



## Sumário

Apresentação.....	1
Gestão em Saúde no SUS .....	2
Para ser um Gestor Municipal do SUS.....	2
Atribuições e competências dos entes federativos no SUS .....	5
Atribuições compartilhadas.....	5
Competências exclusivas do Ministério da Saúde.....	7
As Secretarias Estaduais de Saúde .....	9
As Secretarias Municipais de Saúde .....	10
As Comissões Intergestores do SUS .....	11
Qual o papel do Conasems/Cosems para o Gestor Municipal de Saúde? .....	13
Planejamento do SUS .....	14
Plano Municipal de Saúde - PMS.....	15
Programação Anual de Saúde – PAS.....	16
Relatório Anual de Gestão - RAG.....	17
Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).....	18
Financiamento da saúde.....	19
Investimento Tripartite.....	19
Aplicação de recursos na saúde .....	20
Percentuais de investimento.....	22
Emendas Parlamentares.....	23
Tipos de Emendas ao Orçamento.....	23
Emendas Individuais .....	23
Emendas Individuais de Custeio - Incremento Teto Média e Alta Complexidade (MAC) e Piso de Atenção Básica (PAB) .....	24
Emendas Coletivas – Bancadas ou Comissões .....	24
Emendas de Comissões .....	24
Emendas de Bancadas Estaduais ou Regionais .....	25
Emendas de Relatoria.....	25
Sobre despesas de custeio e capital.....	25
Financiamento da Atenção Primária À Saúde - Programa Previne Brasil .....	26
I) Capitação – Critérios de Ponderação .....	27

II) Pagamento por Desempenho.....	30
III - Incentivos a Ações Específicas e Estratégicas.....	33
Controle Social.....	35
O que são Conselhos de Saúde?.....	36
Conferências de Saúde .....	38
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde .....	39
Atribuições da Gestão do Trabalho .....	40
Atribuições da Gestão da Educação .....	41
Judicialização em Saúde .....	42
Referências .....	49

## Apresentação

O Sistema Único de Saúde é a maior política pública Brasileira, criado pela constituição de 1988 e regulamentado pelas leis orgânicas 8080 e 8142/90. A implementação do SUS apresenta uma série de desafios, como o financiamento inadequado e a pouca capacidade de gestão dos atores envolvidos. Ser gestor requer conhecimento sobre o funcionamento do Sistema de Saúde em toda sua extensão, além de capacidade de liderança e articulação com os mais diversos setores da sociedade.

Em virtude do tamanho do desafio, tanto técnico como político, uma situação bastante comum é a alta rotatividade de gestores. Este fenômeno tem provocado estudos sobre o impacto do mesmo na construção e continuidade das políticas públicas. Algumas vezes, alguns pouco indivíduos conseguem chegar ao cargo de gestor com uma certa bagagem teórica e prática, mas na maioria das vezes estão em sua primeira experiência. A depender do apoio que consiga e da capacidade de ampliar seus conhecimentos este gestor terá maior ou menor probabilidade de permanecer no cargo e fazer diferença para a saúde do município.

Diante desta realidade e seguindo sua missão de representar e contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas de saúde, apoiando e qualificando os 223 gestores municipais de saúde da Paraíba, empoderando-os na condução das tomadas de decisão, promovendo proativamente, a articulação e a pactuação técnica e política em torno dos interesses municipais, com vistas à defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O Cosems/PB criou no ano de 2019 o Projeto “E Agora Gestor?”.

O E agora, gestor é um espaço de acolhimento com a finalidade de contribuir para ampliação da compreensão dos novos gestores municipais sobre a organização e o funcionamento do Sistema único de Saúde, com foco no papel da gestão municipal. Durante a oficina são abordadas as principais informações que um gestor deve ter conhecimento, tendo por base a constituição federal, as Leis orgânicas da Saúde, a Lei Complementar 141/2012, o Decreto 7508/2011 e as Portarias de consolidação do Ministério da saúde.

Neste dia também é apresentado o sistema CONASEMS/COSEMS e a estrutura e projetos do COSEMS/PB que estarão à disposição dos gestores com vista a representá-lo e apoiá-lo em sua missão de ser o responsável sanitário de um município.

O presente documento foi elaborado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba, enquanto um resumo das principais discussões que serão apresentadas na primeira fase de oficinas do projeto.

## Gestão em Saúde no SUS

A Gestão em saúde pode ser definida como conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, e esferas públicas de saúde (hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde). Abrange três grandes dimensões: os espaços dos cuidados diretos – singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, equânime, integral, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (Luiz Cecílio, 2009).

### Para ser um Gestor Municipal do SUS

Responsabilizar-se pela garantia do direito à saúde significa que o gestor do SUS possui a autoridade sanitária em cada esfera de governo, capaz de agir pautado por princípios éticos – políticos – educativos orientados pela Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Trata-se de cumprir um dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o direito à saúde que se ancora na luta da sociedade brasileira pela Reforma Sanitária, na década de 80, do século XX, cujo legado consistiu em atender o anseio popular de justiça social.

