada de decisões na implementação das políticas e ações de saúde. Os principais Sistemas de Informação em Saúde são¹:

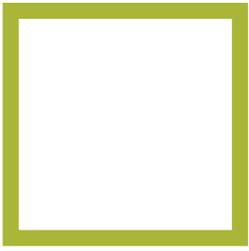
- ✓ SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)
- ✓ Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos)
- ✓ Sinan (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação)
- ✓ SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Humanização)
- ✓ SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica)

¹ Saiba mais sobre os Sistemas de Informação conferindo cada uma das siglas no glossário.

- ✓ SIH (Sistema de Informação Hospitalar)
- ✓ SIA (Sistema de Informação Ambulatorial)
- ✓ SIS Pré-natal (Sistema de Informações do Pré-Natal)

O Ministério da Saúde somente repassa os recursos fundo a fundo se o município enviar corretamente as informações do Sistema de Informações em Saúde. Por isso, é preciso ficar atento para que o município não atrase a entrega dos dados.





A GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA NO SUS

Este capítulo é uma reprodução do livro *A Gestão Administrativa e Financeira no SUS*, segundo volume da coleção “CONASS Progestores – Para entender a Gestão do SUS”, do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS, publicado em parceria com o Ministério da Saúde, em 2007.

Introdução

A gestão administrativa e financeira do SUS é um dos tópicos de maior relevância para os gestores da saúde pública em quaisquer esferas de gestão. Dentro desse escopo encontra-se a organização dos sistemas públicos de saúde, planejamento, orçamento, financiamento e recursos humanos conforme dispositivos contidos na Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8080/1990). Este trabalho tratará um pouco sobre organização dos Sistemas Públicos de Saúde, com ênfase no planejamento, orçamento e financiamento, abordando os assuntos que interligam esse trinômio.

Matéria igualmente pertinente é a que trata dos instrumentos de trabalho que, nas mãos de agentes públicos, contribuirão, de forma proveitosa e empreendedora, para que os gestores e equipes de trabalho possam, de fato, adequar ou implementar os serviços necessários à atenção à saúde em seus âmbitos de atuação.

Nesse sentido, no **primeiro capítulo**, propõe-se, a partir de uma breve discussão sobre Administração Pública com enfoque na organização e papel do Estado, situar a questão dos princípios, ética e funcionamento da Administração Pública em conexão com a gestão de materiais e compras indispensável à gestão administrativa e financeira do SUS. Razão por que se enfoca na Lei n. 8.666/1993 os assuntos pertinentes.

O **segundo capítulo** aborda aspectos ligados à gestão financeira e ao ciclo orçamentário, com destaque sobre o que dispõe a Lei n. 4320/1964 e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), e a Constituição Federal no tocante aos Planos Plurianuais (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), elementos propulsores da execução orçamentária que propicia o atendimento às necessidades da área de saúde.

O **terceiro capítulo** trata da gestão dos fundos de saúde. A abordagem desse tema é feita por meio do exame da legislação acerca dos fundos de saúde. Há que se ressaltar que é mandamento constitucional incluído pela Emenda Constitucional n. 29/2000, mediante a qual, por meio de seu art. 7º, o art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte dispositivo:

§ 3º – Os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e

os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

Isso induz um processo de (re-)organização dos fundos de saúde sob essa nova realidade.

O **quarto capítulo** trata de investimento em saúde no âmbito do SUS com enfoque na captação de recursos, inclusive mediante a celebração de convênios com a precedente preparação de projetos exeqüíveis.

1. Administração Pública

1.1 INTRODUÇÃO À ORGANIZAÇÃO E PAPEL DO ESTADO

Para os efeitos desse trabalho pressupõem-se duas acepções do termo *Estado*. A primeira refere-se à organização política do País, abrangendo tanto o todo quanto cada uma de suas partes integrantes, União, estados e Distrito Federal e municípios. A segunda, em sentido estrito, refere-se ao designativo de unidade política de uma federação que contempla determinada região dotada de autonomia política para desenvolver em seu âmbito determinadas políticas públicas. O termo, em sua primeira acepção, ampla, como se vê, abarca a segunda acepção, tanto quanto a União e os municípios.

Estado, assim visto, ou seja, o poder público, enquanto estrutura de poder, instituída sobre determinado território e/ou população, possui os seguintes componentes conceituais: poder, território e povo. Poder é a capacidade de impor à sociedade o cumprimento e a aceitação das decisões do governo (órgão executivo do Estado). Território é o espaço físico em que se exerce o poder. Povo (ou nação, no caso da União) sobre o qual atua o Estado é a comunidade humana que possui elementos culturais, vínculos econômicos, tradições e histórias comuns.

1.1.1 Elementos da máquina do Estado

A máquina estatal, ou máquina do poder público, em se tratando da União e Estados-Membros compõem-se de três elementos básicos de organização: a Administração, as Forças Armadas ou Públicas de Segurança e a Fazenda, Fisco ou Erário. A Administração é a organização encarregada de elaborar e executar políticas públicas, além de tomar decisões e fazer com que sejam cumpridas por intermédio de uma série de funções, órgãos ou departamentos (Administração, Ministérios, Secretarias de Estado, Segurança Pública, Saúde, Previdência Social, Educação etc.). A função das Forças Armadas ou Públicas de Segurança é defender o Estado e a população residente no território nele abrangido. A manutenção de todo o aparelho estatal exige a arrecadação de fundos mediante a contribuição dos membros da sociedade, função que corresponde à Fazenda ou Erário. Tanto é assim que o art. 145 da Constituição Federal estabelece que “a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão instituir os seguintes tributos: I – impostos; II – taxas; III – contribuição de melhoria”.

ÁREAS DE ATUAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



1.1.2 Conceito de Administração ou Gestão Pública

Administração Pública é a ordenação (planejamento e organização), direção e controle dos serviços do governo, nas esferas federal, estadual e municipal, segundo os preceitos do direito e da moral, visando ao bem comum.

A administração pode ser entendida de três formas: 1) o conjunto de entes ou sujeitos de caráter público – os meios, humanos e materiais, de que dispõe o governo para aplicar suas políticas; 2) o conjunto de ações encaminhadas para o cumprimento dos programas e políticas dos governos; e 3) a ciência da Administração Pública que se propõe a estudar as condições que permitem ao direito, emanado dos poderes do Estado, concretizar-se da maneira mais eficaz possível, através da atuação dos órgãos administrativos.

O aparelho administrativo executa diferentes funções: tem ingerência nas relações entre particulares, garantindo-lhes maior segurança jurídica, dá publicidade aos atos em que são interessados e realiza sua fiscalização.

A ação administrativa ou gestão manifesta-se no condicionamento da liberdade e da propriedade dos particulares, no exercício do chamado poder de polícia. O objetivo é harmonizar o direito do indivíduo com o de seus semelhantes.

O poder de polícia traduz-se na faculdade de que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e o gozo de bens, atividades e direitos individuais em benefício da coletividade e do próprio Estado. A polícia administrativa diz respeito à segurança da ordem pública, à proteção da saúde, ao resguardo da educação, à tutela da economia, à defesa da vida social e dos princípios morais.

Nesse sentido, insere-se o papel fundamental da Secretaria Estadual de Saúde. Refere-se, mais especificamente, às atividades de Vigilância em Saúde, Sanitária e Epidemiológica, destinadas a assegurar o bem de todos a partir da promoção do bem individual ou grupal, sem exceções, com base em privilégios ou discriminação de qualquer sorte, e

sem prejuízo de um número maior de indivíduos.

Além dessa ação negativa de condicionamento da liberdade, e eventualmente até da propriedade, as repartições administrativas atuam na realização de ações e serviços públicos em que se destacam a assistência médico-hospitalar; o saneamento básico; a educação; os serviços de transporte e o fornecimento de energia, dentre outras.

Ressalta-se o papel da Secretaria Estadual de Saúde como agente dessa ação positiva em vista à promoção de ações e serviços preventivos e curativos, ou seja, mantenedores das condições de saúde, capazes de desenvolver plenamente o cidadão como agente da “construção” de uma “sociedade livre, justa e solidária”, objetivo constitucional fundamental (art. 3º, I, Constituição Federal).

Nesse sentido, ao conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e, das funções mantidas pelo poder público, dá-se nome de Sistema Único de Saúde (SUS).

São consideradas inerentemente do SUS as instituições públicas federais, estaduais e municipais prestadoras ou contratadoras de ações e serviços de saúde e desenvolvedoras de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar. Isto quer dizer que nenhuma ajuda deve ser dispensada no esforço conjunto de se alcançar as metas de saúde do povo brasileiro.

1.1.3 Princípios administrativos constitucionais

A Administração Pública norteia-se por princípios básicos estabelecidos pela Constituição Federal, art. 37, que são os seguintes: legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

1.1.3.1 Princípios constitucionais da Administração Pública

Pelo princípio da legalidade, o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, deles não podendo se afastar, sob pena de praticar ato inválido e de se expor à responsabilidade disciplinar, civil e criminal.

A moralidade administrativa é entendida como o conjunto de regras de conduta tiradas da disciplina interior da Administração. O ato administrativo terá que obedecer não somente à lei, mas à ética da própria instituição e ao que é moral e socialmente aceito. Impõe-se ao agente público uma conduta interna, coerente com a moralidade, e que as exigências a finalidade de sua ação seja sempre o bem comum.

O princípio da impessoalidade impõe ao administrador público a prática de atos para o fim legal que a própria norma de direito indica como objetivo do ato. Dessa forma, fica o administrador proibido de buscar outros objetivos ou de praticar atos visando interesse próprio ou de terceiros.

Por meio da publicidade, divulga-se oficialmente o ato administrativo para conhecimento público e para indicar seus efeitos externos. A publicidade é requisito de eficácia e moralidade do ato administrativo.

A eficiência é um princípio incluído por meio da Emenda Constitucional n. 19, publicada em 5 de junho de 1998. Diz respeito ao dever de utilizar os recursos disponíveis de modo econômico e de forma que alcance, com os custos previstos, os maiores benefícios possíveis, atendendo aos requisitos da especificidade e qualidade.

1.1.4 A ética da Administração Pública

Dentro do espectro do cumprimento dos princípios básicos da Administração Pública, o imperativo da ética deve ser ressaltado.

A palavra ética remete ao verbete grego *ethos*, que significa originalmente morada, tanto a dos animais quanto a do homem. Lugar onde se sente acolhido e

abrigado. O segundo sentido, proveniente deste, é o de costume, maneira ou estilo de ser ou viver. A morada, vista metaforicamente, indica justamente que, a partir do *ethos*, o mundo torna-se habitável para o homem. Assim, o espaço do *ethos* como espaço humano não é dado ao homem, mas é por ele construído ou incessantemente reconstruído.

Max Weber, sociólogo e grande estudioso da burocracia, formulou o que passou a ser chamado de dualismo ético, ao distinguir a ética da convicção da ética da responsabilidade. O partidário da ética da convicção é o indivíduo que vela pela doutrina pura, o que é comum aos religiosos e aderentes de sistemas filosóficos e políticos que sustentam teses como se fossem dogmas e assumem posições sem medir conseqüências. A ética da responsabilidade, por sua vez, tem como guia as previsíveis conseqüências dos atos.

Responsabilidade vem do latim *responsabilitas*, de *respondere*, este último vocábulo significando responder, estar em condições de responder pelos atos praticados, de justificar as razões das próprias ações. De direito, todo o homem é responsável. Toda a sociedade é organizada numa hierarquia de autoridade, na qual cada um é responsável perante uma autoridade superior. Quando o homem infringe uma de suas responsabilidades cívicas deve responder pelo seu ato perante a justiça.

A responsabilidade moral, filosoficamente, é a situação de um agente consciente com relação aos atos que pratica voluntariamente e à obrigação de reparar o mal eventualmente ocasionado aos outros.

Essa visão de ética é a que está presente nos códigos de conduta. Exemplo: o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do poder Executivo Federal, aprovado no nível federal pelo Decreto Federal n. 1.171, de 22 de junho de 1994. Esse código serve de modelo para que, no nível estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, induza-se a criação ou manutenção de algo semelhante para viger no seu âmbito de atuação.

Em primeiro lugar, o Código estabelece regras deontológicas. Diz respeito às razões pelas quais se devem estabelecer deveres à pessoa como servidora

pública detentora de prerrogativas institucionais. Em 13 pontos abrange comportamento, atitudes, valores, discernimentos, noções mínimas de legalidade e moralidade, fidelidade em questões financeiras, dedicação ao trabalho e ao público a quem deve servir com respeito, dignidade, cortesia. Tais pontos estão consoantes à tradição filosófica que norteia a função pública, a qual abrange expoentes da cultura ocidental e oriental, além de incorporar visões compartilhadas pelo senso comum inerentes à natureza humana modelada pela vida em sociedade.

Em seguida, como consectários dessas regras, apresentam-se os deveres fundamentais do servidor público, entre os quais o de desempenhar, em tempo, as atribuições do cargo, função ou emprego público de que seja titular, pensando mais no interesse comum do que no particular. Nesse sentido, se firma o primado da ética.

Após a explicitação desses deveres segue as vedações ao servidor público. Na linha das vedações está a proibição do uso do cargo ou função, facilidades, amizades, tempo, posição e influências, para obter qualquer favorecimento, para si ou para outrem.

Segue-se a tais orientações a instituição de comissões de ética encarregadas de orientar e aconselhar sobre a ética profissional do servidor, o tratamento para com as pessoas e para com o patrimônio público, competindo-lhe conhecer concretamente sobre imputação ou procedimento susceptível de censura.

A Comissão de Ética poderá instaurar, de ofício, processo sobre ato, fato ou conduta que considerar passível de infração de princípio ou de norma ético-profissional.

Sobretudo, deve-se ressaltar que os trabalhadores em saúde provenientes de múltiplas categorias profissionais estão abrangidos pelos respectivos códigos de ética, além de orientações emanadas de seus conselhos de classe. O mais importante a mencionar são os códigos e orientações estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina, afora os de Enfermagem, Farmácia e outras categorias afins vinculadas à área da saúde.

Vale lembrar que a Lei n. 8.429, de 2 de junho de 1992, estabelece as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na Administração Pública Direta e Indireta ou Fundacional. Esta Lei trata de atos praticados por qualquer agente público, servidor ou não, contra a Administração Direta ou Indireta (fundacional) de quaisquer poderes da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios, de território; de empresa incorporada ao patrimônio público ou de entidade para cuja criação ou custeio o Erário haja concorrido ou concorra com mais de 50% do patrimônio ou da receita anual; tais atos serão punidos na forma dessa mesma Lei.

1.2 O FUNCIONAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E O SUS

A Administração Pública federal, estadual e municipal compreende: 1) a Administração Direta, constituída pelos serviços integrados na estrutura administrativa da presidência da República e pelos ministérios; 2) a Administração Indireta, que compreende as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista.



1.2.1 Visão da Administração Pública

- ✓ Administração Direta: o conjunto de órgãos subordinados e integrados na estrutura administrativa da União, estado ou município. A Secretaria Estadual de Saúde com suas unidades organizacionais compõem a Administração Direta.
- ✓ Administração Indireta: o conjunto dos entes personalizados que, vinculados a um ministério ou secretaria, prestam serviços públicos ou de interesse público. Integram a Administração Indireta as autarquias, empresas públicas, fundações públicas e sociedades de economia mista.
- ✓ Autarquia: serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada. Na esfera da União, exemplo de autarquia é o Banco Central; na esfera estadual, no âmbito da saúde, pode-se ter uma autarquia responsável pelo tratamento da água e esgoto ou do desenvolvimento das ações e serviços de saúde. No Município de São Paulo, hospitais de determinada região estão vinculados a autarquias municipais de Saúde, responsáveis por ações e serviços de saúde.
- ✓ Fundação pública: entidade que realiza atividades não-lucrativas atípicas do poder Público, mas de interesse coletivo, como por exemplo, nas áreas de saúde, educação, cultura e pesquisa. São criadas por lei específica e estruturadas por decreto, independentemente de qualquer registro. Exemplo de fundação dessa natureza é a Fundação Hemocentro.
- ✓ Empresa pública: entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivamente público, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito. Suas atividades regem-se pelos preceitos comerciais. Exemplo de empresa pública na área da Saúde é o Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre.

- ✓ Sociedade de economia mista: pessoa jurídica de direito privado, com participação pública e privada em seu capital e em sua administração, para realização de atividades econômicas ou serviço de interesse coletivo outorgado ou delegado pelo Estado. Revestem-se da forma de empresas particulares, regendo-se pelas normas das sociedades mercantis, com as adaptações impostas pelas leis que autorizam sua formação. Exemplo de sociedade de economia mista da área da saúde é a Hemobrás.

1.2.2 Administração Pública no contexto do SUS

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), estabelece papéis institucionais de cada instância governamental.

Dispõe de princípios e diretrizes para as ações e serviços de saúde, dentre os quais universalidade de acesso, integralidade e igualdade ou equidade na prestação de ações e serviços de saúde. Outro assunto de que trata é sobre a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo, enfatizando a municipalização da prestação de serviços combinada com a regionalização e a hierarquização da rede de serviços.

Como consequência há de pensar na integração executiva das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico. Nesse sentido, recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, estados e municípios devem ser mobilizados para a prestação de serviços de assistência à saúde da população. Isso terá em vista a melhoria da capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e mais adequada organização dos serviços públicos, evitando a duplicidade de meios para fins idênticos.

Em relação à organização, à direção e à gestão do SUS, a Lei estabelece o princípio da direção única exercida em cada esfera de governo.

A LOS define atribuições e competências à União, ao Distrito Federal, a estados e a municípios, comuns ou específicas:

UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
<p>Papel de caráter normativo.</p> <p>Estabelecimento de políticas públicas nacionais de saúde pública.</p> <p>Controle e fiscalização.</p> <p>Promoção da descentralização para Estados e municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal.</p>	<p>Descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde.</p> <p>Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios.</p> <p>Controlar, acompanhar, avaliar e executar ações do meio ambiente, saneamento básico, ambiente de trabalho, insumos e equipamentos, laboratórios e hemocentros, controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano, vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em colaboração com a União.</p> <p>Avaliar e divulgar os indicadores de morbimortalidade no âmbito estadual.</p>	<p>Planejar, organizar, executar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde.</p>

Fonte: Lei n. 8.080: Definição de atribuições e competências.

A LOS discorre ainda acerca do funcionamento e participação complementar dos recursos humanos, financiamento e gestão financeira dos serviços públicos e privados de assistência à saúde. A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde.

Em relação aos recursos financeiros, esta lei propõe o repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal, referentes à cobertura das ações e dos serviços de saúde para investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde.

O claro estímulo que havia para a criação dos conselhos de saúde e de outros instrumentos, tais como fundo de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), tornou-se pré-requisito para que as esferas de governo possam receber seus recursos. (Lei n. 8142/90).

1.2.3 Gestão, inovação e modernização da Administração Pública

1.2.3.1 Funções administrativas

A gestão ou ação administrativa pressupõe o desenvolvimento de um processo que envolve

as funções planejamento, execução, direção e controle. O quadro abaixo apresenta o conceito simplificado de cada função, enfatizando o seu significado básico:

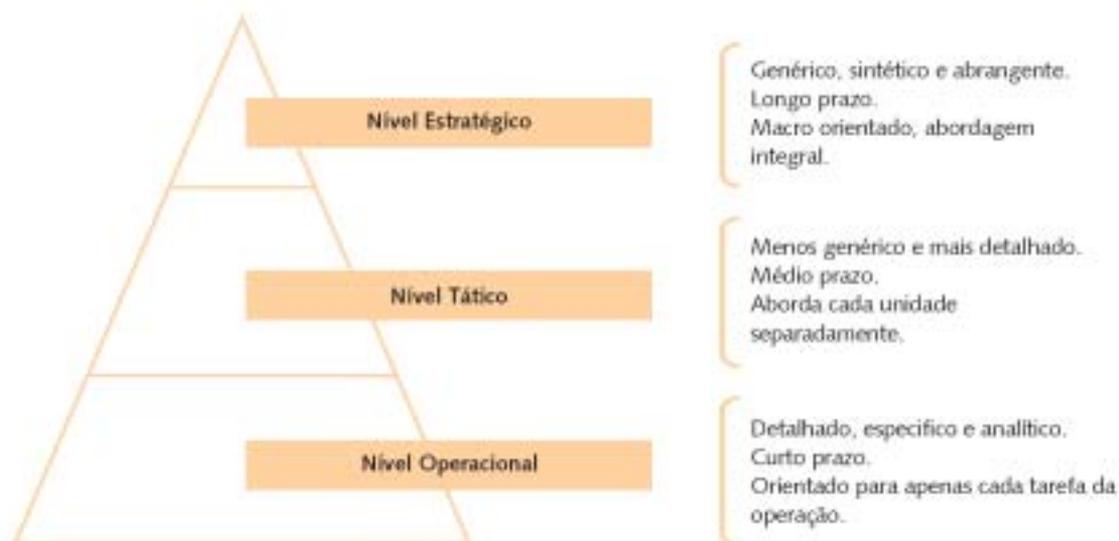
ELEMENTOS DO PROCESSO DE GESTÃO

PLANEJAMENTO	ORGANIZAÇÃO	DIREÇÃO	CONTROLE
- Decisão sobre os objetivos. - Definição de planos para alcançá-los. - Programação de atividades.	- Recursos e atividades para atingir os objetivos; órgãos e cargos. - Atribuição de autoridade e responsabilidade.	- Preenchimento dos cargos. - Comunicação, liderança e motivação do pessoal. - Direção para os objetivos.	- Definição de padrões para medir desempenho, corrigir desvios ou discrepâncias e garantir que o planejamento seja realizado.

Para a maior compreensão da gestão faz-se necessário visualizar os níveis de gestão (planejamento), considerando a responsabilidade de elabo-

ração do planejamento e da execução das metas e objetivos propostos. Esses níveis são o estratégico, o tático ou intermediário e o operacional.

NÍVEIS DO PROCESSO DE GESTÃO (PLANEJAMENTO)



1.2.3.2 Formas de execução

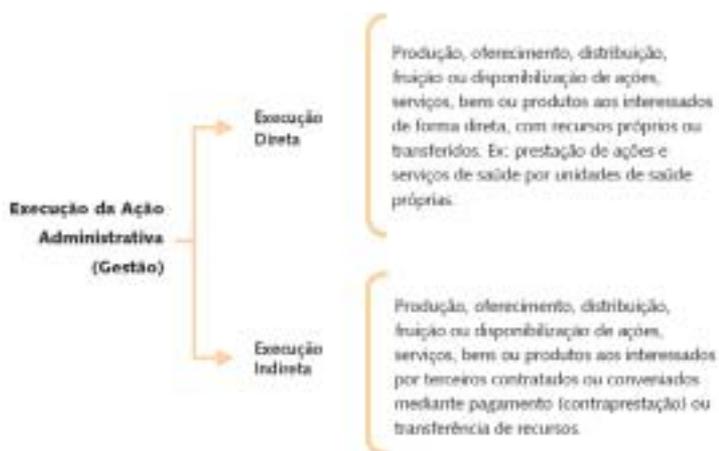
Outra importante tipologia para a gestão é a que indica a distinção entre execução direta e indireta. Não se confunda com Administração Direta ou Indireta. A execução é direta quando for feita pelo próprio órgão ou entidade responsável, quando este produz bens ou serviços com os recursos que dispõe: humanos, materiais e financeiros. A execução será indireta quando o órgão ou entidade remeter a responsabilidade da execução a terceiros para tanto transferindo recursos principalmente financeiros. Neste caso há a compra de bens, produtos ou serviços com celebração de contratos com a precedente licitação. A Lei n. 8.666/93 trata desse assunto.

Quando o órgão ou entidade não compra bens ou serviços, mas simplesmente coopera para que estes sejam adquiridos e usufruídos por terceiros, por meio de descentralização de programa de trabalho, mediante a transferência de recursos, dá ensejo à celebração de convênios, que é outra forma de execução indireta de programas e ações orçamentárias. A Instrução Normativa STN n. 01, de 15 de janeiro de 1997, disciplina essa matéria.

Gestão Pública propriamente dita, que envolve temas como: desburocratização – ações de racionalização dos processos administrativos que busquem maior eficiência e agilidade no serviço público; eficiência no uso dos recursos públicos – ações que melhorem o uso dos recursos públicos; atendimento ao cidadão – ações voltadas à qualidade do serviço prestado ao cidadão; gestão de recursos humanos – ações direcionadas à valorização da carreira do servidor público.

Em outra categoria pode ser colocado o desenvolvimento e uso das tecnologias de informação e comunicação. Envolve infra-estrutura – ações para a melhoria e a ampliação dos recursos básicos de tecnologias da informação e comunicação no Estado; transações internas – ações direcionadas ao desenvolvimento e integração de processos e sistemas de informação intersetoriais; transações para a sociedade – ações para a expansão da oferta de serviços eletrônicos a cidadãos, servidores, fornecedores e outros níveis de governo; inclusão digital – ações que têm por objetivo capacitar os cidadãos do Estado para o exercício efetivo da sua cidadania, por meio do uso de recursos de tecnologias da informação e comunicação aplicadas principalmente à saúde.

EXECUÇÃO DIRETA E INDIRETA



1.2.3.3 Inovação e modernização da Gestão Pública

Experiências na área de inovação e modernização apontam para duas categorias de abordagem. Numa categoria encontra-se a modernização da

1.2.3.4 A Reforma Administrativa

Outro aspecto importante, mas discutível, da inovação e modernização é o da Reforma Administrativa.

No Brasil, desde 1930 vêm-se implementando medidas modernizadoras da Administração Pública. Trata-se do movimento chamado Reforma Administrativa ou Reforma do Estado Brasileiro, que a partir de 1967 se consubstanciou no Decreto-Lei n. 200/67. Nos últimos anos disseminaram-se idéias contidas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), que, apesar de suscetível a críticas, sugeriu uma visão mais modernizadora para o Estado brasileiro.

O plano partiu da premissa de que, a partir de uma perspectiva histórica, a Administração Pública – cujos princípios e características não devem ser confundidos com os da administração das empresas privadas – evoluiu por meio de três modelos básicos: a Administração Pública Patrimonialista, a Burocrática

e a Gerencial. Essas três formas se sucedem no tempo, sem que, no entanto, qualquer uma delas seja inteiramente abandonada.

- ✓ **Administração Pública Patrimonialista:** no patrimonialismo, o aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares, servidores, possuem status de nobreza real. Os cargos são considerados prebendas.¹ A res publica não é diferenciada da res principis. Em consequência, a corrupção e o nepotismo são inerentes a esse tipo de administração. No momento em que o capitalismo e a democracia se tornam dominantes, o mercado e a sociedade civil passam a se distinguir do Estado. A partir desse momento histórico, a administração patrimonialista torna-se uma excrescência inaceitável.
- ✓ **Administração Pública Burocrática:** surge na segunda metade do século XIX, na época do Estado liberal, como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. Constituem princípios orientadores do seu desenvolvimento a profissionalização, a idéia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional legal. Os controles administrativos que visam evitar a corrupção e o nepotismo são sempre apriorísticos. Parte-se de uma desconfiança prévia dos administradores públicos e dos cidadãos que a eles dirigem demandas. Por isso, são sempre necessários controles rígidos dos processos, como por exemplo, na admissão de pessoal, nas compras e no atendimento a demandas.
- ✓ **Administração Pública Gerencial:** emerge na segunda metade do século XX, como resposta, de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram à mostra os problemas associados à adoção do modelo anterior. A eficiência da Administração Pública – a necessidade de reduzir custos e

umentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário – torna-se então essencial. A reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações.

1.2.3.5 Setores estatais

Consoante essa caracterização da administração gerencial, o aludido plano distingue quatro setores estatais, em relação aos quais se elaboram diferentes diagnósticos e proposições:

- ✓ **Núcleo estratégico:** compreende o poder Legislativo e o Judiciário, o Ministério Público e o Executivo. Trata-se do governo, em sentido amplo. É no núcleo estratégico que as leis e as políticas públicas são definidas e seu cumprimento é cobrado. É, portanto, o setor onde as decisões estratégicas são tomadas.
- ✓ **Atividades exclusivas:** setor em qual são prestados serviços que só o Estado pode realizar, ou seja, aqueles em que se exerce o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar.
- ✓ **Serviços não-exclusivos:** corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder do Estado, mas este se faz presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem economias externas relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços por meio do mercado. São exemplos desse setor as universidades, hospitais, centros de pesquisa e os museus.
- ✓ **Produção de bens e serviços para o mercado:** corresponde à área de atuação de empresas estatais do segmento produtivo ou do mercado financeiro. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado, como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura.

¹ Prebenda: emprego rendoso, mas pouco trabalhoso.

QUADRO CONCEITUAL DOS QUATRO SETORES ESTATAIS

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Buracrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO: Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público.	X			X	X
ATIVIDADES EXCLUSIVAS: Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica.	X				X
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS: Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus.	Publicização	X			X
PRODUÇÃO PARA O MERCADO: Empresas Estatais		Privatização	X		X

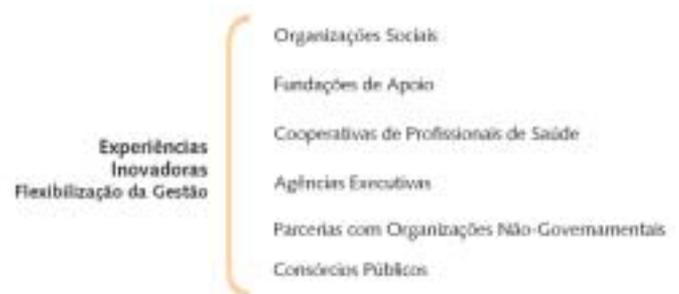
Fonte: extraído do site http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANDE.HTM

1.2.3.6 Exemplos de experiências inovadoras



No Plano Diretor de Reforma do Estado (1995), destacam-se algumas figuras inovadoras que importa sejam conhecidas pelos gestores da saúde e suas equipes no âmbito estadual do SUS, para que possa ser refletida a sua aplicabilidade. Essas novas figuras se juntam às outras pré-existentes que formam modelos de organização, principalmente da atividade médico-hospitalar.

GESTÃO FLEXIBILIZADA OU ASSOCIADA



- ✓ Organizações sociais: constituem uma inovação institucional, embora não representem uma figura jurídica nova. Inserem-se no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estão, portanto, fora da Administração Pública, como pessoas jurídicas de direito privado. A novidade é que a sua qualificação é feita mediante decreto, como organização social, em cada caso.

Inova a gestão pública ao definir as organizações sociais como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais publicizáveis, isto é, retiradas da Administração Direta, e administrar bens e equipamentos do Estado. Executam atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

O contrato de gestão é o instrumento que regula as ações das organizações sociais.

Há possibilidades de utilização na área da saúde principalmente na descentralização do gerenciamento de hospitais públicos de grande porte.

- ✓ Fundações de apoio: entidades privadas conveniadas, instauradas pelas direções das entidades públicas de forma a permitir a agilização na gestão de receitas complementares à dotação pública; aquisição e alienação de bens e patrimônio; remuneração complementar de funcionários e profissionais da administração regidos pelo Regime Jurídico Único; contratação de recursos humanos; introdução de incentivos; implementação de obras e ampliação de infra-estrutura etc.
- ✓ Cooperativas de profissionais de saúde: arranjos legalmente instituídos e que freqüentemente vendem serviços à rede pública. Os gestores do SUS (estados e municípios) recorrem a esta modalidade, simples ou combinada, para suprir deficiências em alguns setores, como no caso da compra de serviços de anestesistas, de serviços de plantonistas médicos em fins de semana.
- ✓ Agências executivas: a denominação agência executiva é uma qualificação a ser concedida, por decreto específico, a autarquias e fundações públicas, responsáveis por atividades e serviços exclusivos do Estado. O Projeto Agências Executivas, portanto, não institui uma nova figura jurídica na Administração Pública, nem promove qualquer alteração nas relações de trabalho dos servidores das instituições que venham a ser qualificadas. É

também importante ressaltar que a inserção de uma instituição no Projeto se dá por adesão, ou seja, os órgãos e entidades responsáveis por atividades exclusivas do Estado candidatam-se à qualificação, se assim o desejar a própria instituição e, obviamente, seu supervisor, ministério – no caso da União, secretaria de governo – no caso de estado.

- ✓ Parcerias com Organizações Não-Governamentais: a expressão terceiro setor foi popularizada para designar o conjunto de entidades da sociedade civil de fins públicos e sem objetivo de lucro. Coexiste com o primeiro setor, que é o Estado, e com o segundo setor, que é o mercado. Difere do primeiro porque suas entidades são de natureza privada e do segundo porque não visa lucro nem proveito pessoal para seus atores, dedicando-se à consecução de fins públicos.

Algumas das organizações que integram o chamado terceiro setor não são novas, como por exemplo: as santas casas de misericórdia e as obras sociais, além das organizações não-governamentais (ONGs), que surgiram na esteira dos movimentos sociais emergidos a partir de 1970.

Das ONGs surgem as Organizações Sociais de Interesse Público (Oscip). A Lei n. 9.790, de 23 março de 1999, traz a possibilidade das pessoas jurídicas (grupos de pessoas ou profissionais) de direito privado sem fins lucrativos serem qualificadas, pelo poder público, como Oscips e poderem relacionar-se com o Estado por meio de parceria, desde que os seus objetivos sociais e as normas estatutárias atendam os requisitos da lei.

Legislação estadual deve reger essa forma de parceria, podendo ou não incorporar os princípios da Lei n. 9790/99. Em qualquer caso, o poder público relaciona-se com esse tipo de instituição, porque divide com a sociedade civil o encargo de fiscalizar o fluxo de recursos públicos em parcerias. Portanto, a Oscip é uma organização da sociedade civil que, no caso de parceria com o poder público, utilizará também recursos públicos para suas finalidades, dividindo dessa forma o encargo administrativo e de prestação de contas.

Por essa razão as Oscips são ONGs, criadas por iniciativa privada, que obtêm um certificado emitido pelo poder público ao comprovar o cumprimento de certos requisitos, especialmente aqueles derivados de normas de transparência administrativas. Em contrapartida, podem celebrar com o poder público os chamados termos de parceria, que são uma alternativa interessante aos convênios, por sua maior agilidade e razoabilidade na prestação de contas.

- ✓ Consórcios públicos: o consórcio intermunicipal de saúde é a espécie mais antiga de consórcio público que existe. A Lei n. 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde – o previra. O seu art. 10 foi a primeira norma infraconstitucional brasileira a tratar sobre o tema consórcio público, ao estabelecer que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”, estimulando a gestão associada de serviços públicos na área da saúde.

Esse pioneirismo na área da saúde proporcionou a ampla utilização do consórcio público no Brasil. Dados do IBGE sobre gestão municipal brasileira, colhidos em 2002 e publicados em 2005, revelam que, dos 5.560 municípios brasileiros existentes em 2002, 2.169 participavam de consórcios intermunicipais de saúde, o que significa dizer que 39,01% das municipalidades brasileiras integravam, naquela oportunidade, algum consórcio de saúde.

Os consórcios a serem criados devem seguir os ditames da Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005. Mesmo os já criados devem passar por adaptações, uma vez que, se não seguirem a Lei n. 11.107/05, não são considerados consórcios públicos na estrita acepção técnica do termo, mas meros “instrumentos congêneres”. Assim, seriam aplicados aos mesmos as determinações legais ali contidas, o que implica também na impossibilidade de usufruírem das vantagens licitatórias, processuais e tributárias decorrentes da interpretação dos dispositivos da Lei n. 11.107/05.

Para mais informações sobre consórcios públicos de saúde estão o Livro I – Sistema Único de Saúde, desta coleção.

Inovações na Gestão e Atenção à Saúde

As inovações organizacionais envolvem basicamente melhoria ou aperfeiçoamento nos processos e procedimentos de gestão, principalmente de unidades de saúde de grande porte, com impacto na atenção à saúde da população do território estadual. Trata-se de ações no sentido de capacitação de pessoas e na mudança cultural. Representa muito mais conquistas de toda comunidade envolvida, classe médica e de auxiliares em saúde, gestores e população assistida.

Com base no levantamento realizado em seis municípios do estado de São Paulo e em 17 do estado do Rio de Janeiro, em 1999, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e pela Unicamp, alguns exemplos foram apontados:

- ✓ Autonomia orçamentária aos hospitais públicos: essa inovação foi apresentada em mais de 40% dos hospitais pesquisados. A autonomia orçamentária significa a possibilidade de o próprio hospital apresentar a sua proposta orçamentária, participando efetivamente do orçamento estadual e de transformar-se em unidade administrativa e gestora do fundo estadual de saúde/orçamento estadual.
- ✓ Autonomia gerencial às unidades de prestação de ações e serviços em saúde: essa inovação esteve presente em mais de 45% do universo pesquisado, em combinação, ou não, com a autonomia orçamentária. Trata-se da autonomia para adquirir materiais, equipamentos, manutenção, serviços de forma descentralizada, mas coordenada e supervisionada pela direção central do SUS/estadual. Tanto neste caso como no precedente é absolutamente indispensável à organização ou reorganização do fundo estadual de saúde para suportar essa demanda por repasse de recursos e exercício do controle.

- ✓ Autonomia na gestão de recursos humanos: decorrente das demais autonomias de gestão, orçamentária e gerencial. Os hospitais de maior porte podem contratar pessoal, desde que adotem a flexibilização ou algum processo associativo de gestão.
- ✓ Suporte de fundação, sociedade de amigos ou similares: além da flexibilização da gestão, os hospitais podem se abrir para a participação da comunidade organizada de assistidos e de voluntariado.
- ✓ Introdução de incentivos ao desenvolvimento profissional: na medida do desenvolvimento de atividades e da capacitação de cada profissional, e como decorrência da autonomia orçamentária e financeira, os hospitais podem induzir ou introduzir incentivos consistentes na promoção de eventos ou participação em eventos realizados no âmbito da secretaria ou fora dela.
- ✓ Criação de central de marcação ou outra redução de barreiras ao acesso: medida que pressupõe capacitação de recursos humanos e introdução de novas tecnologias de informação.

INOVAÇÕES APRESENTADAS NA GESTÃO E NA ATENÇÃO À SAÚDE. RIO DE JANEIRO/SÃO PAULO, 1999.

INOVAÇÕES	VALORES ABSOLUTOS	%
Autonomia Orçamentária	9	40,9
Autonomia Gerencial	10	45,5
Autonomia na Gestão de Recursos Humanos	7	31,8
Suporte de Fundação, Sociedade de Amigos ou Similares	8	36,4
Introdução de Incentivos ao Desempenho Profissional	7	31,8
Criação de Centrais de Marcação ou Outra Redução de Barreiras de Acesso	8	36,4
Criação de Hospital-Dia	11	50,0
Organização de Atenção Domiciliar	11	50,0
Repactuação das Relações com os Médicos	10	45,5
Ampliação da Disponibilidade de Recursos Financeiros	6	27,3
Mudanças na Organização do Trabalho dos Profissionais	10	45,5
Reorganização da Porta de Entrada	15	68,2
Autonomia em Outros Itens de Gestão	4	18,2
Otimização do Orçamento	11	50,0
Obras, Abertura de Novas Instalações ou Adequação Física	13	59,1
Aquisição de Novos Equipamentos	12	54,3

Participação Mais Decisiva de Associações e Comunidade em Itens de Decisão no Hospital	8	36,4
Desenvolvimento de Ouvidoria ou Outro Organismo de Garantia de Direitos dos Pacientes	9	40,9
Outras Inovações	4	18,2

Fonte: Dados da pesquisa Reforma do Estado e Setor Saúde, ENSP (Fiocruz), NEPP (UNICAMP)/UFPE.

- ✓ Criação de hospital-dia: idéia que visa disponibilizar maior número de leitos para urgência e emergência, além de propiciar atendimento mais humanizado.
- ✓ Organização da atenção domiciliar: outra medida que visa à desnecessária hospitalização e a saturação da rede.
- ✓ Repactuação das relações com os profissionais médicos e outros de saúde.
- ✓ Ampliação das disponibilidades de recursos financeiros.
- ✓ Mudanças na organização do trabalho de profissionais.
- ✓ Reorganização da porta de entrada ao sistema (com melhoria da acessibilidade): quase 70% dos hospitais contaram esse item como inovação introduzida.
- ✓ Autonomia em outros itens de custeio.
- ✓ Otimização do orçamento.
- ✓ Obras, abertura de novas instalações ou adequação física.
- ✓ Aquisição de novos equipamentos.
- ✓ Participação mais decisiva de associações e comunidade em itens de decisão no hospital.
- ✓ Desenvolvimento de ouvidoria ou outro organismo de garantia dos direitos do usuário.
- ✓ Outras inovações.

1.2.4 O desafio da qualidade da gestão

Um instrumento básico da modernização da gestão pública é a implantação de programas de qualidade e participação. Esse programa deve enfatizar os princípios da qualidade e da participação, incorporando as práticas da gestão por excelência. O que se busca é não apenas uma mudança nas formas de gestão, mas também da cultura das organizações, no que diz respeito à cooperação entre

administradores e administrados. Tem como objetivo a introdução de novos conceitos e técnicas de gestão pública, baseados no desempenho, na prevenção dos erros, e na participação dos funcionários na definição dos processos de trabalho.

1.3 GESTÃO DE MATERIAIS

Segundo Vecina Neto e Reinhardt Filho (2002, p.1) o objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidade adequadas, no tempo correto e com menor custo.

A Instrução Normativa n. 205, de 08 de abril de 1988, do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), define material como designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matéria-prima e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independente de qualquer fator, bem como aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamento, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

A gestão de materiais está estreitamente relacionada com a gestão de compras. O levantamento das necessidades de saúde equivale ao levantamento dos recursos necessários ao atendimento delas. Assim como as fábricas necessitam de equipamentos e matérias-primas, a área de saúde necessita de insumos ou materiais básicos, medicamentos, equipamentos médicos, materiais logísticos, etc., a serem utilizados em ações e serviços de atenção básica, média e alta complexidade, de urgência e de

emergência, etc. Recursos de informática, bem como os necessários à distribuição estão envolvidos também. Por isso, não mais se denomina, simplesmente, recursos materiais, mas se refere a uma gama maior: a logística e, por extensão, recursos logísticos.