Como autoridade sanitária, o gestor assume uma responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, e que, portanto, não se encerra no período de um governo.

No que se refere ao aspecto técnico se faz necessário que o gestor do SUS possa articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exigirá um conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde para execução das políticas de saúde.

Para Ser Gestor(a) do SUS é preciso manter diálogo permanente com o controle social instituído, com a comunidade e com a sociedade civil organizada. Não é por acaso que a Constituição de 1988 se expressa como o texto constitucional mais democrático que o País já produziu, consagrando um contexto favorável à participação dos cidadãos nos processos de tomada das decisões políticas essenciais ao bem-estar da população.

Nesse contexto, foi criada a Lei nº 8.142 de 1990, que institui os Conselhos de Saúde, que se configuram enquanto espaços, onde os cidadãos participam do processo de tomada de decisões na Administração Pública, do processo de fiscalização e de controle dos gastos públicos, contribuindo de forma decisiva para avaliação dos resultados alcançados pela ação governamental. Portanto, o controle social torna-se um tema evidentemente prioritário no

campo da saúde, onde uma democracia mais participativa deve ser priorizada. Tanto para o Estado quanto para a sociedade, o controle social tornou-se modelo concreto de proposta participativa de construção do Sistema Único de Saúde.

Desta maneira, torna-se imperativo ressoarmos aos quatro cantos que o **“SUS É DE TODOS E PARA TODOS”**, sempre com muita ênfase, muito mais do que na época em que os artífices e fundadores de nosso sistema público de saúde o idealizaram.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com seus pares na gestão da saúde e na relação com o Estado e União. Não há município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar o universo de todas as ações de atenção à saúde. O SUS é um sistema dinâmico cuja regionalidade está em permanente transformação. A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos não termina nos limites do município. A garantia do atendimento integral a este cidadão, ou seja, a eventual necessidade de complementaridade da assistência, mesmo fora do município, é uma corresponsabilidade da gestão municipal. A gestão do SUS é, em sua essência, um ato de negociação e pactuação da política local, regional, estadual e nacional. Repara-se nesse movimento a ênfase dada à regionalização como estratégia a ser firmada na relação entre gestores municipais, na sua região e no estado. O encontro entre esses atores é capaz de produzir consensos que constroem um SUS vivo e viável para toda a gestão.

Portanto o gestor municipal deve participar ativamente da condução e da formatação da região de saúde e suas inter-relações com os demais municípios e esses com outras esferas de poder do Estado Republicano. Nenhum estado ou município tem autoridade ou autonomia para deliberar sobre ações dentro de outro município, conforme artigo 18 da CF/88. Isto só pode ocorrer por meio de resoluções colegiadas dos gestores e, mesmo assim, apenas a partir de consensos regionais. De acordo com a CF/88, os municípios são autônomos em relação ao governo do Estado e da União. O SUS deve ser construído com base numa relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo. A gestão não estará completa se o gestor não participar da negociação regional.

No SUS, um sistema descentralizado, a gestão municipal passou a ser o principal contato entre o usuário e o poder público. Os problemas de saúde passam a ser responsabilidade do governo municipal, que executa as ações de atenção à saúde, cabendo ao Estado e à União o papel de apoio técnico e financeiro, de acordo com o artigo 30 da Constituição Federal.

Ao instituir os municípios como entes federativos, a CF/88 lhes atribuiu responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos, tais quais saúde e educação (Art. 30).

A CF/88 estabeleceu as diretrizes gerais do SUS, de modo a conformar um esboço do sistema nacional de saúde que iria se constituir, remetendo à legislação setorial a responsabilidade de definir as atribuições específicas de cada ente da federação, bem como os mecanismos de coordenação intergovernamental. Para tanto, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90). Além disso, ao longo da implementação do SUS a partir da década de 1990, uma série de normativas foi editada para regular esse processo.

Com a importância acumulada nos movimentos atuais de normatização definitiva para os problemas sanitários e legais ligados a ela, instituíram-se normas como a Lei 12.466, que institucionalizou os colegiados intergestores, assim como a nova figura das Comissões Intergestores Regionais (CIR), o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamentou aspectos da Lei nº 8.080, e pela Lei Complementar nº 141/2012, que define a responsabilização pela gestão do SUS e inova apontando outras formas de governança e financiamento.

Ser Gestor(a) do SUS pressupõe estar ciente do cenário grandioso que compõe o campo da saúde pública no nosso país e deve pautar-se ainda, pelo empenho na realização dos objetivos firmados no Art. 3º de nossa CF:

*Construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais, promovendo o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.*

As competências e responsabilidades de cada município variam de acordo com os compromissos assumidos, que envolvem diversos fatores como: extensão territorial, população, localização geográfica, capacidade instalada, entre outros.

Extraído do MANUAL DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DO SUS “DIÁLOGOS NO COTIDIANO” – CONASEMS – 2016 - 1ª EDIÇÃO

## Atribuições e competências dos entes federativos no SUS

Segundo Santo e Carvalho, 2018, é importante para todo agente público o conhecimento do Direito Público e do Direito Administrativo, pois todos que detêm responsabilidades nas esferas de governo trabalham diretamente com normas jurídicas. Segundo estes mesmos autores o Direito se expressa por uma série de normas (constituição, leis, decretos, portarias, resoluções, deliberações, regulamentos, normas técnicas, instruções etc.). No sistema único de saúde existem os entes federados que realizam a gestão do SUS (União, representada pelo Ministério da Saúde, os estados-membros, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde e órgãos afins, o Distrito Federal e os municípios, com suas respectivas secretarias de saúde ou órgãos afins), cada ente e suas entidades podem expedir atos normativos próprios, para que não haja um caos é estabelecida uma hierarquia entre os entes e entre os atos. Dentro desta hierarquia ficaram estabelecidas algumas atribuições e competências são comuns aos entes e outras que são exclusivas. Desta o artigo 15 apresenta as atribuições comuns aos entes enquanto que os artigos 16, 17, 18 e 19 da Lei 8080/90 estabelecem a atribuição de cada ente e os limites de sua atuação.

**Existe um conjunto de atribuições que são comuns a todos os entes federados, estas estão dispostas no art. 15 da Lei 8080/90.**

### Atribuições compartilhadas

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

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

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

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

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

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

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



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

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

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

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

### Competências exclusivas do Ministério da Saúde

De acordo com a Lei 8.080/1990, em seu Art. 16, a direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

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

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

É responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados à promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros, sendo principal financiador da rede pública de saúde.

## As Secretarias Estaduais de Saúde

De acordo com a Lei 8.080/1990, em seu Art. 17, à direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição; e
  - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

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

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

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

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

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

### As Secretarias Municipais de Saúde

No Art. 18. da Lei 8080 fica atribuído à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) as seguintes competências:

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

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

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

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

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

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

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

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

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

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

O artigo 19 estabelece que ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

## As Comissões Intergestores do SUS

Como já foi apontado anteriormente, o SUS é gerido por três entes, o que chamamos de gestão tripartite (União, Estados e Municípios). Por apresentar atribuições comuns e uma rede regionalizada e hierarquizada faz-se necessário espaços para pactuação entre os entes estes são as Comissões Intergestores.

Segundo Santos e Carvalho, 2018, as comissões intergestoras foram criadas por uma solicitação do Conselho Nacional de Saúde, que em 1991 pela sua resolução nº2, de 26 de abril, recomendou ao Ministério da Saúde a criação de uma comissão Especial visando a discutir e elaborar propostas para implementação do SUS constituída pelas três instâncias gestoras Públicas. Esta solicitação originou a portaria 1180 de julho de 1991, que só foi implementada em 1993 com a portaria 545 de 20 de maio. Esta estruturou a CIT (composta pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e as CIB (compostas pelas secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde).

A lei 12.466 de agosto de 2011 alterou a lei 8080 para reconhecer as comissões Tripartite (CIT) e Bipartites (CIB), que eram criadas por portaria do ministério e reconhece CONASS e CONASEMS, enquanto entidades representantes das secretarias estaduais e Municipais nestas comissões. Com o Decreto 7508/2011 são criadas as Comissões Intergestoras Regionais.

Assim a governança do SUS, atualmente, é formada pelas comissões intergestoras onde:

A Comissão Intergestora Regional (CIR) é uma instância de cogestão no espaço regional com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de uma rede regionalizada de serviços de saúde integrados. São colegiados de gestão não paritário, mas regido por consenso. A CIR deve possuir uma Secretaria Executiva e uma câmara técnica, além de cronograma de reuniões ordinárias.

A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) é o espaço estadual de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. Suas decisões são consensuadas. Tem composição paritária formada por 14 membros, sendo sete indicados pela Secretaria Estadual de Saúde e sete indicados pelo Conselho de Secretarias Municipal de Saúde A CIB deve possuir uma Secretaria Executiva e uma câmara técnica, além de cronograma de reuniões ordinárias.

A Comissão Intergestora Triparte (CIT) é a Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A gestão tripartite do SUS é feita por meio das comissões intergestores que formam os espaços para a governança do sistema. Estes são instituídos pelo decreto 7.508/11 em três composições de base regional, estadual e nacional.

Pelos Decreto 7.508, CAPÍTULO V - DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA , Seção I - Das Comissões Intergestores:

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

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

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

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

### Qual o papel do Conasems/Cosems para o Gestor Municipal de Saúde?

Instituído pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, onde acrescenta os arts. 14-A e 14-B a Lei 8.080/1990.

O Conasems é uma entidade que representa potencialmente os interesses das Secretarias Municipais de Saúde para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento, bem como congrega todos os Secretários Municipais de Saúde como membros-efetivos.