A matriz a seguir apresenta a visão de que as estimativas das necessidades futuras de material dentro de um sistema de saúde dependem da análise

da população a ser atendida por determinado serviço em suas efetivas necessidades combinadas com as metas dos serviços e a demanda efetivamente verificada. Essas três variáveis são estudadas à luz dos dados epidemiológicos, séries históricas e projeções. É um trabalho complexo que demanda a avaliação/análise de especialistas e orienta a tomada de decisão quanto às compras ou melhoria de condições armazenagem e/ou distribuição.



Fonte: Matriz de levantamento das necessidades de materiais no SUS. Extraído (adaptado) de http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/index.html.

Todo gestor envolvido com planejamento e execução das ações, orçamento e execução orçamentária e financeira necessita mensurar os estoques de materiais ou recursos logísticos existentes. Com base nas ações mensuradas e no dimensionamento da rede de prestações de serviços projetará a quantidade ideal de materiais, bens e serviços que devem ser adquiridos. Tal tarefa é primordial e indicará o norte da gestão administrativa e financeira.

Vecina Neto e Reinhardt Filho (2002, p. 2) colocam que uma das maiores dificuldades da administração de materiais reside na distância entre o processo produtivo e os sistemas de apoio, bem como o aspecto conflitante entre interesses diversos de vários atores envolvidos nesse processo, entre eles: o usuário, a área econômico-financeira e os fornecedores.

A construção de um catálogo de materiais que envolvem a padronização, a especificação, a classificação, é imprescindível para a gestão de material. Segundo Vecina Neto e Reinhardt Filho (2002, p. 7), o catálogo de materiais é o elo entre a proposta assistencial e o sistema de apoio, sendo adequada a participação de todos os setores que tomam parte do processo produtivo, tanto na sua construção como na atualização.

1.3.1 Gestão de estoques

Estoques são todos os bens e materiais mantidos por uma organização para suprir demandas futuras. Podem ser encontrados na forma de: matéria-prima, produto em processo (em elaboração/produção), produto acabado, materiais e embalagens e produtos necessários para manutenção, reparo e suprimentos de operações, não necessariamente utilizados no processo de fabricação.

O controle ou gestão de estoques compreende todas as atividades, procedimentos e técnicas que permitem garantir a qualidade correta, no tempo correto, de cada item do estoque ao longo da cadeia produtiva: dentro e fora das organizações.

Em específico, é importante uma área adequada para o estoque dos produtos, sendo necessário

ordená-los segundo suas especificidades, características e condições de conservação, assim como medidas de segurança devem ser implementadas. Como exemplo podemos citar o caso dos medicamentos para os quais recomenda-se área apropriada para sua conservação.²

A Administração Pública no Brasil praticamente retirou-se do setor produtivo, situação que ainda acontece em alguns setores da economia. Na sua essência, serviço público, como o próprio nome diz, consiste em prestar serviços. Por isso, a função predominante na gestão de estoques no setor público é a de alimentar a produção, no sentido de prover os materiais para a prestação dos serviços.

Enquanto o setor privado tem flexibilidade para escolher e negociar com seus fornecedores conforme o seu desejo, o setor público possui um componente adicional e grande delimitador a ser considerado: a legislação, que, na grande maioria dos casos, exige a realização de procedimentos licitatórios para a seleção e compra (fornecimento) de materiais. Em função dessa particularidade, os custos dos pedidos são muito significativos, além de ampliarem significativamente os prazos de reposição dos estoques.

Essas concepções aplicam-se com mais relevância à área da saúde pública, principalmente em se tratando das funções precípua do nível de gestão estadual. Algumas recomendações gerais, se observadas, melhorariam a gestão de estoques no setor público:

- ✓ Adoção de ordens de compras que permitam definir quantidades segundo a demanda (necessidade) de produtos e serviços. As ordens de compra são feitas aos fornecedores contratados mediante processo licitatório até limites definidos no contrato.
- ✓ Entregas de pedidos nos locais de consumo ou de instalação.

² Sobre a estocagem de medicamentos ver CONASS Documenta, livro n. 3, item. 7, p. 85 a 93.

- ✓ Instalação e configuração de equipamentos e materiais necessários à prestação dos serviços pelos próprios fornecedores contratados.
- ✓ Uso de licitações na modalidade Pregão e Pregão Eletrônico.

Mas em se tratando de área de saúde deve-se pensar em primeiro lugar na questão do acesso, principalmente do medicamento. Nesse sentido deve-se pensar na: disponibilidade – tipo de produto, quantitativo e tipo de serviço vinculado necessário e ofertado; acessibilidade geográfica – localização de serviço e localização do usuário; e aceitabilidade – expectativa do usuário e características reais do produto.

1.3.2 Material de consumo e permanente

É a designação atribuída, no âmbito da classificação das despesas quanto a sua natureza, ao elemento de despesa (de código 30) adequado para a classificação das despesas com materiais cuja duração é limitada a um curto lapso de tempo. Segundo se depreende da Lei n. 4.320/64, em seu art. 15, § 2º, por oposição aos materiais permanentes, os materiais de consumo são aqueles que perdem a sua identidade ao serem utilizados ou cuja duração presumida é inferior a dois anos. De modo geral podem ser identificados por possuírem pelo menos uma das seguintes características: fragilidade, deteriorabilidade, transformabilidade, incorporabilidade e limitada durabilidade.

Segundo estabelece a Lei n. 4.320/64, em seu art. 15, § 2º, consideram-se materiais permanentes aqueles bens que, em razão de sua natureza e sob condições normais de utilização, têm duração presumida superior a dois anos.

Existem três fatores que auxiliam na distinção entre os materiais permanentes e os materiais de consumo, quais sejam: estabilidade, durabilidade e produtividade. Um bem se caracteriza como material permanente se for estável ou imutável por um período razoável de utilização, se tiver durabilidade provável superior a dois anos e se for produtivo, isto é, auxiliar na produção de um bem ou serviço

dotado de valor econômico (sem a ele se incorporar de modo a perder a individualidade). Do contrário, este se constitui em material de consumo.

1.3.3 Controle patrimonial

Patrimônio vem do latim *patrimonium*, literalmente herança paterna, bens de família, riqueza e, por fim, bens, materiais ou não, de uma pessoa ou empresa. Diz-se patrimônio o conjunto dos bens, móveis, equipamentos e outros classificados como material permanente.

O patrimônio necessita de controle, o que compreende:

- ✓ Incorporação que se dá aos bens adquiridos por compra, comodato, doação.
- ✓ Movimentação, que pode ser interna quando é imprescindível o registro no sistema de patrimônio para garantir o controle físico e externo que se refere a toda e qualquer movimentação externa, para tanto se requer autorização formal da autoridade competente.
- ✓ Baixa, quando das alienações por venda, doação ou permuta; sinistros por furto, roubo, incêndio etc.

O controle é feito com base em leis federais, estaduais e normas internas dos órgãos ou entidade, além dos responsáveis pelo controle interno e externo. As leis federais são a: Lei n. 8.666/93, Cap. I, Seção VI, art. 17, inc. II – Das alienações; Lei n. 4.320/64, Cap. III – Da contabilização patrimonial, art. 94, 95 e 96; LRF: Lei n. 101/00, art. 44 e 45.

1.4 GESTÃO DE COMPRAS

Para a implementação de políticas públicas e, conseqüentemente, o atendimento às necessidades, é deflagrada a gestão de compras suplementar à de materiais. Para compras até determinado valor, as próprias secretarias e unidades orçamentárias do governo estadual realizam esse processo/procedimento. São chamadas de pequenas aquelas de pequeno vulto que não demandam licitação (compra direta). Para realizar compras de valor superior a um determinado, promovem-se licitações.

1.4.1 Definições básicas

Para melhor compreender a terminologia utilizada, elencam-se algumas definições básicas aplicáveis ao processo licitatório e seus procedimentos:

- ✓ Projeto Básico: documento obrigatório, que deverá conter o conjunto de especificações do bem ou serviço a ser adquirido ou contratado. Costuma-se dizer que no Projeto Básico reside o sucesso ou o fracasso da licitação, haja vista que o mesmo, elaborado com riqueza de detalhes e com o mínimo possível de dificuldade na interpretação, fará com que o fornecedor atenda conforme a descrição, não dando margem a interpretações errôneas, que, em outras palavras, significa dizer fornecimento de bens ou serviços de má qualidade.
- ✓ Licitação: conjunto de procedimentos adotados pela Administração Pública visando à aquisição de bens e serviços.
- ✓ Usuário/Cliente: todos os setores da Administração Pública que se utilizam do processo licitatório para a aquisição de bens e/ou serviços.
- ✓ Fornecedor/Prestador de serviço: aquele que, por meio de proposta escrita e assinada, oferece à Administração o objeto da licitação.
- ✓ Objeto: bem/serviço o qual pretende adquirir a Administração.
- ✓ Processo: conjunto de atos e documentos que compõe a rotina legal que objetiva a aquisição de bens e/ou serviços.
- ✓ Procedimento: qualquer ato que compõe o processo licitatório. Exemplo: publicação do edital, remessa de avisos eletrônicos (via *e-mail*), abertura de envelopes de habilitação/propostas.
- ✓ Habilitação: aferição das condições exigidas pela Administração Pública aos participantes do certame licitatório, para que possam oferecer seus bens/serviços ao Estado.
- ✓ Proposta: documento por meio do qual o licitante participa do certame oferecendo seu bem/

serviço à Administração Pública, nas condições solicitadas pelo edital.

- ✓ Edital de licitação: caderno processual que traz todas as condições e exigências de um determinado bem/serviço do qual necessita a administração estadual.
- ✓ Autoridade Instauradora: pessoa responsável pelo deferimento do processo licitatório, determinando o início de seus atos e a homologação de seus procedimentos.
- ✓ Comissão de licitação: o órgão colegiado composto por no mínimo três (03) servidores estaduais e/ou pessoas indicadas pela Autoridade Instauradora, para efetivar, controlar e dar seguimento até final adjudicação dos procedimentos licitatórios.
- ✓ Publicação: todos os atos que tem por finalidade divulgar de forma ampla e irrestrita o processo licitatório. Ex: D.O.s, jornais, boletins, internet, murais.
- ✓ Julgamento: ato da comissão de licitação que classifica as propostas apresentadas pelos licitantes e, através de documento formal – ata –, indica aquela que atendeu as condições exigidas pelo edital.
- ✓ Ata de Julgamento/Classificação: manifestação expressa da comissão de licitação apontando a proposta que atendeu as condições do edital.
- ✓ Adjudicação: ato privativo da comissão de licitação, que indica à autoridade instauradora, qual foi, dentre as propostas apresentadas pelos fornecedores/prestadores de serviço, a proposta que apresentou total compatibilidade com a solicitação do edital de licitação.
- ✓ Homologação: ato privativo da autoridade instauradora que confirma a proposta, indicada pela comissão de licitação, como a vencedora do certame.

1.4.2 Modalidades de licitação

A licitação para compra de bens e serviços pode revestir-se das seguintes formas: Convite, Tomada de Preços, Concorrência e Pregão que

são modalidades de licitação. Além delas, cumpre lembrar que compras diretas pressupõem dispensa ou inexigibilidade de licitação.

Convite é a modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de três pela unidade administrativa, a qual afixará, em local apropriado, cópia do instrumento convocatório e o estenderá aos demais cadastrados na correspondente especialidade que manifestarem seu interesse com antecedência de até 24 horas da apresentação das propostas. Pode ser adotada para compras de valores acima de R\$ 8 mil até R\$ 80 mil.

Tomada de Preços é a modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação. Aplica-se para compras de valores acima de R\$ 80 mil e até R\$ 650 mil.

Concorrência é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para a execução de seu objeto. Aplica-se a compras de valores acima de R\$ 650 mil.

Pregão Presencial/Pregão Eletrônico é uma modalidade de licitação realizada mediante a apresentação de propostas e lances em sessão pública, para a aquisição de bens e fornecimento de serviços comuns, qualquer que seja o valor estimado.

O Pregão Eletrônico caracteriza-se por ser inteiramente realizado utilizando-se de recursos da informática. Instituído em nível federal através do Decreto n. 5.450, de 31 de maio de 2005.

Dispensa de licitação³ está prevista no art. 24 da Lei n. 8.666/93 é permitida para compras e serviços até R\$ 8 mil, e de até R\$ 15 mil para obra e serviços de engenharia. No caso de dispensa de licitação,

³ O texto do item 1.4.2 referente à Dispensa de Licitação e Inexigibilidade foi baseado no texto de CONASS Documenta, livro n. 3, de julho de 2004, p. 73.

esta é possível por haver possibilidade de competição entre os licitantes, mas não é obrigatória.

A Inexigibilidade de licitação, também prevista na Lei de Licitações em seu artigo 25, se caracteriza pela ausência ou inviabilidade de competição ou ainda pela falta de necessidade de licitação, em especial, nos casos de:

- ✓ Contratação de serviços técnicos de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização.
- ✓ Contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública.
- ✓ Aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada à preferência de marca. No caso dos medicamentos de dispensação excepcional devem ser observados como se enquadram os fabricantes e os representantes, haja vista que no caso de representante o mesmo deve ter a representatividade na região geográfica onde está se realizando a aquisição.

Concurso e Leilão, ainda que ambas não se refiram às compras, a licitação na modalidade concurso é utilizada para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, enquanto que o Leilão é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para a venda de bens móveis inservíveis para a Administração ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados, a quem oferecer o maior lance, igual ou superior ao da avaliação. Nestes casos, observam-se os mesmos princípios legais e constitucionais para as modalidades de licitação para as compras.

1.4.3 Tipos de licitação⁴

Existem três possibilidades de se realizar uma licitação, variando em razão do critério de julgamento

⁴ O texto do item 1.4.3 foi extraído da publicação CONASS Documenta, livro n. 3, de julho de 2004, p. 74 e disponível no site www.conass.org.br

utilizado pela Administração para seleção da proposta mais vantajosa; são elas:

- ✓ Menor Preço: critério de seleção em que a proposta mais vantajosa para a Administração é a de menor preço. É utilizado para compras e serviços de modo geral e para contratação de bens e serviços de informática, nos casos indicados em decreto do poder Executivo. É o tipo de licitação utilizada na aquisição dos medicamentos, tendo em vista que na seleção já foram escolhidos os medicamentos necessários, não havendo a necessidade de utilização de outro critério de julgamento.
- ✓ Melhor Técnica: critério de seleção em que a proposta mais vantajosa para a Administração é escolhida com base em fatores de ordem técnica. É usado exclusivamente para serviços de natureza predominantemente intelectual, em especial na elaboração de projetos, cálculos, fiscalização, supervisão e gerenciamento e de engenharia consultiva em geral e, em particular, para elaboração de estudos técnicos preliminares e projetos básicos e executivos.
- ✓ Técnica e Preço: critério de seleção em que a proposta mais vantajosa para a Administração é escolhida com base na maior média ponderada, considerando-se as notas obtidas nas propostas de preços e de técnica. É obrigatório na contratação de bens e serviços de informática, nas modalidades Tomada de Preços e Concorrência.

1.4.4 O processo licitatório

Os processos licitatórios, em geral, deverão seguir uma seqüência lógica de atos administrativos, que serão ensejados pela demanda de aquisição de bens ou serviços.

O CONASS documenta n. 3 – Para entender a Gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, CONASS, julho de 2004, traz em seu conteúdo, nas páginas 74/83 toda a seqüência racional de atos administrativos necessários para a perfeita condução do processo licitatório. Senão vejamos:

1.4.4.1 Instrução do processo licitatório

1) Fase interna⁵ ou preparatória ou ainda chamada de instrução do processo licitatório: é aquela em que se coletam todos os elementos, preços, prazos, condições, tipos de contrato, preços máximos, enfim todas as informações necessárias para dar início ao processo licitatório, mas ainda não dado conhecimento ao público. Observará a seguinte seqüência de atos preparatórios:

- a) solicitação expressa do setor requisitante interessado, com a indicação de sua necessidade;
- b) aprovação de autoridade competente para início do processo licitatório, devidamente motivada e analisada sob a ótica da oportunidade, conveniência e relevância para o interesse público;
- c) autuação do processo correspondente, que deverá ser protocolizado e numerado;
- d) elaboração de especificação do objeto, de forma precisa, clara e sucinta⁶;
- e) estimativa de valor da aquisição ou contratação, mediante comprovada pesquisa de mercado;
- f) indicação dos recursos orçamentários para fazer face à despesa;
- g) verificação da adequação orçamentária e financeira, em conformidade com a Lei de Responsabilidade Fiscal, quando for o caso;
- h) elaboração de projeto básico;
- i) definição da modalidade e tipo de licitação a serem adotados.

⁵ Durante a fase interna da licitação, a administração terá a oportunidade de corrigir falhas porventura verificadas no procedimento, sem precisar anular atos praticados. Exemplo: inobservância de dispositivos legais, estabelecimento de condições restritivas, ausência de informações necessárias dentre outras faltas ou falhas.

⁶ Nas licitações para compras, deverão ser observadas ainda: a) a especificação completa do bem (no caso, medicamento) a ser adquirido, sem indicação ou preferência de marca; b) a definição das unidades e das quantidades a serem adquiridas em função do consumo e utilização prováveis, cuja estimativa será obtida, sempre que possível, mediante adequadas técnicas quantitativas de estimar.

2) Fase externa: está submetida a procedimentos seqüenciais, em que a realização de determinado ato depende da conclusão do antecedente. Apresenta-se, a seguir, a seqüência de procedimentos que compõem esta fase:

a) Elaboração do edital: o ato convocatório ou edital é a lei interna das licitações e tem por finalidade fixar as condições necessárias à participação dos licitantes, ao desenvolvimento da licitação e à futura contratação, além de estabelecer um elo entre a Administração e os licitantes. Deve ser claro, preciso e fácil de ser consultado. Cabe ao ato convocatório disciplinar prazo, atos, instruções relativas a recursos e impugnações, informações pertinentes ao objeto e aos procedimentos, além de outras que se façam necessárias à realização da licitação. O preâmbulo do ato convocatório deve conter:

- ✓ O número do ato convocatório em série anual.
- ✓ O nome do órgão ou entidade interessado e de seu setor.
- ✓ A modalidade de licitação (Convite, Tomada de Preços, Concorrência ou Pregão).
- ✓ O regime de execução (empreitada por Preço Global, Empreitada por Preço Unitário, Tarefa, ou Empreitada Integral). Aplicáveis no caso de obras e reformas.
- ✓ O tipo de licitação (menor preço, melhor técnica ou técnica e preço).
- ✓ A menção de que o ato é regido pela Lei n. 8.666/93, e pela Lei n. 10.520/02, quando se referir a Pregão.
- ✓ O local, dia, hora para o recebimento da documentação e proposta e para o início da abertura dos envelopes.
- ✓ O Edital⁷ deverá conter ainda, obrigatoriamente, as seguintes condições, consideradas essenciais:
- ✓ Objeto da licitação, com descrição sucinta, precisa e clara.

- ✓ Prazo e condições para a assinatura do contrato de fornecimento ou retirada de nota de empenho, ou instrumentos equivalentes, para a execução do contrato e entrega do objeto da licitação.
- ✓ Condições de habilitação e forma de apresentação das propostas.
- ✓ Critério para julgamento, com disposições claras e parâmetros objetivos.
- ✓ Condições equivalentes de pagamento entre empresas brasileiras e estrangeiras, no caso de licitações internacionais.
- ✓ Critério de aceitabilidade de preços unitário e global, conforme o caso.
- ✓ Critério de reajuste, que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção.
- ✓ Condições de pagamento, prevendo prazo não superior a 30 dias contados da data final do período de adimplemento; critério de atualização financeira dos valores a serem pagos desde a data final do adimplemento até a data do efetivo pagamento; compensações financeiras e penalidades por eventuais atrasos e descontos por eventuais antecipações de pagamento.

Além das condições essenciais e relevantes acima citadas, o edital deverá contar ainda com os seguintes anexos, dele fazendo parte integrante:

- ✓ Projeto Básico e/ou executivo, como todas as suas partes, desenhos, especificações e outros complementos.
- ✓ Orçamento estimado em planilhas de quantitativos de preços unitários.
- ✓ Minuta de Contrato a ser firmado entre a administração e o licitante vencedor (se for o caso).

O edital apresenta natureza jurídica e representa o instrumento legalmente ajustado para definir todas as regras, critérios, responsabilidades, competências e penalidades do certame a se realizar em conformidade com o estabelecido na Lei n. 8.666/93 e deve ser ajustado à natureza do procedimento e do objeto a ser adquirido. Ele é a regra interna do

⁷ O original do edital deverá ser datado, rubricado em todas as folhas e assinado pela autoridade que o expedir, permanecendo no processo de licitação. Dele serão extraídas cópias integrais ou resumidas, para divulgação e fornecimento aos interessados.

procedimento, de observância obrigatória, quer pela administração, quer pelos licitantes. Nada poderá ser exigido além, aquém ou contrariamente ao que estiver previsto nesse instrumento.

b) Publicação do edital: deve-se facilitar ao máximo o acesso de fornecedores às licitações efetuadas. Para que isso ocorra, é imprescindível a divulgação do edital nos mais variados instrumentos de informações possíveis, iniciando-se pelos Diários Oficiais, em qualquer das esferas de governo: municipal, estadual ou federal, de acordo com que está realizando a licitação, além de utilização dos meios de comunicação, principalmente os jornais de grande circulação, revistas e magazines especializados, e ainda fazendo uso dos meios eletrônicos de divulgação como, por exemplo, a Internet.

c) Recebimento de propostas: após publicação do edital ou entrega do convite, será a vez do licitante (fornecedor) apresentar à comissão de licitação (licitador), até o dia, horário e local prefixado, sua documentação de habilitação e sua proposta técnica e/ou de preço, em envelopes separados, fechados e rubricados no fecho. Os licitantes interessados em participar das modalidades de licitação Convite, Tomada de Preços e Concorrência não necessitam encaminhar seu representante legal para entregar os envelopes com a documentação e as propostas escritas e/ou se fazer presente na reunião de abertura dos envelopes. No caso se aquisição dos medicamentos, os licitantes devem seguir o mesmo ritual, excetuando-se no que se refere à proposta de preços, haja vista que não haverá proposta técnica, somente a de preços.

No caso de licitação na modalidade Pregão, o licitante interessado em participar da fase de lances verbais, além de entregar os envelopes com a documentação e as propostas por escrito, deve credenciar seu representante

legal com poder para oferecer novos preços, por ocasião de lances verbais.

d) Credenciamento e/ou verificação da habilitação ou inabilitação dos licitantes ou dos seus representantes: considera-se representante legal a pessoa formalmente credenciada para isso, de acordo com o estipulado no Estatuto/Contrato Social da empresa, ou mediante instrumento público ou particular de procuração outorgada pelo licitante ou documento equivalente. O representante legal do licitante deve credenciar-se no horário previsto para o evento, munido de documento de identidade oficial que lhe dá os poderes necessários para participar da reunião naquela qualidade. Se isso não ocorrer, ficará impedido de representar o licitante durante a reunião de abertura dos envelopes relativa à Concorrência, Tomada de Preços ou Convite.

Em caso de Pregão, o mandato de procuração ou documento equivalente deverá dar plenos poderes ao outorgado para apresentar ofertas e lances verbais⁸, negociar preços, declarar a intenção ou renunciar ao direito de interpor recurso, enfim, para praticar em nome do licitante todos os atos necessários durante a licitação. Se o representante não se credenciar perante o pregoeiro, ficará impedido de participar da fase de lances verbais e de praticar os atos concernentes ao pregão.

e) Abertura de envelopes com a classificação ou desclassificação das propostas: depois de examinados e julgados os documentos⁹ apresentados para efeito de habilitação dos licitantes, mediante confronto com as exigências e condições do ato convocatório, serão

⁸ No caso de Pregão Eletrônico os lances verbais são substituídos por "lances on-line".

⁹ Os documentos pertinentes e exigidos no ato convocatório para habilitação devem preferencialmente ser numerados sequencialmente e na ordem indicada, a fim de permitir maior rapidez durante a conferência e exames correspondentes. Poderão ser apresentados, para efeitos de participação nas licitações públicas, documentos de habilitação, alternativamente: em original; por cópia autenticada; por cópia conferida com original pelos responsáveis pelo processo de licitação; e por publicação comprovada em órgão da imprensa oficial (original e cópia autenticada ou conferida).

desqualificados e não aceitos aqueles que não atenderem ao que foi estabelecido. No caso de licitação na modalidade Pregão, ao contrário do que ocorre em outras modalidades, a abertura da proposta é feita antes da análise da documentação e a fase recursal é única, sem efeito suspensivo. Depois de efetuada a análise e julgamento das propostas, escritas, são efetuados a classificação da proposta escrita de menor preço e, ainda, aquelas apresentadas com valores superiores em até 10% em relação ao menor preço. Quando não existirem no mínimo três propostas com valores superiores em até 10% à proposta de menor preço, devem ser selecionadas as melhores até o máximo de três, quaisquer que sejam os preços ofertados.

Ainda no caso de pregão, as propostas são colocadas em ordem crescente de preço cotado para que os representantes legais dos licitantes participem da etapa competitiva, por meio de lances verbais. O início da fase de lances se dá pelo representante legal do licitante detentor da proposta de maior preço, continuando com as demais, pela ordem decrescente dos preços ofertados. O licitante que não quiser dar lances verbais quando convocado pelo pregoeiro será excluído da respectiva etapa e terá mantido, para efeito de ordenação das propostas, seu último preço apresentado.

f) Análise e Emissão de Parecer Técnico: a análise das propostas e emissão de parecer técnico é uma das etapas mais importantes do julgamento. Na análise deverão ser confrontadas as especificações técnicas solicitadas com as especificações técnicas dos produtos apresentadas pelos fornecedores.

O responsável pelo parecer deverá conhecer todos os aspectos acerca do objeto que está avaliando, assim como as possibilidades e limites de legislação vigente, garantindo o cumprimento dos quesitos técnicos exigidos sem causar infrações de ordem jurídica e administrativa para a instituição.

Recurso

Cabe recurso dos atos praticados pela comissão de licitação a contar da intimação do ato ou da lavratura da ata, previstos no artigo 109, da Lei n. 8.666/93, que deverão ser protocolados, nos casos de:

- ✓ Habilitação ou inabilitação do licitante.

- ✓ Julgamento das propostas.
- ✓ Anulação ou revogação da licitação.
- ✓ Indeferimento do pedido de inscrição em registro cadastral, sua alteração ou cancelamento.
- ✓ Rescisão do contrato, quando determinada por ato unilateral da administração.
- ✓ Aplicação das penas de advertência, suspensão temporária ou de multa.

Os prazos¹⁰ de interposição de recursos são os seguintes:

- ✓ Tomada de Preços e Concorrência: 5 (cinco) dias úteis.
- ✓ Convite: 2 (dois) dias úteis.
- ✓ Pregão: 3 (três) dias úteis.

Os recursos interpostos podem ser impugnados pelos demais licitantes que apresentarão suas contra-razões, nos seguintes prazos:

- ✓ Tomada de Preços e Concorrência: 5 (cinco) dias úteis.
- ✓ Convite: 2 (dois) dias úteis.
- ✓ Pregão: 3 (três) dias úteis.

A intimação dos atos referentes à habilitação ou inabilitação de licitante, ao julgamento das propostas, à anulação ou revogação da licitação, à aplicação das penas de advertência, à suspensão temporária ou de multa será feita mediante publicação na imprensa oficial.

Nos casos de habilitação ou inabilitação de licitante ou de julgamento das propostas, se os prepostos dos licitantes estiverem presentes no ato em que for adotada a decisão, a comunicação pode ser feita diretamente a eles, mediante registro e lavratura em ata circunstanciada.

¹⁰ Nas modalidades de licitação Convite, Tomada de Preços e Concorrência, o prazo de apresentação de impugnação a recurso inicia-se a partir da data de comunicação da interposição do recurso e demais licitantes. No Pregão, o prazo corre no término do prazo em que o licitante recorrente apresentar as razões de seu recurso. É assegurado a todos os licitantes vista imediata dos autos, objetivando fornecer os subsídios necessários à formulação da motivação das razões e das contra-razões a serem apresentadas. Enquanto os autos não estiverem disponíveis para a vista e consulta dos licitantes não se inicia a contagem de prazos.

O recurso concernente à habilitação ou inabilitação de licitante ou ao julgamento das propostas tem efeito suspensivo, podendo a autoridade competente, motivadamente e presente razões de interesse público, atribuir ao recurso interposto eficácia suspensiva aos demais recursos, exceto na modalidade pregão.

O acolhimento do recurso em Pregão implica tão somente a invalidação dos atos que não sejam passíveis de aproveitamento.

No Pregão, a falta de manifestação imediata e motivada do licitante para interpor recurso, no momento da elaboração da ata, importa decadência do seu direito de apresentar recurso, pelo menos na esfera administrativa.

Na modalidade Pregão é necessária a presença do representante legal do licitante para declarar, no momento da elaboração da ata, a intenção de interpor recurso¹¹. Caso contrário decai o seu direito de fazê-lo.

Homologação e Adjudicação

Concluído o procedimento licitatório, a comissão de licitação (licitador) elabora o respectivo Relatório e submete à apreciação do Ordenador de Despesa para fins de homologação e adjudicação.

Homologação é o ato pelo qual a autoridade competente ratifica todo o procedimento licitatório e confere aos atos licitatórios aprovação para que produzam os efeitos jurídicos necessários.

Ressalta-se que “cabe à autoridade competente pela homologação verificar a legalidade dos atos praticados na licitação e a conveniência da contratação do objeto licitado para a Administração”.

Adjudicação é o ato privativo da comissão de licitação, que indica à autoridade instauradora, qual foi, dentre as propostas apresentadas pelos fornecedores/prestadores de serviço, a proposta que apresentou total compatibilidade com a solicitação do edital de licitação.

1.4.5 Pregão¹²

No decorrer do texto, por diversas vezes nos deparamos com esta modalidade de licitação que, comparada às modalidades contempladas na Lei n. 8.666/93, é recente. Para entender o sentido e a necessidade desta nova forma legal de aquisição, faremos um breve relato histórico.

Em 1993, a Lei n. 8.666/93 entrou em vigência, determinando que todos os órgãos públicos deveriam fazer suas aquisições pelas modalidades disponíveis naquele diploma legal, quais sejam, Convite, Tomada de Preço, Concorrência. Pelo fato de essas modalidades de compras terem prazos dilatados, as compras governamentais passaram a ser demoradas e dificultosas, levando-se em média de um a três meses para serem concluídas. Com a crescente evolução do serviço público, e demandas cada vez mais urgentes, contrastando com a morosidade das modalidades de licitação disponíveis na Lei n. 8.666/93, no ano 2000, por intermédio do Decreto n. 3.555/00, criou-se uma nova modalidade de compra, o Pregão, regulamentada posteriormente em 2002 pela Lei n. 10.520/02.

Esta modalidade, em vista das outras, se mostrou extremamente ágil, com prazos mais curtos, podendo se conhecer o vencedor do certame no próprio dia da licitação, algo inimaginável nas modalidades de compra previstas na Lei n. 8.666/93. Entretanto, o Pregão, em sua forma originária, a presencial, era feito como as licitações comuns, reunindo-se os interessados, e havendo abertura de envelopes, fase de lances, etc. O Pregão realmente foi uma evolução em termos de agilidade, mas o serviço público ainda buscava algo mais célere e eficiente.

Com o advento da internet, a comunicação passou a ser muito rápida, quase que em tempo real. Neste contexto o governo federal desenvolveu uma ferramenta para compras governamentais, o Pregão na forma eletrônica, via internet. Os licitantes conectavam-se de seus escritórios, ofereciam suas

¹¹ Em caso de ser Pregão Eletrônico, o desejo ou não de interpor recurso é questionado on-line, via chat.

¹² O texto do item 1.4.5 foi baseado no texto de CONASS Documenta, livro n. 3, de julho de 2004, p. 82 e 83.

propostas e lances pela própria internet, sem a necessidade de uma reunião solene. As reuniões para se comprar bens ou serviços saíram do ambiente físico dos escritórios, salas de reuniões ou auditórios, e foram transferidas para o universo *on-line*, a internet.

O Pregão Eletrônico funcionou em caráter experimental de 2003 a 2005, até que, em maio de 2005, por intermédio do Decreto n. 5.450/05, regulamentou-se a utilização do mesmo, tornando-se modalidade de compra obrigatória no âmbito da Administração Pública Federal. Com a vigência deste decreto, as modalidades de compra existentes na Lei n. 8.666/93 só poderiam ser utilizadas mediante justificativa técnica ou em caso de obras.

Com a Lei n. 10.520/2000, o Pregão passou a vigorar nas três esferas de poder, federal, estadual e municipal. Quanto à Administração Pública Federal, esta, por força do Decreto n. 5.450/2005, se encontra obrigada a realizar o Pregão, preferencialmente na sua forma eletrônica. Quanto aos estados e municípios, se faz necessária pesquisa mais aprofundada nas legislações de cada esfera para se aferir a necessidade/obrigatoriedade da utilização do Pregão Eletrônico.

Importante ressaltar o quanto a modalidade Pregão agilizou as aquisições da Administração Pública, em qualquer das esferas, ganhando-se em agilidade e em percentual de economia, em função da possibilidade da oferta de lances por parte dos licitantes. O Pregão foi aperfeiçoado, acompanhou a evolução tecnológica e hoje é feito eletronicamente. O entendimento majoritário quanto ao tema é de que este é um caminho sem volta, sendo tendência natural à realização de todas as compras governamentais, sejam elas de bens ou serviços, viabilizadas por intermédio do Pregão Eletrônico.

O Pregão realizado na forma eletrônica é despedido da solenidade que cerca uma sessão pública envolvendo a Administração e os fornecedores, evita possíveis desgastes entre os mesmos, e agiliza ainda mais sua realização, afora o percentual de desconto oferecido pelos fornecedores, que sofreu um sensível aumento.

1.4.6 Registro de Preços

O Sistema de Registro de Preços, previsto no inciso II, do art. 15, da Lei n. 8.666/93, compõe-se de um conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à futura aquisição de bens e a prestação de serviços, e está regulamentado pelo Decreto n. 3.931, de 19 de setembro de 2001.

O Registro de Preços de bens e serviços é antecedido dos seguintes procedimentos:

- a) É realizada uma licitação (Concorrência ou Pregão), da qual resulta um documento vinculativo, obrigacional, com características de compromisso para contratação futura, onde se registram: os preços, os fornecedores, órgãos participantes e condições a serem praticadas, conforme disposições contidas no edital e nas propostas apresentadas pelos fornecedores. Este documento leva o nome de ata de registro de preços.
- b) Havendo a necessidade de se adquirir algum item, basta ao órgão interessado consultar a ata no Órgão Gerenciador¹³ e tomar as medidas necessárias para formalizar a requisição, verificando se o preço registrado continua compatível com o mercado;
- c) Estando conforme o preço, emite-se a Nota de Empenho ou contrata-se o fornecedor respectivo, para o fornecimento da quantidade real necessária no momento.

Percebe-se que o Sistema de Registro de Preços traz inúmeras vantagens para a Administração, dentre as quais se destacam:

- ✓ Não haver necessidade de manutenção de estoques elevados.
- ✓ Não haver necessidade de grandes almoxarifados, nem de se ocupar espaço útil na unidade disponível.
- ✓ Poder ser usado por outras unidades.
- ✓ Com uma única licitação poder-se comprar para todo o ano.

¹³ Órgão Gerenciador: órgão ou entidade da administração pública responsável pela condução do conjunto de procedimentos do certame para registro de preços e gerenciamento da Ata de Registro de Preços dele decorrente.

- ✓ Economizar-se recursos com publicações.
- ✓ Comprar-se apenas as quantidades realmente necessárias a nas ocasiões apropriadas.

Para os fornecedores também é bastante vantajoso participar do Sistema de Registro de Preços, uma vez que:

- ✓ Existe uma previsibilidade do fornecimento futuro, facilitando, sobremaneira, o seu planejamento de vendas.
- ✓ Não é necessário participar de várias licitações em um mesmo órgão, para o mesmo objeto.
- ✓ Existe um prazo de entrega determinando, o que possibilita não haver necessidade de formar grandes estoques.

O Sistema de Registro de Preços possui uma característica marcante, que é a possibilidade de várias organizações poderem utilizar reciprocamente uma licitação executada por um outro órgão público, desde que isso tenha sido pré-estabelecido.

1.4.6.1 Adesão às atas de Registro de Preços

Por intermédio do Decreto n. 3.931, de 19 de setembro de 2001, criou-se a possibilidade de uma proposta mais vantajosa numa licitação ser aproveitada por outros órgãos e entidades. Esse procedimento é comumente chamado de carona, que em outras palavras é a idéia de se *“aproveitar o percurso que alguém já desenvolveu para concluir o próprio trajeto, sem custos”*.

Na interpretação de Jorge Ulisses Jacoby Fernandes, podemos notar que o Sistema de Registro de Preços, constitui-se em uma importante ferramenta de gestão, para demandas incertas, freqüentes ou de difícil mensuração, senão vejamos:

O Sistema de Registro de Preços se constitui em importante instrumento de gestão onde as demandas são incertas, freqüentes¹⁴ ou de difícil mensuração.

¹⁴ TCU recomenda o uso do Sistema de Registro de Preços nesses casos de contratações freqüentes. Fonte: TCU, Plenário, Acórdão n. 1.365/2003. No mesmo sentido, para evitar o fracasso, o TCU recomenda o uso do Sistema de Registro de Preços. Fonte: TCU, Primeira Câmara, Acórdão n. 3.146/2004.

Por outro lado, como já decidiu o Tribunal de Contas da União também pode ser utilizado para objetos que dependem de outras variáveis inibidoras do uso da licitação convencional, tal como ocorre com um município que aguarda recursos de convênios – muitas vezes transferidos em final de exercício com prazo restrito para a aplicação; liberados os recursos se o objeto já houver sido licitado pelo Sistema de Registro de Preços caberá apenas expedir a Nota de Empenho para consumir a contratação.¹⁵

Ainda em relação ao trecho de Jacoby, podemos notar que o referido instrumento se mostra uma opção que conjuga racionalidade e agilidade, além de gerar sensível economia de recursos, tendo em vista que os preços conseguidos em licitações que registram os seus preços são consideravelmente inferiores às demais.

Para que se possa entender melhor o Sistema de Registro de Preços, façamos a diferenciação entre o participante e carona. Os órgãos participantes são aqueles que no momento da convocação do órgão gerenciador comparecem e participam da implantação do registro de preços, informando os objetos pretendidos, qualidade e quantidade, tendo sua atuação prevista no art. 1º, inc. IV, do Decreto n. 3.931/01, enquanto que os órgãos não participantes (carona) são aqueles que, não tendo participado na época

¹⁵ Nesse sentido: Sistema de Registro de Preços deve ser regra sempre que presente uma das hipóteses permissivas processar, preferencialmente, as aquisições de bens por intermédio do Sistema de Registro de Preços. Fonte: TCU, Plenário, Prestação de Contas, Acórdão n. 56/1999. Sistema de Registro de Preços – restrições orçamentárias. O TCU entende que o Sistema de Registro de Preços é uma ferramenta adequada a enfrentar as restrições orçamentárias. Fonte: TCU, Primeira Câmara, Acórdão n. 3.146/2004. Destaca-se o seguinte excerto do voto: “Deste modo, resta cristalino que não há como suscitar situação emergencial; as dificuldades orçamentárias eram plenamente previsíveis, e o comportamento de fracionar a aquisição mediante dispensa de procedimento licitatório deu-se por dois anos. Portanto, proporemos a rejeição das razões de justificativas apresentadas pelo Sr. Gilvandro. Novamente lembramos que o Sistema de Registro de Preços, previsto no art. 15 da Lei n. 8.666/1993 e regulamentado pelo Decreto n. 2.743, de 21 de agosto de 1998, presta-se bem às dificuldades apresentadas pelo responsável”.

oportuna, informado suas estimativas de consumo, requerem, posteriormente, ao órgão gerenciador, o uso da Ata de Registro de Preços.

Os Órgãos Gerenciadores das Atas de Registro de Preços, ou seja, aqueles que as criaram, a partir de um procedimento licitatório, desfrutam de algumas vantagens com relação aos órgãos não-participantes (carona), como por exemplo, ter as suas expectativas de consumo previstas no ato convocatório, ter do fornecedor o compromisso do fornecimento, entre outros.

Para os órgãos não-participantes (carona) terem condições de ser atendidos por Adesão à Ata de Registro de Preços, são necessários alguns requisitos, a saber:

- ✓ Consulta prévia e anuência do Órgão Gerenciador.
- ✓ Indicação pelo Órgão Gerenciador do fornecedor ou prestador de serviço.
- ✓ Aceitação pelo fornecedor, da contratação pretendida, condicionada esta a não gerar prejuízo aos compromissos assumidos na Ata de Registro de Preços.
- ✓ Embora a norma seja silente a respeito, deverão ser mantidas as mesmas condições do Registro, ressalvadas apenas as renegociações promovidas pelo Órgão Gerenciador que se fizerem necessárias.

Os estados podem aderir às Atas de Registro de Preços na esfera federal? E na esfera municipal? O texto do Decreto n. 3.931/2001, não faz referência e tampouco define se os órgãos participantes e usuários devam necessariamente integrar a mesma esfera de governo. Jacoby, em seu artigo *Carona em sistema de Registro de Preços: uma opção inteligente para redução de custos e controle*, faz a seguinte interpretação:

A primeira interpretação literal poderia levar à negativa. Explica-se: o Decreto n. 3.931/2001 empregou o termo órgão ou entidade da Administração e esse último termo é conceituado restritivamente pela Lei n. 8.666/1993, in verbis:

“art. 6º. Para os fins desta Lei, considera-se: XI - Administração Pública - a administração direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, abrangendo inclusive as entidades com personalidade jurídica de direito privado sob controle do poder público e das fundações por ele instituídas ou mantidas;

XII - Administração - órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a Administração Pública opera e atua concretamente.”

Numa interpretação sistemática, contudo, como Administração é órgão da Administração Pública, parece possível a extensão além da esfera de governo. Assim, um órgão municipal poderá, atendidos os demais requisitos, servir-se de Ata de Registro de Preços federal ou vice-versa.

Aliás, o procedimento já vem sendo utilizado com bastante sucesso pelo Ministério da Saúde para aquisição de medicamentos¹⁶ com base em lei específica - Lei n. 10.191, de 14 de fevereiro de 2001.

Desse modo, sintetizando, embora não exista objeção à participação de órgãos de outras esferas, pode ser sustentada, sob o aspecto jurídico, a necessidade de norma autorizativa específica.

Essa norma poderia ser o próprio decreto - distrital, estadual ou municipal -, ou ato jurídico que evidencie o interesse da esfera de governo em aderir ao modelo federal para uso de ata de registro de preços na condição de não participante (carona).

As restrições ao carona, em síntese, são as seguintes:

- ✓ Só pode comprar até o limite de quantidades registradas.

¹⁶ Veja na homepage <<http://www.jacoby.pro.br>> o modelo de edital: Licitação & contratos, Sistema de Registro de Preços, Editais.

- ✓ Somente pode aderir a Atas que tenham licitado quantidade superior a estimativa de sua própria demanda, ou seja, ele não poderá ultrapassar da quantidade que determinar a Ata aderida.
- ✓ Deve obedecer as regras de pagamento que órgão gerenciador colocou no edital.
- ✓ É dever comprovar em processo, como em qualquer licitação, que o preço da aquisição é compatível com o de mercado.

O Tribunal de Contas da União teve a oportunidade de analisar a figura do carona, admitindo sua total regularidade. Importante ressaltar que o papel do TCU, além de controle das contas públicas na esfera federal, possui a missão de delinear jurisprudência sobre a aplicação da Lei de Licitações e Contratos.

O procedimento de Adesão à Atas de Registro de Preços é muito vantajoso para a Administração Pública em geral, por atender às necessidades urgentes com a velocidade que as mesmas requerem, sendo ainda uma forma lícita de se adquirir determinados bens e serviços.

1.4.7 Cotação eletrônica

A cotação eletrônica, nada mais é do que a dispensa de licitação, prevista no artigo 24 incs. I e II da Lei n. 8.666/1993, realizada eletronicamente. É permitida a compra de bens e serviços com valor limite até R\$ 8 mil e serviços de engenharia no valor limite de R\$ 15 mil.

Basicamente funciona da seguinte forma: a Administração, por meio de sistema que promova licitações via internet, insere a sua demanda e aguarda por 3 dias, prazo este que os fornecedores terão para ofertar sua propostas de preços. Findo o referido prazo, a Administração verifica as propostas, e a de menor valor, caso esteja dentro das especificações dadas pela Administração, será a vencedora.

1.5 CONTRATOS ADMINISTRATIVOS

Contrato Administrativo é o ajuste que a Administração Pública, agindo nessa qualidade, faz com o particular ou outra entidade administrativa para a

consecução de objetivos de interesse público, nas condições estabelecidas por ela própria.

O contrato administrativo intrinsecamente tem as seguintes características básicas: é consensual, ou seja, expressa acordo de vontades entre partes; é formal, se expressa de forma escrita e contempla requisitos especiais; é oneroso, uma vez que deve ser remunerado na forma pactuada; é comutativo, porque estabelece vantagens recíprocas e equivalentes entre as partes. Além disso, é *intuitu personae*, devendo ser executado pela própria pessoa que celebra o contrato com a Administração.

A principal característica extrínseca do contrato administrativo é ser precedido de licitação, salvo nas exceções de dispensa e inexigibilidade. Além disso, uma outra peculiaridade básica do Contrato Administrativo é a possibilidade da Administração desestabilizar o vínculo, alterando ou extinguindo unilateralmente, desde que ocorra uma causa superveniente e justificável. Fica então estabelecida distinção entre o contrato privado e o Contrato Administrativo exatamente na supremacia originária da Administração Pública na relação jurídica para fixar as condições iniciais do ajuste; são as chamadas cláusulas exorbitantes.

Cláusulas exorbitantes são as que ultrapassam as do direito comum para consignar uma vantagem ou restrição à Administração ou ao contratado. Ainda que essa não fosse lícita no contrato privado (vide Código do consumidor) é absolutamente válida no Contrato Administrativo, desde que decorrente de leis ou princípios que regem a atividade administrativa, porque visa estabelecer uma prerrogativa em favor de uma das partes para o perfeito atendimento do interesse público, que se sobrepõe ao interesse individual.

Sucintamente, cláusulas exorbitantes no Contrato Administrativo podem dispor sobre:

- a) alteração e rescisão unilaterais, inerentes à Administração;
- b) equilíbrio financeiro, assinalando o direito de

ver mantida por parte do contratado a equação financeira originalmente contratada;

- c) reajustamento de preços e tarifas;
- d) exceção de contrato não cumprido, de forma a tentar garantir a continuidade da prestação de serviço;
- e) controle do contrato;
- f) aplicação de penalidades contratuais; e
- g) interpretação do Contrato Administrativo, tendo em vista que o Contrato Administrativo é regido por normas do direito público, suplementadas pelas do direito privado.

Todo Contrato Administrativo possui cláusulas essenciais ou necessárias e cláusulas acessórias ou secundárias, além de pressupor cláusulas implícitas, entre as quais podem ser incluídas as exorbitantes. Segundo o art. 55, da Lei n. 8.666/1993, são cláusulas essenciais ou necessárias em todo contrato as que estabeleçam:

- a) o objeto e seus elementos característicos;
- b) o regime de execução ou a forma de fornecimento;
- c) o preço e as condições de pagamento, os critérios, data-base e periodicidade do reajustamento de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento;
- d) os prazos de início de etapas de execução, de conclusão, de entrega, de observação e de recebimento definitivo, conforme o caso;
- e) o crédito pelo qual correrá a despesa, com a indicação da classificação funcional programática e da categoria econômica;
- f) as garantias oferecidas para assegurar sua plena execução, quando exigidas;
- g) os direitos e as responsabilidades das partes, as penalidades cabíveis e os valores das multas;
- h) os casos de rescisão;
- i) o reconhecimento dos direitos da Administração,

em caso de rescisão administrativa prevista no artigo 77 desta Lei;

- j) as condições de importação, a data e a taxa de câmbio para conversão, quando for o caso;
- k) a vinculação ao edital de licitação ou ao termo que a dispensou ou a inexigiu, ao Convite e à proposta do licitante vencedor;
- l) a legislação aplicável à execução do contrato e especialmente aos casos omissos; m) a obrigação do contratado de manter, durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

Portanto, os Contratos Administrativos são aqueles em que o Estado é sempre parte, seja quando dotado de seu poder de império (contratos públicos da Administração Pública), ou sem este poder (contratos privados da Administração Pública). São desta espécie a concessão de serviço público, a empreitada, o empréstimo público, bem como a concessão de direito real de uso de bem público.

Os contratos privados são aqueles que o poder Público celebra com particulares, despojando-se de seu domínio eminente ou poder de império, colocando-se, portanto, em situação de rigorosa isonomia contratual, pois tais contratos não têm por objetivo último a realização dos fins precípuos do Estado. São, portanto, exemplos de tais contratos a locação de imóveis para uso de repartições, a compra e venda de materiais. Os contratos privados são, evidentemente, regidos pelas normas de direito civil ou comercial.

Segundo a Legislação, o contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas legais vigentes, respondendo cada uma pelas conseqüências de sua inexecução total ou parcial.

1.5.1 Fiscalização dos contratos

Segundo o art. 67 da Lei n. 8.666/1993, o contrato deverá ser acompanhado e fiscalizado por um representante da Administração especialmente

designado, permitida a contratação de terceiros para assisti-lo e subsidiá-lo de informações pertinentes a essa atribuição. O representante da Administração anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

O trabalho desempenhado pelo fiscal de contrato é um trabalho fundamental, tendo em vista que ele será os “olhos” da Administração na execução de cada contrato. Caberá ao fiscal, o controle dos serviços prestados, a interlocução com a empresa contratada, e em caso de imperfeições contratuais, deverá o fiscal viabilizar o envio de ofícios à contratada, exigindo melhorias.

É tarefa do fiscal também, o atesto das notas fiscais ratificando que os serviços foram prestados dentro das regras previamente acordadas. Estas orientações visam facilitar a atividade de fiscalização dos contratos firmados entre o órgão e seus diversos contratados, propiciando a uniformização dos procedimentos e a divulgação de informações úteis, inerentes a esta atividade.

Fiscalizar a execução contratual não é apenas uma atividade formal. Implica a garantia de que o serviço será prestado conforme o contratado. Uma boa atuação do fiscal poderá maximizar os resultados da prestação do serviço, garantindo maior qualidade e menores custos, e principalmente minimizando prejuízos oriundos de uma fiscalização inadequada.

Para uma perfeita fiscalização do contrato, o fiscal necessariamente deverá viabilizar mecanismos de controle, para que ao receber a Nota Fiscal cobrando o serviço prestado, ele saiba se aquele serviço foi realizado corretamente, dentro do previsto. Para isto, a forma mais utilizada nas fiscalizações de contratos são os registros semanais, que nada mais são do que as ocorrências mais relevantes durante cada semana do mês, que posteriormente subsidiarão o Relatório Mensal. O Relatório Mensal é a síntese de todas as ocorrências do mês, sejam elas negativas ou positivas. Se o contrato correr dentro da normalidade durante o mês, o fiscal deverá elaborar

o Relatório Mensal relatando que a execução dos serviços contratados fluiu dentro da normalidade acordada entre as partes. Entretanto, se a empresa contratada ferir cláusulas contratuais, ela deverá ser previamente autuada por um ofício relatando as imperfeições, solicitando a imediata normalização, estas ocorrências deverão ser relatadas no relatório mensal, que dependendo da gravidade, poderão ocorrer descontos na fatura apresentada.

O ofício endereçado à contratada deverá ser sucinto e objetivo, e nele constarão a falha identificada, a cláusula contratual infringida, a solicitação de imediata regularização do equívoco, prazo para que se viabilize tal regularização e, finalmente, a solicitação de manifestação da empresa quanto aos fatos, garantidos à contratada os princípios constitucionais do “contraditório e ampla defesa”.

Os registros diários do fiscal é que embasarão o Relatório Mensal e o Atesto da Nota Fiscal, com esta ferramenta, o fiscal efetuará o atesto com maior segurança, pois no relatório mensal, conterà todos os subsídios que o levaram a crer que o serviço prestado atendeu ao esperado. Importante ressaltar que o Atesto só deverá ser efetivado, em caso de perfeita execução do contrato.

No impedimento do responsável titular por motivo de férias, dispensa médica ou outros motivos, o fiscal substituto deve acompanhar a execução do contrato tal qual o fiscal titular, cabendo a ele dar o perfeito andamento da execução contratual.

O fiscal do contrato deve ter consciência das responsabilidades decorrentes da fiscalização contratual, inclusive das penalidades a que está sujeito pela omissão ou cumprimento incorreto da tarefa para qual foi designado.

É necessário que, para todas as irregularidades encontradas, as providências sejam tomadas e os resultados alcançados sejam anotados em registro próprios (registro semanal), pois a falta das formalidades previstas impede a rescisão contratual, mesmo que haja motivo para tal atitude.

Vale ressaltar que o fiscal omisso, que não fez os registros necessários e nem as comunicações

devidas, atrai a responsabilidade para si de qualquer irregularidade existente no contrato.

Instruções gerais aos fiscais de contratos:

- ✓ Conhecer o objeto do contrato e verificar se os serviços prestados estão dentro das especificações existentes no texto contratual.
- ✓ Encaminhar relatórios mensais dos serviços prestados a área responsável pela gestão do contrato.
- ✓ Conhecer o objeto da contratação e o contrato em si.
- ✓ Acompanhar o cumprimento das obrigações contratuais.
- ✓ Estabelecer com a contratada comunicação formal, na forma escrita, com teor claro e objetivo, principalmente nos casos em que haja descumprimento das cláusulas contratuais.
- ✓ Comunicar previamente à área responsável pela gestão do contrato as ocorrências não solucionadas com a contratada após a solicitação formal, e que requerem tomada de providências.
- ✓ Manter um arquivo próprio com cópia do contrato, com as responsabilidades do fiscal, e com outros documentos complementares ao contrato fiscalizado.

A contratada, por motivos diversos, caso deixe de cumprir as cláusulas contratuais, acarretará prejuízos para o órgão. Neste caso, poderá o órgão rescindir o contrato. A inexecução ou inadimplência do contrato significa o descumprimento de suas cláusulas, no todo ou em parte, podendo ocorrer por ação ou omissão, culposa ou não, de qualquer das partes, e caracterizam o retardamento ou o descumprimento integral do ajustado. Qualquer dessas situações pode ensejar responsabilidades para o inadimplente e até mesmo propiciar a rescisão do contrato.

Outro ponto importante a ser levantado sobre os contratos administrativos refere-se aos contratos de serviços continuados que envolvam mão-de-obra terceirizada. Neste tipo de contrato, o fiscal, além

de estar atento aos pontos já abordados no texto, deverá solicitar mensalmente da empresa contratada documentação comprobatória do recolhimento de todos os tributos referentes às obrigações trabalhistas de seus funcionários. Tal medida é imprescindível, haja vista que em alguns casos as empresas contratadas deixam de recolher tais tributos, o que é motivo para os trabalhadores prejudicados ingressarem com ação trabalhista contra a empresa e no decorrer do mesmo a Administração poderá ser chamada ao processo para prestar esclarecimentos, e até mesmo pagar os créditos trabalhistas devidos a estes funcionários.

Para que se possa exigir o cumprimento contratual, necessitamos estar documentalmente amparados. O histórico do contrato é importantíssimo neste momento, uma vez que sem os registros fica impossível tomar qualquer atitude com relação às empresas inadimplentes.

O sucesso da gestão de contratos depende da capacidade de prever, coordenar, controlar e avaliar as ações e corrigir os desvios encontrados. O controle dos contratos firmados é de fundamental importância para o desenvolvimento das atividades dos fiscais, bem como para evitar prejuízos à Administração em geral.

1.5.2 Reajuste, revisão e repactuação dos contratos

No transcorrer da vigência do contrato, frequentemente, a Administração se depara com a necessidade de modificar o preço inicialmente pactuado, seja de ofício ou em razão de solicitação do particular. Para tanto, deverá se valer do instrumento apto a implementá-la, sendo os mais utilizados o reajuste, a revisão e a repactuação. Vejamos quando é cabível cada um desses instrumentos.

O reajuste é o meio adequado a atualizar o valor do contrato, levando-se em conta a elevação do custo de produção de seu objeto, diante do curso normal da economia. Segundo o disposto no inc. XI do art. 40 da Lei de Licitações, o reajuste deve retratar a variação efetiva do custo de produção, desde a data da apresentação da proposta até a

data do adimplemento de cada parcela. Ocorre com base em índices previamente fixados no instrumento convocatório e no contrato (art. 40, inc. XI e art. 55, inc. III da Lei n. 8.666/1993). Segundo a legislação em vigor (Lei n. 9.069/1995 e Lei n. 10.192/2001), somente poderá ser efetivado após decorrido um ano, a contar da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa se referir.

Já a revisão é o instrumento por meio do qual se restabelece o equilíbrio da relação firmada entre a Administração e o contratado (ou seja, entre os encargos do particular e a remuneração devida pela Administração), prejudicada em virtude da ocorrência de fato superveniente à data da apresentação da proposta. Vem disciplinada no art. 65, inc. II, alínea “d” e § 5º e § 6º da Lei n. 8.666/1993.

A repactuação, por sua vez, é o meio criado para recompor o equilíbrio da equação econômico-financeira nos contratos de prestação de serviços celebrados pela Administração Pública Federal. Vem disciplinada no Decreto n. 2.271/1997 e pela IN n. 18/1997, do extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). Deve estar prevista no edital e somente poderá ser promovida após o intervalo mínimo de um ano, com base na variação verificada nos custos componentes do contrato. Assim, chegado o momento da repactuação, o contratado deverá apresentar planilha demonstrativa da variação dos custos no período e a Administração, a partir da averiguação da planilha apresentada e da realidade do mercado, se for o caso, procederá à repactuação.

2. A Gestão Financeira e o Ciclo Orçamentário

2.1 IMPORTÂNCIA DA GESTÃO FINANCEIRA

A Gestão Administrativa equipara-se, em grau de importância, à gestão financeira, sendo ambas complementares. O Estado moderno, regido pelas regras do Direito, caracteriza-se pela sua complexidade, bem como por sua intervenção, em diferentes graus, nas atividades da sociedade. Para cumprir

o seu objetivo primordial – o bem comum – o Estado desenvolve um sem número de atividades que podem ser divididas, didaticamente, em dois grandes grupos: atividades-fim (educação, saúde, segurança, etc.) e atividades-meio (tributação, atividades financeiras, etc.). Para que o Estado cumpra com a sua finalidade, deve ser possuidor de meios financeiros que possibilitem realizar as suas atividades. Para isso, o Estado exerce sua atividade financeira.

Podemos assim conceituar a atividade financeira do Estado como o conjunto de atos que visam a obtenção de recursos para propiciar a realização das atividades essenciais do Estado, bem como a gestão, controle e dispêndio de tais recursos.

A atividade financeira do Estado se realiza através da obtenção da receita pública, dispêndio da despesa pública e gestão do orçamento público (elaboração, aprovação e controle).

2.1.1 Finanças públicas

A expressão finanças públicas designa os métodos, princípios e processos financeiros por meio dos quais os governos federal, estadual, distrital e municipal desempenham suas funções: alocativas, distributivas e estabilizadora.

- ✓ Função alocativa: processo pelo qual o governo divide os recursos para utilização no setor público e privado, oferecendo bens públicos, semi-públicos ou meritórios, como rodovias, segurança, educação, saúde, dentre outros, aos cidadãos.
- ✓ Função distributiva: distribuição, por parte do governo, de rendas e riquezas, buscando assegurar uma sociedade menos desigual, tal como a destinação de parte dos recursos provenientes de tributação ao serviço público de saúde.
- ✓ Função estabilizadora: aplicação das diversas políticas econômicas, pelo governo, a fim de promover o emprego, o desenvolvimento e a estabilidade, diante da incapacidade, por parte do mercado, de assegurar o alcance desses objetivos.

Instrumento essencial para o funcionamento do Estado, as finanças públicas não apenas asseguram a manutenção da administração e dos serviços pú-

blicos, como também podem ter grande influência na economia do país e corrigir seus desequilíbrios.

As finanças públicas têm sido definidas de várias formas. Segundo o economista britânico Arthur Cecil Pigou, são o “processamento de receitas e despesas determinadas pela organização do governo”. Para outro britânico, Hugh Dalton, “são o processamento de receitas e despesas do governo e adequação entre elas”. A Fazenda Nacional, no entanto, não se limita a fazer o papel de caixa das instituições públicas. Seus problemas fundamentais são dotação de recursos, distribuição da renda, estabilidade dos preços, pleno emprego e desenvolvimento econômico. Dois novos elementos completam a natureza das finanças públicas: as decisões tomadas sobre a administração de recursos emanam de uma autoridade política; e tais decisões estão sujeitas a uma fiscalização rigorosa por parte dessa autoridade.

A complexidade dos fenômenos financeiros é manifestada quando são levados em conta os diversos aspectos que neles intervêm:

- a) o econômico, já que existe uma administração de recursos materiais escassos sujeitos a usos alternativos;
- b) o político-sociológico, visto que a política financeira é fruto de uma decisão da autoridade que governa a vida de uma sociedade;
- c) o jurídico, pelo qual as decisões se manifestam na forma de atos legais;
- d) o ético, visto que as receitas e despesas públicas atendem também a critérios de uma distribuição mais justa da riqueza; e
- e) o contábil, já que as receitas e despesas públicas devem ser registradas e classificadas para determinar os resultados dos movimentos de valores efetuados no setor público.

2.1.2 Estrutura básica da área financeira

INSTITUIÇÕES DE GESTÃO FINANCEIRA



As instituições do setor público, considerado sujeito da atividade financeira, e, considerando-se o contexto da área de saúde, são fundamentalmente:

- ✓ Os órgãos de Estado, investidos de autoridade, como o poder Executivo (Administração Direta), o poder Judiciário e o poder Legislativo, responsáveis pela arrecadação de receitas, realização de despesas e exercício da fiscalização dos gastos (controle interno), cada qual com sua missão, resguardado o princípio da segregação de funções.
- ✓ Os fundos ou contas independentes (fundos de saúde, por exemplo) ou extra-orçamentárias, cujas receitas e despesas são administradas com certa autonomia.
- ✓ Os organismos auxiliares, constituídos por empresas cujas gestões obedecem à autoridade política. Estão à margem do mercado e sua finalidade consiste em fornecer bens e serviços aos organismos estatais. Exemplo disso são as fábricas de medicamentos nos diversos níveis de gestão do SUS.
- ✓ Outras entidades da Administração Indireta, como autarquias, empresas estatais (Hemobrás – Empresa Brasileira de Hemoderivados, criada em 2006) e sociedades de economia mista.

2.1.2.1 Tipos de receitas e impostos

Em geral, há no mínimo três classes ou níveis de finanças ou fazendas públicas: a estatal, gerida pelo Ministério ou Secretaria de Fazenda em nível nacional; a departamental, estadual ou autônoma, gerida pelo departamento de fazenda do governo estadual; e a municipal, gerida pelos municípios. As diferentes fazendas arrecadam e administram, segundo sua responsabilidade, alguns impostos, de acordo com o que tenha sido estabelecido pela Constituição Federal e demais leis tributárias. Em geral, a União se reserva determinados impostos e cede os demais aos entes governamentais regionais.

Os impostos que constituem a maior parcela de receitas se dividem em *diretos* (aqueles que se originam no momento em que a renda do sujeito

passivo se produz ou distribui) e *indiretos* (quando se taxa a renda no momento em que seus titulares adquirem algum bem). São exemplos de impostos diretos: o Imposto de Renda (IR) das pessoas físicas e o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU). São impostos indiretos: o Imposto de Importação (II), o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), o Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o IR das pessoas jurídicas.

Em terminologia de Administração Pública, consideram-se três tipos de cobranças, de forma genérica, denominadas tributos: os *impostos*, ou *tributos* exigidos sem contraprestação; as *taxas*, que constituem uma contraprestação pela utilização de um serviço da administração; e as *contribuições especiais*, tributos gerados pela obtenção de um lucro ou por um aumento de valor dos bens.

O imposto é a mais típica das espécies de tributo, uma vez que a sua instituição não reflete uma atuação do Estado em relação ao contribuinte. Os impostos são de competência federal, estadual (estados e Distrito Federal) e municipal.

Os impostos federais incidem sobre:

- ✓ Renda da pessoa física e jurídica.
- ✓ Importações e exportações.
- ✓ Produtos industrializados.

Os impostos estaduais incidem sobre:

- ✓ Propriedade de veículos automotores.
- ✓ Transmissão de bens causa *mortis*.
- ✓ Doações.
- ✓ Operações relativas à circulação de mercadorias (ICMS).
- ✓ Prestações de serviços de transporte interestadual.
- ✓ Prestações de serviços de transporte intermunicipal.
- ✓ Prestações de serviços de comunicação.

Os impostos municipais incidem sobre:

- ✓ Propriedade predial.
- ✓ Propriedade territorial urbana.

- ✓ Serviços de qualquer natureza (ISS).
- ✓ Transmissão *inter vivos* de bens imóveis.

2.2 CICLO ORÇAMENTÁRIO

Orçamento é o documento que prevê a quantidade de recursos que, num determinado período (normalmente um ano), deve entrar e sair dos cofres públicos (receitas e despesas públicas), com especificação de suas principais fontes de financiamento e das categorias de despesa mais relevantes.

Usualmente formalizado através de lei proposta pelo poder Executivo e apreciada e ajustada pelo poder Legislativo na forma definida pela Constituição.

Para elaborar a peça orçamentária há que levar-se em conta que a mesma é composta de três orçamentos: o fiscal, o de investimento das empresas e o da Seguridade Social, e que essa elaboração da lei orçamentária é subordinada a leis super-ordenadoras (Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Plano Plurianual – PPA).

NORMAS FÍSICAS E ORÇAMENTÁRIAS	VIGÊNCIA	CONTEÚDO BÁSICO
Constituição Federal	Permanente	Prerrogativas de cada poder, definição do sistema de planejamento e orçamento, vinculações, vedações e princípios.
Leis Complementares - Lei n. 4.320/64 e LC n. 101/2000 - LRF	Permanente	Normas gerais acerca de prazos, vigência, elaboração e organização das leis temporárias (PPA/LDO/LOA), gestão financeira e patrimonial e normas de gestão fiscal voltadas à responsabilidade fiscal.
Plano Plurianual	Temporária - 4 anos	Diretrizes, objetivos e metas para as despesas de capital e decorrentes e despesas correntes continuadas, projetos prioritários.
Lei de Diretrizes Orçamentárias	Temporária - 1 ano	Metas e prioridades, orientação para a elaboração e execução da lei orçamentária e previsão das alterações na legislação tributária, conteúdo determinado pela LRF (Anexo de Metas Fiscais, Anexo de Riscos Fiscais, definição da reserva de contingência etc.).
Lei Orçamentária Anual (orçamento fiscal, da seguridade social e de investimentos das empresas estatais).	Temporária - 1 ano	Estimativa da receita e fixação da despesa orçamentária - autoriza anualmente dotações orçamentárias para cada categoria de programação; projetos de lei de crédito suplementar e especial, além de medidas provisórias, podem alterar a lei orçamentária anual.
Resoluções, Normas e Regulamentos Internos do Poder Legislativo.	Permanente	Normas de apreciação da matéria orçamentária na Comissão Mista de Orçamento e no Congresso Nacional.
Decretos, Portarias, Instruções Normativas do Poder Executivo.	Permanente e Temporária.	Decretos de limitação de empenho e de pagamento, Portarias previstas na Lei 4.320/64 ou na LDO etc.

Fonte: GREGGIANIN, Eugenio. Reforma Orçamentária – Efetividade do Sistema de Planejamento e Orçamento, 2005. Extraído do site <<http://www.camara.gov.br>>

Atenção deve ser dada ao cumprimento dos prazos para elaboração das peças integrante do ciclo orçamentário que devem ser coerentes com os prazos da tramitação legislativa conforme estabelecidos na Constituição Federal.

2.2.1 O planejamento e o ciclo orçamentário

As sete principais funções gerenciais dinâmicas desenvolvidas no âmbito das organizações complexas – sintetizadas no mnemônico *POSDCORB*: o Planejamento, Organização, *Staffing* (seleção e motivação de pessoal), Direção, Coordenação, *Reporting* (dar contas aos níveis superiores) e *Budgeting* (orçamentação) – formam um conjunto de tarefas que se referem ao controle das atividades da organização por meio do planejamento fiscal e da contabilidade.

Processos de planejamento do setor público significam o conjunto de tarefas e procedimentos relacionados à elaboração dos orçamentos — determinação dos meios necessários e dos seus custos — concernentes a cada item do programa de trabalho que um órgão ou entidade pretende cumprir num determinado exercício. Envolvem o detalhamento dos programas e ações constantes dos planos de governo em programações setoriais, a individualização das responsabilidades por unidades administrativas e o detalhamento dos programas de trabalho a cargo de cada uma destas em ações geograficamente localizadas ou orientadas para fins específicos por meio de subprojetos ou subatividades orçamentárias.

2.2.2 Partes constitutivas da peça orçamentária

A peça orçamentária constitui-se de orçamento fiscal, de investimentos de empresas estatais e da Seguridade Social.

- ✓ Orçamento Fiscal: em sentido econômico, designa o plano de atuação fiscal do setor público para um determinado exercício ou período, isto é, a sistematização das intervenções pelas quais serão implementadas as políticas fiscais estabelecidas. No sentido dado à expressão pela Constituição de 1988, que desdobra a lei orçamentária anual em três orçamentos –

Fiscal, de Investimentos de Empresas Estatais e da Seguridade Social –, a expressão significa o detalhamento dos montantes das receitas que deverão ser captadas pelo Estado através do exercício do poder fiscal a ele delegado, bem como dos gastos e das programações que serão financiados por seu intermédio.

Esse orçamento, referente a todos os poderes da União, dos estados e municípios, abrange todas as entidades e órgãos vinculados aos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, da Administração Direta ou Indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público. Os demonstrativos consolidados relativos a tal orçamento são identificados pela expressão “Fiscal” em seus cabeçalhos.

- ✓ Orçamento de Investimentos das Estatais: tipo de orçamento de caráter estritamente administrativo (não é submetido a apreciação do poder Legislativo), que sistematiza e consolida os dispêndios das empresas estatais vinculadas ao poder Executivo da União, estados e municípios (entendidas como tais não só as empresas públicas e as sociedades de economia mista, mas também as suas subsidiárias, as empresas controladas pela União, as autarquias, as fundações instituídas ou mantidas pelo poder público e os órgãos autônomos), bem como baseia o controle sobre a sua execução.
- ✓ Orçamento da Seguridade Social: de especial interesse para a área da saúde. Constitui o detalhamento, sob a forma de um orçamento bem individualizado, dos montantes das receitas vinculadas aos gastos da Seguridade Social – especialmente as contribuições sociais nomeadas no art. 195 da Constituição – que deverão ser captadas pelo poder público, bem como de outras que lhe sejam asseguradas ou transferidas do orçamento fiscal, e dos detalhamentos das programações relativas à saúde, à Previdência e à Assistência Social, que serão financiadas por tais receitas. Esse orçamento abrange todas as entidades e órgãos vinculados à Seguridade Social, da Administração Direta ou Indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público.

Os demonstrativos consolidados relativos a tal orçamento são identificados pela expressão seguridade em seus cabeçalhos. Tais demonstrativos consolidam o programa de trabalho de todas as unidades (da Administração Direta e Indireta) que atuem nos campos da saúde, Previdência e Assistência Social, bem como os itens da programação dos demais órgãos que sejam relacionados a tais fins.

2.2.3 Plano Plurianual (PPA)

Lei de periodicidade quadrienal, de hierarquia especial e sujeita a prazos e ritos peculiares de tramitação, instituída pela Constituição Federal de 1988 como instrumento normatizador do planejamento de médio prazo e de definição das macro-orientações do governo para a sua ação em cada período de quatro anos, sendo estas determinantes (mandatórias) para o setor público e indicativas para o setor privado (art. 174 da Constituição).

Consoante estabelece o art. 165, § 1º da Constituição, a lei que instituir o PPA estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da Administração Pública Federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Isso sugere que devem existir dois documentos: o PPA e a lei que o institui.

Note-se que no caso da LDO a Constituição usou linguagem mais direta ao estabelecer: “a lei de diretrizes orçamentárias compreenderá...” Enquanto não for produzida a lei complementar prevista no art. 165, § 9º da Constituição, a elaboração desta Lei rege-se pelas normas do art. 35 do Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), segundo as quais o projeto de PPA deve ser submetido ao poder Legislativo até quatro meses antes do encerramento do primeiro ano do mandato presidencial e devolvido para sanção até o final da sessão legislativa, cobrindo o período que vai do início do segundo ano do mandato ao final do primeiro ano do mandato seguinte. Esse período de cobertura do PPA foi definido com grande sentido prático, criando uma conveniente faixa de defasagem. Em primeiro lugar, porque a discussão e a aprovação de um plano abrangente

como o PPA só tem viabilidade de ocorrer depois da posse de cada novo governo, em segundo, por ser racional que se articulem mecanismos de continuidade administrativa que levem as administrações que se iniciam a dar seguimento às ações deixadas em andamento pelas administrações anteriores.

A Constituição (art. 166, § 4º) atribui ao PPA caráter super-ordenador em relação à LDO, ao fixar: “As emendas ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias não poderão ser aprovadas quando incompatíveis com o Plano Plurianual”.

2.2.3.1 Abrangência e estrutura do PPA

O Plano Plurianual é o instrumento pelo qual o governo do estado orientará o planejamento e a gestão da Administração Pública para os próximos quatro anos. No Plano Plurianual estarão definidas as metas físicas e financeiras para fins do detalhamento dos orçamentos anuais.

De acordo com a Constituição Federal, o Projeto de Lei do PPA deve conter “as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada”.

O PPA é organizado por programas que devem ser estruturados de acordo com as diretrizes estratégicas de governo e a disponibilidade de recursos. Os programas são executados conforme as ações realizadas, permitindo transparência na alocação de recursos e avaliação na aferição de resultados.

2.2.4 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) deve ser enviado pelo poder Executivo ao poder Legislativo (Assembléia Legislativa) até o dia 15 de abril de cada ano.

A LDO cumpre as seguintes funções:

- ✓ Estabelecer as metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente.
- ✓ Orientar a elaboração do orçamento.
- ✓ Dispor sobre alteração na legislação tributária.
- ✓ Estabelecer a política de aplicação das agências financeiras de fomento.

Com base na LDO aprovada pelo Legislativo, a Secretaria de Planejamento ou similar elabora a proposta orçamentária para o ano seguinte, em conjunto com os órgãos e entidades dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

2.2.5 Lei Orçamentária Anual (LOA)

Alguém já definiu o orçamento como o instrumento do qual se serve a Administração Pública para expor e submeter à consideração e aprovação de uma coletividade seu plano de governo, elaborado com o objetivo de atender as necessidades dessa mesma coletividade.

Na prática da Administração Pública é o que realmente acontece. O Executivo elabora o seu plano e o submete à apreciação e aprovação do poder Legislativo, que é composto por membros da coletividade, eleitos por ela, para representá-la. Uma vez aprovado, o plano é transformado em lei, a Lei do Orçamento. A partir daí, caberá ao Executivo executá-la.

A Lei de Orçamento, ou seja, o plano de governo, é elaborado de acordo com as normas legais vigentes, obedecidos os princípios de anualidade, unidade e universalidade. Deve ser elaborado para um exercício equivalente a um ano, o qual passa a chamar-se de exercício financeiro, e seu início e término coincidem com o ano civil. Deve ser um só e ser utilizado e entendido por toda a administração.

Contempla, obrigatoriamente, todas as despesas e receitas relativas a todos os poderes, órgãos e fundos componentes da Administração Pública, tanto a Direta quanto a Indireta, e excluídas apenas as entidades que não recebem subvenções ou transferências da conta do orçamento.

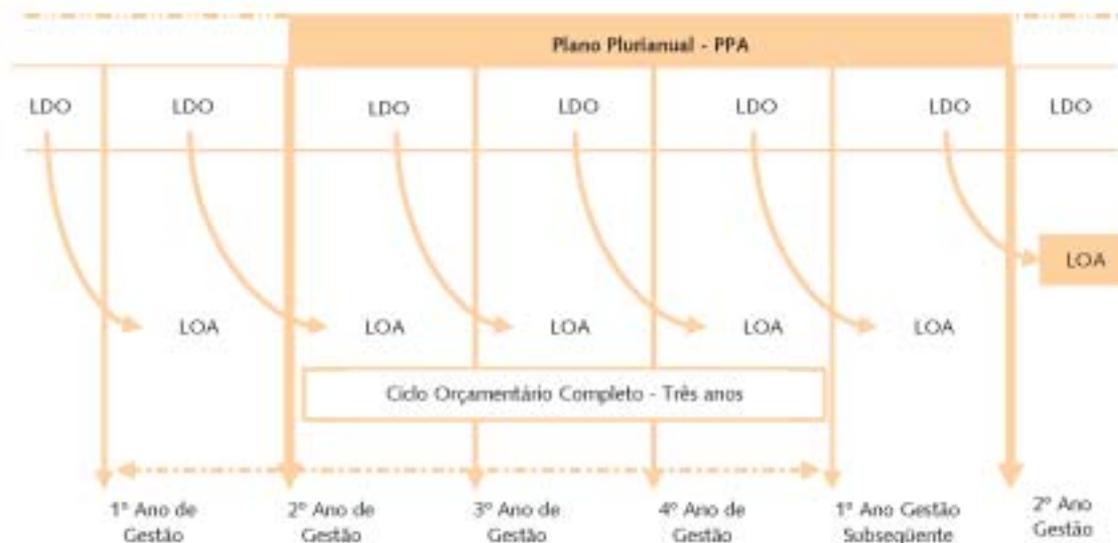
Há de observar que, por força do que dispõe o art. 165, § 8º da Constituição Federal, não é permitido o orçamento conter matéria estranha à fixação da despesa e à previsão da receita.

Em síntese, a Lei de Orçamento compõe-se de duas partes básicas. A primeira constituída da previsão das receitas, que deverão servir de recurso para o custeio das despesas fixadas, as quais, por sua vez, constituem a segunda parte, que deverá especificar a forma como será executado o plano de governo.

2.2.6 Fases do ciclo orçamentário

Embora a lei orçamentária se refira, normalmente, apenas há um ano, o ciclo orçamentário compreende um período de vários anos. No Brasil, esse período é de no mínimo três anos, pois começa com a aprovação do Plano Plurianual (PPA) relativo a um período, que vai do segundo ano do mandato em curso, à aprovação da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), relativas aos três anos de mandato e abrange a entrega do orçamento para vigorar no primeiro ano do mandato subsequente.

ORÇAMENTÁRIO COMPLETO DE TRÊS ANOS



O ciclo orçamentário é um dos processos nos quais os administradores públicos despendem maior parte do seu tempo, afim de assegurar recursos suficientes para levar a cabo os seus planos, seja na continuidade dos programas existentes, seja na introdução de novas programações, bem como na gerência da execução, afim de que esta ocorra de forma regular e em estrita consonância com as nor-

mas legais e regulamentares que a disciplinam.

O ciclo orçamentário tradicional pode ser definido como uma série de passos (ou processos) articulados entre si, que se repetem em períodos prefixados, por meio dos quais orçamentos sucessivos são preparados, votados, executados e avaliados e as contas aprovadas, num processo de continua realimentação.

CICLO ORÇAMENTÁRIO RESUMIDO



Em geral, o ciclo orçamentário abrange quatro fases: a) elaboração e apresentação; b) autorização legislativa; c) programação e execução; e d) avaliação e controle.

Na elaboração e apresentação, normalmente a cargo do poder Executivo, além das tarefas relacionadas à estimativa da receita, são realizadas as atividades relativas à formulação do programa de trabalho (ações que se pretenda executar através de cada órgão); à compatibilização das propostas setoriais à luz das prioridades estabelecidas e dos recursos disponíveis; e à montagem da proposta orçamentária a ser submetida à apreciação do poder Legislativo.

Na fase da autorização legislativa, a cargo dos poder Legislativo, as estimativas de receita são revistas, as alternativas de ação são reavaliadas, os programas de trabalho das unidades são ajustados por meio de emendas, as alocações são regionalizadas e os parâmetros de execução

(inclusive os de flexibilidade) são formalmente estabelecidos.

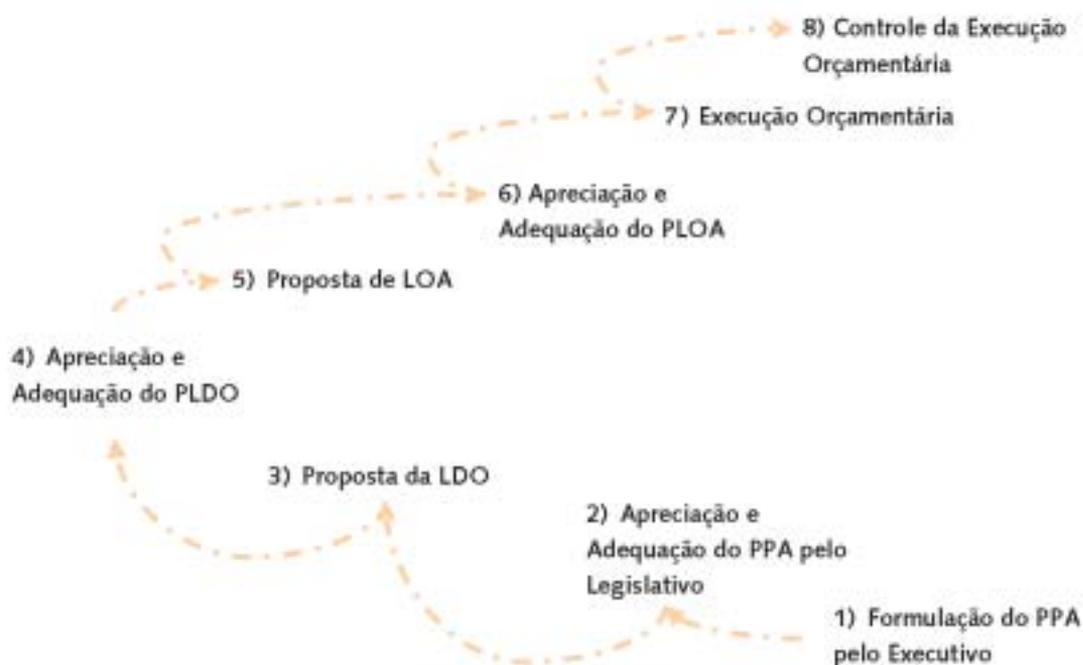
Na programação e execução, a cargo do Executivo, o orçamento é programado – ajustando-se o fluxo de dispêndios às sazonalidades da arrecadação –, as programações são executadas, acompanhadas e parcialmente avaliadas pelos mecanismos de controle interno e através de inspeções dos órgãos de controle externo.

Na fase da avaliação e controle, parte da qual ocorre concomitantemente com a execução, são produzidos os balanços, estes são apreciados e auditados pelos órgãos auxiliares do poder Legislativo (Tribunal de Contas e assessorias técnicas) e as contas julgadas pelo Legislativo.

O ciclo orçamentário com base na Constituição Federal de 1988 (exige compatibilidade entre a LOA, LDO e PPA) desdobra-se em oito fases bem caracterizadas, quais sejam:

- 1ª) formulação do Planejamento Plurianual pelo Executivo;
- 2ª) apreciação e adequação do plano pelo Legislativo;
- 3ª) proposição das metas e prioridades da Administração Pública e da política de alocação de recursos pelo Executivo, por meio do projeto de LDO;
- 4ª) apreciação e adequação do projeto de LDO pelo Legislativo;
- 5ª) elaboração da proposta de orçamento pelo Executivo;
- 6ª) apreciação, adequação e autorização legislativa;
- 7ª) execução dos orçamentos aprovados;
- 8ª) controle, por meio da avaliação da execução e julgamento das contas da Administração.