Portanto, no decorrer os anos vem atuando no fortalecimento do SUS representando os gestores municipais de saúde, promovendo qualificações para estes e apoiando a implementação das políticas públicas de saúde.

Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Neste contexto, cabe destacar a missão do COSEMS-PB, que é representar e contribuir para formulação e implementação de políticas públicas de saúde, apoiando e qualificando os gestores municipais de saúde, empoderando-os na condução da tomada de decisão, promovendo proativamente a articulação e a pactuação técnica e política em torno dos interesses municipais, com vistas a defesa dos princípios e diretrizes do SUS.

Santos e Carvalho (2018), afirmam que as comissões intergestores garantem a governança compartilhada da saúde públicas e a legalidade das mesmas e dos conselhos de secretários constituiu um largo passo para reconhecimento da cooperação institucional do



SUS com interdependência e compartilhamento entre os entes, tornando-o uma rede interfederativa de saúde, o que acarreta cooperação entre os entes.

Para os autores a lei deu a seguintes competências às comissões intergestores:

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

2 – Definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações de saúde e serviços de saúde. Principalmente no tocante à governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

3 – Fixar diretrizes sobre regiões de saúde, distrito sanitário, integração de território, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativo.

## Planejamento do SUS

Bases Legais:

- O Decreto nº 7.508, de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 e dispõe sobre alguns aspectos do planejamento, sendo da obrigação do gestor público a elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento. Por um, o decreto também trata de aspectos da assistência e da articulação interfederativa.
- A Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012 (LC 141/2012), que regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF 88), definindo as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com o SUS dos três níveis federativos.
- A Portaria nº 2.135, de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS, define como instrumentos do planejamento em saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) e orienta os pressupostos para o planejamento. A mesma cita os seguintes pressupostos:

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

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

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

IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

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

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

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



## Plano Municipal de Saúde - PMS

O Plano Municipal de Saúde é uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos; no processo de definição de uma agenda e um cronograma para as ações e

medidas empreendidas; e também no processo de monitoramento e avaliação da gestão. Sua validade é de quatro anos – do segundo ano do governo recém-eleito ao primeiro ano do próximo governo – devendo ser apresentado até 15 de Abril do primeiro ano de governo, e, conseqüentemente, subsidiando o planejamento orçamentário do município

O PMS deve estar sempre em “diálogo” com os dispositivos legais do SUS e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde.

**O PMS deve conter:**

- Conteúdo básico:
  - Análise situacional da saúde do município;
  - Objetivos, diretrizes, metas e indicadores;
  - Monitoramento e avaliação.
- Validade: 4 anos, do segundo ano do atual governo ao primeiro ano do próximo governo.
- Prazo: 15 de Abril do primeiro ano de governo.

## Programação Anual de Saúde – PAS

A Programação Anual de Saúde (PAS) descreve as ações e seus respectivos recursos financeiros planejados, descrevendo anualmente tais aspectos e, também, descrevendo os objetivos e metas atrelados a tais ações. A PAS deve ser aprovada pelo CMS e isto deve ocorrer antes do encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

A PAS deve ser apresentada para subsidiar o planejamento orçamentário do município até 15 de Abril, para sua vigência no ano seguinte<sup>10</sup>.

**A PAS deve conter:**

- Conteúdo básico:
  - Metas (atreladas a);
  - Ações (atreladas a);
  - Recursos.
- Validade: anual.
- Prazo: 15 de Abril de cada um dos 4 anos de governo.

## Relatório Anual de Gestão - RAG

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento de planejamento do SUS, previsto em diversos dispositivos legais do SUS, como LC 141/2012 e a Portaria nº 2.135 de 2013.

Este instrumento refere-se à apresentação de resultados atrelados à PAS e deve ser enviado ao Conselho Municipal de Saúde até 30 de março do ano seguinte à sua competência para análise e emissão de parecer pelo conselho.

O RAG referente a 2018, deve ser produzido utilizando-se a nova plataforma do Ministério da Saúde, o DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento. O referido sistema será utilizado para *registro de informações relativas aos instrumentos de planejamento em saúde de estados, Distrito Federal e municípios, a partir de janeiro de 2019.*

O DGMP possibilitará o registro sequencial das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde, atualização das metas e lançamento de previsão orçamentária da Programação Anual de Saúde; elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e do Relatório Anual de Gestão; e permitirá ainda o registro de metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores.

Ao DGMP serão incorporadas as funcionalidades dos sistemas SargSUS e SISPACTO, ressaltando-se que o SargSUS continuará disponível até 26 de março de 2020, para os gestores sanarem as pendências dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) anteriores ao ano de 2018 e também aos conselhos de saúde para apreciação dos RAG anteriores a 2018.

### **O Relatório Anual de Gestão (RAG) deve conter:**

- Conteúdo básico:
  - Diretrizes, objetivos e indicadores do PMS;
  - Metas previstas e executadas da PAS;
  - Resultados;
  - Análise da Execução Orçamentária;
- Validade: anual.
- Prazo: Final de março de cada um dos 4 anos de governo.