CICLO ORÇAMENTÁRIO RESUMIDO



Em princípio tais fases são insuscetíveis de aglutinação, por possuir, cada uma delas, um rito próprio, uma finalidade distinta e uma periodicidade definida. O Plano Plurianual (PPA), por exemplo, não pode ser aglutinado à fase de elaboração do orçamento por constituir o instrumento super-ordenador daquela. Tampouco é possível aglutinar a elaboração do PPA e da LDO, de responsabilidade do poder Executivo, com a apreciação e aprovação desses instrumentos, a cargo do Legislativo, dadas as singularidades de cada um destes processos e seus diferentes fins e periodicidades.

2.2.7 Lei n. 4.320/1964 – Normas de Direito Financeiro

A Constituição Federal de 1988 determina, em seu art. 165, § 9º, que cabe a lei complementar dispor sobre o exercício financeiro, a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei de Orçamentária Anual e estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da Administração Direta e Indireta, bem como condições para instituição e funcionamento de fundos. Não existe uma lei complementar que trate de todos os temas relacionados, mas a Lei n. 4.320/64 e a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF regulam

diversos dos aspectos relacionados na Carta Magna. A Lei n. 4.320/64, apesar de originalmente ter sido aprovada como lei ordinária, hoje possui status de lei complementar, pois regula matéria reservada a este tipo de norma, assim, não se pode esquecer que a Lei n. 4.320/64 tem força de lei complementar, só podendo ser alterada por norma de mesma categoria.

2.2.7.1 Tópicos em finanças e contabilidade pública

Da Lei n. 4.320/1964 extrai-se tópicos importantes em finanças ou contabilidade ou ainda, se preferirem, em direito financeiro:

a) Fonte de Receita ou de Recursos: é a classificação da origem dos recursos; divide-se em recursos do Tesouro (conforme códigos) e recursos de outras fontes (conforme códigos).

b) Pedido de Empenho: documento que serve para solicitar a autorização do ordenador de despesa para que seja emitida uma Nota de Empenho. No pedido de empenho deve constar: identificação do processo de aquisição/contratação que originou a despesa, número seqüencial do pedido de empenho, dados do credor, órgão, unidade, projeto/atividade, natureza (classificação) da despesa, fonte do recurso, objetos, quantidades e respectivos valores unitário e total, etc.

c) Empenho: o artigo 58 da Lei n. 4.320/64 define empenho da seguinte forma: “O empenho da despesa é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado a obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição”.

Administrativamente pode ser definido também como ato emanado de autoridade competente que determina a dedução do valor da despesa a ser executada da dotação consignada no orçamento para atender a essa despesa. É uma reserva que se faz, ou garantia que se dá ao fornecedor ou prestador de serviços, com base em autorização e dedução da dotação respectiva, de que o fornecimento ou o serviço contratado será pago, desde que observadas as cláusulas contratuais e editalícias.

Complemente-se o conceito, seguindo também outros dois artigos da Lei n. 4.320/1964:

1) “art. 59. O empenho da despesa não poderá exceder o limite dos créditos concedidos”. Equivale dizer que os valores empenhados não poderão exceder ao valor total da respectiva dotação.

2) “art. 60. É vedada a realização de despesa sem prévio empenho”.

d) Nota de Empenho: Nota de Empenho é o documento que materializa o empenho, ou seja, empenho é o ato, a Nota de Empenho é o documento que o materializa. O §1º do artigo 60 da Lei n. 4.320/1964 menciona que em casos especiais, previstos em legislação específica, poderá ser dispensada a emissão da Nota de Empenho.

e) Liquidação da Despesa: A Lei n. 4.320/1964 trata de liquidação em dois artigos, a saber:

“art. 62. O pagamento da despesa só será efetuado quando ordenado após a sua regular liquidação.” Significa que a liquidação da despesa permite à Administração reconhecer a dívida como líquida e certa, criando com isso a obrigação de pagamento, desde que as cláusulas contratadas tenham sido cumpridas.

“art. 63. A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.” Ou seja, a liquidação é a verificação do cumprimento de condição que a Lei menciona em seu artigo 58, sempre com base em documentos específicos devidamente atestados por quem de direito (basicamente nota fiscal ou fatura).

f) Ordenador de Despesa: segundo o §1º do art. 80 da Lei n. 4.32/640, “Ordenador de Despesa é toda e qualquer autoridade de cujos atos resultarem emissão de empenho, autorização de pagamento, suprimento ou dispêndio de recursos” da Administração.

2.2.8 Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, destina-se

a regulamentar a Constituição Federal, na parte da Tributação e do orçamento (título VI). Seu capítulo II estabelece as normas gerais de finanças públicas a serem observadas pelos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Em que pese a Carta Magna não solicitar especificamente projeto versando sobre o tema, é possível admitir que a LRF se adequou aos mandamentos dos arts. 163 e 165.

A LRF não substitui ou revoga a Lei n. 4.320/64, que normatiza as finanças públicas no País há mais de quarenta anos. Impõe-se-lhe, todavia, várias alterações e releituras, embora a Constituição Federal tenha determinado a edição de uma nova lei dispendo sobre esse assunto (em substituição à Lei n. 4.320/64).

A LRF atende também ao art. 169 da Carta Magna, que determina o estabelecimento de limites para as despesas com pessoal ativo e inativo da União a partir de Lei Complementar. Neste sentido, a LRF revoga a Lei Complementar n. 96, de 31 de maio de 1999, denominada Lei Camata II (artigo 75 da LRF).

Afirmam alguns doutrinadores e estudiosos das finanças públicas que a LRF atende à prescrição do art. 165 da CF, mais precisamente, o inciso II do § 9º do referido dispositivo. De acordo com o citado artigo, “cabe à Lei Complementar estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da Administração Direta e Indireta, bem como condições para a instituição e funcionamento de fundos”. Nesse ponto, ocorreria sobreposição de tema com relação à Lei n. 4.320/64.

A partir do seu art. 68, a LRF vem, ainda, atender à prescrição do artigo 250 da Constituição Federal de 1988, que determina que:

Com o objetivo de assegurar recursos para o pagamento dos benefícios concedidos pelo regime geral de previdência social, em adição aos recursos de sua arrecadação, a União poderá constituir fundo integrado por bens, direitos e ativos de qualquer natureza, mediante lei, que disporá sobre a natureza e administração desse fundo.

O principal objetivo da Lei de Responsabilidade Fiscal, como determina a boa técnica legislativa, está presente em seu art. 1º, consistindo em estabelecer “normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal”.

O parágrafo primeiro desse mesmo artigo, por sua vez, define o que se entende como responsabilidade na gestão fiscal, abrangendo os seguintes postulados:

- ✓ Ação planejada e transparente.
- ✓ Prevenção de riscos e correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas.
- ✓ Garantia de equilíbrio nas contas, via cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas, com limites e condições para a renúncia de receita e a geração de despesas com pessoal, seguridade, dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar.

Diversos pontos da LRF enfatizam a ação planejada e transparente na Administração Pública. Ação planejada nada mais é do que aquela baseada em planos previamente traçados e, no caso do serviço público, sujeitos à apreciação e aprovação da instância legislativa.

Os três instrumentos de planejamento de gastos públicos previstos na Constituição foram reavivados e reestruturados pelas novas leis: o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

A transparência, por seu turno, será alcançada por meio do conhecimento e da participação da sociedade, na ampla publicidade que deve cercar todos os atos e fatos ligados à arrecadação de receitas e à realização de despesas pelo poder público. Para esse desiderato, diversos mecanismos estão instituídos pela LRF, entre eles:

- ✓ A participação popular na discussão e elaboração dos planos e orçamentos já referidos.
- ✓ A disponibilidade das contas dos administradores, durante todo o exercício, para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade.

- ✓ A emissão de relatórios periódicos de gestão fiscal e de execução orçamentária, igualmente de acesso público e ampla divulgação.

A prevenção de riscos, assim como a correção de desvios, deve estar presente em todo processo de planejamento confiável. Em primeiro lugar, a LRF preconiza a adoção de mecanismos para neutralizar o impacto de situações contingentes, tais como ações judiciais e outros eventos não corriqueiros. Tais eventualidades serão atendidas com os recursos da reserva de contingência, a ser prevista na LDO.

Já as correções de desvios dar-se-ão pela eliminação dos fatores que lhes tenham dado causa. Em termos práticos, se a despesa de pessoal em determinado período exceder os limites previstos na lei, providências serão tomadas para que esse item de gasto volte a situar-se nos respectivos parâmetros, seja pela redução da jornada de trabalho, extinção de gratificações e cargos comissionados, culminando com a demissão de servidores, sejam eles estáveis ou não.

Uma vez que a Lei Complementar n. 101/2000 não revoga a Lei n. 4.320/1964, os objetivos das duas legislações são distintos. Enquanto a Lei n. 4.320/1964 se refere a normas gerais para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços, a LRF estabelece normas de finanças públicas voltadas para a gestão fiscal. Por outro lado, a Carta Magna deu à Lei n. 4.320/1964 o *status* de Lei Complementar. No entanto, existindo algum dispositivo conflitante entre as duas normas jurídicas, prevalece a vontade da lei mais recente. Um exemplo concreto verifica-se a partir de algumas alterações sofridas pela Lei n. 4.320/1964, quais sejam:

- ✓ Conceito de dívida fundada.
- ✓ Conceito de empresa estatal dependente.
- ✓ Algumas classificações orçamentárias.

A LRF, por fim, atribui novas funções à contabilidade pública no controle orçamentário e financeiro, garantindo-lhe um caráter mais gerencial. Com a LRF, as informações contábeis passarão a interessar não apenas à Administração Pública e os seus gestores, mas tornará a sociedade participante do

processo de acompanhamento e fiscalização das contas públicas.

2.3 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

2.3.1 Padronização orçamentária

A busca de um padrão orçamentário que possibilitasse uniformidade nas análises, bem como consolidação das finanças públicas sempre foi uma constante no Brasil. A partir da Lei n. 4.320/1964 chegou-se à adoção de uma mesma norma orçamentária para todos os integrantes dos diversos níveis de governo.

O padrão orçamentário vigente no país classifica a despesa segundo quatro critérios: institucional, econômico, por elementos e funcional-programático.

O orçamento da despesa se compõe de recursos que se destinam a atender objetivos específicos da Administração Pública, ou seja, ao desenvolvimento de vários programas, por meio dos quais aqueles objetivos são alcançados.

Os recursos orçamentários são classificados nas categorias econômicas Despesas Correntes e Despesas de Capital e, destinam-se à execução de programas de trabalho em áreas específicas, que se denominam Funções de Governo e que se constituem de projetos e atividades, as quais merecem atenção especial da legislação em vigor. Ao todo, de acordo com esta, são em número de dezesseis as Funções de Governo.

Atualmente, toda a estrutura classificatória do orçamento/programa está assentada no que se convencionou denominar de Funcional-Programática, que enfatiza graficamente as ações governamentais a serem desenvolvidas em um determinado período estabelecidas na fase do planejamento.

As ações governamentais são representadas por instrumento de programação orçamentária, convencionalmente denominadas Função Governamental, Programa, Subprograma, Projeto e Atividade, cada um com seu conceito e objetivo próprio e específico, como se verifica a seguir.

- ✓ Função: o mais alto nível de programação orçamentária, em que se identificamos objetivos gerais da Administração Pública.
- ✓ Programa: instrumento de programação orçamentária, de segundo nível, em que se identificam objetivos concretos a serem alcançados. Diferente da função, o programa é suscetível de ser mensurado fisicamente, além de sê-lo monetariamente.
- ✓ Subprograma: instrumento de programação que visa facilitar a execução e o controle de programas extensos. É o segmento de um programa.
- ✓ Projeto: instrumento de programação orçamentária, seguinte ao subprograma, na inexistência daquele, para alcançar os objetivos de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto final, que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação do governo.
- ✓ Atividade: instrumento de programação orçamentária, no mesmo nível do projeto, para alcançar os objetivos de um programa. Envolve um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, necessárias à manutenção da ação do governo.

2.3.2 O que é execução orçamentária

Normalmente, há interpretações equivocadas do que seja execução orçamentária e financeira. Perfeitamente compreensível esse equívoco, pois ambas ocorrem concomitantemente. Esta afirmativa tem como sustentação o fato de que a execução tanto orçamentária como financeira estão atreladas. Havendo orçamento e não existindo o financeiro, não poderá ocorrer a despesa. Por outro lado, pode haver recurso financeiro que não poderá ser gasto, caso não haja disponibilidade orçamentária.

Em conseqüência, pode-se definir execução orçamentária como sendo a utilização dos créditos consignados no orçamento ou Lei Orçamentária Anual (LOA). Já a execução financeira, por sua vez, representa a utilização de recursos financeiros, visando atender à realização dos projetos e/

ou atividades atribuídas às unidades orçamentárias pelo orçamento. Na técnica orçamentária inclusive é habitual se fazer a distinção entre as palavras crédito e recursos. Reserva-se o termo crédito para designar o lado orçamentário e recursos para o lado financeiro. Crédito e recurso são duas faces de uma mesma moeda. O Crédito é orçamentário, dotação ou autorização de gasto ou sua descentralização e, Recurso é financeiro, portanto, dinheiro ou saldo de disponibilidade bancária ou em caixa.

Todo o processo orçamentário tem sua obrigatoriedade estabelecida na Constituição Federal, art. 165, que determina a necessidade do planejamento das ações de governo por meio do Plano Plurianual de Investimentos, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Uma vez publicada a LOA, observadas as normas de execução orçamentária e de programação financeira da União, estado ou município, estabelecidas para o exercício, e lançadas as informações orçamentárias, fornecidas pelo órgão Planejamento, com utilização ou não de sistema de administração financeira, semelhante ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), no nível federal, por intermédio da geração automática do documento Nota de Dotação (ND), cria-se o crédito orçamentário e, a partir daí, tem-se o início da execução orçamentária propriamente dita.

Executar o orçamento é, portanto, realizar as despesas públicas nele previstas e só essas, uma vez que, para que qualquer utilização de recursos públicos seja efetuada, a primeira condição é que esse gasto tenha sido legal e oficialmente previsto e autorizado pelo poder Legislativo e que sejam seguidos à risca os três estágios da execução das despesas previstos na Lei n. 4.320/1964: empenho, liquidação e pagamento. Atualmente, em nível federal, e seguido por alguns estados e municípios, encontra-se em aplicação a sistemática do pré-empenho (reserva de recursos) antecedendo esses estágios, já que, após o recebimento do crédito orçamentário e antes do seu comprometimento para a realização da despesa, existe uma fase geralmente demorada de licitação obrigatória junto a fornecedores de bens e serviços

que impõe a necessidade de se assegurar o crédito até o término do processo licitatório.

2.3.2.1 Estágios da despesa

Como foi visto anteriormente, o empenho é o primeiro estágio da despesa e pode ser conceituado como sendo o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado a obrigação de pagamento, pendente ou não, de implemento de condição. Esse primeiro estágio é efetuado contabilmente e registrado no sistema (por exemplo, o Siafi) utilizando-se o documento Nota de Empenho (NE), por meio de transação específica denominada NE, que se destina a registrar o comprometimento de despesa orçamentária, obedecidos os limites estritamente legais, bem como aos casos em que se faça necessário o reforço ou a anulação desse compromisso. Não se deve confundir, entretanto, empenho da despesa com Nota de Empenho; esta, na verdade, é a materialização daquele, embora no dia-a-dia haja a junção dos dois procedimentos em um único.

Todavia, ocorre que estando a despesa legalmente empenhada, nem assim o Estado se vê obrigado a efetuar o pagamento, uma vez que o implemento de condição poderá estar concluído ou não. Seria um absurdo se assim não fosse, pois a Lei n. 4.320/1964 determina que o pagamento de qualquer despesa pública, qualquer que seja o valor da importância, passe pelo crivo da liquidação. É nesse segundo estágio da execução da despesa que será cobrada a prestação dos serviços ou a entrega dos bens, ou ainda, a realização da obra, evitando, dessa forma, o pagamento sem o implemento de condição.

Assim, o segundo estágio da despesa pública é a liquidação, que consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito, ou seja, é a comprovação de que o credor cumpriu todas as obrigações constantes do empenho. Esse estágio tem por finalidade reconhecer ou apurar a origem e o objeto do que se deve pagar, a importância exata a pagar e a quem se deve pagar para extinguir

a obrigação, e é efetuado via sistema (no Sistema Integrado de Administração Financeira – Siafi – do Governo Federal, por exemplo) pelo documento Nota de Lançamento (NL). Ele envolve, portanto, todos os atos de verificação e conferência, desde a entrega do material ou a prestação do serviço até o reconhecimento da despesa. Ao fazer a entrega do material ou a prestação do serviço, o credor deverá apresentar a nota fiscal, fatura ou conta correspondente, acompanhada da primeira via da Nota de Empenho, devendo o funcionário competente atestar o recebimento do material ou a prestação do serviço correspondente, no verso da nota fiscal, fatura ou conta.

O último estágio da despesa é o pagamento e consiste na entrega de numerário ao credor do Estado, extinguindo dessa forma o débito ou obrigação. Esse procedimento normalmente é efetuado por tesouraria, mediante registro no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi, por exemplo) do documento Ordem Bancária (OB), que deve ter como favorecido o credor do empenho. Este pagamento normalmente é efetuado por meio de crédito em conta bancária do favorecido uma vez que a OB específica o domicílio bancário do credor a ser creditado pelo agente financeiro. Se houver importância paga a maior ou indevidamente, sua reposição aos órgãos públicos deverá ocorrer dentro do próprio exercício, mediante crédito à conta bancária da Unidade Gestora (UG) que efetuou o pagamento. Quando a reposição se efetuar em outro exercício, o seu valor deverá ser restituído por guia própria ao Tesouro.

2.3.2.2 Desdobramentos da execução financeira

Até aqui tivemos uma visão bem superficial e resumida da execução orçamentária, que é a utilização dos créditos consignados no orçamento. A execução financeira, ou seja, o fluxo de recursos financeiros necessários, é a realização efetiva dos gastos dos recursos públicos para a realização dos programas de trabalho definidos.

O art. 34 da Lei n. 4.320/1964 determina que o exercício financeiro coincida com o ano civil, e o art. 35, dispõem que pertencem ao exercício financeiro

as receitas nele arrecadadas e as despesas nele legalmente empenhadas. Assim, no Brasil, o exercício financeiro é o espaço de tempo compreendido entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de cada ano, no qual a Administração promove a execução orçamentária e demais fatos relacionados com as variações qualitativas e quantitativas que tocam os elementos patrimoniais da entidade ou órgão público.

O dispêndio de recursos financeiros oriundos do orçamento se faz normalmente com exclusividade por meio de Ordem Bancária (OB) e do mecanismo de Conta Única e se destina ao pagamento de compromissos, bem como a transferência de recursos entre as Unidades Administrativas, tais como liberação de recursos para fins de adiantamento, suprimento de fundos, cota, repasse, sub-repasse e afins. A Ordem Bancária é, portanto, praticamente, o único documento de transferência de recursos financeiros.

O ingresso de recursos se dá quando o contribuinte efetua o pagamento de seus tributos por meio de Guia de Recolhimento, junto à rede bancária, que deve efetuar o recolhimento dos recursos arrecadados, ao agente financeiro, dentro de determinado prazo. Com os documentos eletrônicos, os usuários do sistema podem efetuar o recolhimento dos tributos diretamente à Conta Única, sem trânsito pela rede bancária. Ao mesmo tempo, a Secretaria da Fazenda ou Receita recebe informações da receita bruta arrecadada, que é classificada.

Uma vez tendo recursos em caixa, começa a fase de saída desses recursos, para pagamentos diversos. O pagamento entre as unidades ocorre mediante a transferência de limite de saque, mediante o mecanismo da conta única. No caso de pagamento de credores não integrantes do Sistema de Informações Financeiras, a unidade administrativa ou gestora de orçamento efetua o registro individualizado no sistema.

2.3.2.3 Programação financeira

A entrada das receitas arrecadadas dos contribuintes nem sempre coincide, no tempo, com as necessidades de realização de despesas públicas, já que a arrecadação de tributos e outras receitas

não se concentra apenas no início do exercício financeiro, mas está distribuída ao longo de todo o ano civil. Por essa razão é que existe um conjunto de atividades que tem o objetivo de ajustar o ritmo da execução do orçamento ao fluxo provável de entrada de recursos financeiros que vão assegurar a realização dos programas anuais de trabalho e, conseqüentemente, impedir eventuais insuficiências de tesouraria. A esse conjunto de atividades chamamos de Programação Financeira.

A elaboração de uma programação financeira requer muita habilidade e conhecimento técnico de finanças e comportamento da arrecadação dos tributos federais que compõem a receita, bem como da estrutura do Estado. A programação financeira estará sempre submetida à vontade política do governo, uma vez que o orçamento é uma lei autorizativa (ela não obriga; apenas autoriza a execução dos programas de trabalho nela contidos). Isso significa que sua execução deve estar atrelada ao real ingresso de recursos. À medida que esses recursos vão ingressando nos cofres do governo, são imediatamente liberados para os órgãos setoriais das secretarias, baseado na programação financeira destes, para a execução dos seus programas de trabalho. Dessa maneira, fica a critério do governo executar este ou aquele projeto, sem obedecer a qualquer hierarquia orçamentária.

Como cada secretaria ou órgão tem um prazo determinado para a elaboração de seu próprio cronograma de desembolso (que espelha as saídas de recursos financeiros), a Secretaria de Tesouro, ou correspondente, deve consolidar e aprovar toda a programação financeira de desembolso para o governo no exercício, procurando ajustar as necessidades da execução do orçamento ao fluxo de caixa do Tesouro (que engloba despesas e receitas), a fim de obter um fluxo de caixa mais consentâneo com a política fiscal e monetária do governo.

Todo esse processo ocorre dentro de sistema informatizado ou então deve ser devidamente contabilizado. Tarefa de cada Unidade Gestora (UG), assim como a de elaborar sua programação financeira e submetê-la ao seu órgão setorial de programação.

O órgão, por sua vez, deve consolidá-la e submetê-la ao órgão central de programação financeira. Assim, o sistema ou a contabilidade permite um acompanhamento preciso do cronograma de desembolso dos recursos financeiros de cada UG e sua execução.

2.4 PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCIAMENTO SOB ENFOQUE NO FUNDO DE SAÚDE

O financiamento das ações e serviços de saúde é responsabilidade das três esferas de governo. Os recursos provêm da União, estados, do Distrito Federal, municípios e de contribuições sociais. As principais fontes são: a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (Fonte 155) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Fonte 153).

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos do próprio Tesouro, há os recursos transferidos da União, que devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde para execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e Programação Pactuada e Integrada (PPI). A Emenda Constitucional n. 29/2000 determina que os recursos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados por meio de fundos de saúde. Assim, os fundos adquirem a forma de unidades gestoras de orçamento, devendo ter orçamento consignado para poder aplicar os recursos transferidos. Pela definição da Lei n. 4.320/1964, Unidade Orçamentária é o órgão, unidade, ou agrupamento de serviços com autoridade para movimentar dotações, ou seja, tem o poder, ainda que derivado do gestor, municipal/estadual, de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios (do estado ou município), ou transferidos (da União ou estado). O que a Lei pretendeu com isto foi separar os conceitos de Unidade Orçamentária e Unidade Administrativa, de modo a permitir um sistema descentralizado da execução do orçamento, através das funcionais programáticas.

Portanto, devem-se definir os recursos do fundo de saúde no orçamento do município ou do estado em consonância com os respectivos planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde. Esses

recursos definidos no orçamento para os programas devem estar de acordo com as metas que o governo pretende atingir no próximo exercício.

Deve-se, outrossim, alocar os recursos por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual ou por meio de créditos suplementares, especiais ou extraordinários.

2.4.1 Programação financeira pelo fundo de saúde

A Secretaria de Saúde deverá estimar os recursos necessários para pagamento das despesas, observadas as fontes orçamentárias e as disponibilidades financeiras, bem como controlar o ingresso de recursos no fundo, de acordo com as seguintes regras:

- ✓ As receitas próprias destinadas ao fundo, de acordo com a EC n. 29/2000, devem ser repassadas mediante cronograma específico acordado entre as Secretarias de Finanças, Fazenda e Saúde (fundo), com detalhamento das respectivas fontes para essa finalidade; • Os repasses do Fundo Nacional de Saúde são efetuados diretamente à conta bancária aberta pelo FNS, na titularidade do Fundo Estadual de Saúde.
- ✓ Correspondente procedimento poderá ser adotado pelo Fundo Estadual de Saúde, em relação aos repasses aos fundos municipais de saúde, quando houver.
- ✓ É aconselhável dotar as unidades administrativas de condições de assunção também da condição de unidades gestoras de orçamento e assim se habilitarem a executar de forma descentralizada o orçamento da Secretaria de Saúde/fundo.
- ✓ Tais operações devem ser facilitadas com a implementação de sistemas informatizados de administração orçamentária e financeira.

2.4.2 Execução orçamentária e financeira mediante fundos de saúde

A execução orçamentária e financeira deve ser realizada em consonância com a dotação consignada em lei orçamentária ou em créditos adicionais (Lei n. 4.320/1964, art. 72).

As despesas deverão ser empenhadas conforme a previsão orçamentária, cabendo, ainda:

- ✓ Vincular as despesas às ações de saúde, consoante o plano de saúde aprovado pelo Conselho de Saúde e as fontes específicas constantes dos instrumentos orçamentários.
- ✓ Emitir ordens bancárias e liquidar os pagamentos, observadas as normas gerais de direito financeiro.
- ✓ Controlar a liquidação dos pagamentos realizados na conta bancária, mantendo registros detalhados no Sistema Integrado de Administração Financeira dos estados e municípios (Siafem) ou sistema equivalente.

2.5 CONTABILIDADE PÚBLICA

A contabilidade é a atividade técnico-legal, de natureza administrativa, por meio da qual são realizadas a classificação, o registro e a análise das transações de natureza econômico-financeiras efetuadas por uma pessoa jurídica – de direito público ou privado –, de modo a possibilitar a permanente avaliação de sua situação. Seu objetivo básico é permitir o exercício do controle administrativo pela direção da própria entidade, bem como o fornecimento de informações adequadas (expressivas, confiáveis e oportunas) aos investidores e associados, aos credores e ao poder público. Em geral ela envolve todos os aspectos passíveis de quantificação, tais como: o ativo (patrimônio), o passivo (dívidas), as receitas, as despesas, os lucros, as perdas e os direitos dos investidores.

A contabilidade pública, por sua vez, é o ramo da contabilidade aplicada que cuida das práticas contábeis aplicáveis ao registro das transações orçamentárias, patrimoniais e financeiras de entidades com personalidade jurídica de direito público (União, estados, Distrito Federal, municípios e autarquias) e de entidades públicas com personalidade de direito privado que sejam mantidas com recursos do Erário (fundações e empresas públicas).

Trata-se do processo de escrituração, em forma metódica e precisa, das rendas e gastos públicos, a

fim de propiciar o controle sobre as contas públicas e a proteção dos bens públicos contra ações lesivas.

A contabilidade pública vem se tornando o instrumental que permite sistematizar, de modo articulado – sobretudo por meio do plano de contas e de demonstrativos padronizados –, as informações contábeis relativas a organização e programação orçamentária, a execução financeira dos orçamentos, a realização dos registros das variações patrimoniais, além de propiciar o registro dos atos e fatos da fazenda pública e embasar as ações de avaliação.

Em relação ao orçamento, a contabilidade pública é o meio legal que possibilita o exercício de controle permanente e sistemático sobre a sua execução, de modo a espelhar o andamento de cada empreendimento, a natureza dos gastos nele realizados e o grau de regularidade na realização das receitas e despesas públicas.

No setor público brasileiro, a contabilidade pública é regulada, basicamente, pela Lei n. 4.320, de 17/03/1964; pelo Decreto Legislativo n. 4.536, de 28/01/1922, que institui o Código de Contabilidade Pública; pela Lei n. 6.404, de 15/12/1976, no que tange às empresas públicas; e pelos Decretos-Lei n. 200/1967 e 900/1969. Na esfera federal, a matéria acha-se regulamentada, a partir dessas normas legais, pelo Decreto n. 93.872, de 23/12/1986.

3. Gestão dos Fundos de Saúde

A Emenda Constitucional n. 29/2000 define a aplicação de recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde, o que implica na institucionalização e organização do fundo para administrar esses recursos, dando cumprimento, inclusive, ao imperativo constitucional.

A existência de fundos especiais com a finalidade de gerir os recursos financeiros destinados a ações e serviços de saúde nas três esferas de governo é determinada pelas leis brasileiras desde 1990.

3.1 LEGISLAÇÃO SOBRE OS FUNDOS DE SAÚDE

3.1.1 Constituição Federal

A Constituição Federal – ADCT art. 77, redação dada pela Emenda Constitucional n. 29/2000, assim dispõe:

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

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

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

3.1.2 Lei n. 4.320/1964

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

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

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

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

art. 74. A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de

controle, prestação e tomada de contas, sem, de qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas do órgão equivalente.

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

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

3.1.3 Decreto-Lei n. 200/1967

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

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

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

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

A Lei n. 8.142/90 estabelece que compete ao Conselho de Saúde o controle da exe-

cução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (art. 1º, § 2º). E mais, “Para receberem os recursos de que trata o art. 3º, desta Lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com: (...) I – fundo de saúde (art. 4º).”

3.1.5 Normativos e regulamentações

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

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

Ao definir a forma de custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, a Norma Operacional Básica (NOB/SUS n. 01/1996) conceitua a transferência regular e automática, fundo a fundo, como a modalidade que “consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, independente de convênios ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas...”.

A NOB/SUS n. 01/1996 e a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS) n. 01/2002, ao tratarem dos critérios de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, mantêm a exigência de comprovação de operação do fundo municipal ou estadual de saúde, por meio da apresentação de instrumentos ao processo.

3.2 FUNDO DE SAÚDE: DEFINIÇÃO E FUNÇÃO

De acordo com Carvalho e Santos,¹⁷ o fundo de saúde pode ser definido como:

¹⁷ Carvalho e Santos, 2002, p. 275-277

Modalidade de gestão de recursos, criado por lei e revestido de certas formalidades, com o fim de ser o receptor único de todos os recursos destinados à saúde, em cada esfera de governo: recursos financeiros destinados a custear as ações e os serviços públicos de saúde, sejam dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios, bem como transferências de uma esfera estatal a outra, e recursos de outras fontes devem ser depositados no fundo de saúde.

3.2.1 Para que serve o fundo de saúde

Primordialmente o fundo de saúde serve para otimizar a utilização dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, mediante:

- ✓ O cumprimento do preceito constitucional no que se refere à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por intermédio de fundos de saúde.
- ✓ A implementação do planejamento orçamentário e financeiro na aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde.
- ✓ O aperfeiçoamento da gestão orçamentária, financeira e contábil realizada pelos gestores estaduais e municipais.
- ✓ A produção, disponibilização e utilização de informações gerenciais sobre a gestão dos recursos do SUS.
- ✓ A melhoria dos indicadores de saúde populacional, do sistema e da rede de serviços, com a indução de equilíbrio inter-regional (consoante abordagem da NOAS n. 01/2002).
- ✓ A avaliação da efetividade da aplicação dos recursos.

3.3 FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

É o fundo especial organizado de acordo com as diretrizes e objetivos do SUS, cujos recursos estão previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), de acordo com o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais e provenientes de fontes nacionais

– de receitas do Tesouro Nacional e de arrecadação direta do FNS – e internacionais – de acordos firmados pelo governo brasileiro com instituições financeiras internacionais como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para financiamento de projetos na área de saúde.

Constituem recursos do FNS:

- ✓ Os consignados a seu favor nos orçamentos da Seguridade Social e Fiscal da União; os decorrentes de créditos adicionais.
- ✓ Os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimo.
- ✓ Os provenientes do Seguro Obrigatório do DPVAT; os resultantes de aplicações financeiras; os decorrentes de ressarcimento de recursos por pessoas físicas e jurídicas originários de prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditoria.
- ✓ As receitas provenientes de parcelamentos de débitos apurados em prestação de contas de convênios ou derivadas do acompanhamento de auditorias e de financiamentos relacionados com as ações e os serviços de saúde.
- ✓ Os créditos provenientes dos agentes ou das entidades integrantes do SUS, bem como aqueles resultantes de transações financeiras e comerciais; as receitas provenientes do ressarcimento previsto no Artigo 32 da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998.
- ✓ Os obtidos por intermédio de operações de crédito; as receitas provenientes da execução de seus créditos; os saldos positivos apurados em balanços, transferidos para o exercício seguinte; as rendas e receitas eventuais que lhe venham a ser destinadas; os de outras fontes, de acordo com o Artigo 32 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A gestão dos recursos é exercida pelo diretor-executivo, sob a orientação e supervisão do secretário-executivo do Ministério da Saúde, observando

o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras dos orçamentos anuais, das diretrizes orçamentárias e dos planos plurianuais.

A execução dos recursos é feita, em nível central, por meio da Unidade Gestora da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde e das unidades gestoras criadas junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde. Nas unidades federadas, por meio das unidades gestoras descentralizadas junto às representações estaduais e unidades assistenciais do SUS, sob a gestão do Ministério da Saúde (MS).

Todos os recursos transitam em conta única do Fundo Nacional de Saúde em consonância com o preceito constitucional de aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde.

Os recursos financeiros do MS, administrados pelo FNS, destinam-se a prover:

- ✓ Despesas correntes e de capital do MS, seus órgãos e suas entidades, da administração direta e indireta, integrantes do SUS.
- ✓ Transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde, destinadas a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial e hospitalar e às demais ações de saúde do SUS a serem executados de forma descentralizada pelos estados, Distrito Federal e municípios.
- ✓ Financiamentos destinados à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços de saúde do SUS; investimentos previstos no Plano Plurianual do Ministério da Saúde e na Lei Orçamentária Anual; outras despesas autorizadas pela Lei Orçamentária Anual.

Como a instituição de fundos de qualquer natureza depende de prévia autorização legislativa (item IX, artigo 167 da Constituição Federal), o Fundo Nacional de Saúde, que foi criado pelo Decreto-Lei n. 701, de 24/7/1969, e regulamentado pelo Decreto n. 64.867/1969, já existia e tinha vida própria. Bastou a edição de decreto, um ou outro ajuste de organização e funcionamento, para adaptá-lo à estrutura do Sistema Único de Saúde e de normas constitucionais relativas ao orçamento (assim

como em relação aos fundos estaduais e municipais de saúde criados por lei anteriormente a 1988). O Decreto n. 3.964, de 10/10/2001, regulamenta o FNS.

3.4 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

É o correspondente ao Fundo Nacional de Saúde nos estados. Da mesma forma é um instrumento de gestão juntamente com o Conselho de Saúde, plano de saúde e relatório de gestão. Sob responsabilidade imediata do Secretário Estadual de Saúde poder ser gerido por uma diretoria executiva, ou similar, que tem por finalidade administrar os recursos alocados no Fundo Estadual de Saúde (FES), bem como executar as atividades de administração financeira e de contabilidade, de planejamento, programação, orçamento, acompanhamento e avaliação de estudos e análises, em estreita articulação com os sistemas financeiros e de contabilidade do estado e estadual de planejamento.

3.4.1 Recursos sob gestão estadual

Os recursos da saúde sob gestão estadual são considerados receitas do fundo, a saber:

- ✓ As transferências oriundas do orçamento da Seguridade Social, como decorrência do que dispõe a constituição estadual.
- ✓ Os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras.
- ✓ O produto de convênios firmados com outras entidades financiadoras.
- ✓ O produto de arrecadação da taxa de fiscalização sanitária, multas e juros de mora por infrações ao código sanitário estadual, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o Estado vier a criar.
- ✓ As parcelas do produto de arrecadação de outras receitas próprias oriunda das atividades econômicas, de prestação de serviços e de outras transferências que o Estado tenha direito a receber por força de lei e de convênios no setor.
- ✓ Doações, em espécies, feitas diretamente para o fundo.

3.5 ORGANIZAÇÃO DE FUNDO DE SAÚDE

O imperativo de organização dos fundos de saúde deve ser visto pelos aspectos legais, organizacionais e de disponibilização de recursos materiais e outros para a sua operacionalização.

3.5.1 Aspectos legais da organização dos fundos de saúde

A instituição do fundo de saúde depende de autorização legislativa, conforme preceitua a Constituição Federal em seu artigo 167, inc. IX.

O projeto de Lei que disciplina a constituição do fundo poderá ser mais abrangente ou sintético, conforme as características do estado. No caso de um projeto de lei sintético, a regulamentação será feita mediante instrumentos normativos complementares apropriados. Em qualquer caso, é imprescindível a definição dos aspectos a seguir elencados, em conformidade com a legislação básica da saúde (Lei n. 8080/1990 e Lei n. 8.142/1990).

3.5.1.1 Objetivos do fundo

A lei ou regulamento que trata do Fundo Estadual de Saúde deve estabelecer como seus objetivos, dentre outros, o financiamento de ações e serviços:

- ✓ De saúde básica de média e alta complexidade, integral e universalizada.
- ✓ Da vigilância em saúde, sanitária, epidemiológica e ambiental envolvendo ações de saúde de interesse individual e coletivo.
- ✓ Do saneamento básico.
- ✓ Do controle e da fiscalização das agressões ao meio ambiente, ao ambiente de trabalho.

3.5.1.2 Composição dos recursos financeiros e dos ativos do fundo

A Lei de criação do fundo deve explicitar a origem ou fontes de recursos destinados à saúde (receitas) e destinação ou campo de aplicação dos recursos (despesas) e contemplar tanto os recursos transferidos pela União, quanto os recursos próprios, os de convênios e os provenientes de arrecadação direta.

As fontes de financiamento das ações de saúde são as previstas no orçamento da Seguridade Social, e conforme determina o art. 198 da Constituição Federal (art. 195), segundo redação dada pela EC 29/2000.

3.5.1.3 A responsabilidade legal pela administração do fundo

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

3.5.1.4 Responsabilidade pela fiscalização do fundo

O projeto de lei que trata do Fundo Estadual de Saúde deve ressaltar o papel do Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde deve ser formalmente designado como órgão acompanhador e fiscalizador dos recursos do fundo, em atendimento ao disposto no art. 77 das ADCT e no art. 33 da Lei n. 8.080/1990.

3.5.1.5 Prestação de contas

A Lei n. 4.320/1964 faculta aos fundos a adoção de normas peculiares de aplicação e estabelece que a lei que instituir o fundo especial poderá determinar normas próprias de controle, prestação e tomada de contas, sem, de qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

O projeto de lei em questão deverá prever, também, a obrigatoriedade e a periodicidade de prestação de contas, observando as diretrizes do art. 74 da Lei n. 4.320/1964; do art. 12 da Lei n. 8.689/1993; e dos arts. 6º e 9º do Decreto n. 1651/1995, que determinam que a comprovação da aplicação dos recursos deva ser apresentada periodicamente:

- ✓ Ao Conselho de Saúde.

- ✓ Às Assembleias Legislativas.
- ✓ Ao Tribunal de Contas.
- ✓ Ao Ministério da Saúde.

3.5.1.6 Autonomia administrativa e financeira

O projeto de lei que dispõe sobre o fundo de saúde deve indicar que este, conquanto não seja um ente, pessoa jurídica propriamente dita, de acordo com as suas demandas, dada a complexidade do subsistema, seja dotado de autonomia administrativa e financeira, dispondo para tanto de estrutura mínima, como se verá adiante quando se tratar dos aspectos organizacionais da estruturação dos fundos de saúde.

3.5.1.7 Contabilidade e orçamento próprios

A lei deverá determinar que o fundo de saúde tenha contabilidade e orçamento próprios, além de especificar a destinação do saldo apurado em balanço de final de exercício.

3.5.1.8 Forma de funcionamento e atribuições

A lei, ou o seu decreto regulamentador, deverá prever a forma de funcionamento e atribuições do fundo de saúde.

3.5.2 Outros aspectos organizacionais dos fundos de saúde

A administração do Fundo Estadual de Saúde deve ser definida em razão das atribuições e competências determinadas na lei de sua criação e no decreto que a regulamente.

Em alguns casos a administração pressupõe atividades mais complexas, em função, principalmente, do porte do ente governamental, o nível de complexidade de sua rede e do volume de recursos envolvidos. São situações em que:

- ✓ Há a administração de acordos internacionais.
- ✓ Várias funções de execução orçamentárias e financeiras são descentralizadas a unidades administrativas ou gestoras de recursos.
- ✓ As atividades são desenvolvidas com auxílio de sistemas informatizados de controle da execução orçamentária e financeira, a exemplo do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), no nível federal.

Em outros casos, menos complexos, os fundos de saúde podem ser organizados de forma mais enxuta, executando funções em conjunto com outras áreas do governo estadual tais como compras, licitação, contabilidade, etc.

Se por um lado, os fundos de saúde não são revestidos de personalidade jurídica nem necessariamente constituídos como órgãos integrantes da estrutura governamental, por outro, as atividades que lhes são afetas em decorrência do preceito constitucional necessitam de um mínimo de organização para sua execução – ainda que realizadas no âmbito da Secretaria de Saúde – de forma a atender à legislação e regulamentos pertinentes, além de permitir o melhor gerenciamento e aproveitamento dos recursos.

Não há estrutura única recomendável. Entretanto, certos elementos de organização, conforme se verá a seguir, são aplicáveis em todos os casos, não importando a estrutura organizacional adotada.

3.5.2.1 Modalidades de financiamento pelo fundo de saúde

O primeiro elemento de organização a ser considerado são as modalidades de financiamento. O financiamento das ações e serviços de saúde se dá sob várias modalidades:

a) Transferências regulares e automáticas de recursos (fundo a fundo): modalidade de financiamento da saúde pública que propicia aos gestores do SUS a possibilidade de contar, no devido tempo, com recursos previamente pactuados para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde. O Ministério da Saúde transfere os recursos federais, de forma regular e automática, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais de saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos. Tanto o recebimento quanto a aplicação de recursos sob essa modalidade demandam organização dos respectivos processos de trabalho, que buscam:

- ✓ Aplicação efetiva dos recursos nos programas a que se destinam (prevenção de desvio para outras ações que não a prevista).

- ✓ Pontualidade nas transferências.
- ✓ Confiabilidade das transações em consonância com as normas públicas de direito financeiro.
- ✓ O atendimento de requisitos legais de comprovação de contas quer seja por relatório de gestão ou por ações dos órgãos de controle interno e/ou externo.

b) Contratos, Convênios e Acordos Internacionais: modalidade que possibilita aos órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais, entidades filantrópicas, organizações não-governamentais, interessados em financiamento de projetos específicos na área da saúde, a realização de ações e programas de responsabilidade mútua do órgão concedente (transferidor dos recursos) e do conveniente (recededor dos recursos).

A organização da área encarregada da celebração de convênios, ajustes ou similares é muito importante para o gestor do fundo de saúde, em virtude da necessidade de observância da regulamentação pertinente (IN-STN n. 01/1997; Lei de Responsabilidade Fiscal, entre outras). Essa legislação define critérios e aspectos formais para a celebração dos convênios; requisitos para a execução do projeto conveniado; e normas para comprovação da aplicação dos recursos.

Pela variedade de procedimentos e informações que esse processo de trabalho envolve é conveniente que sua gestão seja organizada de forma informatizada com vistas à sua operacionalização e respectivos controles. Entre as principais funções a serem organizadas destacamos:

- ✓ Cadastro de entidades e dirigentes.
- ✓ Cadastro de projetos.
- ✓ Formalização de convênios.
- ✓ Procedimentos orçamentários e financeiros.
- ✓ Acompanhamento da execução físico-financeira.
- ✓ Prestação de contas.

c) Descentralização de créditos e recursos para unidades gestoras próprias: consiste na descentralização da execução orçamentária e financeira

mediante delegação de competência para que as unidades de saúde administrem parcela do orçamento do fundo e efetivem os pagamentos respectivos.

Este procedimento deve ser previsto na regulamentação do fundo de saúde e normalizado em instrumento próprio elaborado pelo poder Executivo, que:

- ✓ Institucionaliza as unidades gestoras (define quais as unidades de saúde que passarão à condição de unidades gestoras).
- ✓ Define as finalidades do processo de descentralização e determina a sua abrangência, se orçamentária, financeira ou orçamentária e financeira.
- ✓ Estabelece os fundamentos legais, os princípios e procedimentos, indica a legislação que permite esta delegação de poderes, as bases fundamentais e como deve ser processada, estabelecendo as rotinas.
- ✓ Define as competências privativas e comuns dos envolvidos com a gestão dos recursos e estabelece as atribuições dos gestores das unidades do fundo de acordo com os procedimentos e a abrangência da descentralização.

3.5.2.2 Manutenção administrativa – Logística e RH

Importante elemento de organização a ser observado quando da (re)estruturação do Fundo Estadual de Saúde é a manutenção administrativa – logística e recursos humanos – da Secretaria Estadual de Saúde e seus órgãos subordinados e entidades vinculadas. O financiamento dos serviços administrativos tais como infra-estrutura, desenvolvimento, implantação e manutenção de sistemas operacionais, recursos humanos e outros necessários à execução das ações de saúde, bem como para implantação e funcionamento dos fundos de saúde é amparado pelos recursos financeiros do SUS.

Dessa forma, os recursos com essa destinação podem ser utilizados tanto centralizadamente, pela SES, quanto descentralizadamente, pelos órgãos encarregados da sua execução, desde que estes sejam considerados unidades gestoras de orçamento, o que exige do Fundo Estadual de Saúde a realização de ações de controle.

3.5.2.3 Tecnologia da informação

Outro elemento a ser ponderado na organização da gestão financeira pelo fundo estadual de saúde é a tecnologia da informação a ser empregada. A tecnologia da informação auxilia na gestão dos recursos do SUS uma vez que induz a racionalização de procedimentos e a informatização dos processos operacionais e gerenciais. O que possibilita:

- ✓ Organização e métodos de rotinas e informações.
- ✓ Interação com o Tesouro Estadual e instituições financeiras.
- ✓ Criação de base de dados de informações financeiras.
- ✓ Recursos, linguagem e transparência de informações.
- ✓ Auxílio a outros sistemas de informação em saúde.
- ✓ Oferecimento de um dos mais importantes indicadores de eficiência do sistema.

3.5.2.4 Acompanhamento, controle e avaliação

Elemento de organização indispensável do fundo de saúde é o acompanhamento, controle e avaliação da efetividade das ações e serviços em saúde em face da aplicação dos recursos do SUS.

A utilização dos recursos públicos deve, forçosamente, ser objeto de comprovação segundo os ditames legais. Assim, a gestão orçamentária e financeira dos fundos de saúde, se sujeita:

- ✓ Ao acompanhamento e fiscalização do Fundo Nacional de Saúde.
- ✓ Às auditorias do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- ✓ Ao controle e fiscalização dos órgãos de controle interno e externo, do estado e da União, quando envolverem recursos repassados pelo componente federal do SUS.
- ✓ Ao acompanhamento e à fiscalização dos conselhos de saúde.

Portanto, o fundo de saúde, na condição de unidade gestora do orçamento desses recursos, deve:

- ✓ Apresentar prestação de contas anual ao tribunal de contas estadual, conforme dispor a lei de criação do fundo de saúde ou legislação específica.
- ✓ Disponibilizar demonstrativos contábeis e financeiros ao Conselho Estadual de Saúde, para cumprimento do preceito constitucional.
- ✓ Subsidiar a Secretaria Estadual de Saúde, com documentos e informações necessárias à elaboração do Relatório de Gestão na forma recomendada pela Portaria MS/GM n. 548/2001.

3.5.2.5 Controle social

A Lei Federal n. 8142/1990 define o Conselho de Saúde como o instrumento de participação dos segmentos da comunidade na gerência do SUS, atuando

(...) na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e na fiscalização da movimentação dos recursos repassados às secretarias estaduais e municipais e ou fundos de saúde.

A atribuição de fiscalização da aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde aos conselhos de saúde é reafirmada pelo art. 77 das ADCT.

Dessa forma os fundos de saúde devem envidar todos os esforços possíveis para facilitar a atuação dos conselhos de saúde no cumprimento de sua ação fiscalizadora, fornecendo, periodicamente os documentos de comprovação da aplicação dos recursos do fundo, conforme dispõe a legislação vigente.

3.5.3 Infra-estrutura para implantação

Certamente que a adequada estruturação de fundo de saúde exigirá levantamentos de processos de trabalho mediante a realização de análise administrativa com estudos sobre organização, sistemas e métodos (OS&M) pelos gestores estaduais de saúde, com a participação de técnicos da área de tecnologia da informação.

A utilização da tecnologia da informação pelos fundos de saúde na gestão dos recursos do SUS, por

intermédio da racionalização e informatização dos processos operacionais e gerenciais possibilita:

- ✓ Integração das áreas.
- ✓ Armazenamento e fornecimento de informações.
- ✓ Descentralização de ações.
- ✓ Emissão de relatórios gerenciais.

O controle e execução orçamentária e financeira e as rotinas administrativas alcançarão maior agilidade e confiabilidade nas informações através da utilização de bancos de dados que permitam definir rotinas informatizadas e a realização de interface com sistemas integrados de gestão.

Os recursos humanos necessários à realização de projeto deste porte devem apresentar além de capacitação especializada, conhecimentos específicos sobre o Sistema Único de Saúde e suas especificidades.

O Ministério da Saúde, na condição de gestor federal do SUS – a quem compete prestar cooperação técnica e financeira para o aperfeiçoamento da ação institucional dos demais gestores –, poderá contribuir com recursos – próprios ou por intermédio de cooperação técnica com organismos internacionais – para suprir necessidades inerentes ao apoio para organização de fundos estaduais e municipais de saúde.

4. Investimentos no SUS

4.1 CAPTAÇÃO DE RECURSOS

A captação ou mobilização de recursos é um termo utilizado para descrever um leque de atividades de geração de recursos realizadas por organizações governamentais e não-governamentais (essas sem fins lucrativos) em apoio à sua finalidade principal, independente da fonte ou do método utilizado para gerá-los.

Captação de recursos por meio de financiamento de políticas públicas encontra-se no contexto da consecução de recursos por meio de cooperação técnica e financeira. Este termo por vezes tem sido preferível

no âmbito do SUS, evitando-se o termo financiamento. Entretanto, é preciso ultrapassar o caráter ideológico da discussão do termo em questão (financiamento). Isso porque, segundo alguns, este termo evoca aspectos mercadológicos. Internacionalmente, porém, o termo financiamento sugere eficiência, eficácia e efetividade nos gastos, bom emprego dos recursos, com possível retorno na medida em que o objeto proposto é atingido. A idéia é que não há “recurso a fundo perdido”. Essa expressão é errônea, está em desuso, pois era grandemente empregada quando não havia controle nenhum da execução do objeto ou das metas pactuadas em face da celebração de convênios, ou de forma de conseguir recursos.

4.1.1 Fontes de recursos

Entre as três principais fontes de recursos identificadas podem ser citadas:

- ✓ Recursos governamentais, próprios ou transferidos.
- ✓ Renda gerada pela venda de serviços.
- ✓ Recursos captados através de doações (de indivíduos ou instituições).

Nos últimos anos, vem ganhando força a expressão “mobilização de recursos”, que tem um sentido mais amplo do que “captação de recursos”. “Mobilizar

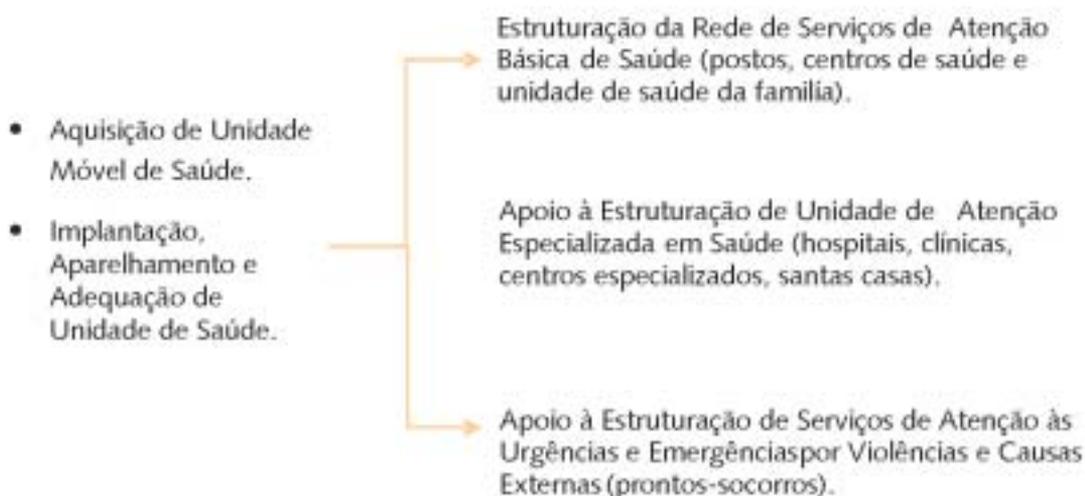
recursos” não diz respeito apenas a assegurar recursos novos ou adicionais, mas também à otimização (como fazer melhor uso) dos recursos existentes (aumento da eficácia e eficiência dos planos); à conquista de novas parcerias e à obtenção de fontes alternativas de recursos financeiros. É importante lembrar que o termo recursos não se refere apenas a recursos financeiros ou fundos, mas também a pessoas (recursos humanos), materiais e serviços.

4.1.2 Investimento na rede de atendimento do SUS

O investimento na rede de atendimento do SUS significa mobilizar recursos da União, estados e municípios, de seus orçamentos da Seguridade Social, da parte destinada à saúde.

Depois de dimensionados os recursos próprios, parte para conseguir recursos principalmente do orçamento da União. Uma das formas mais eficazes de conseguir recursos adicionais é buscar a introdução de emenda parlamentar nominalmente identificado no orçamento.

Uma providência indispensável é buscar conhecer os programas contidos no orçamento da União e com que estes se vinculam. A seguir dá-se exemplo de dois programas, aquisição de unidade móvel de saúde e implantação, aparelhamento e adequação de unidade de saúde.



4.1.2.1 Emendas parlamentares ao orçamento da União

A Secretaria Estadual de Saúde deve agir juntamente com a bancada parlamentar do Estado na Câmara dos Deputados e Senado Federal para que estes representem os interesses estaduais na consecução de recursos.

A emenda pode ser destinada a implantar (construir), aparelhar (equipar) e/ou adequar (ampliar e/ou reformar) unidades de saúde, bem como adquirir unidade móvel de saúde. Deve-se enquadrar em um dos destes segmentos:

- ✓ Atenção básica em saúde: refere-se ao conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde (postos, centros de saúde e unidades de saúde da família).
- ✓ Atenção especializada em saúde: diz respeito ao conjunto de ações de maior complexidade e custos na atenção à saúde (média e alta complexidade), executadas por profissionais e estabelecimentos especializados (hospitais, clínicas, centros especializados, santas casas etc.).
- ✓ Atenção à saúde da população em situações de violências e outras causas externas (urgência e emergência): refere-se à assistência a pacientes com risco de vida (emergência) ou sem risco de vida (urgência), cujos agravos necessitam de atendimento imediato (prontos-socorros).

4.2 ELABORAÇÃO DE PROJETOS, CONVÊNIOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

A proposta de financiamento é o elemento principal na busca pelos recursos tanto junto a fontes nacionais quanto a agências internacionais de financiamento. Transparece o alto nível de organização a partir do pedido formal de financiamento.

4.2.1 Elementos-chave da proposta de financiamento

Há quatro elementos básicos para uma proposta de financiamento bem elaborada. Um deles é a carta

de encaminhamento. Os outros são: o sumário executivo, a própria proposta e os anexos essenciais.

4.2.1.1 Carta de encaminhamento

Seu propósito é apresentar formalmente a proposta e também ajudar o financiador a entender a lógica da solicitação de financiamento. A carta deve repassar um forte entusiasmo em relação à proposta de projeto e sua capacidade de vir ao encontro da missão e interesses do financiador.

A carta deve ser assinada se possível pelo governador do estado ou pelo menos pelo Secretário Estadual de Saúde.

4.2.1.2 A proposta de financiamento

O Ministério da Saúde tem formulário próprio para o planejamento e elaboração de propostas de financiamento. Outras agências de financiamento podem não adotar o mesmo procedimento. Mas na maioria das vezes os organismos internacionais elaboram os chamados termos de referência, pelos quais se orientam a elaboração da proposta de financiamento. Qualquer que seja o meio de apresentação que a agência peça, siga-o sempre.

Uma proposta bem elaborada tem fluência – um fluxo lógico de uma seção para outra. A apresentação pode estabelecer o contexto para a descrição da situação-problema. Da mesma forma, a descrição da situação-problema preparará o leitor para as metas e objetivos e assim por diante.

Os elementos de uma proposta de financiamento são:

- ✓ Sumário executivo.
- ✓ Apresentação.
- ✓ Descrição da situação-problema.
- ✓ Metas e objetivos do programa.
- ✓ Metodologia/atividades.
- ✓ Avaliação.
- ✓ Continuidade/contrapartida do financiamento.
- ✓ Orçamento.
- ✓ Anexos.

a) Sumário executivo: seu objetivo é fazer um resumo sucinto, porém convincente da proposta. Deve ser claro, sucinto e específico e não deve ultrapassar uma página. O conteúdo deve espelhar o da proposta como um todo e deve ser escrito levando em consideração que as pessoas que tomam as decisões podem apenas ler o sumário e não a proposta inteira. Deve ser redigido após a conclusão da proposta.

b) Apresentação: nesta parte da proposta, apresenta-se a organização como candidata a recursos. Aqui deve ser tratada a questão da credibilidade da instância solicitante. Algumas das questões que podem ser abordadas nesta seção incluem:

- ✓ Como conheceu o programa a ser financiado – objetivos e metas aplicáveis ao Estado.
- ✓ Há quanto tempo existe e como tem sido desenvolvido.
- ✓ Aspectos particulares à região do Estado aonde o programa será desenvolvido.
- ✓ Realizações significativas do governo estadual no que tange a programas semelhantes.
- ✓ Benefícios alcançados pela comunidade.

c) Descrição da situação-problema: descreve-se o problema que o Estado pretende amenizar através do projeto. Por que este projeto tornou-se necessário? Quem está sendo afetado pelo problema e como? É preciso estabelecer a ligação lógica entre o trabalho da Secretaria de Saúde e o problema objeto do projeto. Provas estatísticas da gravidade do problema sempre ajudam, assim como avaliações independentes.

d) Metas e objetivos do projeto no contexto do programa: as metas são enunciadas amplas que proporcionam ao leitor uma compreensão do propósito geral de um programa. Por exemplo: aumentar o grau de resolutividade do sistema estadual de saúde na periferia de regiões metropolitana ou criar ambientes favoráveis que facilitem o acesso à rede de serviços.

Os objetivos definem os resultados específicos

e mensuráveis do programa, com prazo determinado. Expressam a melhoria esperada em relação à situação-problema. Exemplo: Ao fim da intervenção no mês de novembro, 25 postos de saúde serão dotados de equipamentos de pronto atendimento clínico, consistente de determinados equipamentos.

Os objetivos devem ser realistas e alcançáveis. Eles não devem ser confundidos com as atividades do projeto (a metodologia). O objetivo de um programa não deve ser proporcionar aconselhamento, treinamento ou serviços, e sim reduzir ou eliminar o problema. Há uma seção específica da proposta para apresentar a metodologia.

e) Metodologia/atividades: este componente da proposta deve descrever, com certo grau de detalhe, as atividades que serão realizadas para alcançar os resultados esperados. Também deve indicar porque foram selecionadas em preferência a todas as demais metodologias que poderiam ter sido utilizadas. Falar de metodologias alternativas é importante porque demonstra familiaridade com a área de atuação e indica credibilidade.

f) Avaliação: a avaliação do programa pode ter dois propósitos. Primeiro para analisar o quão efetivo o programa está sendo no alcance dos objetivos. Isso se chama avaliação de resultados a partir de objetivos claros e mensuráveis. Se a organização tem dificuldade em determinar quais critérios utilizar na avaliação do programa, é provável que os objetivos não estejam específicos o suficiente. A avaliação também pode servir para identificar e implantar as mudanças apropriadas ao programa na medida em que for executado. Isso se chama avaliação de processo. A fim de tornar mais objetivas as avaliações de programas ou projetos, às vezes é prevista a participação de avaliadores externos. Isso também pode acrescentar credibilidade.

É essencial incluir na proposta a maneira como a avaliação se dará e também é fundamental começar o processo de avaliação desde o início da implementação do projeto ou programa. No caso de querer avaliar mudança em um determinado período de

tempo, é essencial documentar a situação no início do projeto para poder comparar eventuais mudanças que possam ocorrer como resultado deste.

g) Continuidade/Contrapartida do financiamento: nenhum organismo financiador deseja simplesmente apadrinhar uma organização. As fontes de financiamento querem saber como o programa continuará a funcionar depois de terminado seu apoio. Qual a contrapartida do recebedor de recursos. Aqui, o captador deve demonstrar como isso será possível. Se, ao elaborar esta seção da proposta, fica claro que o financiamento futuro não é garantido, pode-se reavaliar até que ponto é prudente ir adiante com o projeto.

h) Orçamento: diferentes fontes de financiamento têm exigências diversas em relação à apresentação do orçamento. Contudo, de modo geral, o orçamento deve estar dividido em três seções:

- ✓ Despesas com recursos humanos.
- ✓ Despesas com investimentos de capital.
- ✓ Despesas correntes.

Certifique-se de que o orçamento inclua contrapartida.

i) Anexos: os documentos a serem anexados variam de acordo com cada proposta. Em geral, alguns dos seguintes documentos são anexados a propostas:

- ✓ Balanços e orçamentos conforme solicitados.
- ✓ Documentação que comprove a habilitação do proponente e do responsável legal.
- ✓ Cartas de apoio ou recomendação.
- ✓ Termos de referência para os integrantes-chave do projeto.

4.2.2 Plano de trabalho

A Instrução Normativa STN/MF n. 01, de 15 de janeiro de 1997, “disciplina a celebração de convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de projetos ou realização de eventos e dá outras providências”.

Consubstanciando importantes bases teóricas e doutrinárias, a IN 01/1997 estabelece, em seu Ca-

pítulo II, os requisitos para celebração de convênios que versam a transferência de recursos da União para estados, Distrito Federal, municípios e entidades não-governamentais. No art. 2º diz que:

O convênio será proposto pelo interessado ao titular do ministério, órgão ou entidade responsável pelo programa, mediante a apresentação do plano de trabalho (Anexo I), que conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - razões que justifiquem a celebração do convênio;

II - descrição completa do objeto a ser executado;

III - descrição das metas a serem atingidas, qualitativa e quantitativamente;

IV - etapas ou fases da execução do objeto, com previsão de início e fim;

V - plano de aplicação dos recursos a serem desembolsados pelo concedente e a contrapartida financeira do proponente, se for o caso, para cada projeto ou evento;

VI - cronograma de desembolso;

VII - declaração do conveniente de que não está em situação de mora ou de inadimplência junto a qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal Direta e Indireta; e

VIII - comprovação do exercício pleno da propriedade do imóvel, mediante certidão de registro no cartório de imóvel, quando o convênio tiver por objeto a execução de obras, ou benfeitorias no mesmo.

Da análise destes componentes nota-se a semelhança entre esta concepção de plano de trabalho e a da proposta de financiamento.

A referida norma também estabelece que:

Integrará o plano de trabalho a especificação completa do bem a ser produzido ou adquirido e, no caso de obras, instalações

ou serviços, o projeto básico, entendido como tal o conjunto de elementos necessários e suficientes para caracterizar, de modo preciso, a obra, instalação ou serviço objeto do convênio, sua viabilidade técnica, custo, fases, ou etapas, e prazos de execução, devendo conter os elementos discriminados no inciso IX do art. 6º da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993.

4.2.3 Convênios e instrumentos congêneres

Para elaboração de projetos com vistas à celebração de convênios com o Ministério da Saúde devem ser observadas as orientações contidas nas normas de cooperação técnica e financeira de programas e projetos mediante a celebração de convênios e instrumentos congêneres que podem ser acessadas no endereço eletrônico <<http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp>>.

Segundo essas normas o plano de trabalho – Anexos IV a VI (eventualmente acrescido dos Anexos VII a IX, quando for o caso), proposto pelo órgão ou entidade solicitante, será analisado pela unidade técnica da concedente e aprovado, caso seja:

- ✓ Enquadrado nas normas de cooperação técnica e financeira mediante a celebração de convênios.
- ✓ Condizente com as normas técnicas e financeiras exigíveis, economicamente viáveis.
- ✓ Compatíveis com as diretrizes, as prioridades e as ações do Ministério da Saúde inscritas na Lei Orçamentária Anual – LOA (orçamento).
- ✓ Executável dentro do prazo da vigência dos créditos orçamentários e desde que haja disponibilidade financeira e autorização ministerial.

A celebração do convênio ocorre com sua assinatura e publicação do seu extrato no Diário Oficial da União, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. O objetivo é dar eficácia e transparência ao ato, bem como permitir a transferência dos recursos financeiros.

O Ministério da Saúde fará sua divulgação pela internet (<www.fns.saude.gov.br>) para viabilizar

acompanhamento dos processos de liberação de recursos. A assembléia legislativa e o Conselho Estadual de Saúde serão informados do convênio e da efetivação dos respectivos pagamentos.

A vigência é o período necessário à execução das metas propostas, fixado de acordo com o tempo programado. A fixação deste prazo deve levar em conta as variáveis que possam interferir na execução do objeto.

4.2.4 Prestação de contas de convênios

Quem quer que receba da União ou de entidades a ela vinculadas, direta ou indiretamente, inclusive mediante acordo, ajuste ou convênio, recursos financeiros para realizar pesquisas, desenvolver projetos, estudos, campanhas e obras sociais, ou para qualquer outro fim, deverá comprovar o seu bom e regular emprego, bem como os resultados alcançados.

O dever de prestar contas, em se tratando de convênios, consiste em apresentar documentação comprobatória da despesa realizada, com recursos financeiros recebidos da União, na execução do objeto pactuado.

A gestão é caracterizada não somente pela realização de despesa ou pelos dispêndios financeiros, mas por todo complexo de responsabilidade administrativa, inclusive guarda de bens e recursos públicos, mesmo que por curto espaço temporal. A interpretação quanto à ausência de gestão não pode ser invocada para eximir a autoridade de prestar contas.

4.2.4.1 Tipos de prestação de contas

Prestação de contas parcial

É documentação apresentada para comprovar a execução de uma parcela recebida (em caso de convênios com três ou mais parcelas) ou sobre a execução dos recursos recebidos ao longo do ano (em casos de convênios plurianuais).

Conforme a IN/STN n. 01/1997 e alterações, a prestação de contas parcial deve ser apresentada quando a liberação dos recursos ocorrer em três ou mais parcelas, ou seja, a prestação de contas refe-

rente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira; a prestação referente à segunda para a liberação da quarta, e assim sucessivamente.

Prestação de contas final

A prestação de contas final é a documentação comprobatória da despesa, apresentada ao final da execução do objeto do Convênio de Responsabilidade. Nos casos em que houver prestação de contas parciais, a prestação de contas final será a consolidação das parciais ao final da execução do objeto conveniado.

A prestação de contas final deverá ser apresentada até 60 dias após data final da vigência do convênio.

A prestação de contas final deverá ser apresentada à Divisão de Convênios e Gestão do Ministério da Saúde, em cada unidade da federação ou ao Fundo Nacional de Saúde, no caso de entidades convenientes localizadas no Distrito Federal.

A documentação que compõe a prestação de contas é constituída de:

- ✓ Relatório de cumprimento do objeto (Anexo X).
- ✓ Cópia do plano de trabalho aprovado.
- ✓ Cópia do convênio, portaria ou termo simplificado, com as respectivas datas de publicação.
- ✓ Relatório de execução físico-financeira (Anexo XI), evidenciando os recursos recebidos, a contrapartida e os rendimentos da aplicação financeira.
- ✓ Relação de pagamentos efetuados (Anexo XII).
- ✓ Relação de bens adquiridos, produzidos ou construídos (Anexo XIII), quando for o caso.
- ✓ Extrato da conta bancária específica do convênio, abrangendo o período do recebimento da primeira parcela até o último pagamento e, quando for o caso, a contrapartida e o ingresso de rendimentos resultantes da aplicação financeira.
- ✓ Conciliação bancária (Anexo XIV), quando for o caso.
- ✓ Cópia do termo de aceitação definitiva da obra, quando for o caso.

- ✓ Comprovante de recolhimento do saldo dos recursos ao Ministério da Saúde.
- ✓ Comprovação por meio de registro no cartório de registro de imóveis de averbação quando se referir a construção ou ampliação de imóveis.
- ✓ Cópia dos despachos adjudicatórios e homologação das licitações realizadas ou justificativas para a sua dispensa ou inexigibilidade, com o respectivo embasamento legal.

4.3 POSSIBILIDADES DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os convênios do Ministério da Saúde são, via de regra, celebrados por intermédio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), à exceção daqueles que prevêem ações de saneamento, firmados com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

A partir de 2004, o Ministério da Saúde adotou mecanismo de encaminhamento de pré-projetos via internet, objetivando racionalizar os procedimentos de análise técnica. Após a aprovação do pré-projeto, o estado é notificado e, só então, deverá encaminhar o plano de trabalho completo.

Atualmente o Sistema de Gestão Financeira e de Convênio (Gescon) apresenta os seguintes programas e ações do Ministério da Saúde, que podem ser objeto de proposta de convênio:

- ✓ Gestão da Política de Saúde: promover a equidade na atenção integral à saúde, aprimorando os mecanismos de financiamento, reduzindo as desigualdades regionais e ampliando o acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados.
- ✓ Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis: reduzir a morbi-mortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.
- ✓ Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: definir a política nacional de ciência, tecnologia

e inovação em saúde – orientada por padrões éticos e de equidade regional –, contemplando o fomento e a disseminação de conhecimento, a criação de mecanismos de regulação e a capacidade de indução em torno de uma agenda de prioridades em pesquisa.

- ✓ Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis: reduzir a morbi-mortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.
- ✓ Atenção Básica em Saúde: efetivar a atenção básica como porta de entrada do cidadão no SUS – com a expansão e aperfeiçoamento da estratégia de saúde da família –, promovendo a articulação com os demais níveis, de modo a garantir a integralidade do atendimento.
- ✓ Alimentação Saudável: Integrar a rede do SUS ao Fome Zero, utilizando a capilaridade desta rede para apoiar o desenvolvimento das ações e articulando os programas de saúde aos do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar.
- ✓ Atenção Especializada em Saúde: reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, com a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial, a inversão da lógica de pagamento por procedimento para a de agravos prioritários, a estruturação de rede de atenção às urgências e o incremento do sistema nacional de transplantes.
- ✓ Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde: promover a equidade na atenção integral à saúde, aprimorando os mecanismos de financiamento, reduzindo as desigualdades regionais e ampliando o acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados.
- ✓ Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue: garantir a devida segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública.
- ✓ Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos: promover o acesso à assistência farmacêutica e aos insumos estratégicos, nos diversos níveis da assistência à saúde, observando as especificidades e as prioridades regionais definidas nas instâncias gestores do SUS e adotando medidas que favoreçam a redução dos preços.
- ✓ Investimento para Humanização e Ampliação do Acesso à Atenção à Saúde: aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, de modo a efetivar o comando único do Sistema em cada esfera de governo e aprimorar o processo de descentralização progressiva de recursos, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais de saúde.
- ✓ Atenção à Saúde da População em Situações de Urgências, Violências e Outras Causas Externas: reduzir a morbi-mortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.
- ✓ Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase: reduzir a morbi-mortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.
- ✓ Educação Permanente e Qualificação Profissional no SUS: construir e implementar uma política de educação para o SUS, enfocando a mudança na formação superior e técnica das profissões da saúde e sua educação permanente e a inserção da temática da saúde na escola básica, bem como realizando a educação para a gestão das políticas sociais.
- ✓ Atenção à Saúde das Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos: promover a atenção à saúde de grupos populacionais vulneráveis e de portadores de patologias e

necessidades especiais, por meio da adoção de medidas que contribuam para a sua qualidade de vida.

- ✓ Participação Popular e Intersetorialidade na Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde: fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social e implantando mecanismos de defesa dos direitos dos cidadãos no Sistema.
- ✓ Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis: implantar o sistema nacional de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, produzir análises específicas, divulgar orientações e informações técnicas, induzir, articular, apoiar e avaliar ações de prevenção e controle das doenças e agravos não-transmissíveis no país.
- ✓ Vigilância Ambiental em Saúde: garantir a devida segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública.

Referências Bibliográficas

ANGÉLICO, J. *Contabilidade pública*. Versão atualizada de acordo com a Constituição de 1988. São Paulo: Editora Atlas, 1990.

BARSA, Grande Enciclopédia. 3. ed. São Paulo: Barsa Planeta Intencional Ltda., 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal; *Título VIII*. Da Ordem Social. Seção II. Da Saúde. Art. 196-200. 2002.

_____. *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, Diário Oficial da União, Brasília, v. 78, n. 182, 20 set., Seção 1. 1990.

_____. *Lei 8.142*, de 19 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 da área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.249, Seção 1, 31 dez. 1990.

_____. Tribunal de Contas da União, Plenário, *Acórdão n. 1.365/2003*. Auditoria Operacional. Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes - DNIT. Avaliação da atuação da entidade em prol da segurança nas rodovias federais. Estrutura da Gerência de Operação. Controle do peso de veículos. Eliminação de pontos e seguimentos críticos. Irregularidades na realização de obras na BR-174 AM. Transferência dos processos do DNER para o DNIT. Obras de sinalização rodoviária. Campanhas de educação para o trânsito. Anuário estatístico de acidentes de trânsito. Administração de recursos destinados à eliminação de pontos críticos. Arrecadação de receitas decorrentes de multas de trânsito. Determinação. Remessa de cópia aos órgãos competentes. Apensamento às contas anuais.

_____. Tribunal de Contas da União, Primeira Câmara, *Acórdão n. 3.146/2004*. Auditoria. Superintendência da CEF em São Paulo. Área de licitação e contrato. Prorrogação tácita de contratos já vencidos, caracterizando contrato verbal. Ausência de licitação para contratação de serviços de vigilância. Contas já julgadas irregulares, com aplicação de multa aos responsáveis. Recolhimento da dívida. Quitação.

_____. Tribunal de Contas da União, Plenário, Prestação de Contas, *Acórdão n. 56/1999*. Prestação de Contas. Colégio Pedro II. Exercício de 1995. Licitação. Utilização de créditos orçamentários não autorizados. Celebração de contratos administrativos utilizando formulários fornecidos pela contratada. Dispensa de licitação na aquisição de combustível. Ausência de indicação do recurso próprio da despesa. Não apresentação da documentação de regularidade com a Seguridade Social e o FGTS. Inobservância da legislação de licitação nas aquisições de bens por intermédio do Sistema de Registro de Preços. Permissão para a redução ou aumento de quantidades adquiridas no edital. Inobservância quanto à obrigatoriedade de parecer técnico ou jurídico acerca da licitação, dispensa ou inexigibilidade. Bens móveis.

Fragilidade do controle. Inventários não atualizados. Contas de um responsável regulares com ressalva. Contas dos demais responsáveis regulares. Quitação. Determinação.

_____. Lei n. 8.078, de 11 de setembro 1990. Código de Defesa do Consumidor, artigos 51, 52 e 53. 1990.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Brasília: CONASS Documenta n. 3, 2004, 100p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: Progestores, 2003. 247p.

BOBBIO, N. *Teoria do ordenamento jurídico*. Brasília: Editora UnB, 1999.

_____. *Dicionário de política*: bolso. 2 v. Brasília: Editora UnB, 2004.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. 3. ed. revista e atualizada. Campinas: Editora da Unicamp, 2002. p. 275-277.

CASTRO, R. G. *Finanças públicas*. Brasília: Editora Vestcon, 1997.

CORNÉLIO, R. R. *A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública*: um estudo sobre o processo decisório na SMS. RJ. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

COSTA, N. R. *Reforma do estado e o setor saúde*: a experiência brasileira da última década. Conferência Nacional de Saúde (11.: 15-19 dez. 2000: Brasília). Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, s.n, 2000. p.3-19, tab, graf.

REIS, H. C.; MACHADO JR.; MACHADO, J. T. *A lei 4320 comentada e a lei de responsabilidade fiscal*. 31. ed. Rio de Janeiro: Ibam, 2002/2003.

CORREIA, M. V. C. *Que controle social?* Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DINIZ, P. M. F. *Lei n. 4320/64*. Atualizada com tratamento didático. Brasília Editora Brasília Jurídica, 2000.

GREGGIANIN, E. *Reforma Orçamentária – Efetividade do Sistema de Planejamento e Orçamento*, 2005. Disponível em <<http://www.camara.gov.br>>

MACHADO, H. B. *Curso de direito tributário*. 11. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1996.

MELLO, C. A. *Curso de direito administrativo*. 10. ed. São Paulo: Editora Malheiros, 1998.

MEIRELLES, H. L. *Direito administrativo brasileiro*. 15. ed. Revista dos Tribunais. São Paulo, 1990.

MOTTA, C. P. C. *Eficácia nas licitações e contratos*. Belo Horizonte: Livraria Del Rey Editora. 1998.

NOGUEIRA, J. C. Ética e responsabilidade pessoal. In: MORAIS, R. de. *Filosofia, educação e sociedade*: ensaios filosóficos. Campinas: Papyrus, 1989.

PISCITELLI, R. B. et al. *Contabilidade pública*: uma abordagem da administração financeira federal. São Paulo: Editora Atlas, 1990.

SANCHES, O. M. *Dicionário de orçamento, planejamento e áreas afins*. Brasília: Editora Prisma, 1997.

SILVA, J. A. *Curso de direito constitucional positivo*. 8. ed. revista. São Paulo: Editora Malheiros, 1992.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. *Gestão de recursos materiais e de medicamentos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002 (Saúde e Cidadania, v. 12).

SITES CONSULTADOS

www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANDI.HTM

www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/index.html

www.jacoby.pro.br

www.camara.gov.br

www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES-MG)

A Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) é o órgão responsável por planejar, organizar, dirigir, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações relativas à prevenção, à preservação e à recuperação da saúde da população em Minas Gerais. Integram a área de competência da SES-MG o Conselho Estadual de Saúde (CES), como órgão de controle social, a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig), a Fundação Ezequiel Dias (Funed), a Escola de Saúde Pública (ESP) e o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas).

Quanto à estrutura orgânica da Secretaria, atuam, dando suporte ao gabinete do secretário Marcus Pestana e de seu adjunto, Antônio Jorge de Souza Marques, as Assessorias Jurídica; de Comunicação Social; de Gestão Estratégica e de Gestão Regional; além da Auditoria Setorial. A estrutura de Saúde é composta por duas subsecretarias: a de Políticas e Ações de Saúde, a de Inovação e Logística de Saúde e a de Vigilância em Saúde.

Da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde fazem parte as Superintendências de Regulação (SR); de Assistência Farmacêutica (SAF) e de Atenção à Saúde (SAS).

Da Subsecretaria de Vigilância em Saúde fazem parte as Superintendências de Vigilância Epidemiológica (SVE) e de Vigilância em Saúde (SVS).

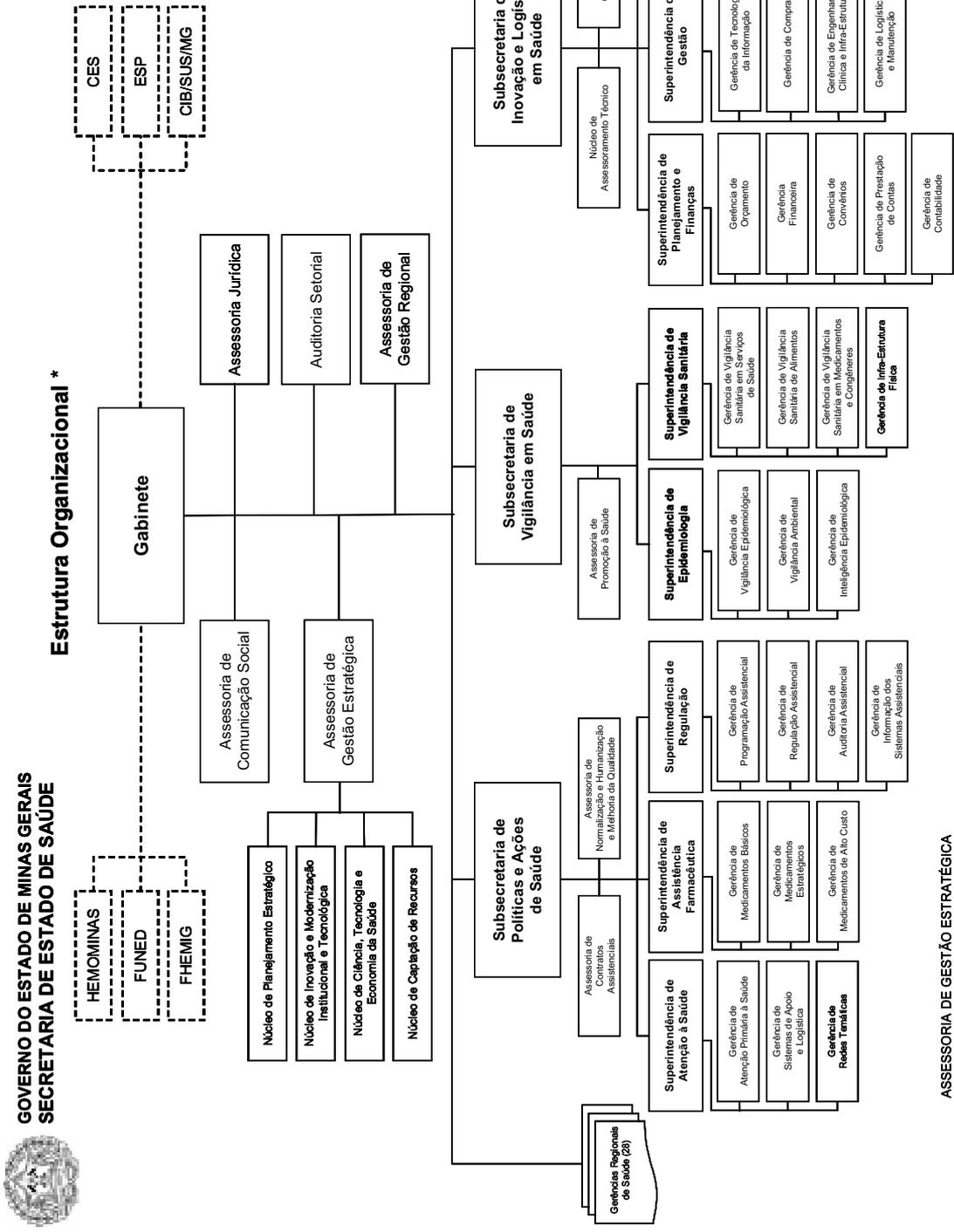
Já a Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde é composta pela Superintendência de Planejamento e Finanças, pela Superintendência de Gestão e pela de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde.

A seguir, conheça a estrutura da SES e identifique os seus parceiros no Sistema Único de Saúde (SUS).



Organograma

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em consonância com a sua missão e visão, tem sua estrutura organizacional definida no Decreto nº 45.038, de 08 de fevereiro de 2009, conforme organograma abaixo:



* Decreto Nº 45.038, de 08 de fevereiro de 2009, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde

ASSESSORIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA
Núcleo de Inovação e Modernização Institucional e Tecnológica
Fevereiro / 2009

Suas Unidades Administrativas estão divididas de acordo com finalidades, e competências, propiciando uma melhor interface interna e, consequentemente, favorecendo o alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos.