Também se destaca como instrumento de planejamento do SUS o Relatório de Gestão Quadrimestral e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Este último deve ter seu conteúdo semelhante ao RAG, focando-se ao período quadrimestral,

devendo ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro, sempre referente ao quadrimestre anterior. Deve servir ao monitoramento da execução da PAS e do PMS, devendo ser apresentado pelo gestor da saúde em audiência pública na Câmara de Vereadores e no CMS.

### Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)

- **Conteúdo básico:**
  - Resultados da execução da PAS;
  - Recursos aplicados no período;
  - Auditorias realizadas ou em execução e suas recomendações;
  - Oferta e produção de serviços da rede própria e conveniada/contratada;
  - Informações sobre o COAP.
- Validade: quadrimestral.
- Prazo: deve ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro referentes aos quadrimestres janeiro-abril, maio, agosto e setembro-dezembro, respectivamente.

O § 4º, do Art. 36, da LC 141/12, dispõe sobre um modelo padronizado simplificado para o relatório quadrimestral, para os municípios com até 50 (cinquenta), mil habitantes, cujo instrumento mereceu aprovação do Conselho Nacional de Saúde, nos termos da Resolução CNS nº 459, de 10 de outubro de 2012, que contempla a estrutura do relatório.

Os instrumentos do planejamento do SUS, em especial o PMS e a PAS, dão subsídios não apenas para a gestão do SUS, mas também para a formulação e gestão do orçamento municipal. Nesse sentido, o cronograma e os prazos que regem estes instrumentos estão intimamente ligados ao cronograma dos instrumentos legais do orçamento municipal.

Os três principais instrumentos do planejamento orçamentário são:

- Plano Plurianual (PPA)
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)
- Lei Orçamentária Anual (LOA)

Plano Plurianual (PPA) - é um instrumento da administração e do planejamento públicos cujo conteúdo é a programação do governo, para quatro anos, de suas diretrizes, objetivos e metas, descrevendo os programas e ações que resultarão em bens e serviços para a população. Seu período de vigência é do segundo ano do governo vigente ao primeiro

ano do governo sucessor. Desta forma, o aumento de despesa decorrente de expansão ou criação de novas ações e serviços deve estar previsto no PPA. O PPA deve ser compatível ao PMS e às leis orçamentárias. Seu prazo de encaminhamento ao legislativo é quatro meses antes de se encerrar o primeiro exercício financeiro - 31 de agosto.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) é outro instrumento da administração pública, responsável por mediar a PPA e a LOA, definindo diretrizes e metas prioritárias (contidos no PPA) relacionando-as à viabilidade orçamentária subsequente ao exercício. Portanto, a LDO deve conter as metas e objetivos prioritários; orientações para a elaboração da LOA; quaisquer alterações nas leis tributárias e na política de pessoal e a fixação de limites orçamentários para os poderes. A LDO, em decorrência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), também deve conter aspectos do equilíbrio entre receita e despesas; dos critérios e limites para empenho; das normas de avaliação e controle dos recursos de programas atrelados ao orçamento; das condições para transferências de recursos a instituições públicas ou privadas, da caracterização das metas fiscais e dos riscos fiscais. A LDO deve ser objeto de audiência pública dos Poderes Executivos e Legislativos. Seu prazo para encaminhamento à Câmara de Vereadores é de oito meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro - 15 de abril.

A Lei Orçamentária Anual (LOA) é o instrumento da gestão pública que descreve as ações a serem realizadas pelo governo, define as receitas e autoriza os gastos para a execução, devendo ser compatível ao PPA e à LDO. Desta forma, o conteúdo da LOA refere-se à apresentação das receitas e das despesas planejadas. O projeto de Lei deve ser enviado à Câmara de Vereadores até quatro meses antes do final do exercício financeiro (31 de agosto). O monitoramento da execução orçamentária é realizado quadrimestralmente (maio/setembro/fevereiro) cabendo à Câmara a avaliação das metas fiscais e o CMS, dentro de sua atribuição, a avaliação da execução orçamentária e financeira da saúde.

## Financiamento da saúde

### Investimento Tripartite

**União:** Papel de caráter normativo. Estabelecimento de políticas públicas nacionais de saúde pública. Controle e fiscalização. Promoção da descentralização para Estados e municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal. Responsável pela maior parte do financiamento.

**Estados:** Descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde. Prestar apoio técnico e FINANCEIRO aos municípios. Controlar, acompanhar, avaliar e executar ações do meio ambiente, saneamento básico, ambiente de trabalho, insumos e

equipamentos, laboratórios e hemocentros. Avaliar e divulgar os indicadores de morbimortalidade no âmbito estadual.

**Municípios:** PLANEJAR, ORGANIZAR, EXECUTAR, CONTROLAR E AVALIAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

### Aplicação de recursos na saúde

Segundo a Lei Complementar 141/2012, em seu Art. 2º, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no [art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e às seguintes diretrizes:

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

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

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

**Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com RECURSOS MOVIMENTADOS POR MEIO DOS RESPECTIVOS FUNDOS DE SAÚDE.**

Em seu Art. 3º, observadas as disposições do [art. 200 da Constituição Federal](#), do [art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

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

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Em seu Art. 4º, **NÃO** constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;



V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

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

## Percentuais de investimento

**União:** Após a publicação da [Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016](#), prevê em seu [art. 111](#), que a partir do exercício financeiro de 2018, até o último exercício de vigência do Novo Regime Fiscal, a aplicação em ações e serviços públicos de saúde, será o valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

**Estados:** Anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 155](#) e dos recursos de que tratam o [art. 157](#), a [alínea “a” do inciso I](#) e o [inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal](#), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

**Municípios:** Aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 156](#) e dos recursos de que tratam o [art. 158](#) e a [alínea “b” do inciso I do caput](#) e o [§ 3º do art. 159, todos da Constituição Federal](#).

## Emendas Parlamentares

### Tipos de Emendas ao Orçamento

Conforme detalhado no *site* do Senado Federal:

*“Existem quatro tipos de emendas feitas ao orçamento: individual, de bancada, de comissão e da relatoria. As emendas individuais são de autoria de cada senador ou deputado. As de bancada são emendas coletivas, de autoria das bancadas estaduais ou regionais. Emendas apresentadas pelas comissões técnicas da Câmara e do Senado são também coletivas, bem como as propostas pelas Mesas Diretoras das duas Casas.*

*As emendas do relator são feitas pelo deputado ou senador que, naquele determinado ano, foi escolhido para produzir o parecer final sobre o Orçamento – o chamado relatório geral. Há ainda as emendas dos relatores setoriais, destacados para dar parecer sobre assuntos específicos divididos em dez áreas temáticas do orçamento. Todas as emendas são submetidas à votação da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO).*

### Emendas Individuais

As emendas individuais inseridas pelos parlamentares ao Projeto de Lei Orçamentaria serão aprovadas no limite de 1,2% da Receita Corrente Líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que 0,6%, ou seja, metade deste valor deverá ser destinado pelos parlamentares a *ações e serviços públicos de saúde*. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde, inclusive *custeio*, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais.

## Emendas Individuais de Custeio - Incremento Teto Média e Alta Complexidade (MAC) e Piso de Atenção Básica (PAB)

Além da destinação para investimentos, **as emendas individuais** também poderão estar alocadas para incrementar, em caráter temporário, o Piso de Atenção Básica e os Procedimentos do Teto da Média e Alta Complexidade desde que sejam obedecidos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Considerando a **vedação expressa o pagamento de despesas de pessoal e encargos sociais no caso de emendas individuais (art. 166, § 10, CF)**, a execução dos recursos de emenda parlamentar de custeio deve obedecer à legislação vigente, dentre as quais a Lei Complementar 141/12 que define o que são ações e serviços públicos de saúde, a Portaria de Consolidação nº 6/2017.

Nesse sentido, deve-se destacar o entendimento do Tribunal de Contas da União – TCU que, já sob a égide do Orçamento Impositivo, entendeu que as transferências decorrentes de programações incluídas na lei orçamentária anual por meio de emendas parlamentares individuais se caracterizam essencialmente como transferências voluntárias (cf. Acórdão nº 287/2016-Plenário-TCU).

Portanto, o dispositivo previsto no §10 do art. 166 da CF simplesmente reforça a vedação de utilização de transferências voluntárias – nesse caso expressamente temporárias – para custeio de despesas permanentes com pessoal. Aspecto que se aplica a qualquer espécie de emenda ou programação que não se configure como despesa obrigatória.

## Emendas Coletivas – Bancadas ou Comissões

Acerca das Emendas Coletivas, cumpre destacar que a Resolução nº 1/06-CN procurou dar uma nova orientação no sentido de promover o planejamento articulado e continuado por parte dos colegiados que as apresentam, buscando evitar o desperdício de recursos públicos. Elas podem ser de dois tipos: de Bancadas ou de Comissões.

## Emendas de Comissões

Conforme especifica o artigo 43 da Resolução nº 1/06-CN, as comissões permanentes do Senado e da Câmara dos Deputados e as comissões mistas permanentes do Congresso nacional podem apresentar emendas ao projeto, no âmbito de suas competências regimentais.

As emendas de comissão devem estar acompanhadas da ata da reunião que decidiu pela sua apresentação, ter caráter institucional e representar interesse nacional, identificar o objeto com precisão e não podem destinar recursos para entidades privadas, salvo se a programação estiver contemplada no projeto. Além disso, devem conter na sua justificativa: elementos, critérios e fórmulas que determinem a aplicação dos recursos, em função da população beneficiada pela respectiva política pública, quando se tratar de transferências voluntárias de interesse nacional (art. 44).