Dispostas a trocar experiências e auxiliar os municípios, se apresentam a seguir com seus respectivos responsáveis:

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

E-mail: ses@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3759 / 3760 / 3761 / 3762

Fax: (31) 3247-3784

Secretário-Adjunto

Antônio Jorge de Souza Marques

E-mail: secadj@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3764 / 3765 / 3776

Fax: (31) 3247-3785

Chefia de Gabinete

Breno Henrique Avelar de Pinho Simões

E-mail: chefia.gab@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3770 / 3771 / 3772

Fax: (31) 3247-3783

Assessoria Jurídica

Ricardo Assis Alves Dutra

E-mail: ricardoa@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3939 / 3940

Fax: (31) 3247-3941

Auditoria Setorial

Luciana Cássia Nogueira

E-mail: auditoria@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3803

Assessoria de Comunicação Social

Gisele Maria Bicalho Resende

E-mail: acs@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3789 / 3790

Fax: (31) 3247-3797

Assessoria de Gestão Estratégica

Francisco Antônio Tavares Júnior

E-mail: francisco.junior@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3952 / 3951

Fax: (31) 3247-3909

Núcleo de Planejamento Estratégico

Fernando Santos Schneider

E-mail: fernando.schneider@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3954

Fax: (31) 3247-3909

Núcleo de Inovação e Modernização Institucional e Tecnológica

Gustavo Dias da Costa Martins

E-mail: gustavo.martins@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3956 / 3999

Fax: (31) 3247-3909

Núcleo de Ciência, Tecnologia e Economia da Saúde

Nery Cunha Vital

E-mail: nery.cunha@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3955

Fax: (31) 3247-3909

Núcleo de Captação de Recursos

Sílvia das Graças Benevenuto do Porto

e-mail: ncr.age@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3963 / 3864

Fax: (31) 3247-3909

Assessoria de Gestão Regional

Aguardando publicação

E-mail: agr@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3905 / 3906

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

Helidéa de Oliveira Lima

E-mail: helidea@saude.mg.gov.br

Fone: (31) 3247-3812 / 3775 / 3776

Fax: (31) 3247-3785

Assessoria de Contratos Assistenciais

Elisabete Costa Reis Dutra
E-mail: elisabete.costa@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3947
Fax: (31) 3247-3949

Assessoria de Normalização e Humanização e Melhoria da Qualidade

Wagner Fulgêncio Elias
E-mail: gnas@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3824
Fax: (31) 3247-3826

Superintendência de Atenção à Saúde

Marco Antônio Bragança Matos
E-mail: marcobmatos@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3814 / 3815
Fax: (31) 3247-3819

Gerência de Atenção Primária à Saúde

Elice Eliane Nobre Ribeiro
E-mail: psf@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3821
Fax: (31) 3247-3823

Gerência de Sistemas de Apoio e Logística

Mitico Yokota
E-mail: gra@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3849
Fax:

Gerência de Redes Temáticas

Marcílio Dias Magalhães
E-mail: gas@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3846
Fax: (31) 3247-3819

Superintendência de Assistência Farmacêutica

Augusto Afonso Guerra Júnior
E-mail: saf@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3926
Fax: (31) 3247-3923

Gerência de Medicamentos Básicos

Verlanda Lima Bontempo
E-mail: gmab@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3934
Fax: (31) 3247-3933

Gerência de Medicamentos Estratégicos

Wenderson Walla Andrade
E-mail: gmest.saf@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3935
Fax: (31) 3247-3925

Gerência de Medicamentos de Alto Custo

Renata Cristina Rezende Macedo
E-mail: gmac@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3931
Fax: (31) 3247-3925

Superintendência de Regulação

Myriam Araújo Coelho
E-mail: myriam@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3882
Fax: (31) 3247-3884

Gerência de Programação Assistencial

Maria Letícia Duarte Campos
E-mail: gdppi@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3887 / 3892
Fax: (31) 3247-3884

Gerência de Regulação Assistencial

Daniela de Cássia Domingues
E-mail: cr@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3885
Fax: (31) 3247-3884

Gerência de Auditoria Assistencial

Fabiola Almeida Monteiro de Paula
E-mail: daa@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3888
Fax: (31) 3247-3884

Gerência de Informação dos Sistemas Assistenciais

Vânia Freitas Drumond
E-mail: gisa@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3896
Fax: (31) 3247-3894

Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Luiz Felipe Almeida Caram Guimarães
E-mail: felipe.caram@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7204 / 7205
Fax: (31) 3215-7313

Assessoria de Promoção à Saúde

Maria Lúcia Teixeira Leite
E-mail: lucia.teixeira@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7236
Fax: (31) 3215-7245

Superintendência de Epidemiologia

Benedito Scaranci Fernandes
E-mail: benedito.scaranci@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7236 / 7237
Fax: (31) 3215-7245

Gerência de Vigilância Epidemiológica

Jandira Aparecida Campos Lemos
E-mail: cie@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7264
Fax: (31) 3215-7254

Gerência de Vigilância Ambiental

Francisco Leopoldo Lemos
E-mail: se.gva@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7251
Fax: (31) 3215-7250

Gerência de Inteligência Epidemiológica

Márcia Faria Moraes Silva
E-mail: gjee.se@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7244
Fax: (31) 3215-7244

Superintendência de Vigilância Sanitária

Cristiana Laboissière Muzzi Gontijo
E-mail: svcs@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7211 / 7212
Fax: (31) 3215-7221

Gerência de Vigilância Sanitária em Estabelecimentos de Saúde

Adriana Cacciari Zapatterra César
E-mail: gves.svs@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7228 / 7229
Fax: (31) 3215-7230

Gerência de Vigilância Sanitária de Alimentos

Cláudia Parma Machado
E-mail: gva.svs@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7225 / 7227
Fax: (31) 3215-7226

Gerência de Vigilância Sanitária em Medicamentos e Congêneres

Maria José Raimundo Drummond
E-mail: gvmc.svs@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7223 / 7224
Fax: (31) 3215-7222

Gerência de Infra-Estrutura Física

Renata França Leitão de Almeida
E-mail: gief.svs@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7231 / 7234
Fax: (31) 3215-7235

Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde

Jomara Alves da Silva
E-mail: jomara.alves@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3774 / 3964 / 3776
Fax: (31) 3247-3785

Núcleo de Assessoramento Técnico

Vânia Faerman Rabello
E-mail: vania.rabello@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3998
Fax: (31) 3247-3941

Assessoria de Gestão de Consumo

Gabriel Lara Rodrigues
E-mail: gabriel.lara@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-4507 / 4508 / 4510

Superintendência de Planejamento e Finanças

Eustáquio da Abadia Amaral
E-mail: eustaquioa@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3858
Fax: (31) 3247-3862

Gerência Financeira

Maria do Carmo Lage Martins da Costa
E-mail: ggf.spf@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3866 / 3867
Fax: (31) 3247-3862

Gerência de Convênios

Nilma Rodrigues Unsonst
E-mail: nce.spf@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3874
Fax: (31) 3247-3873

Gerência de Prestação de Contas

Vera Maria França da Silva Lamêgo
E-mail: geasus@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247- 3875 / 3872
Fax: (31) 3247-3862

Gerência de Contabilidade

Dirce Arminda de Bessas
E-mail: gcon@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3870 / 3871
Fax: (31) 3247-3862

Gerência de Orçamento

Valdeci Carlos Neves
E-mail: orcamento@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3863 / 3864 / 3865
Fax: (31) 3247-3862

Superintendência de Gestão

Jorge Luiz Vieira
Email:sg@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3701 / 3702
Fax: (31) 3247-3706

Gerência de Tecnologia da Informação

Hélio Hamilton Garcia Júnior
E-mail: helio.garcia@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3743 / 3744
Fax: (31) 3247-3745

Gerência de Compras

Belmiro Gustavo Ribeiro
E-mail: belmiro.gustavo@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3733 / 3731
Fax: (31) 3247-3737

Gerência de Engenharia Clínica e Infraestrutura

Vera Burnier Ganimi
E-mail: vera.burnier@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3703
Fax: (31) 3247-3961

Gerência de Logística e Manutenção

Roberto Ricardo Amado
E-mail: roberto.amado@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3247-3710 / 3708
Fax: (31) 3247-3715

Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

Juliana Barbosa e Oliveira
Email: dp.sg@saude.mg.gov.br / juliana.barbosa@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7286 / 7287
Fax: (31) 3215-7322

Gerência de Recursos Humanos

Maria Beatriz Horta Quina
E-mail: beatriz.quina@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7287
Fax: (31) 3215-7322

Gerência de Ações Educacionais em Saúde

Aline Branco Macedo
E-mail: aline.macedo@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7287
Fax: (31) 3215-7288

Gerência de Inovação e Pesquisa em Gestão de Pessoas

Cristina Luiza Ramos da Fonseca
E-mail: cristina.luiza@saude.mg.gov.br
Fone: (31) 3215-7236
Fax: (31) 3215-7245

GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE

Alfenas

José Luiz de Souza Bruzadelli
E-mail: grs.alf@saude.mg.gov.br
Fone: (35)3331-0571
Fax: (35)3292-3122

Barbacena

Marco Aurélio Bernardes de Carvalho
E-mail: grs.br@saude.mg.gov.br
Fone: (32)3284-8349
Fax: (32)3331-7216

Belo Horizonte

Anthero Drumond Júnior
E-mail: grs.bh@saude.mg.gov.br
Fone: (31)3842-1090
Fax: (31)3284-8347

Cel Fabriciano

José Anchieta de M. P.Poggiali
E-mail: grs.cfa@saude.mg.gov.br
Fone: (31)3531-1265
Fax: (31)3842-1323

Diamantina

Wandeir José Botelho
E-mail: grs.dia@saude.mg.gov.br
Fone: (38)3222-0123
Fax: (38)3531-7182

Divinópolis

Janice Vilela Penaforte Torres
E-mail: grs.div@saude.mg.gov.br
Fone: (37)3221-6600
Fax: (37)3222-9468

Governador Valadares

Geraldo Abdala Salgado Rodrigues
E-mail: grs.gva@saude.mg.gov.br
Fone: (33)3831-6330
Fax: (33)3221-2560

Itabira

Maria Tereza Pereira Hosken
E-mail: grs.ita@saude.mg.gov.br
Fone: (31)3268-1635
Fax: (31)3831-0515

Ituiutaba

Maria Angelica Montes Resende
E-mail: grs.itu@saude.mg.gov.br
Fone: (34)3621-6353
Fax: (34)3268-1635

Januária

Carlos Manuel Pereira da Costa
E-mail: grs.jan@saude.mg.gov.br
Fone: (38)3216-9373
Fax: (38)3621-6353

Juiz de Fora

José Geraldo Leal de Castro (Interino)
E-mail: grs.jfo@saude.mg.gov.br
Fone: (32)3441-4608
Fax: (32)3215-2816

Leopoldina

Maria Cristina Gomes de Souza Nobre
E-mail: grs.lpd@saude.mg.gov.br
Fone: (32)3341-1111
Fax: (32)3441-5484

Manhumirim

Soraia Ferreira Caetano de Carvalho
E-mail: grs.man@saude.mg.gov.br
Fone: (33)3221-9686
Fax: (33)3341-2196

Montes Claros

Olívia Pereira Loiola
E-mail: grs.moc@saude.mg.gov.br
Fone: (38)3521-9333
Fax: (38)3221-5935

Passos

João Geraldo Formágio de Lima
E-mail: grs.pas@saude.mg.gov.br
Fone: (35)3821-6875
Fax: (35)3521-8233

Patos de Minas

Antônio Eustáquio Maia
E-mail: grs.pat@saude.mg.gov.br
Fone: (34)3751-1694
Fax: (34)3821-6366
Pedra Azul

Gregory Ângelo Ladeia Fortunato

E-mail: grs.paz@saude.mg.gov.br

Fone: (33)3741-4105

Fax: (33)3751-1694

Pirapora

Carlos Augusto de Lima Magalhães

E-mail: grs.pir@saude.mg.gov.br

Fone: (38)3817-2234

Fax: (38)3741-4268

Ponte Nova

Maria de Fátima Alves Costa Pereira

E-mail: grs.pno@saude.mg.gov.br

Fone: (31)3422-2211

Fax: (31)3817-2780

Pouso Alegre

Gilberto Carvalho Teixeira

E-mail: grs.pou@saude.mg.gov.br

Fone: (35)3372-1495

Fax: (35)3421-1307

São João Del Rei

José Rosário Silva

E-mail: grs.sjd@saude.mg.gov.br

Fone: (32)3774-0599

Fax: (32)3371-7799

Sete Lagoas

Geralda Cristina Alves de Souza Pena

E-mail: grs.set@saude.mg.gov.br

Fone: (31)3522-3140

Fax: (31)3776-7694

Teófilo Otoni

Ivan José Santana Figueira

E-mail: grs.tof@saude.mg.gov.br

Fone: (33)3531-4522

Fax: (33)3522-3393

Ubá

Mônica Vallone Espósito Marchi

E-mail: grs.uba@saude.mg.gov.br

Fone: (32)3321-5622

Fax: (32)3532-6431

Uberaba

Carlos Antônio Alves Farah

E-mail: grs.ura@saude.mg.gov.br

Fone: (34)3214-4600

Fax: (34)3321-5415

Uberlândia

Daltro Catani Filho

E-mail: grs.udi@saude.mg.gov.br

Fone: (34)3677-1783

Fax: (34)3214-4908

Unai

Aprígio Silva de Oliveira

E-mail: grs.una@saude.mg.gov.br

Fone: (38)3221-3033

Fax: (38)3677-4765

Varginha

Mário de Carvalho Terra

E-mail: grs.var@saude.mg.gov.br

Fone: (35)3221-3033

Fax: (35)3221-3311

COMO ORGANIZAR A SAÚDE NO MUNICÍPIO

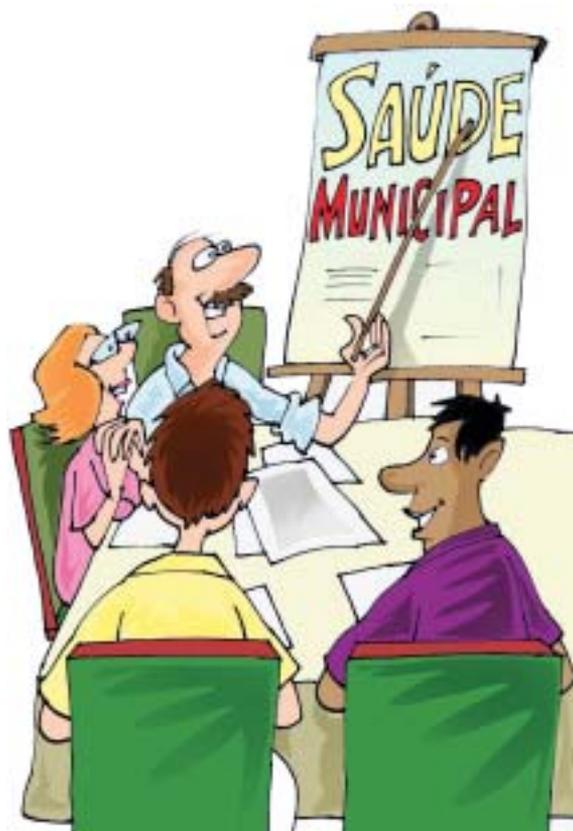
A organização do sistema local de saúde – o SUS Municipal – exige não só o empenho do gestor, mas articulação, parceria e, principalmente, visão intersetorial da saúde. É importante entender que a saúde dos moradores não depende somente da assistência, mas dos fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Por isso, é necessário atuar em conjunto com outras Secretarias. Que tal um trabalho em parceria com Secretaria de Obras, para que o município tenha saneamento adequado, reduzindo as internações por gastroenterites? Ou com a Secretaria de Educação, no desenvolvimento de trabalhos educativos contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), como a Aids, entre os adolescentes?

Modelos de Atenção à Saúde

Ao assumir o SUS em nível municipal, o gestor deve conhecer a realidade da saúde, como o perfil epidemiológico da população, composição etária e os principais estrangulamentos na estrutura de atenção. Só a partir daí, é possível estabelecer um modelo de atenção que atenda às demandas da população.

O modelo legitimado pelo SUS implica sistemas organizacionais, como a descentralização e a

hierarquização, já citados no primeiro capítulo, mas também mudança de conceitos em relação à saúde-doença e o vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais pela ausência de doença, mas como qualidade de vida.



Nessa ótica, o modelo de atenção propõe a combinação de três eixos de ação: promoção à saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa. Assim, o sistema é organizado em pontos de atenção de Saúde: Primária, Secundária e Terciária. Estes pontos devem estar vinculados a um território sanitário, sendo preferencialmente (em função da escala, escopo e acesso) responsabilidade dos municípios a atenção primária, das microrregiões de saúde a atenção secundária e das macrorregiões a atenção terciária. As microrregiões e macrorregiões são definidas conforme o Plano Diretor de Regionalização - PDR. É imprescindível que os pontos de atenção funcionem de forma articulada e integrada para garantir os melhores resultados.

Neste aspecto, são fundamentais os sistemas logísticos e os sistemas de apoio, cujo principal objetivo é garantir a articulação dos pontos de atenção.

1- Atenção Primária de Saúde (APS)

Estabelece todas as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido e é de responsabilidade do município. Fazem parte da APS:

- ✓ Programa de Saúde da Família (principal estratégia de organização da atenção básica)
- ✓ Vigilância Epidemiológica
- ✓ Vigilância Sanitária
- ✓ Vigilância Ambiental
- ✓ Saúde do Trabalhador
- ✓ Assistência Farmacêutica
- ✓ Controle de Endemias

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

O que é?

Funciona como porta de entrada para o SUS, mudando a relação entre os profissionais da saúde e a população, incentivando a participação da comunidade. Trata do indivíduo integrado a seu contexto familiar. As equipes trabalham para conhecer a realidade da população que está sob sua responsabilidade. Fortalece as ações de prevenção

de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

As ações educativas e de prevenção, aliadas a atendimentos mais frequentes, considerados ações de atenção básica, resolvem 85% dos problemas de saúde da população. Previne o adoecimento ou o agravamento das doenças.

Cabe as equipes de Saúde da Família a responsabilidade sanitária sobre o cidadão.

O que é uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBS)?

Funciona para triagem e encaminhamento. Os profissionais devem ser capazes de resolver problemas de saúde mais comuns e de dominar novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças. A Unidade Básica de Saúde da Família deve realizar assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional que atua na própria unidade ou nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, entre outros. Elas elaboram e executam programas educativos e de prevenção a doenças, a fim de promover mudança de hábitos, costumes alimentares, higiene pessoal, atenção com esgotamento sanitário e vacinação de crianças e animais.

VIGILÂNCIA À SAÚDE

Tem como papel o constante monitoramento da saúde-doença dos grupos sociais. A atuação não se restringe à espera de sinais de alarme, mas na detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciem os problemas e as necessidades de saúde.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços



de interesse da saúde. As ações da Visa municipal devem ter um enfoque coletivo, de forma integrada com outros programas, como, por exemplo, o PSF, o serviço de vigilância epidemiológica, o de controle ambiental e o de saúde do trabalhador. Deve atuar de forma harmonizada com o nível estadual nas suas ações, contando, sempre, com o seu apoio em questões técnicas e jurídicas.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar ou adotar as medidas de prevenção e controle de doenças e outros agravos.

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Conjunto de ações para conhecer, detectar e prevenir mudanças em fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferem na saúde do homem.

SAÚDE DO TRABALHADOR

Promoção e prevenção da saúde do trabalhador, com a garantia de continuidade de atenção nos diversos níveis de complexidade.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

É um componente estratégico e prioritário da atenção à saúde. Os objetivos da Assistência Farmacêutica são assegurar a acessibilidade e a disponibilidade de medicamentos da Farmácia Básica (antibióticos, antitérmicos, analgésicos etc), garantido uma farmacoterapia de qualidade à população, com ênfase aos grupos de risco. Tem como finalidade, também, garantir o uso racional de medicamentos essenciais e outros insumos, assegurando a eficácia dos cuidados farmacêuticos ao paciente e à comunidade. É dever dos gestores municipais assegurar o acesso aos medicamentos essenciais, garantindo, assim, a contrapartida no Pacto da Assistência Farmacêutica.

2- Atenção Secundária

- ✓ É prestada por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatorios e hospitais –, garantindo o acesso à população sob sua gestão.
- ✓ Está baseada na organização do Sistema Microrregional dos Serviços de Saúde, de acordo com a definição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que tem como objetivo definir as diretrizes para organização regionalizada da Atenção Secundária.
- ✓ A organização da Atenção Secundária se dá por meio de cada uma das microrregiões do Estado, onde há hospitais de nível secundário que prestam assistência nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), além dos serviços de urgência e emergência, ambulatório eletivo para referências e assistência a pacientes internados, treinamento, avaliação e acompanhamento da Equipe de Saúde da Família (ESF).

3 - Atenção Terciária

É a atenção da saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. A Atenção Terciária é organizada em pólos macrorregionais, através do sistema de referência.

SERVIÇOS TERCIÁRIOS

Regionalização da Saúde

Um dos princípios do SUS é a regionalização, garantindo o acesso dos cidadãos a todas as ações necessárias à resolução de seus problemas de saúde e assegurando a otimização dos recursos disponíveis. De acordo com a lógica da regionalização, os municípios são agrupados em micro e macrorregiões de saúde.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o desenho da saúde no Estado. Em Minas, foram definidas 13 macros e 75 microrregiões, que garantem a hierarquização do sistema e têm como obje-

tivo concentrar 90% dos atendimentos de saúde nos micropólos. Esse plano é coordenado pelo gestor estadual, com a participação dos municípios.

Macrorregiões de Saúde



- ✓ Macro Nordeste
- ✓ Macro Sudeste
- ✓ Macro Oeste
- ✓ Macro Noroeste
- ✓ Macro Centro
- ✓ Macro Centro Sul
- ✓ Macro Região Norte de Minas
- ✓ Macro Triângulo do Norte
- ✓ Macro Triângulo do Sul
- ✓ Macro Sul
- ✓ Macro Leste
- ✓ Macro Leste do Sul
- ✓ Macro Jequitinhonha

Os principais Programas da Secretaria de Estado de Saúde

Para que o modelo de atenção proposto funcione efetivamente e tendo como principal objetivo alcançar a visão de futuro proposta para o Estado (“ser o Estado onde se vive mais e melhor”), a SES/MG desenvolve Programas. Os principais Programas são denominados Estruturadores e Associados.

São Programas Estruturadores:

- ✓ Saúde em Casa;
- ✓ Viva Vida; e
- ✓ Regionalização da Assistência.

O Programa Farmácia de Minas é um programa associado.

Programas Estruturadores:	Representam os programas estratégicos de cada área de resultados, nos quais são alocados prioritariamente os recursos estaduais discricionariamente disponíveis e dos quais se espera os maiores impactos da ação do Estado. Nesse sentido, compõem o eixo fundamental de atuação do Governo, a fim de materializar os objetivos estratégicos fixados no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado.
Programas Associados:	Representam os programas dotados de colaboração sinérgica com os Programas Estruturadores, tendo em vista o alcance dos objetivos estratégicos do PMDI, e, conseqüentemente, da visão de futuro que o informa. Desse modo, estes programas, embora não constituam o fulcro das maiores apostas do Governo, devem perseguir, tanto quanto os primeiros, os resultados finalísticos estabelecidos e esperados no âmbito de cada área de resultados.

SAÚDE EM CASA

O programa Saúde em Casa, por meio de um conjunto de ações, contribui para a melhoria da Atenção Primária à Saúde, objetivando qualificá-la ainda mais e fortalecer as equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

O Governo Estadual instituiu um incentivo financeiro mensal que varia de acordo com o Índice

de Necessidade de Saúde e o Índice de Porte Econômico dos municípios. Assim, municípios mais pobres e com maior necessidade em saúde recebem mais em comparação com aqueles que possuem mais recursos ou têm uma menor necessidade em saúde. Esse recurso objetiva o custeio das atividades das equipes, podendo ser empregado na aquisição de equipamentos e de materiais de consumo, desde

que seja para uso na atenção primária à saúde, à exceção de pagamento de pessoal.

VIVA VIDA

O Programa Viva Vida trabalha para redução da mortalidade infantil e materna. Para alcançar as metas propostas, o Governo do Estado investe recursos na estruturação, qualificação e mobilização social da Rede Viva Vida. Para a estruturação, são destinados recursos financeiros para construção, reforma e aquisição de equipamentos. Além disso, o Governo de Minas está implantando novos pontos de atenção à saúde: os Centros Viva Vida (CVV) e as Casas de Apoio à Gestante. Para qualificação da Rede, o Viva Vida investe na elaboração e implantação de linhas-guias e protocolos clínicos, capacitações dos profissionais de saúde e na melhoria da qualidade das informações. A estratégia de mobilização social consiste no desenvolvimento de uma ampla rede de mobilização, de forma a complementar o sistema de governança das CIB Micro e Macrorregionais.

REGIONALIZAÇÃO

PRO-HOSP

O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais (PRO-HOSP) integra o Projeto Estruturador de Regionalização da Assistência à Saúde, juntamente com os demais projetos Viva Vida, Saúde em Casa e Saneamento Básico compõem a área de resultado-Vida Saudável. Esta iniciativa do governo estadual tem como um dos seus propósitos aumentar a eficiência alocativa e a otimização do sistema de atenção à saúde do SUS em Minas Gerais. O governo, por meio da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, faz o repasse dos recursos, e as instituições se comprometem a cumprir metas assistenciais e gerenciais.

PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA

A Programação Pactuada Integrada- PPI/MG apresenta-se como um instrumento de planejamento físico – orçamentário dos serviços de saúde de média

e alta complexidade no âmbito estadual. Através da PPI, os municípios definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde. Dessa forma, além de instrumento de planejamento em âmbito estadual, a PPI Assistencial se consubstancia num pacto solidário entre gestores, à medida que traduz as responsabilidades de cada município em relação à garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

SISTEMA DE REGULAÇÃO

O Sistema de Regulação Assistencial visa dar a melhor resposta a uma demanda assistencial no prazo mais curto possível. A grande extensão territorial do estado balizou a concepção de Centrais de Regulação localizadas em cidades pólo, amparada na lógica de um Plano Diretor de Regionalização. Utilizando a base de dados da PPI/MG, as centrais, através do sistema SUSFácil, se integram, via web, organizando a utilização de recursos assistenciais em estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais, promovendo o acesso humanizado e equânime do cidadão mineiro aos serviços de saúde. A regulação empreendeu avanço histórico na gestão dos serviços de saúde no Estado.

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Rede de Urgência e Emergência é um dos projetos estruturadores do Estado de Minas Gerais, que objetiva aperfeiçoar o atendimento às urgências. Para possibilitar tal melhoria verificou-se a necessidade de estruturar uma rede de atenção às urgências que conectasse as estruturas (físicas, recursos humanos, logística, apoio diagnóstico) e que compartilhasse as responsabilidades e os resultados para melhor atender os usuários.

TRANSPORTE EM SAÚDE

O sistema de transporte em saúde, SETS, projeto implementado no ano de 2005 com um projeto piloto na microrregião de Juiz de Fora e Santos Dumont, a partir de uma experiência de cooperação de alguns

municípios, tem como finalidade equacionar a demanda destes entes por transportes de seus cidadãos, usuários do SUS, até o local de atendimento.

O SETS utiliza uma completa metodologia de logística de transporte, aliado com uma outra política, a de regionalização da saúde, onde se integra os municípios, de uma microrregião, em um mesmo planejamento logístico onde se faz eficiente os vários tipos de transporte (transporte de usuários para procedimento eletivo, transporte de servidores públicos em tarefas estratégicas, transporte de matéria biológico e transporte de resíduos de serviço de saúde) gerando economia de escala e também a racionalidade administrativa.

MAIS VIDA

Uma das atuais prioridades das Políticas Públicas de Saúde do Estado foi a criação do Programa Mais Vida um projeto prioritário do Governo do Estado de Minas Gerais na área da saúde com vistas a melhor qualidade de vida da pessoa idosa que tem como propósito ofertar padrão de excelência nas ações de saúde e promover o aumento dos anos vividos da pessoa idosa, garantindo a manutenção de sua capacidade funcional e autonomia. A visão do Programa é ser padrão de excelência em atenção à saúde do idoso e sua missão é implantar a rede de atenção à saúde da população idosa no estado de Minas Gerais através de sistema articulado e integrado de ações qualificadas em saúde, assegurando os princípios doutrinários do SUS de equidade, universalidade e integralidade.

HIPERDIA

O Hiperdia – Programa Estadual de Atenção ao Portador de Hipertensão e Diabetes – tem como objetivo ampliar a longevidade da população do Estado de Minas Gerais, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes. Visa articular e integrar ações nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde para reduzir fatores de risco para essas patologias; evitar o agravamento das morbidades referenciadas e reduzir a evolução de agravos que possam demandar uma

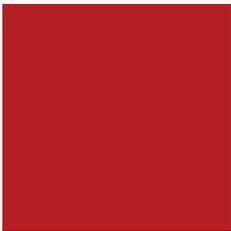
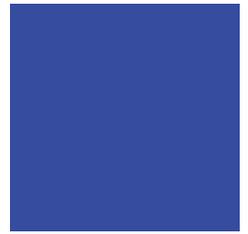
atenção de maior complexidade e custo. Estão sendo implantados, em algumas microrregiões de saúde do Estado, pontos de atenção secundária à hipertensão e diabetes – os Centros Hiperdia, esta é uma das prioridades da Política de Atenção ao Portador de Hipertensão e Diabetes e objetiva prestar assistência aos pacientes que se enquadram em critérios de encaminhamento, vindos da atenção primária.

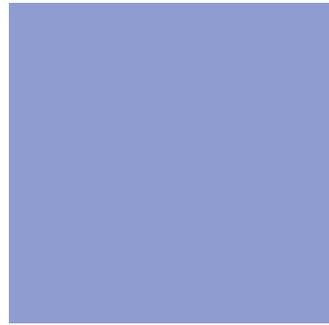
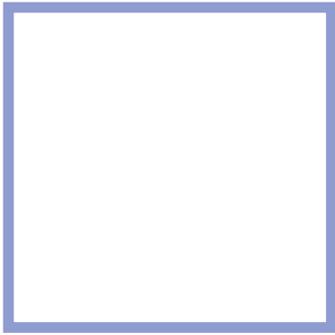
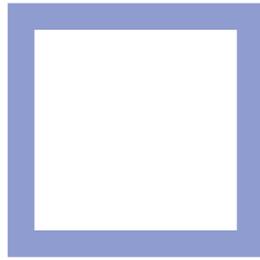
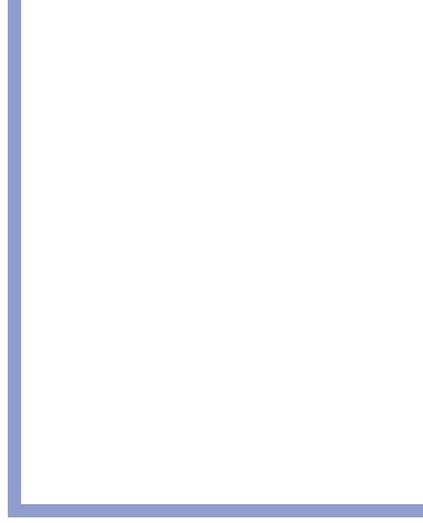
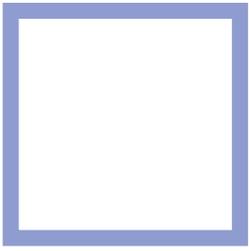
PROGRAMAS ASSOCIADOS

FARMÁCIA DE MINAS

Em 2008, a SES-MG inaugurou uma nova fase do Programa Farmácia de Minas. Com investimentos próprios, o Governo de Minas financiará a construção de 600 farmácias em municípios de até 30.000 habitantes, cobrindo cerca de 70 % das cidades mineiras. Esta estratégia leva em consideração a dificuldade desses municípios em conseguir a fixação de farmacêuticos qualificados, o maior gasto per capita com medicamentos, a existência de serviços menos estruturados e, ao mesmo tempo, a alta taxa de cobertura do Programa de Saúde da Família. As Unidades da Rede Farmácia de Minas dispensarão gratuitamente à população medicamentos para atenção primária, vinculados à prestação de serviços farmacêuticos, possibilitando uma maior integração com os outros serviços de saúde oferecidos no município e nas regiões de saúde do Estado de Minas Gerais.







GLOSSÁRIO

A

AA – Atendimento Ambulatorial: Assistência de saúde prestada nos ambulatórios – departamentos hospitalares para atendimentos curativos, de primeiros-socorros, pequena cirurgia, exames etc.

AAC – Atenção à Alta Complexidade: não há uma definição técnica e ampla sobre os procedimentos de alta complexidade. Mesmo sem uma precisão técnica, há consenso de que os procedimentos de alta complexidade apresentam custo elevado, condutas e equipamentos de ponta (avanços tecnológicos), e que ainda não foram incorporados às rotinas de tratamento.

AC – Alta Complexidade: estratégia que visa a reestruturar a atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS).

ACS – Agente Comunitário de Saúde: É um profissional criado pela Lei n. 10.507/02, integrante das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com escolaridade de ensino fundamental (antigo 1º grau). Esse profissional deve residir na área de abrangência de atuação da equipe.

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: programa federal para assistência da criança, especialmente na Atenção Básica.

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - Sida): “Síndrome” é um conjunto de sinais e sintomas que podem indicar a presença de uma doença. “Imunodeficiência” é a incapacidade de o organismo se defender contra doenças através de seu sistema imunológico. E “Adquirida” porque é algo que se contrai. Na Aids, a condição de incapacidade do organismo se defender é provocada por um vírus denominado HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana. A transmissão se dá por meio de relações sexuais (80% dos casos), do sangue e derivados e, verticalmente, da mãe infectada para o filho. O leite materno de uma mulher HIV positivo também é infectante.

AIH – Autorização de Internação Hospitalar – é o formulário preenchido com os dados dos pacientes para autorizar as internações hospitalares.

AIS – Ações Integradas de Saúde: política implantada, a partir de 1983, de extrema importância

para o processo de descentralização da saúde, voltada para a atenção primária.

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

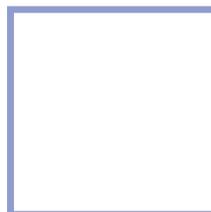
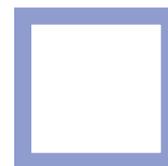
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde. Tem por finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País. O setor de saúde suplementar reúne mais de 2 mil empresas operadoras de planos de saúde, milhares de –médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas. Atende a mais de 37 milhões de consumidores.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, na estrutura da administração pública federal. Tem como objetivo promover a proteção da saúde da população por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados.

APAC – Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade: documento que permite autorizar a realização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo e os considerados de monitoramento estratégico. Esse documento somente pode ser utilizado pelos órgãos autorizadores responsáveis pela emissão da APAC.

Acidente de Trabalho (AT) – eventos agudos que acometem os trabalhadores no exercício da atividade laboral. Podem ocorrer no próprio espaço de trabalho (acidente de trabalho típico) ou no percurso

de casa para o trabalho ou vice-versa (acidente de trabalho de trajeto). Provocam lesão corporal ou perturbação funcional que causam a morte, a perda ou a redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho. Acometem trabalhadores inseridos no mercado formal ou informal de trabalho, assim como os funcionários públicos. Quando ocorrem com trabalhadores do mercado formal, contratados em regime de CLT, os acidentes de trabalho deverão ser notificados ao INSS, através da Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT). Exemplos de acidentes de trabalho: acidentes perfuro-cortantes, quedas, intoxicações agudas por solventes orgânicos, intoxicações agudas por agrotóxicos etc.



B

B

BDAIH – Banco de Dados de Autorização AIH: é o banco de dados nacional que contém os dados após o processamento da produção hospitalar.

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial: é utilizado pelos prestadores de serviços para emissão da produção ambulatorial.

BDP – Boletim de Diferença de Pagamento: documento utilizado para ajustar a produção decorrente de revisão técnica e auditoria “in loco”. É o documento para realizar ajustes de pagamento.

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento: fundado em 1959, é o mais antigo e maior banco regional de desenvolvimento. Ajuda a promover o desenvolvimento econômico e social sustentável na América Latina e no Caribe mediante suas operações de crédito, liderança em iniciativas regionais, pesquisa e atividades, institutos e programas de disseminação de conhecimentos. As entidades públicas qualificadas para financiamentos do banco incluem governos nacionais, provinciais, estaduais e municipais, além de autarquias.

BIREME/OPAS – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciência da Saúde: centro especializado da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração ao Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. Tem como missão contribuir para o desenvolvimento da saúde, fortalecendo e ampliando o fluxo de informação em ciências da saúde. Um dos seus objetivos é a promoção da cooperação técnica em informação

tecnico-científica em saúde, com os países e entre os países da América Latina e do Caribe (denominada REGIÃO), com o intuito de desenvolver os meios e as capacidades para proporcionar acesso equitativo à informação técnico-científica em saúde, relevante e atualizada e de forma rápida, eficiente e com custos adequados.

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social: órgão vinculado ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Tem como objetivo apoiar empreendimentos que contribuam para o desenvolvimento do País. Dessa ação resultam a melhoria da competitividade da economia brasileira e a elevação da qualidade de vida da sua população. Desde a sua fundação em 1952, financia os grandes empreendimentos industriais e de infraestrutura, tendo marcante posição no apoio aos investimentos na agricultura, no comércio e serviço e nas micro, pequenas e médias empresas, e aos investimentos sociais direcionados para a educação e saúde, agricultura familiar, saneamento básico e ambiental e transporte coletivo de massa.

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial: documento utilizado pelos prestadores para registrar os procedimentos executados mensalmente, devendo ser preenchido em cada Unidade Prestadoras de Serviço (UPS) e entregue ao gestor em formulário ou em meio magnético, nos prazos estipulados. No BPA devem ser registrados todos os procedimentos realizados na unidade, independentemente da programação, sem que esse registro gere compromisso de pagamento.



CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia: os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que realizam tratamento oncológico no Brasil são cadastrados pelo Ministério da Saúde como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons), compondo uma Rede de Atendimento em Oncologia. Os Cacons são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral ao paciente de câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadia, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: unidades destinadas ao tratamento de adultos portadores de transtorno mental. São substitutivas ao modelo hospitalar. Caps é o mesmo que Centro de Referência de Saúde Mental (Cersam).

CBCD – Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – é um dos nove centros colaboradores da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Família de Classificações Internacionais.

Esses centros têm como função traduzir para seu idioma, adaptar, publicar e divulgar as classificações de doenças que fazem parte da Família de Classificações Internacionais da OMS nos países de sua língua. É também função dos centros assessorar os países no desenvolvimento e uso de classificações relacionadas à saúde, assim como todos os usuários das classificações da OMS. O CBCD é um convênio tripartite entre a Organização

Pan-Americana da Saúde, o Ministério da Saúde e a Universidade de São Paulo. O centro é parte do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública.

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar: órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição hospitalar e de execução das ações de controle da infecção hospitalar. Deve ser composta por profissionais da área de saúde de nível superior, formalmente designados pela direção da instituição hospitalar.

CEPMM – Comitê Estadual de Prevenção da Morte Materna: comitê interdisciplinar e multisetorial, que tem como objetivo fazer a investigação dos óbitos das mulheres em idade fértil e propor intervenções. É integrado por profissionais da área de saúde e educação, integrantes da sociedade civil organizada e sociedades de classe.

CERSAM – Centro de Referência de Saúde Mental: unidades destinadas ao tratamento de adultos portadores de transtornos mentais. São substitutivas ao modelo hospitalar. Cersam é o mesmo que Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

CERSAT – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: são serviços especializados, que devem ser estruturados com base em uma concepção multiprofissional. Suas atividades devem estar articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico desse campo do conhecimento.

CESTEH – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana: implantado em 10 de dezembro de 1985, pertence à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Tem como objetivos básicos formar recursos humanos

para a área, como técnicos para atuação nos programas de saúde do trabalhador no âmbito do SUS e outras instituições, e novos pesquisadores, por meio de cursos de especialização, mestrado e doutorado. Visa, também, a desenvolver estudos e pesquisas sobre a relação trabalho, saúde e ambiente. Outro objetivo é desenvolver atividades de cooperação técnica, principalmente com as Secretarias de Saúde dos Estados e dos municípios, instituições técnico-científicas, sindicatos e Ministérios Públicos.

CIAN – Comissão Interinstitucional de Alimentação e Nutrição: é composta por representantes dos gestores do SUS com o objetivo primeiro de promover a implantação, implementação e avaliação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, estabelecendo o necessário processo de articulação com os demais setores envolvidos com a Segurança Alimentar e Nutricional.

CIH – Comunicação de Internação Hospitalar – é o programa utilizado que contém os dados das internações não SUS.

CIT – Comissão Intergestores Tripartite: instância colegiada integrada por cinco representantes do Ministério da Saúde, cinco do Conselho Nacional de Saúde (Conass) e cinco do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasem). O coordenador é indicado pelo Ministério da Saúde. Funciona com regularidade desde 1994.

CLAVES – Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli: é parte da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), uma das unidades da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Realiza pesquisas de cunho epidemiológico e socioantropológico, privilegiando abordagens estratégicas em saúde. Atua com órgãos nacionais e internacionais, com instituições do poder público, com movimentos sociais organizados, com outros núcleos de estudo e centros de atenção às vítimas de maus-tratos e violência.

CNCDO – Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos: coordenação da Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) responsável pela normatização, coordenação, inscrição, geren-

ciamento e distribuição, no Estado, de órgãos e de tecidos no Estado.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: cadastro no qual é dado um nº (código) a cada estabelecimento de saúde para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde.

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico: criado em 1951, é uma fundação vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), para apoio à pesquisa brasileira. Contribui diretamente para a formação de pesquisadores (mestres, doutores e especialistas em várias áreas de conhecimento). Desde sua criação, até hoje, é uma das maiores e mais sólidas estruturas públicas de apoio à Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) dos países em desenvolvimento. Seus investimentos são direcionados para a formação e absorção de recursos humanos e financiamento de projetos de pesquisa que contribuam para o aumento da produção de conhecimento e geração de novas oportunidades de crescimento para o País.

CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade: tem como objetivo coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de Alta Complexidade (AC).

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde: tem a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as Secretarias Municipais de Saúde do País. Sua tarefa é promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado em conceitos como “descentralização” e “municipalização”. Atribui aos municípios papel que não seja o de meros coadjuvantes, fazendo jus aos preceitos constitucionais de formulação do SUS.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde: entidade de direito privado que congrega os Secretários Estaduais - gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal. Funciona como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações entre seus membros.