## Emendas de Bancadas Estaduais ou Regionais

Os artigos 46, 47 e 48 da Resolução nº 1/06-CN detalham a dinâmica no processo legislativo sobre as emendas de bancada estadual.

Conforme regulamento vigente, as Bancadas Estaduais no Congresso Nacional poderão apresentar emendas ao projeto, relativas a matérias de interesse de cada Estado ou Distrito Federal e devem estar acompanhadas da ata da reunião que decidiu pela sua apresentação, representar interesse estadual ou do Distrito Federal e identificar o objeto com precisão, sendo vedada a designação genérica de programação que possa contemplar obras distintas ou resultar em transferências voluntárias para mais de um ente federativo ou entidade privada.

No caso de projeto, tais emendas podem contemplar, alternativamente, a projeto de grande vulto, conforme definido na lei do plano plurianual ou projeto estruturante, nos termos do Parecer Preliminar, especificando-se o seu objeto e a sua localização.

## Emendas de Relatoria

As emendas do relator são feitas pelo deputado ou senador que, naquele determinado ano, foi escolhido para produzir o parecer final sobre o Orçamento – o chamado relatório geral. Há ainda as emendas dos relatores setoriais, destacados para dar parecer sobre assuntos específicos divididos em dez áreas temáticas do orçamento. Todas as emendas são submetidas à votação da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO).

## Sobre despesas de custeio e capital

A Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002, da Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda, é importante referencial para auxiliar na correta classificação de produtos em material permanente ou de consumo e na identificação em que categoria de despesa se enquadra.

É vedada a destinação de recursos de capital para realização de despesas de custeio e vice-versa. Os recursos que pertencem à categoria de custeio destinam-se a cobrir despesas relacionadas aquisição de material de consumo (materiais de expediente, limpeza, construção, medicamentos etc.) e contratação de serviços (manutenção hidráulica, elétrica, jardinagem etc.). Já o recurso de capital deve ser empregado na aquisição de materiais permanentes (eletrodomésticos, computadores, equipamentos médicos, mobiliário, etc.).

A Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002, traz:

Art. 2º - Para efeito desta Portaria, entende-se como material de consumo e material permanente:

I - Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;

II - Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Art. 3º - Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente:

I - Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;

II - Fragilidade, cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

III - Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

IV - Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e

V - Transformabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

## Financiamento da Atenção Primária À Saúde - Programa Previne Brasil

O Programa Previne Brasil foi instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) busca ampliar o acesso da população aos serviços de

saúde para garantir a universalidade do SUS. O foco é atender às necessidades e prioridades epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e espaciais, entre outras. Isso será estimulado por meio do componente de capitação ponderada, que considera as diferentes características da população cadastrada e as particularidades dos territórios, de acordo com a classificação geográfica do IBGE, assim proporcionando equidade na forma de transferência dos recursos aos municípios.

A proposta também visa melhorar a qualidade da APS na medida em que tem como um de seus pilares a valorização do trabalho das equipes e serviços para o alcance de resultados em saúde (componente pagamento por desempenho), além de incentivar avanços na capacidade instalada (informatização) e na qualidade da atenção (residências).

O novo financiamento da APS é baseado no modelo misto de financiamento formado por:

I - Capitação ponderada

II - Pagamento por Desempenho

III - Incentivos a estratégias e programas

#### I) Capitação – Critérios de Ponderação

- **População cadastrada:** em equipe de saúde da família e atenção primária credenciadas;
- **Vulnerabilidade socioeconômica:** considerando a proporção de pessoas cadastradas nas ESF e que recebam benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários-mínimos;
- **Perfil demográfico:** considera faixas etárias com maiores necessidades e gastos de saúde - população cadastrada nas ESF com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade;
- **Classificação geográfica:** classificação dos municípios de acordo com a tipologia rural-urbana definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

**Parâmetro de cadastro por equipe e município – de acordo com o tipo de município**

Tipologia IBGE	Número de municípios	Número de ESF	Parâmetro de cadastro		
			ESF	EAP 20h	EAP 30h
1 – Urbano	1.457	26.568	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2 - Intermediário Adjacente	686	4.068	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3 - Rural Adjacente	3.043	10.953			
4 - Intermediário Remoto	61	388	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5 - Rural Remoto	323	1.216			
<b>TOTAL</b>	<b>5.570</b>	<b>43.193</b>	-	-	-

**Valores Per capita/ano - Portaria nº 169, de 31 de janeiro de 2020**

Ajuste da distância (Tipologia IBGE)	Pesos por pessoa cadastrada	
	SEM critério socioeconômico e demográfico	COM critério socioeconômico ou demográfico (x 1,3)
1 – Urbano	1	1 x 1,3 = 1,3
2 - Intermediário Adjacente	1,45	1,45 x 1,3 = 1,885
3 - Rural Adjacente		
4 - Intermediário Remoto	2	2 x 1,3 = 2,6
5 - Rural Remoto		