COPAM – Conselho Estadual de Políticas Ambientais – criado em 1977, é órgão responsável pela formulação e execução da política ambiental em Minas Gerais. Presta importante papel na formulação e condução da política ambiental em Minas. Entre suas competências, destacam-se a formulação de normas técnicas e padrões de qualidade ambiental, a autorização para implantação e operação de atividades potencialmente poluidoras e a aprovação das normas e diretrizes para o Sistema Estadual de Licenciamento Ambiental.

COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – é uma entidade colegiada, elo entre os Secretários Municipais de Saúde e as esferas estadual e federal. A entidade é constituída por instâncias deliberativas e executoras como a Diretoria Executiva (DE), o Conselho Fiscal, o Conselho de Representantes Regionais (CRR) e a Assembléia Geral. O Cosems-MG engloba ainda os Cosems Regionais, que agrupam as 26 regionais de saúde do Estado de Minas Gerais.

CPO-D – Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados: total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em determinada faixa etária.

CTI – Centro de Tratamento Intensivo – Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e CTI são sinônimos. São unidades destinadas ao atendimento de pacientes críticos, ou seja, aqueles que apresentam instabilidade de algum sistema: cardiocirculatório, respiratório e/ou neurológico.



DATASUS/MS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde: órgão de informática de âmbito nacional. Sua missão é prover órgãos do SUS de sistema de informação e suporte de informática necessários ao planejamento, à operação e ao controle do SUS, através de bases de dados nacionais.

DNV – Declaração de Nascidos Vivos: documento que deve ser preenchido na maternidade para todos os recém-nascidos. Serve para realização do registro de nascimento da criança em cartório e como fonte de informação para a vigilância epidemiológica.

DNC – Doença de Notificação Compulsória: lista elaborada pelo Ministério da Saúde de doenças que devem ser notificadas se houver ocorrência de suspeita. São elas: cólera, coqueluche, dengue, difteria, Doença de Chagas (casos agudos), doença meningocócica e outras meningites, febre amarela, febre tifóide, hanseníase, hepatites B e C, leishmaniose visceral, leptospirose, malária (em área não-endêmica), meningite por *Haemophilus influenzae*, peste, poliomielite, paralisia flácida aguda, raiva humana, rubéola, síndrome de rubéola congênita, sarampo, sífilis congênita, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tétano, tuberculose. Todo surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independentemente de constar na lista, deve ser notificado. A notificação compulsória tem sido a principal fonte usada pela Vigilância Epidemiológica para desencadear medidas de controle.

DO – Declaração de Óbito: documento que contém informações biomédicas e legais exigido para

realização de sepultamentos no Brasil. Serve como fonte de informação para o sistema de vigilância.

DPA – Diálise Peritoneal Automática: procedimento usado para tratamento de Doença Renal Crônica.

Doença Relacionada ao Trabalho (DRT) – conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de riscos presentes nos locais de trabalho. Manifesta-se de forma lenta, insidiosa, podendo levar anos para a sua instalação clínica, o que na prática tem demonstrado ser um fator dificultador no estabelecimento da relação entre uma doença sob investigação e o trabalho. Também são consideradas as doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho realizado. Provocam lesão corporal ou perturbação funcional que causa a morte, a perda ou a redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho. Acometem trabalhadores inseridos no mercado formal ou informal de trabalho, assim como os funcionários públicos. As doenças relacionadas com o trabalho que acometem trabalhadores do mercado formal, contratados em regime de CLT, deverão ser notificadas ao INSS, através da Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT). Exemplos de Doenças Relacionadas ao Trabalho: silicose, perda auditiva induzida pelo ruído, intoxicações crônicas por agrotóxicos, intoxicações crônicas por metal pesado (chumbo, mercúrio, manganês etc.), dermatites de contato, perfuração de septo nasal etc.

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis: infecções e infestações que envolvem área genital, oral, anal e outras, cujos agentes etiológicos são transmitidos durante o contato sexual. Estima-se que, nos países em desenvolvimento, as DSTs estão entre as causas mais freqüentes de procura por serviços de saúde. Essas doenças de alta morbidade podem resultar em infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, câncer anogenital e morte.



ESB – Equipe de Saúde Bucal: Equipe de Saúde Bucal integrante da equipe de Saúde da Família (PSF).



FAPEMIG – Fundação de Amparo a Pesquisa e Ensino de Minas Gerais – única agência de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico de Minas Gerais. É uma fundação do Governo Estadual, vinculada à Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Os recursos financeiros são assegurados pela Constituição do Estado. Fomenta, estimula e apóia o desenvolvimento científico e tecnológico em Minas Gerais.

FCES – Ficha de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde – é a ficha de cadastro que permite ao gestor coletar dados de todos os estabelecimentos de saúde, que será disponibilizada no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

FCOE – Ficha de Cadastro de Órgão Emissor: é a ficha utilizada para cadastro de médicos autorizados de AIH dos municípios.

FCA/Complementar – Ficha de Cadastro Complementar : documento que complementa o cadastramento das unidades que realizam Procedimentos de Alta Complexidade, cuja produção é apresentada mediante a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac).

Ficha Cadastral de Mantenedora ou Profissional (FMP) – documento utilizado para cadastrar entidades mantenedoras, contendo os dados de identificação, localização e conta bancária. Tem por finalidade reunir o crédito de diversas Unidades, vinculadas à Mantenedora, em uma única conta corrente, a da Mantenedora.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz: vinculada ao Ministério da Saúde, desenvolve ações na área da ciência e tecnologia em saúde, incluindo atividades de pesquisa básica e aplicada, ensino, assistência hospitalar e ambulatorial de referência, formulação de estratégias de saúde pública, informação e difusão, formação de recursos humanos, produção de vacinas, medicamentos, kits de diagnósticos e reagentes, controle de qualidade e desenvolvimento de tecnologias para a saúde.

FMS – Fundo Municipal de Saúde: principal instrumento de canalização e gestão dos recursos financeiros do SUS. Tem como finalidade permitir maior flexibilidade e autonomia da gestão dos recursos pelas Secretarias Municipais de Saúde; facilitar os repasses de recursos entre esferas do governo; garantir que os recursos da saúde não sejam desviados para outros fins; facilitar o controle social; e propiciar maior racionalidade na alocação e gestão dos recursos da saúde.

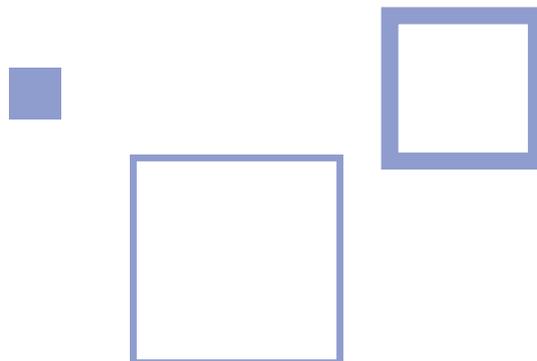
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde: órgão executivo do Ministério da Saúde, é uma das instituições do governo federal responsável em promover a inclusão social por meio de ações de saneamento. É também a instituição responsável pela promoção e proteção à saúde dos povos indígenas. As ações de inclusão social por meio da saúde, são feitas ainda com a prevenção e o controle de doenças e agravos ocasionados pela falta ou inadequação nas condições de saneamento básico em áreas de interesse

especial, como assentamentos, remanescentes de quilombos e reservas extrativistas.

FUNSAÚDE – Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico na Área da Saúde: entidade sem fins lucrativos, que tem como finalidade o desenvolvimento científico e tecnológico, a transferência de tecnologia e o apoio às atividades de ensino – de graduação e de pós-graduação –, de pesquisa de extensão e de assistência à saúde. Visa também a promoção da integração à universidade à empresa/governo; a promoção de estudos, cursos, pesquisas e prestação de serviços; e aprimoramento de recursos humanos,



GRS – Gerências Regionais de Saúde: São braços da Secretaria Estadual de Saúde, cujo objetivo é garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde em várias regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população, implementando, por exemplo, as políticas estaduais de saúde em âmbito regional, além de assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões. Ao todo, o Estado de Minas Gerais possui 28 gerências Regionais de Saúde.





HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana): vírus transmissor da Aids

HU – Hospitais Universitários: unidades de saúde, capazes de prestar serviços especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem, também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais. Os HUs são importantes Centros de Formação de Recursos e de Desenvolvimento de Tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a Rede SUS. Além disso, oferecem a oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o Sistema de Saúde. Em Minas, funcionam os seguintes HUS: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, em Uberaba; Hospital Universitário da UFJF, em Juiz de Fora; Hospital de Clínicas de Uberlândia.



ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços. No caso específico do Programa Saúde da Família (PSF), a Lei Robin Hood destina uma fração do ICMS para incentivo por equipe do PSF implantadas nos municípios.

ICSAA – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial: existe uma lista de patologias integrantes da CID 10, validada por profissionais médicos, indicando que essas patologias são sensíveis à atenção primária à saúde. Ou seja, a ocorrência das internações podem ser justificadas por dois motivos: baixa resolutividade dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde ou captação desnecessária pelas instituições hospitalares.

Inca – Instituto Nacional de Câncer: órgão do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, responsável por desenvolver e coordenar ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Tais ações são de caráter multidisciplinar e compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, no âmbito do SUS, e a atuação em áreas estratégicas como a prevenção e a detecção precoce, a formação dos profissionais especializados, o desenvolvimento da pesquisa e a informação epidemiológica. Todas as atividades do INCA têm como objetivo reduzir a incidência e a mortalidade causada pelo câncer no Brasil.

INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - autarquia federal, vinculada ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, que atua como Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Metrologia,



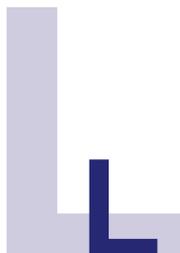
Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro), colegiado interministerial, que é o órgão normativo do Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Sinmetro). Objetiva fortalecer as empresas nacionais, aumentando sua produtividade por meio da adoção de mecanismos destinados à melhoria da qualidade de produtos e serviços. Sua missão é promover a qualidade de vida do cidadão e a competitividade da economia através da metrologia e da qualidade. Entre as competências e atribuições do Inmetro destacam-se executar as políticas nacionais de metrologia e da qualidade e verificar a observância das normas técnicas e legais, no que se refere às unidades de medida, métodos de medição, medidas materializadas, instrumentos de medição e produtos pré-medidos.

INS – Índice de Necessidade em saúde: trata-se de um índice elaborado pela Fundação João Pinheiro em parceria com o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para classificar os municípios mineiros. O objetivo desse índice é auxiliar os gestores na alocação de recursos financeiros com mais equidade.

IVISA – Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária: consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes até 2% do teto financeiro da Vigilância Sanitária do Estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultado de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do Ivisa podem ser transferidos pela SES à SMS, conforme definição da CIB.

IVR – Índice de Valorização de Resultados: consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes até 2% do teto financeiro da assistência do Estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo

critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério da Saúde (SAS-MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.



LDNC – Lista de Doenças de Notificação Compulsória: botulismo, carbúnculo ou “antraz”, cólera, coqueluche, dengue, difteria, Doença de Chagas (casos agudos), doenças meningocócica e outras meningites, equistosomose (em área não-endêmica), febre amarela, febre do Nilo, febre maculosa, febre tifóide, hanseníase, hantaviruses, hepatites virais, infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral, leptospirose, malária, meningite por *Haemophilus influenzae*, peste, poliomielite, paralisia flácida aguda, raiva humana, rubéola, síndrome da rubéola congênita, sarampo, sífilis congênita, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), Síndrome Respiratória Aguda Grave, tétano, tularemia, tuberculose e varíola.

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias: estabelece, de forma antecipada, as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte. As diretrizes estabelecidas na LDO correspondem a uma parte do que foi definido para o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG), restrita a um ano específico. A elaboração do projeto da LDO é de competência do Poder Executivo, que deve encaminhá-lo para o respectivo Poder Legislativo para aprovação, observados os prazos na legislação vigente.

LOA – Lei Orçamentária Anual – contém a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade. Faz parte da Lei Orçamentária Anual o quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do governo, em termos de realização de obras e de prestação de serviços. De acordo com a Lei n. 8.080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais. A elaboração do projeto da LOA compete ao Poder Executivo e deve ser encaminhada ao respectivo Poder Legislativo, a ser aprovada nos prazos definidos na legislação vigente.



NESCON/FM/UFMG – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: realiza atividades de pesquisa, assessoria, formação de recursos humanos e cooperação técnica na área de saúde. Sua equipe de pesquisadores está em condições de oferecer apoio aos gestores de saúde em todos os níveis de governo. O Nescon tem por finalidade desenvolver, nos órgãos públicos e nas instituições ligadas à Saúde Coletiva, atividades de docência, pesquisa de caráter multidisciplinar e interinstitucional, prestação de serviços de assessoria, elaboração de projetos, cooperação técnica e divulgação de conhecimentos.

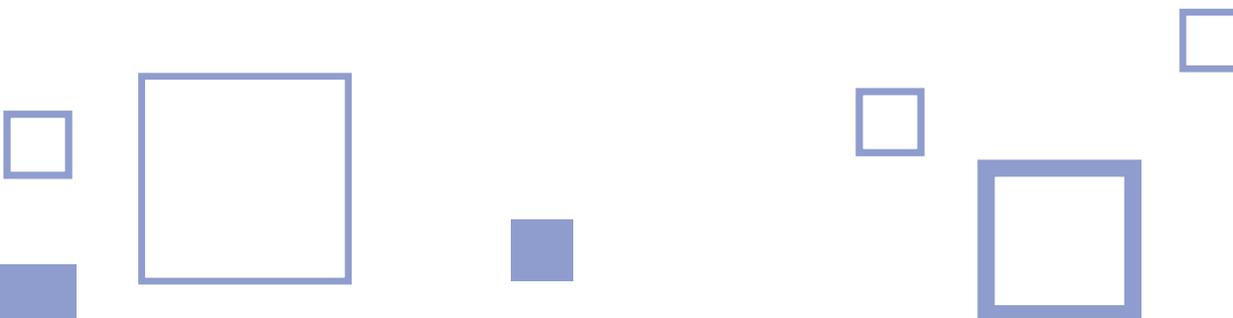
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde: editada pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo regulamentar os procedimentos para a construção do SUS.

NOB/SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: são normas editadas em âmbito federal que tem como finalidade regulamentar os procedimentos para a construção do SUS. São elas: NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e a NOB 01/96.



MIF – Mulher em Idade Fértil: faixa etária, dos 10 aos 49 anos de idade, em que a mulher pode engravidar.

MAC – Procedimentos de média e alta complexidade.



Oo

OMS – Organização Mundial de Saúde: organização criada pela ONU, em 1948, para elevar os padrões mundiais de saúde. O Brasil teve participação fundamental na história da Organização Mundial da Saúde. A proposta de criação da OMS foi de autoria dos delegados de saúde do Brasil, que propuseram o estabelecimento de um “organismo internacional de saúde pública de alcance mundial”. Desde então, Brasil e OMS desenvolvem intensa cooperação.

ONG – Organização Não-Governamental: são organizações de pessoas que trabalham juntas por uma causa específica de complementação ao trabalho do Estado. Agem onde o Estado não consegue chegar, por isso precisam de aprovação do Estado e recebem financiamentos dele para tal trabalho.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde: organismo internacional de saúde pública com um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. Atua, também, como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU). Técnicos e cientistas de vários países do mundo estão vinculados à OPAS. São eles que promovem a transferência de tecnologia e a difusão do conhecimento acumulado através de experiências produzidas nos Estados membros da OPAS/OMS. A OPAS coopera, por meio desses técnicos e cientistas, com os governos para melhorar políticas e serviços públicos de saúde, estimulando o trabalho em conjunto com os países, para alcançar metas comuns como iniciativas sanitárias multilaterais, de acordo com as decisões dos governos que fazem parte do corpo diretivo da organização.

Pp

PAB FIXO – Piso da Atenção Básica Fixo: valor fixo repassado mensalmente para os municípios do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, utilizando a estimativa da população para municípios. O valor do PAB Fixo é de R\$ 13,00 de acordo com a Portaria n. 2.025/GM, de 23/09/04.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde: programa do Governo Federal que trabalha essencialmente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro do modelo convencional. Pelo Decreto n. 3.189 de 04/10/99, o ACS deve desenvolver, no âmbito do PACS, atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, por meio de ações educativas individuais e coletivas.

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: programa nacional que cuida da saúde da mulher em todas as suas fases da vida, incluindo o climatério.

PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária: montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, dos Estados, conforme condições estipuladas na Nob. O PBVS somente será transferido a Estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma da Norma Operacional.

PCDCH – Programa de Controle de Doença de Chagas: tem como função básica a criação de um

banco de dados com as informações a serem utilizadas no controle da Doença de Chagas, permitindo um planejamento das ações baseadas em informações concretas. Gera relatórios que auxiliam na análise e na tomada de decisão do controle da doença.

PCFAD – Programa de Controle da Febre Amarela e da Dengue: tem como objetivo combater as duas doenças por meio de informações coletadas nos seguintes trabalhos: Levantamento de Índices (número de imóveis e depósitos pesquisados com focos de vetores do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*), Índice de Infestação Predial e Bretau, Tratamento (número de imóveis e depósitos tratados) e Atividades Complementares (delimitação de foco).

PCT – Plano de Controle da Tuberculose: plano estadual de combate à tuberculose.

PDAVS – Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária: Consiste no pagamento direto às SES e às SMS pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação da CIT e prévia aprovação do CNS, e observadas as condições estabelecidas nessa NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

PDR – Plano Diretor de Regionalização: traça as diretrizes para a regionalização da assistência à saúde. É um instrumento essencial para a reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS. Deve ser coordenado pelo gestor estadual, com participação do conjunto dos municípios. O PDR deve conter a divisão do território estadual em regiões/macro e microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade.

PEA – Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*: destinado a manter o número do *Aedes aegypti* em quantidade menor que a necessária para a transmissão de doenças.

PES – Plano Estadual de Saúde: trata-se do instrumento de planejamento com abrangência de 4 anos que deve ser feito no primeiro ano de gestão,

tendo em vista o período entre o segundo ano e o primeiro ano da próxima gestão. Este instrumento deve prever os objetivos, diretrizes e metas para o alcance dos resultados estabelecidos para o Estado.

PAG – Programação Anual de Gestão: trata-se de um instrumento de planejamento, tendo em vista o monitoramento de resultados da execução de ações de saúde no Estado de Minas Gerais. Espera-se obter informações sobre o desenvolvimento dos projetos nas microrregiões, possibilitando melhor gerenciamento do SUS.

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento: programa do Ministério da Saúde que tem como objetivo melhorar a qualidade de atendimento na fase gravídico puerperal (durante a gravidez e até 40 dias após o parto). Determina quantas consultas pré-natal a gestante deve realizar, qual o hospital mais indicado para a realização do parto, atenção ao neonato, exames, vacinas etc.

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado: contém as diretrizes para o desenvolvimento do Estado durante o período em referência; propõe uma estratégia para implementar as políticas de ação através de um processo permanente de planejamento, dando visibilidade às políticas e programas que o governo propõe implantar.

PNCD – Programa Nacional de Controle da Dengue: tem como objetivo reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*, reduzir a incidência da dengue e a letalidade por febre hemorrágica de dengue.

PN-DSTs/Aids/MS – Programa Nacional de DST e Aids: programa do Ministério da Saúde responsável pelo combate ao HIV, à Aids e a outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

PNH – Política Nacional de Humanização: política voltada para a assistência e gestão da saúde, envolvendo trabalhadores, usuários e gestores, com o objetivo de fortalecimento do SUS. Inclui ações para melhoria do relacionamento, informações, condições de trabalho e atendimento ao usuário.

POA – Programação Orçamentária Anual: instrumento de Planejamento Operacional Financeiro

detalhado para execução do orçamento, com a finalidade de dar operacionalidade aos programas de governo a serem desenvolvidos nos anos vigentes. No plano, serão definidos limites financeiros para custeio, manutenção, custeio finalístico e investimento. Tem como objetivo detalhar as despesas do Estado; permitir maior e melhor gerenciamento do gasto público; permitir a visualização exata das ações de desenvolvimento; detalhamento das ações com alocação de recursos; acompanhamento mensal das atividades; e análise dos resultados obtidos.

PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental: instrumento que define as políticas, diretrizes, objetivos e as metas da administração pública para programas setoriais coordenados pelas Secretarias de Estado para um período de quatro anos.

PPI/VS – Programação Pactuada e Integrada da Vigilância à Saúde: de acordo com a portaria GM/MS n. 1.399, as ações da área de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD) devem ser desenvolvidas tendo em vista a PPI/VS. As atividades e metas propostas pela PPI/VS visam a fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, aumentando a capacidade de identificar precocemente fatores de risco à saúde da população, surtos e endemias, além de desencadear medidas de prevenção e controle de doenças. A PPI/VS contribui para que compromissos assumidos entre União, Estados e municípios possam ser objeto de efetiva programação, acompanhamento e responsabilização conjunta.

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família: programa do governo federal voltado para os municípios com população superior a 100 mil habitantes. A finalidade principal do Proesp é contribuir para a implantação, expansão e consolidação do Saúde da Família nesses municípios.

PMS – Planos Municipais de Saúde: são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e metas. Devem ser submetidos, na íntegra, aos Conselhos de Saúde correspondentes em cada nível de gestão do SUS.

Seguem os mesmos aspectos referentes ao Plano Estadual de Saúde -PES.



RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional - é um sistema projetado para coletar e analisar todos os casos de câncer que ocorram em uma população definida. Os dados pessoais do paciente e as características clínicas e patológicas de sua doença são coletados contínua e sistematicamente pelas instituições de saúde de assistência ao câncer, que são as principais fontes de informação para os Registro de Câncer de Base Populacional.

REDOME – Registro de Doadores de Medula Óssea: lista de pessoas que se candidataram a doadores de medula.

Relatórios de Gestão (RG) – os Relatórios de Gestão (nacional, estaduais e municipais) deverão avaliar o cumprimento dos objetivos das metas explicitadas na Programação Anual e no Plano de Saúde, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo, em cada exercício anual, sendo elaborados pelos gestores e submetidos aos respectivos Conselhos de Saúde.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Congrega instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir informações qualificadas, como subsídios para políticas públicas de saúde.

RHC – Registro Hospitalar de Câncer - sistema de registro organizado nas instituições hospitalares que diagnosticam e/ou tratam câncer, com o objetivo de abranger toda a população assistida naquela instituição

anualmente. Minas Gerais possui 28 unidades com o RHC implantado e em funcionamento em diversos hospitais da capital e interior, com orientação e suporte da Secretaria de Estado de Saúde.

RNIS – Rede Nacional de Informação em Saúde: tem como objetivo integrar e disseminar as informações de saúde no País. Criada como um projeto do Ministério da Saúde, a RNIS está integrando, através da internet, todos os municípios brasileiros, facilitando o acesso e o intercâmbio das informações em saúde. Com isso, a rede pretende contribuir para a melhoria da gestão, do controle social, do planejamento e da pesquisa de gestores, agentes e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).



SAC/SUS – Sistema de Atendimento ao Cidadão do SUS: sistema telefônico para informação e orientação ao usuário do SUS-MG.

SANS – Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável: significa a garantia, a todos os indivíduos, de acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo, assim, para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana.

SDNC – Sistema de Informação de Doenças de Notificação Compulsória: sistema informatizado que capta as notificações de doenças da lista de notificação compulsória. Ver DNC.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica: sistema que opera os dados referentes à

produção e ao cadastramento de todos os profissionais integrantes de cada equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O não-preenchimento desse Banco de Dados inviabiliza o recebimento dos incentivos financeiros oriundos do governo federal para esses programas.

SIA - AIU – Sistema de Informação de Apuração de Imunos-Utilizados: tem por objetivo permitir o controle da movimentação de imunobiológicos pela sala de vacina, apurando a utilização, perdas técnicas e físicas, com a consolidação municipal, estadual e nacional.

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde: sistema desenvolvido e implantado pelo Ministério da Saúde em 1990, o Siasus é padronizado em âmbito nacional e utilizado em todos os níveis de gestão. É a ferramenta fundamental para processamento, pagamento e gestão de assistência ofertada em regime ambulatorial. Vem sendo modificado e aprimorado em função das decisões deliberadas pelos órgãos e gestores, especialmente pelas Normas Operacionais Básicas do SUS. Tem como objetivo dotar os gestores de informações sistematizadas sobre a rede de serviços ambulatoriais, o processo de programação e procedimentos realizados pelas unidades, visando a tomada de decisões para gestão da assistência ambulatorial, além de gerar pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais.

SI-CRIE – Sistema de Informação do Programa de Imunizações Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais: é um sistema informatizado, idealizado para atender às necessidades dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais. Tem como principal objetivo o controle do processo de trabalho existente no Crie, dando facilidade e qualidade às ações, permitindo o armazenamento de dados, a recuperação, a impressão e a transferência para a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI).

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: é a tradução em português da sigla Aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*).

SI-EAPV – Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação: tem como objetivo acompanhar sistematicamente a notificação, investigação e consolidação de dados relativos a eventos adversos pós-vacinais, ocorridos nos âmbitos nacional, estadual, regional, municipal e local, contribuindo para o aprimoramento da segurança no uso dos imunizantes para crianças e adultos.

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: trabalha dados referentes às internações hospitalares, particularmente aquelas que informam sobre os procedimentos realizados. Com base nesses dados, são efetuados pagamentos aos hospitais conveniados ou contratados pelo SUS.

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade: coleta dados sobre óbitos e fornece informações sobre o perfil de mortalidade nos diferentes níveis do SUS. O documento padrão para a entrada dos dados é a Declaração de Óbito (DO). Na maior parte do país, o processamento dos dados é feito pelo gestor estadual de saúde. O avanço no processo de municipalização vem colocando os municípios à frente desse processo.

SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan): tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas do governo, através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos: Objetiva construir uma base de dados sobre as crianças nascidas vivas em todos os níveis do SUS. Conta com um documento padrão, a declaração de nascimento (DN). Os municípios que vêm trabalhando adequadamente com o sistema têm obtido resultados significativos na intervenção prematura nos riscos apresentados pelos recém-nascidos.

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: instrumento de

planejamento, gestão e controle social do SUS, gerido pelo Ministério da Saúde que visa melhorar o planejamento, a gestão e a avaliação dos gastos públicos em saúde; fortalecer o controle social; dimensionar a participação de Estados e dos municípios no financiamento da saúde; e acompanhar a EC 29/00 (percentuais de aplicação mínima em saúde). O Núcleo é o suporte de orientação e acompanhamento das informações sobre os gastos com saúde prestadas por todos os municípios (é obrigatória a apresentação semestral das informações por cada município ao SIOPS, via internet).

SI-PNI-API – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações: tem como objetivo o registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, além de controlar os índices de cobertura e taxas de abandono nos âmbitos federal, estadual e municipal em determinado período de tempo, em área geográfica.

SIS – Sistema de Informações em Saúde: conjunto de componentes que atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão de informação necessária e oportuna para implementar processos e decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde.

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino: desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DataSUS), em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), o Siscolo é um sistema informatizado instalado nos laboratórios cadastrados pelo SIA/SUS, no qual são registrados dados de identificação das pacientes e dos laudos dos exames Papanicolaou. As informações sobre os exames são passadas para as coordenações municipais/regionais, estaduais e nacionais, ajudando a encaminhar e tratar as pacientes com lesões malignas e pré-malignas. Funciona desde 1999.

SIS-Mama – Sistema de Informação do Câncer de Mama: desenvolvido pelo Departamento de

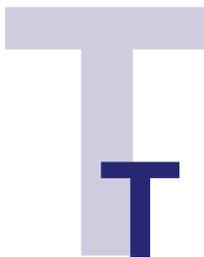
Informática do SUS (DataSUS), em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (Inca).

SIS-Pré-natal – Sistema de Informações sobre o Pré-Natal: É o sistema de acompanhamento do programa de humanização do pré-natal ao nascimento.

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: sistema de informação destinado ao acompanhamento do Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCE). Propõe-se a ser um processo contínuo de coleta, tratamento, interpretação e disseminação de dados e informações sobre a situação alimentar e nutricional e de seus fatores determinantes. Pretende conhecer e medir este tipo de problema de saúde, identificando grupos de risco (biológicos e sociais). Busca apontar tendências quanto à distribuição geográfica e temporal da evolução desse tipo de problema.

SNT – Sistema Nacional de Transplantes: órgão do Ministério da Saúde, também vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, que normaliza e controla a política e o sistema de transplantes no País.

SVO – Serviço de Verificação de Óbitos: serviço prestado que visa a esclarecer a “causa mortis” em todos os casos de óbitos naturais sem assistência médica.



TCU – Tribunal de Contas da União: órgão público com autonomia administrativa e financeira em relação aos três poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário). Tem como missão assegurar a efetiva e regular gestão dos recursos públicos em benefício da sociedade. Tem poderes para, no auxílio ao Congresso Nacional, exercer a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, à legitimidade e à economicidade e à fiscalização da aplicação das subvenções e da renúncia de receitas. Qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária, tem o dever de prestar contas ao TCU.

TCEMG – Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais: órgão público com autonomia administrativa e financeira em relação aos três poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário) e funções técnicas. A ele cabe a fiscalização de todo o dinheiro público relacionado com o Estado de Minas Gerais, nos âmbitos estadual e municipal. Compete ao TCEMG examinar a legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade de qualquer ato administrativo de que resulte receita ou despesa. A ele também cabe verificar os atos que provoquem renúncia de receita. Essa fiscalização ocorre em todos os Poderes do Estado e dos seus 853 municípios, incluídas as entidades públicas com administração descentralizada, bem como aquelas mantidas ou instituídas pelo Poder Público. Enfim, quem tiver sob sua guarda e

responsabilidade dinheiros, bens ou valores públicos está sujeito a prestar contas ao Tribunal.

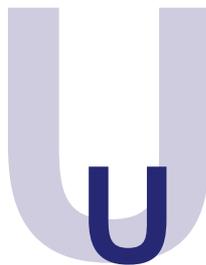
TFD – Tratamento Fora do Domicílio: garantia de deslocamento de pacientes em tratamento ambulatorial fora do município de origem, desde que o município de origem não disponha do tratamento

TFE – Tratamento Fora do Estado: garantia de deslocamento de pacientes em tratamento ambulatorial fora do Estado de origem, desde que o Estado de origem não disponha do tratamento

TEECD – Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças: recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA-SUS e SIH/SUS. O elenco de procedimentos a serem custeados com o TEECD é definido em negociação na CIT, aprovado no CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do Ministério da Saúde – FNS/MS. As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

TFVS – Teto Financeiro de Vigilância Epidemiológica: Os recursos do TFVS repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde destinam-se a financiar ações de vigilância em saúde, podendo ser utilizados tanto para custeio como para investimentos, observados os impedimentos e as adequações às legislações federal, estaduais e municipais. Além disso, é vedada superposição com os recursos acordados como contrapartida do Estado ou município, conforme preconizam a Portaria MS n. 1.172/04 e Portaria Conjunta SE/SVS nº 8/04. Os recursos do TFVS não poderão ser utilizados em atividades assistenciais, e sim, exclusivamente, em ações de epidemiologia e controle de doenças e ações básicas de vigilância sanitária.

TRS – Terapia Renal Substitutiva: trata-se de tratamento para pacientes portadores de Doença Renal Crônica. Existem três tipos de procedimento: hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial domiciliar (CAPD) e diálise peritoneal automática (DPA).



UBS – Unidade Básica de Saúde: estabelecimento de saúde integrado a uma rede de serviços. Presta ações de saúde à população em uma área de abrangência definida. Também conhecida em Minas Gerais como UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde).

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários: destina-se aos pacientes que apresentaram algum tipo de instabilidade cardiocirculatória, respiratória e/ou neurológica e que, no momento, necessitam apenas de monitorização (pressão arterial, eletrocardiografia, saturação de oxigênio etc.)

UCP – Unidade de Cuidado Progressivo - destina-se ao atendimento de paciente com instabilidade e/ou monitorização. Sua vantagem é otimizar recursos físicos, técnicos e financeiros sem cair a qualidade do atendimento.

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - criada em 16 de novembro de 1945, logo após a Segunda Guerra Mundial, para acompanhar o desenvolvimento mundial e auxiliar os Estados membros na busca de soluções para os problemas que desafiam nossas sociedades. Atualmente, a Unesco encontra-se envolvida num vasto campo de atividades. Suas áreas de atuação compreendem Educação, Ciências Naturais, Humanas e Sociais, Cultura, Comunicação e Informação. Tem uma missão ética, o que faz dela uma “organização chave para o futuro”. No cumprimento dessa missão, destaca-se a cooperação intelectual, para a produção e partilha de conhecimentos.

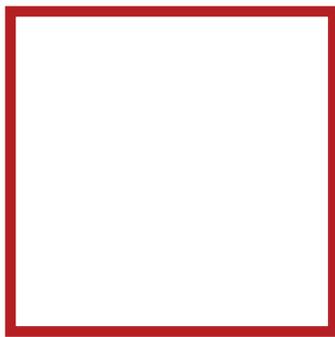
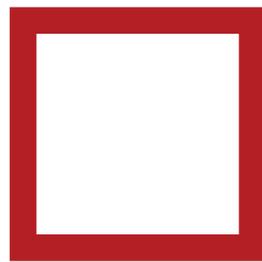
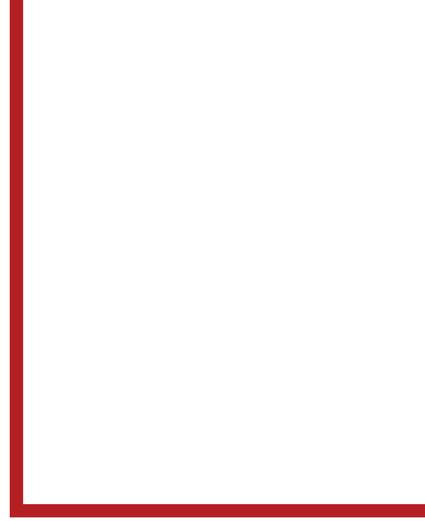
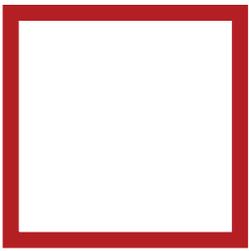
UTI – Unidade de Terapia Intensiva (Ver CTI).



V

v

VISA – Vigilância Sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e os processos, da produção ao consumo. E, também, o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.



LEGISLAÇÃO DO SUS

Constituição Federal do Brasil

Art. 1– Parágrafo único: Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Artigos 196 a 200 - Seção II - Da Saúde

SEÇÃO II – Da Saúde

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

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

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema

único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

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

III – participação da comunidade.

§ 1º - O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

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

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (AC)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (AC)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (AC) (Parágrafo acrescentado pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, DOU 14.09.2000)

§ 3º - Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (AC)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (AC)

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

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

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (AC) (Parágrafo acrescentado pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, DOU 14.09.2000)

§ 4º - Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Parágrafo acrescentado pela Emenda Constitucional nº 51, de 14.02.2006, DOU 15.02.2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate

às endemias. (Parágrafo acrescentado pela Emenda Constitucional nº 51, de 14.02.2006, DOU 15.02.2006)

Nota: A Lei nº 11.350, de 05.10.2006, DOU 06.10.2006, conversão da Medida Provisória nº 297, de 09.06.2006, DOU 12.06.2006, regulamenta este artigo.

§ 6º - Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (NR) (Parágrafo acrescentado pela Emenda Constitucional nº 51, de 14.02.2006, DOU 15.02.2006)

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

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

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

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

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

Art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

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

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

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

V – incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

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

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

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

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Art. 1 – Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

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

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

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

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

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

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

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

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

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

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5 – São objetivos do sistema Único de Saúde-SUS:

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

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

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

Art. 6 – Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico:

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária, um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

II - o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de

qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência do trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas, sobre riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicas e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

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

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

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

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

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

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

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, na geração de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

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

Art. 9 – A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

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

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

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11 – (VETADO)

Art. 12 – Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo Único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art.13 – A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14 – Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo Único: Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

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

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

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

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

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

de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

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

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

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

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

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

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

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

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

SEÇÃO II

Da Competência

Art. 16 – À direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

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

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) de vigilância sanitária.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XV - promover a descentralização, para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

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

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

XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, municípios e Distrito Federal.

Parágrafo Único: A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de

Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17 – À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

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

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

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

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

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada;

Art. 18 – À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

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

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

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

IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador

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

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

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde;

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

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

Art. 19 – Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

(Capítulo acrescentado pela Lei nº 9.836, de 23.09.1999, DOU 24.09.1999)

Art. 19-A – As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B – É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema

Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

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

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

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

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

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

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

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

§ 3º - As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional

e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

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

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

(Capítulo acrescentado pela Lei nº 10.424, de 15.04.2002, DOU 16.04.2002)

Nota: Ver Portaria MS nº 2.418, de 02.12.2005, DOU 06.12.2005, que regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 19-I – São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º - Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º - O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º - O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

(Capítulo acrescentado pela Lei nº 11.108, de 07.04.2005, DOU 08.04.2005)

Art. 19-J – Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º - O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º - As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20 – Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22 – Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único

de Saúde - SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23 – É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º - Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, submetendo-se ao seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º - Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados, sem qualquer ônus para a Seguridade Social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

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

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

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

Art. 26 – Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura

assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º - Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

§ 2º - Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º - (VETADO)

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

TÍTULO IV

Dos Recursos Humanos

Art. 27 – A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Único: Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática

para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

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

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

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

Art. 29 – (VETADO)

Art. 30 – As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

Do Financiamento

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31 – O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32 – São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (VETADO)

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º - Ao Sistema Único de Saúde - SUS caberá a metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º - As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º - As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS, serão financiados por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.

§ 4º - (VETADO)

§ 5º - As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão cofinanciados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

§ 6º - (VETADO)

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

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

§ 1º - Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º - (VETADO)

§ 3º - (VETADO)

§ 4º - O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34 – As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Único: Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área no orçamento da Seguridade Social.

Art. 35 – Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação

de critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos na rede
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º - Metade dos recursos destinados a Estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º - Nos casos de Estados e municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º - (VETADO)

§ 4º - (VETADO)

§ 5º - (VETADO)

§ 6º - O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36 – O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será

ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se às necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

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

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

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

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

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39 – (VETADO)

§ 1º - (VETADO)

§ 2º - (VETADO)

§ 3º - (VETADO)

§ 4 - (VETADO)

§ 5º - A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º - Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, ou eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º - (VETADO)

§ 8º - O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às secretarias estaduais e municipais de saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas médico-hospitalares e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas.

Art. 40 – (VETADO)

Art. 41 – As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42 – (VETADO)

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

Art. 44 – e seus parágrafos (VETADOS)

Art. 45 – Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia

administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º - Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de saúde - SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º - Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46 – O Sistema Único de Saúde - SUS estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47 – O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS organizará, no prazo de 2 (dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48 – (VETADO)

Art. 49 – (VETADO)

Art. 50 – Os convênios entre a União, os Estados e os municípios, celebrados para implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 51 – (VETADO)

Art. 52 – Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53 – (VETADO)

Art. 54 – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55 – São revogadas a Lei n. 2.312, de 3 de setembro de 1954; a Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Lei n. 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 de saúde e outras providências

Art. 1 – O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - 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 de governo.

§ 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho.

Art. 2 – Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério do Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo Único: Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinam-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3 – Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990;

§ 1º - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º - Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º - Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no Inciso IV do art. 2º desta Lei.

Art. 4 – Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta Lei, os municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - Plano de Saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5 – É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Art. 6 – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7 – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 28 de dezembro de 1990.

Conselho Nacional De Saúde, resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, na 9ª, na 10ª e na 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º, inciso II, art. 1º, da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS n. 33/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e das Plenárias de Conselhos de Saúde; e

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

RESOLVE:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

Da Definição de Conselho de Saúde

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei n. 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Da Criação e Reformulação dos Conselhos de Saúde

Segunda Diretriz: a criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei n. 8.142/90.

Parágrafo único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde, o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

Da Organização dos Conselhos de Saúde

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

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

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução n. 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

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

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores,
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos e entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

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

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

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

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

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

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

Da Estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde

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

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

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

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

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

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

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei n. 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de

trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

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

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

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

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n. 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

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

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As reso-

luções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

Da Competência dos Conselhos de Saúde

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

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

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

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

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

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

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados

como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

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

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

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

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

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei n. 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos

de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de n. 33/1992 e a de n. 319/2002.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS N. 333, de 4 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991

PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006, resolve:

Art. 1º - Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art. 2º - Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º - Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO I

PACTO PELA SAÚDE 2006

Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos

de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006

I – O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da

análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde

e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELECEM AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentraliza-

ção; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este PACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

Ministério da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS

Anexo II

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PACTO PELA SAÚDE EM 2006 – CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, pactuaram

responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O documento a seguir contempla o pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

I – PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

Saúde do idoso;

Controle do câncer de colo de útero e de mama;

Redução da mortalidade infantil e materna;

Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

Promoção da Saúde;

Fortalecimento da Atenção Básica.

A – SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável;

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;

Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

A implantação de serviços de atenção domiciliar;

O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;

Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

Fortalecimento da participação social;

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 - Ações estratégicas:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

B– CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

1 - Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:

Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.

Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

2 – Metas para o Controle do Câncer de mama:

Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.

Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

C – REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

1 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil

Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.

Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.

Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes.

Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.

Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.

Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

D – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALARIA E INFLUENZA.

Objetivos e metas para o Controle da Dengue

Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;

Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006;

2 - Meta para a Eliminação da Hanseníase:

Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

3 - Metas para o Controle da Tuberculose:

Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

4- Meta para o Controle da Malária

Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006;

5 – Objetivo para o controle da Influenza

Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

E – PROMOÇÃO DA SAÚDE

1 - Objetivos:

Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;

Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;

Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;

Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;

Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006;

F – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

1 - Objetivos

Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.

Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.

Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.

Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

II - PACTO EM DEFESA DO SUS

A – DIRETRIZES

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.

Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2 - O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar através de iniciativas que busquem:

A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;

A Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;

A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema;

3 – Ações do Pacto em Defesa do SUS:

As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;

Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;

Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;

Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados;

Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

III - PACTO DE GESTÃO

Estabelece Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS

Premissas da descentralização

Buscando aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, são fixadas as seguintes premissas, que devem orientar este processo:

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;

Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;

As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;

As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;

A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite;

O detalhamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, será objeto de portaria específica.

Regionalização

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento

– PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI, detalhados no corpo deste documento.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

2.1- Objetivos da Regionalização:

Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;

Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;

Garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;

Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;

Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

- Regiões de Saúde

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território;

A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;

A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares;

O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município;

As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso;

Os estados e a união devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades;

O corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;

Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário;

O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião;

O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

As regiões podem ter os seguintes formatos:

Regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;

Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;

Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

Nos casos de regiões fronteiriças o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do colegiado de gestão regional.

- Mecanismos de Gestão Regional

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB;

O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva;

O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por representação e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.

O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as

responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção a saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;

Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes.

- Etapas do Processo de Construção da Regionalização

- Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR: Contigüidade entre os municípios;

Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;

Existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;

Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;

Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:

Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;

O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em Atenção Básica e parte da Média Complexidade.

A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.

O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.

O desenho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta-complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

- Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional:

A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da representação estadual.

Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais;

Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado;

Estabelecer uma agenda regular de reuniões;

O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:

Instituir um processo dinâmico de planejamento regional

Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde

Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos

Priorizar linhas de investimento

Estimular estratégias de qualificação do controle social

Apoiar o processo de planejamento local

Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional

- Reconhecimento das Regiões. As Regiões Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.

As Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.

As Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.

As Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.

O desenho das Regiões intra e interestaduais deve ser submetida a aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

Financiamento do Sistema Único de Saúde

3.1 - São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;

Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodo-

logia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;

Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;

Financiamento de custeio com recursos federais constituído, organizados e transferidos em blocos de recursos;

O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo as especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;

As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

- Os blocos de financiamento para o custeio são:

Atenção básica

Atenção de média e alta complexidade

Vigilância em Saúde

Assistência Farmacêutica

Gestão do SUS

Bloco de financiamento para a Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável e seus valores serão estabelecidos em Portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso de Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde;

Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias:

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

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao Município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde;

O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

b) Bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro de cada Estado, Município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC se destina, assim, ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

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 correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde;

O financiamento para as ações de vigilância sanitária deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.

O Limite Financeiro de Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em Portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, 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

Os recursos alocados tratados pela Portaria MS/GM nº 1349/2002, deverão ser incorporados ao Limite Financeiro de Vigilância em Saúde do Município quando o mesmo comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo.

No Componente da Vigilância Sanitária, os recursos do Termo de Ajuste e Metas – TAM, destinados e não transferidos aos estados e municípios, nos casos de existência de saldo superior a 40% dos recursos repassados no período de um semestre, constituem um Fundo de Compensação em VISA, administrado pela ANVISA e destinado ao financiamento de gestão e descentralização da Vigilância Sanitária.

Em Estados onde o valor per cápita que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mí-

nimo daquele Estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária – PEVISA.

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

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

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo:

Parte Fixa: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido Municípios, Distrito Federal e Estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios.

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 na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas específicos.

O 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 e reúne:

Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais);

Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;

Imunobiológicos;

Insulina;

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.

A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado.

O Ministério da Saúde repassará aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes

para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

As Diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições:

Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas.

Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor federal e gestor estadual;

Revisão periódica de valores da tabela;

Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo 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.

- Financiamento para Investimentos

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a re-adequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

Estímulo à Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.

Investimentos para a Atenção Básica - recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

4 – Planejamento no SUS

4.1 – O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada,

integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais e regionais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

4.2 - Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;

Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;

Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;

Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;

Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

4.3 - Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;

Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;

Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;

Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades

que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;

A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais

de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Contratação - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Auditoria Assistencial ou clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realizar as não conformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

Cada prestador responde apenas a um gestor;

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

da descentralização, municipalização e comando único;

da busca da escala adequada e da qualidade;

considerar a complexidade da rede de serviços locais;

considerar a efetiva capacidade de regulação;

considerar o desenho da rede estadual da assistência;

a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.

Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.

Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

Contratualização de todos os prestadores de serviço;

Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

Participação e Controle Social

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), e é parte fundamental deste pacto.

7.1 - As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste pacto são:

Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros;

Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;

Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto;

Gestão do Trabalho

8.1 - As diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes:

A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;

Estados, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde;

O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;

Desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

As Diretrizes para Planos de Cargos e Carreira do SUS devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema;

Promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;

Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação vigente;

Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;

Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS;

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde;

8.2 - Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:

Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este Componente, Estados, Capitais, Distrito Federal e nos Municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde;

Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes;

Sistema Gerencial de Informações - Esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

Educação na Saúde

9.1 – A - As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são:

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e conseqüentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;

Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de gover-

no, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

B - RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Este capítulo define as Responsabilidades Sanitárias e atribuições do Município, do Distrito Federal, do Estado e da União. A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Algumas responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos os municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados devem ser assumidas por todos eles.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

– MUNICÍPIOS

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;

Todo município deve:

garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando

atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;

com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

– ESTADOS

Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e união, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;

Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;

Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física ne-

cessária para a realização das ações de atenção básica;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar e executar e as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;

Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;

Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

– DISTRITO FEDERAL

Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;

Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela união;

Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;

Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;

Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

– UNIÃO

Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;

Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para

o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde

Pública/RNLS - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

– MUNICÍPIOS

Todo município deve:

contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.

participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no

planejamento regional e no plano regional de investimento;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.

– ESTADOS

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

– DISTRITO FEDERAL

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

– UNIÃO

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;

Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;

Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

– RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

– MUNICÍPIOS

Todo município deve:

formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;

elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no

âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

– ESTADOS

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

– DISTRITO FEDERAL

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;

Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SI-NASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;

Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em

conformidade com o plano estadual I de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

– UNIÃO

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a

produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o Estado e outros Municípios, das referências intermunicipais.

Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;

Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previs-

tas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

– **ESTADOS** Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;

Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;

Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;

Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pac-

tuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;

Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;

Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;

Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;

Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

– DISTRITO FEDERAL

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;

Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;

Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;

Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de

acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas

Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

– UNIÃO

Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;

Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

5 – RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

5.1 - MUNICÍPIOS

Todo município deve:

promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/ SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;

Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.2 – ESTADOS

Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização,

da participação e da democratização das relações de trabalho;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/ SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.3 – DISTRITO FEDERAL

Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.4 – UNIÃO

Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;

Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o

provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1 - MUNICÍPIOS

Todo município deve:

formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

6.2 – ESTADOS

Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

6.3 – DISTRITO FEDERAL

Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

6.4 – UNIÃO

Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com

as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção;

RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1 - MUNICÍPIOS

Todo município deve:

apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

7.2 – ESTADOS

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do

Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

7.3 – DISTRITO FEDERAL

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais

7.4 - UNIÃO

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

V - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

A - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT.

Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, referidas no item I deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes do item III e os indicadores de monitoramento.

Os Termos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação;

Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em portaria específica.

Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/– 96 e na NOAS SUS 2002.

Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

B - PROCESSO DE MONITORAMENTO

O processo de monitoramento dos Pactos deve seguir as seguintes diretrizes:

Ser um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados

com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da união com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;

Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

VI - DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO DO SUS

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria

Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes dos municípios é, necessariamente, o Secretário de Saúde da Capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos Colegiados de Gestão Regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

PORTARIA MS Nº 699, DE 30 DE MARÇO DE 2006

(DOU 03.04.2006)

Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

Notas:

1) Ver Portaria MS nº 1.559, de 01.08.2008, DOU 04.08.2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

2) A Portaria MS nº 325, de 21.02.2008, DOU 22.02.2008, rep. DOU 13.03.2008, 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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram várias dimensões do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS, necessitando de normatizações específicas para sua regulamentação;

Considerando que a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal são os documentos de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão;

Considerando que a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal

substituem o atual processo de habilitação, resolve:

Art. 1º Regulamentar a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

Art. 2º Estabelecer que as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo I), Estadual (Anexo II), do Distrito Federal (Anexo III), e Federal (Anexo IV).

§ 1º A unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007. Para o ano de 2006 continuam em separado o Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde/PPI-VS, com a pactuação no Termo de Compromisso de Gestão das metas do Pacto pela Vida e de alguns indicadores para orientar o monitoramento global dos Pactos.

§ 2º Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal e Estadual podem ser acrescentadas outras metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

§ 3º As metas nacionais servem de referência para a pactuação das metas municipais, estaduais e do DF, no que se refere às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida.

§ 4º Deverá constar no verso dos documentos dos Termos de Compromisso de Gestão um glossário para facilitar sua compreensão.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão terá os seguintes Anexos, que ficam instituídos conforme respectivos modelos:

I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos. (Redação dada ao inciso pela Portaria MS nº 372, de 16.02.2007, DOU 21.02.2007)

II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal - Anexo VI;

III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF - Anexo VII; e

IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

Art. 3º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo.

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá ser feita conforme pactuação.

§ 4º Quando não couber o Termo de Cooperação entre Entes Públicos - TCEP, o município deve encaminhar o Extrato do TCEP, assinalando a não pertinência deste. (Parágrafo acrescentado pela Portaria MS nº 372, de 16.02.2007, DOU 21.02.2007)

Art. 4º Estabelecer que a Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município.

Art. 5º Estabelecer que o Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

§ 1º No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

§ 2º Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

§ 3º O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso.

Art. 6º Estabelecer que o Relatório de Indicadores de Monitoramento será gerado por um sistema informatizado, a ser implantado a partir de 2007, será um Anexo do Termo de Compromisso de Gestão.

Parágrafo único. Permanece em vigor, no ano de 2006, a pactuação de indicadores nos processos específicos do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde/PPI-VS, conforme

disposto no § 1º do art. 2º, aos quais será acrescido um grupo de indicadores cuja pactuação dar-se-á no próprio instrumento do Termo de Compromisso de Gestão, não gerando assim o Relatório de Indicadores de Monitoramento, neste ano.

Art. 7º Estabelecer normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI;

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e

Nota: A Portaria SAS nº 311, de 14.05.2007, DOU 15.05.2007, estabelece que a atualização sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações SCNES, SIA e SIH, é responsabilidade dos municípios, estados e Distrito Federal.

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos

componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

Art. 8º Estabelecer que a construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

Nota: Ver Portaria MS nº 2.362, de 05.10.2006, DOU 06.10.2006, que torna público o Termo de Compromisso de Gestão Federal.

I - Gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;

II - Gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do DF;

III - Gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;

IV - O Ministério da Saúde apoiará a negociação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao município e estado, quando solicitado;

V - Os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual; e

VI - Os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

§ 1º Os Municípios, Estados e DF que não apresentarem condições de assumir integralmente as responsabilidades atribuídas a todos no Termo de Compromisso de Gestão na data de sua assinatura devem pactuar um cronograma, parte integrante do referido Termo de Compromisso, com vistas a assumi-las. As outras responsabilidades atribuídas aos municípios serão pactuadas e estabelecido o cronograma, quando necessário.

§ 2º As ações necessárias para apoiar os municípios e/ou o estado para a consecução do cronograma referido no § 1º, assim como para

o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser expressas nos respectivos Planos de Saúde.

§ 3º O Termo de Compromisso de Gestão Municipal deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde, em negociação com o estado e municípios da sua região de saúde.

§ 4º O Termo de Compromisso de Gestão Estadual deve ser construído em sintonia com o Plano Estadual de Saúde, em negociação com o gestor federal e representante dos gestores municipais de saúde, na CIB.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão do DF deve ser construído em sintonia com o seu Plano de Saúde, em negociação com o gestor federal.

§ 6º O Termo de Compromisso de Gestão Federal deve ser construído em sintonia com o Plano Nacional de Saúde, em negociação com representantes dos gestores estaduais e municipais, na CIT.

§ 7º Anualmente, no mês de março, serão revistas as metas, objetivos e indicadores dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal.

Art. 9º Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal:

I - Aprovação no Conselho Municipal de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo VIII), juntamente com o Extrato do Termo de Compromisso entre Entes Públicos (Anexo V); a Declaração da CIB de Comando Único do Gestor Municipal (Anexo VI), observada a pactuação estabelecida; o Termo do Limite Financeiro Global do Município (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento. (Redação

dada ao inciso pela Portaria MS nº 372, de 16.02.2007, DOU 21.02.2007)

IV - Após receber os documentos a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 10. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual:

I - Aprovação no Conselho Estadual de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão Estadual (Anexo II), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do Estado (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos, a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 11. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal:

I - Aprovação no Conselho de Saúde do Distrito Federal;

II - Após aprovação no Conselho de Saúde do DF, a Secretaria de Saúde do DF encaminhará

para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão do DF (Anexo III), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do DF (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

III - Após receber os documentos, a CIT terá o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

IV - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item II para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 12. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Federal:

I - Aprovação no Conselho Nacional de Saúde; e

II - Encaminhamento do Termo de Compromisso de Gestão Federal (Anexo IV) para a CIT, que terá trinta dias para se posicionar;

Art. 13. Estabelecer as seguintes regras de transição:

I - As responsabilidades e prerrogativas de estados e municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS nº 96 e pela NOAS SUS nº 1/2002, ficam mantidas até à assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

II - Os processos de habilitação de municípios conforme a NOAS SUS nº 1/2002 que já tenham sido pactuados nas respectivas CIB até à data de publicação desta portaria, poderão ser homologados pela CIT;

III - (Revogado pela Portaria MS nº 2.690, de 19.10.2007, DOU 22.10.2007 - Ed. Extra)

IV - Apenas os estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo

de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas. O MS poderá propor à CIT outros incentivos para os estados, Distrito Federal e municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão; e

V - Após o término do prazo será feita uma avaliação tripartite, pela CIT, sobre a situação dos estados e municípios que não assinaram o Termo de Compromisso de Gestão no prazo estabelecido.

Art. 14. O processo de monitoramento do Pacto deverá seguir as seguintes diretrizes:

I - Ser um processo permanente no âmbito de cada esfera de governo, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

II - Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

III - Monitorar os cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão; e

IV - Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

Parágrafo único. A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Art. 15. Definir regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios:

I - Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite - CIB e a Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - Transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:

I - Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara

Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído; e

II - Em caso de discordância em relação à decisão da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - A CIT deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da CIT até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta Portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.

Art. 16. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Fica revogada a Portaria nº 1.734/GM, de 19 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 162, de 23 de agosto de 2004, seção 1, página 34.

SARAIVA FELIPE

INSTRUÇÃO NORMATIVA N. 09/2008

Dispõe sobre as contas anuais prestadas pelos dirigentes das autarquias, fundações, fundos previdenciários e consórcios públicos municipais.

O Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, no uso das atribuições e prerrogativas conferidas pelos arts. 31 e 75 da Constituição da República, no caput e no § 4º do art. 180 da Constituição Mineira, no art. 1º da Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000, nos incisos III e XXIX do art. 3º e no art. 46 da Lei Complementar Estadual n. 102, de 17 de janeiro de 2008, no parágrafo único do art. 9º da Lei n. 11.107, de 06 de abril de 2005, e no art. 12 do Decreto n. 6.017, de 17 de janeiro de 2007, resolve:

TÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 1º - As contas anuais prestadas pelos dirigentes das autarquias, fundos previdenciários e fundações municipais regidas pela Lei Federal 4.320/64 e pelos representantes legais dos consórcios públicos municipais, para fins de julgamento, deverão conter os balanços gerais, nos quais constarão dados relativos à execução financeira, patrimonial e orçamentária.

§ 1º - As contas anuais das autarquias, fundações, fundos previdenciários e consórcios públicos municipais se farão acompanhar do relatório produzido pelo órgão de controle interno, nos termos desta Instrução, bem como do parecer do Conselho Fiscal ou similar.

§ 2º - Na falta do parecer do Conselho Fiscal ou similar, será necessária a apresentação de

declaração sobre a não existência desses Conselhos, de acordo com a previsão legal ou estatutária.

§ 3º - As contas anuais dos institutos ou fundos previdenciários, além do relatório e do parecer a que se referem o § 1º, far-se-ão acompanhar de avaliação atuarial, prevista no inciso I do art.

1º da Lei Federal 9.717/98 e atualizações, que deverá estar em conformidade com os parâmetros definidos pela Portaria MPAS 4.992/99 e atualizações, devendo constar, no mínimo:

I - situação da base cadastral fornecida pelo ente, sendo apresentadas críticas e hipóteses adotadas para resolver inconsistências dos dados, bem como informação da data em que estão posicionadas as informações cadastrais utilizadas na avaliação;

II - descrição das coberturas existentes com especificação dos respectivos regimes de financiamento utilizados para os cálculos atuariais, em consonância com o item II do Anexo I da Portaria MPAS 4992/99;

III - explicitação das hipóteses mínimas enumeradas no item IX, Anexo I, Portaria MPAS 4992/99, sobre a utilização da taxa real de juros, crescimento da remuneração ao longo da carreira, rotatividade e uso das Tábuas Biométricas Referenciais em função do evento gerador;

IV - estimativa de valores a receber e a pagar referentes à compensação financeira regulamentada pela Lei 9.796 de 5 de maio de 1999;

V - valores resultantes da avaliação atuarial, incluindo:

a) rentabilidade nominal dos ativos acumulada no ano;

- b) valor atual dos benefícios futuros;
- c) valor atual das contribuições futuras;
- d) reservas matemáticas;
- e) ativo do plano; e
- f) déficit/superávit atuarial apurado.

VI - Plano de Custeio, incluindo as seguintes informações:

- a) custo normal do plano (excluído o custo suplementar);
- b) alíquotas de contribuição mensais praticadas pelo ente e pelos segurados;
- c) custo suplementar com o respectivo prazo para amortização;
- d) caso haja segregação das alíquotas de contribuição por faixa salarial, idade ou outros critérios, tal divisão deverá ser detalhada na avaliação.

VII - Análise comparativa entre os resultados das três últimas avaliações anuais e da avaliação corrente, indicando a margem de erro das suposições formuladas em relação ao observado de acordo com o que preceitua a Portaria MPAS 4992 de 05 de fevereiro de 1999 - Normas Gerais de Atuária.

VIII - Parecer Atuarial elaborado considerando-se todos os fatores relevantes para os resultados da avaliação atuarial, devendo o atuário explanar sobre os seguintes assuntos:

- a) as causas do superávit/déficit técnico atuarial. Em se tratando de déficit técnico, indicar possíveis soluções para seu equacionamento, e de superávit, explicitar sua destinação;

- b) comparativo dos últimos três anos entre a taxa de juros atuarial, e a rentabilidade efetiva dos fundos;
- c) ocasionais mudanças de hipóteses e/ou métodos atuariais;
- d) conclusão do atuário responsável pela avaliação sobre a situação atuarial do ente previdenciário.

Art. 2º - As contas anuais serão prestadas por meio do sistema informatizado, disponibilizado pelo Tribunal de Contas, intitulado SIACE/PCA, não se admitindo a prestação das informações por outros meios.

Art. 3º - Compete ao dirigente de autarquia, fundo previdenciário, fundação e ao representante legal do consórcio público, que estiver no exercício do cargo, apresentar as contas a este Tribunal.

TÍTULO II

Da Apresentação da Prestação de Contas Anual

Art. 4º - As contas serão encaminhadas ao Tribunal de Contas, no prazo de até 90 (noventa) dias após o encerramento do exercício, e poderão ser encaminhadas:

- I - por via da internet, no endereço eletrônico www.tce.mg.gov.br, mediante acesso ao Sistema Informatizado de Apoio ao Controle Externo/ Prestação de Contas, nesta Instrução denominado SIACE/PCA; ou
- II - por via da apresentação dos dados em disquete, CD-ROM ou pen drive, contendo o SIACE/PCA, entregues diretamente na Diretoria de Informática do Tribunal de Contas.

§ 1º - Não será permitida a remessa das prestações de contas anuais ao Tribunal pelo correio, por fac-símile ou e-mail.

§ 2º - A remessa das prestações de contas, na forma prevista no inciso I deste artigo, dar-se-á mediante identificação da senha disponibilizada pelo Tribunal de Contas, no momento do credenciamento do gestor.

§ 3º - Em caso de sucessão do dirigente ou extravio da senha obtida, o fato ocorrido deverá ser comunicado ao Tribunal para que seja providenciado novo credenciamento ou emissão de nova senha.

Art. 5º - As contas anuais prestadas pelo dirigente serão consideradas recebidas pelo Tribunal:

I - com a emissão automática do recibo, na condição do inciso I do art. 4º desta instrução;

II - com a emissão do comprovante de recebimento, após a Diretoria de Informática verificar o atendimento aos requisitos e consistências exigidas pelo SIACE/PCA, na hipótese do inciso II do art. 4º desta Instrução.

TÍTULO III

Dos Ajustes da Prestação de Contas Anual

Art. 6º - As prestações de contas anuais relativas ao exercício financeiro de 2008 e subseqüentes admitirão apenas um pedido de retificação dos dados apresentados pelos gestores, desde que não tenha sido concluída a primeira análise técnica.

§ 1º - Não serão aceitas as retificações que em razão da extensão e do conteúdo importem substituição que caracterize nova prestação de contas.

§ 2º - O pedido de retificação será encaminhado, por meio de ofício, à Presidência do Tribunal, devidamente assinado pelo gestor responsável, indicando de forma individualizada a Unidade Jurisdicionada e o período ao qual se refere,

bem como a retificação pretendida e as justificativas às mesmas.

§ 3º - A Presidência o encaminhará ao Relator do processo para análise e manifestação, no prazo de até 5 (cinco) dias.

§ 4º - Aceitas as justificativas apresentadas pelo Gestor, o Relator encaminhará os autos à Diretoria competente para o processamento dos dados. Na hipótese de não-acatamento do pedido o interessado deverá ser intimado da decisão.

TÍTULO IV

Do Manual de Procedimentos e das Regras Técnicas de Natureza Obrigatória

Art. 7º - O SIACE/PCA, bem como o Manual Técnico de Instalação e Utilização que define o alcance, a modulação, a configuração, a formatação e a padronização dos dados e das informações a serem enviadas, serão disponibilizados pelo Tribunal, por via da internet, no endereço eletrônico www.tce.mg.gov.br.

Art. 8º - As demonstrações orçamentárias e contábeis deverão refletir:

I - A padronização e as inovações contidas na Portaria 42, de 14 de abril de 1999, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; na Portaria Interministerial STN/SOF n. 163, de 4 de maio de 2001, com suas alterações posteriores, e no Manual de Procedimentos da Receita Pública, da Secretaria do Tesouro Nacional, para as autarquias e fundações regidas pela Lei 4.320/64;

II - A padronização e as inovações contidas na Portaria MPS 916, de 15 de julho de 2003 e suas alterações, do Ministério da

Previdência Social, para os institutos e fundos previdenciários;

III - A padronização e as inovações contidas no Decreto n. 6.017, de 17 de janeiro de 2007, para os consórcios públicos.

IV - nos termos do § 4º do art. 8º da Lei n. 11.107/2005, o consórcio deverá fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio.

Parágrafo único - A fixação e a realização de despesas deverão ser detalhadas até o nível de elemento, em conformidade com o disposto no art. 15 da Lei 4.320, de 17 de março de 1964, no inciso III e no § 3º do art. 3º da Portaria 163/2001, com o desdobramento suplementar facultado pelo § 5º do art. 3º da referida Portaria, de acordo com a Classificação de Despesa contida no SIACE.

TÍTULO V

Dos Responsáveis

Art. 9º - Serão arrolados, nos processos de prestação de contas anual, os gestores, os ordenadores de despesas, os responsáveis pela contabilidade, pelo controle interno e pela avaliação atuarial. Parágrafo único - Constarão no rol de responsáveis:

I - nome completo e por extenso, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda (CPF/MF) e número da carteira de identidade;

II - identificação da natureza do cargo ou função e período de responsabilidade;

III - endereço residencial completo;

IV - endereço eletrônico se houver;

V - número de inscrição no Conselho Regional de Contabilidade de Minas Gerais - CRC/MG, no caso de responsável pela contabilidade;

VI - número de inscrição do atuário no Membro do Instituto Brasileiro de Atuária - MIBA, no caso de responsável pela avaliação atuarial.

TÍTULO VI

Do Controle Interno

Art. 10 - O controle interno das autarquias, fundações, fundos previdenciários e consórcios públicos deverá atuar visando à fiscalização do cumprimento dos programas e metas estabelecidos no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e no Orçamento Anual, bem como à observância das normas estabelecidas pela Lei Complementar 101/00.

§ 1º - Deverá ser encaminhado, juntamente com a prestação de contas, o relatório emitido pelo órgão de controle interno de cada entidade, instituto ou fundo previdenciário e dos consórcios públicos, vedada a emissão de relatório por empresas de assessoria, auditoria ou consultoria contratada.

§ 2º - O relatório do órgão de controle interno das entidades deverá conter:

I - avaliação dos resultados quanto à eficiência e à eficácia da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;

II - informação quanto à observância dos limites para inscrever as despesas em restos a pagar e quanto aos limites e condições para realizar a despesa total com pessoal;

III - informação quanto à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos;
IV - indicação do montante inscrito em restos

a pagar e do saldo, na conta Depósitos, de valores referentes a contribuições previdenciárias devidas a instituto ou fundo próprio de previdência, se houver;

V - detalhamento da composição das despesas pagas a título de obrigações patronais, distinguindo-se os valores repassados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) daqueles repassados ao instituto ou fundo próprio de previdência, se houver;

VI - avaliação dos procedimentos adotados quando de renegociação da dívida com o instituto ou fundo próprio de previdência, se houver, com indicação do valor do débito, dos critérios utilizados para a atualização da dívida, do número de parcelas a serem amortizadas ou de outras condições de pagamento pactuadas;

VII - informação quanto às providências adotadas pelo dirigente da entidade diante de danos causados ao erário, com especificação, quando for o caso, dentro do período, de sindicâncias, inquéritos e processos administrativos ou tomadas de contas especiais instauradas e os respectivos resultados, com indicação de números, causas, datas de instauração e comunicação ao Tribunal de Contas;

VIII - informação acerca da conformidade dos registros contábeis gerados pelos sistemas operacionais utilizados pelas entidades com os dados do SIACE, principalmente com relação aos saldos anteriores.

§ 3º - o relatório do órgão de controle interno dos institutos e dos fundos previdenciários deverá evidenciar, além dos aspectos mencionados no § 2º, os seguintes:

I - informações sobre os critérios adotados para manter atualizados os dados cadastrais dos contribuintes e segurados;

II - detalhamento da composição das despesas pagas a título de obrigações patronais, distinguindo-se os valores repassados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) daqueles retidos pelo próprio instituto ou fundo gestor de regime próprio de previdência social;

III - comportamento da arrecadação de receitas de contribuições em relação à previsão contida na lei do orçamento, com indicação das principais medidas adotadas para limitar as despesas, quando verificado déficit na arrecadação;

IV - procedimentos adotados para possibilitar a cobrança, também dos exercícios anteriores, de contribuições não recebidas dos segurados e patronais;

V - data da realização da última avaliação atuarial, nome do atuário, seguido do número de seu registro como Membro do Instituto Brasileiro de Atuária (MIBA);

VI - informação quanto ao atendimento aos arts. 8º, 10 e 11 da Portaria MPAS 4.992/99;

VII - indicação do percentual contributivo dos servidores ativos, inativos e pensionistas segurados, da parte patronal e da contribuição adicional;

VIII - informação do valor do déficit do instituto ou fundo gestor de regime próprio de previdência social, explicitando a forma de amortização, se for o caso;

IX - informação acerca dos valores de contribuições recebidos da Prefeitura, da Câmara e de entidades da Administração Indireta, de forma individualizada;

X - comprovação da observância do disposto na Resolução CMN 3.244, de 28 de outubro

de 2004, do Banco Central do Brasil, sobre as aplicações dos recursos do regime próprio de previdência social;

XI - informação do valor total das remunerações, proventos e pensões dos segurados vinculados ao RPPS, relativo ao exercício anterior, nos termos do § 3º do art. 17 da portaria MPAS 4.992/99, explicitando o percentual definido em lei para a taxa de administração, se for o caso, e o montante das despesas realizadas no exercício destinado à referida taxa.

TÍTULO VII

Das Obrigações a Cargo da Contabilidade

Art. 11 - Os responsáveis pela contabilidade deverão observar a consistência dos dados gerados no sistema operacional utilizado pelas entidades com aqueles reproduzidos no SIACE/PCA, sob pena de comunicação do fato ao Conselho Regional de Contabilidade e ao Ministério Público para adoção das medidas cabíveis em relação ao Contador responsável pelos registros.

Art. 12 - Constatadas irregularidades nas contas, as justificativas apresentadas, no momento da abertura de vista ao gestor, deverão ser acompanhadas de backup da prestação de contas com as alterações efetuadas para "Reexame".

TÍTULO VIII

Disposições Finais

CAPÍTULO I

Das Penalidades

Art. 13 - Apuradas omissões e/ou divergências nas informações prestadas, o dirigente da entidade poderá ser responsabilizado nos autos da própria prestação de contas.

Art. 14 - O descumprimento do dever de prestar contas, no prazo a que se refere o caput do art. 4º desta Instrução ensejará a adoção das seguintes medidas pelo Tribunal:

I - aplicação de multa ao prestador inadimplente nos termos do inciso II do art. 85 da Lei Complementar 102/08;

II - instauração de tomadas de contas, nos termos do inciso VI do art. 3º da Lei Complementar 102/08.

CAPÍTULO II

Dos Documentos

Art. 15 - A lei de criação da entidade, regimento interno, protocolo de intenções, contrato de rateio dos consórcios públicos, com as mais recentes alterações, deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Área de Análise de Contas das entidades da Administração Indireta Municipal (CAIDM) do Tribunal de Contas.

Art. 16 - As entidades da administração indireta municipal deverão manter, em seus arquivos, os documentos relativos à arrecadação de receitas e à realização de despesas, assim como aos demais atos de gestão com repercussão contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, devidamente organizados e atualizados, para fins de exame, in loco, e/ou requisição pelo Tribunal.

Art. 17 - Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, especialmente a Instrução Normativa 09/07.

Plenário Governador Milton Campos, em 03 de dezembro de 2008. Elmo Braz Soares Conselheiro-Presidente

(Minas Gerais, de 23.12.08)

INSTRUÇÃO NORMATIVA N.º 19/2008

Contém normas a serem observadas pelo Estado e pelos Municípios para assegurar a aplicação dos recursos mínimos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde

O TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, especialmente as previstas no art. 31 e 75 da Constituição Federal, no art. 76 e no § 4.º do art. 180 da Constituição Estadual, no inciso XXIX do art. 3.º e no inciso III do art. 72 da Lei Complementar n.º 102, de 17 de janeiro de 2008, resolve:

CAPÍTULO I

Das ações e serviços públicos de saúde

Seção I

Das bases de cálculo

Art. 1.º - O Estado e os Municípios, aplicarão anualmente, no mínimo, 12% (doze por cento) e 15% (quinze por cento), respectivamente, dos impostos e recursos que compõem as bases de cálculo definidas nos incisos II e III do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, da Constituição Federal.

§ 1.º - As bases de cálculo para a apuração dos percentuais mínimos são as seguintes:

I – no Estado, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e alínea “a” do inciso I e Inciso II do art. 159 da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios, e

II – nos Municípios, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e inciso I, alínea “b” do art. 159, e § 3.º, da Constituição Federal.

§ 2.º - Para o Estado e os Municípios, a demonstração das bases de cálculo da aplicação em ações e serviços públicos de saúde será apresentada nos Anexos I-A e I-B - Demonstrativo da Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde, respectivamente.

§ 3.º - Na hipótese da Constituição Estadual e das Leis Orgânicas Municipais definirem percentuais de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde superiores aos estabelecidos na Constituição Federal, aplicar-se-ão os previstos naqueles diplomas legais.

Seção II

Do Repasse dos recursos

Art. 2.º - Na gestão financeira dos recursos destinados à saúde repassados pelo Estado e pelos Municípios aos seus respectivos órgãos executores deverão ser observados os critérios de programação e execução financeira e orçamentária.

§ 1.º - Os valores referidos no caput deste artigo, repassados do caixa do Estado e dos Municípios aos respectivos órgãos executores, deverão ser depositados e movimentados em conta corrente bancária específica, observando-se os seguintes prazos:

I - recursos arrecadados do primeiro ao décimo dia de cada mês, até o vigésimo dia;

II - recursos arrecadados do décimo primeiro ao vigésimo dia de cada mês, até o trigésimo dia;

III - recursos arrecadados do vigésimo primeiro dia ao final de cada mês, até o décimo dia do mês subsequente.

§ 2.º - Os recursos a serem repassados nos termos do § 1º deste artigo deverão ser depositados em conta corrente bancária específica, observado o disposto no inciso I do art. 50 da Lei Complementar n.º 101, de 04 de maio de 2000 e parágrafo único do art. 8.º, desta Instrução Normativa.

Seção III

Das despesas com ações e serviços públicos de saúde

Art. 3.º - Consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde, para efeito da aplicação dos recursos de que trata esta Instrução, aquelas com pessoal e outras despesas de custeio e de capital, financiados pelo Estado e pelos Municípios, conforme o disposto no art. 196, no § 2.º do art. 198 e no art. 200 da Constituição Federal e na Lei n.º 8.080/90, destinadas a:

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

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, as de saúde do trabalhador e, de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

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

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

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

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

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

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

IX - formular e executar a política de sangue e seus derivados.

Art. 4.º - Os recursos previstos nos incisos I e II do § 1.º do art. 1.º desta Instrução deverão ser aplicados, integralmente, no exercício financeiro correspondente, sendo apurados pela soma das despesas que forem devidamente empenhadas e liquidadas nos termos do art. 63 da Lei Federal n.º 4.320, de 17 de março de 1964, e demonstrados nos Anexos II-A e II-B – Demonstrativo dos Gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, para o Estado e Municípios, respectivamente.

Parágrafo único – Excetuam-se do *caput* deste artigo as aplicações em ações e serviços públicos de saúde, realizadas por entidades não integrantes do orçamento fiscal.

Art. 5.º - Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS, à Lei Federal n.º 11.107, de 6 de abril de 2005, à Lei Federal n.º 4.320, de 17 de março de 1964 e ao Decreto Federal n.º 6.017, de 17 de janeiro de 2007, no que couber.

§ 1.º - Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar n.º 101/00, o consórcio público para o desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde deve fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente jurisdicionado, na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

§ 2.º - O consórcio público a que se refere o caput deste artigo está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas.

§ 3.º - É vedada a aplicação dos recursos entregues por meio de contrato de rateio para o atendimento de despesas genéricas em ações e serviços públicos de saúde, inclusive transferências ou operações de crédito.

Art. 6.º - As despesas legalmente empenhadas no exercício e inscritas em restos a pagar não processados não serão computadas para fins de apuração dos limites de gastos referentes às ações e serviços públicos de saúde.

Seção IV

Da contabilização

Art. 7.º - As receitas e despesas vinculadas às ações e serviços públicos de saúde serão evidenciadas nos balanços do Poder Público, assim como nos demonstrativos a que se referem o § 3º do art. 165 da Constituição Federal; o § 4º do art. 157 da Constituição do Estado e o art. 52 da Lei Complementar n.º 101/00.

Art. 8.º - Os recursos do orçamento fiscal do Estado e dos Municípios, destinados às ações e

serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade, deverão ser identificados, escriturados de forma individualizada por fonte e contabilizados por meio de Fundo de Saúde, que será contemplado na Lei Orçamentária Anual com programas exclusivamente a ele vinculados, observando-se o estabelecido nos planos estadual e municipais de saúde.

Parágrafo único - As demonstrações contábeis dos fundos de saúde deverão ser escrituradas de modo a evidenciar os valores das disponibilidades financeiras, os restos e obrigações financeiras a pagar e todas as demais contas do ativo e passivo financeiros.

CAPÍTULO II

Da fiscalização e dos controles

Seção I

Do Estado

Art. 9.º – O Poder Executivo Estadual encaminhará ao Tribunal de Contas, até o encerramento do mês subsequente, os demonstrativos contábeis relacionados com as aplicações de recursos em ações e serviços públicos de saúde, para acompanhamento e apuração nos termos dos Anexos I-A e II-A, mencionados nesta Instrução e de conformidade com o disposto na instrução normativa que trata das contas do governador.

Seção II

Dos Municípios

Art. 10 - Para fins de fiscalização pelo Tribunal de Contas, os Municípios deverão proceder ao agrupamento em separado, mês a mês, em via exclusiva para o Tribunal, das notas de empenho e respectivos comprovantes

referentes às despesas com as ações e serviços públicos de saúde, por fonte de recurso, sendo:

I – notas de empenho e respectivos comprovantes das despesas relativas às ações e serviços públicos de saúde, financiadas com recursos próprios, que comporão o percentual mínimo exigido constitucionalmente; e

II – notas de empenho e respectivos comprovantes das demais despesas com saúde, financiadas com recursos de outras fontes;

III - termos de convênios acompanhados das respectivas prestações de contas e dos comprovantes legais relativos aos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde;

IV - cópia do contrato de rateio, acompanhada das respectivas prestações de contas e dos comprovantes legais relativos aos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde;

V – cópia do contrato de programa e respectiva prestação de contas, relativos aos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, nos termos da alínea “d” do inciso XI do art.

4.º combinado com o art. 13 da Lei n.º 11.107/05;

VI - cópia do protocolo de intenção, se existir, contendo as respectivas cláusulas necessárias do contrato de gestão, devidamente formalizado, exigidas conforme art. 4.º da Lei n.º 11.107/05.

§ 1.º - A documentação de que trata o caput deverá estar acompanhada de relatório devidamente assinado e datado, o qual discriminará o número da nota de empenho, o nome do

favorecido, o valor e a respectiva conta pagadora.

§2.º - A documentação referente às despesas inscritas em restos a pagar deverão ser separadas em processadas e não processadas e constar de relatório próprio.

Art. 11 - O Poder Executivo Municipal encaminhará ao Tribunal de Contas, juntamente com a prestação de contas anual, os Anexos I-B e II-B, integrantes nesta Instrução, devidamente preenchidos, conforme o disposto no art. 42 e seus §§ da Lei Complementar Estadual n.º 102/08.

Sessão III

Do acompanhamento e Controle Social

Art. 12 - O acompanhamento e o controle social sobre a distribuição, a transferência e a aplicação dos recursos das ações e serviços públicos de saúde serão exercidos, no âmbito do Estado e dos Municípios, por Conselhos instituídos especificamente para este fim em cada esfera de governo, conforme estabelecido no § 2.º do art. 1º da Lei Federal n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, combinado com os termos da Resolução n.º 333, do Conselho Nacional de Saúde, de 4 de novembro de 2003.

Parágrafo único - Cabe, ao Conselho supervisionar a elaboração da proposta orçamentária no âmbito de sua atuação quanto à sua compatibilidade com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, bem como o Plano de Saúde e suas respectivas programações anuais de saúde e o Plano Anual de Gestão, nos termos do § 2.º do art. 195 da Constituição da República, art. 36 da Lei n.º 8.080/90 e Resolução n.º 333/03, do Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO III

Das sanções e penalidades

Art. 13 - Sem prejuízo das sanções previstas na Lei Complementar n.º 102/08, pode o Tribunal de Contas adotar, ainda, as seguintes medidas:

I – remessa de ofício ao Presidente da República para fins do disposto na alínea “e”, inciso VII do art. 34 da Constituição Federal;

II – remessa de ofício ao Governador do Estado para fins do disposto no inciso III do art. 35 da Constituição Federal; e

III – encaminhamento dos autos correlatos ao Ministério Público junto ao Tribunal para a promoção das medidas legais cabíveis. Parágrafo único – Os responsáveis pelo órgão central do sistema de controle interno, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, delas darão conhecimento ao Tribunal de Contas, sob pena de responsabilidade solidária.

Plenário Governador Milton Campos, em 17 de dezembro de 2008. Conselheiro Elmo Braz Soares Presidente

(Minas Gerais, de 23.12.08)

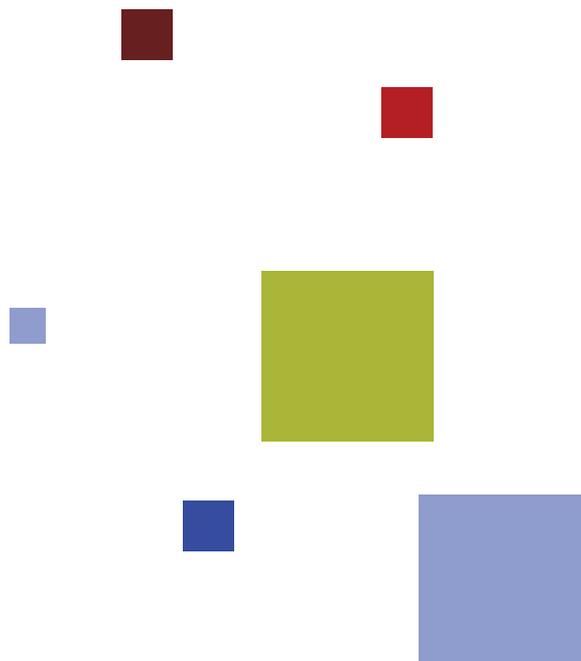
CAPÍTULO IV

Das disposições finais

Art. 14 - Os recursos do orçamento fiscal do Estado e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde aplicados por meio do fundo de saúde serão acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde, sem prejuízo dos controles a cargo do órgão central do sistema de controle interno e do controle externo, este exercido pelo Poder Legislativo com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado.

Art. 15 - Esta Instrução entra em vigor em 1º de janeiro de 2009.

Art. 16 - Ficam revogadas as disposições em contrário, especialmente a Instrução Normativa TC n.º 11/2003.



Fontes e consultas

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: Leis, normas e portarias atuais. Brasília, 2001. 230p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos. Brasília, 2001. 242p.

BRASIL. Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Ponte Nova. Guia de Relacionamento da Dads de Ponte Nova.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. O jeito cearense de fazer o SUS - um guia para os gestores municipais / Organização de Isabel Cristina Cavalcanti Carlos. Fortaleza, 2004. 80p.

Principais sites consultados:

www.sespa.pa.gov.br

www.saude.rj.gov.br

www.ammg.gov.br

www.portalmedico.gov.br

www.inca.pa.gov.br

www.saude.gov.br

www.datasus.gov.br

www.fiocruz.gov.br

www.conass.gov.br

www.aids.gov.br

www.anvisa.gov.br

www.funasa.gov.br

www.fns.saude.gov.br