Ajuste da distância (Tipologia IBGE)	Valores per capita	
	SEM critério socioeconômico e demográfico	COM critério socioeconômico ou demográfico (x1,3)
1 - Urbano	R\$50,50	R\$65,65
2 - Intermediário Adjacente	R\$73,23	R\$95,19
3 - Rural Adjacente		
4 - Intermediário Remoto	R\$101,00	R\$131,30
5 - Rural Remoto		

### Adaptações aos contextos

Equipes com profissional ausente por mais de 60 dias:

- Receberão 75% da valor per capita na ausência de profissional de nível médio/técnico Receberão 50% da valor per capita na ausência de profissional de nível superior Receberão o recurso do pagamento por desempenho de acordo com o alcance das metas dos indicadores;
- Variações no número de cadastro entre equipes do mesmo município são aceitáveis, desde que esteja dentro do limite do município;
- Limite do município = nº de equipes x parâmetro de cadastro por equipe.

### Transição de Modelos

1. Municípios com possibilidade de ampliar o custeio com o novo financiamento - Em 2020 já vale o novo modelo

a) Capitação ponderada

- Receberão 100% do recurso (como se todos os usuários estivessem quadrimestre)

b) A partir do 2º quadrimestre receberão pelos cadastrados alcançados

- Incentivo per capita de transição
- Valor fixo de base populacional (IBGE 2019) por 12 meses
- Portaria nº 172, de 31 de janeiro de 2020



### **Pagamento por desempenho**

- Receberão valor de acordo com a certificação do 3º ciclo do PMAQ por 8 meses (até o 2º quadrimestre);
- A partir do 3º quadrimestre receberão pelos resultados dos indicadores alcançados. Neste momento, vale para todos as equipes implantadas.

### **Incentivos a estratégias e programas**

- Receberão o equivalente às portarias vigentes a partir da competência financeira janeiro de 2020.

## 2. Municípios que não apresentavam em 2019 condições de ampliar seu custeio com o novo financiamento

- Em 2020 receberão de acordo com modelo anterior;
- Ministério da Saúde manterá o valor recebido em 2019 relativo à melhor competência financeira mensal para cada município;
- Valor máximo de 2019 por 12 meses (Portaria nº 173, de 31 de janeiro de 2020) + Incentivos a ações específicas e estratégicas (Valor equivalente às portarias vigentes).

## II) Pagamento por Desempenho

Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

O conjunto de indicadores do Pagamento por Desempenho a serem observados na atuação das Equipes de Saúde da Família – ESF e Equipes de Atenção Primária – EAP, para o ano de 2020, abrange as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), e são:

I – Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;

II – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

III – Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

IV – Cobertura do exame citopatológico;

V – Cobertura vacinal - poliomielite inativada e pentavalente;

VI – Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;

VII – Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Indicadores para pagamento em 2021 e 2022: serão definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite. Abordarão as seguintes áreas:

I - Ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde;

II - Ações no cuidado puerperal;

III - Ações de puericultura (crianças até 12 meses);

IV - Ações relacionadas ao HIV;

V - Ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose;

VI - Ações odontológicas;

VII - Ações relacionadas às hepatites;

VIII - Ações em saúde mental;

IX - Ações relacionadas ao câncer de mama; e

X - Indicadores Globais

### Parâmetros, Metas e Pesos dos Indicadores 2020

AÇÕES ESTRATÉGICAS	INDICADOR	PARÂMETRO	META 2020	PESO
PRÉ-NATAL	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%	2
SAÚDE DA MULHER	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%	1
SAÚDE DA CRIANÇA	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2
DOENÇAS CRÔNICAS	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1

## **Garantias atreladas ao alcance das metas propostas para o desempenho.**

*“Art. 9º Será considerado o alcance do peso total do referido indicador para efeitos de pagamento:*

*I - Nos casos de eventual desabastecimento de insumos, de responsabilidade do Ministério da Saúde ou do Estado, que interfiram no alcance das metas a serem atingidas pelos municípios e pelo Distrito Federal nos indicadores elencados nesta Portaria, mediante envio e análise da justificativa;*

*II - Ausência de treinamento específico para realização das ações que interfiram no alcance das metas a serem atingidas pelos municípios e pelo Distrito Federal nos indicadores elencados nesta Portaria, e cuja causa tenha sido dada pelo Ministério da Saúde ou Estado, mediante envio e análise da justificativa.”*

Pagamento Desempenho PMAQ-AB com valor definido pela Portaria 874 de 10 de maio de 2019, nas 8 primeiras competências financeiras do ano de 2020;

A partir setembro/2020: Pagamento Desempenho Previnde 07 Indicadores

### **Como acompanhar esses indicadores quadrimestralmente?**

O Ministério da Saúde disponibilizará os resultados mensais dos indicadores no portal do SISAB: <https://sisab.saude.gov.br/>.

Acesse também, Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, o documento orientador Como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho e guias de preenchimento do PEC, CDS.

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previnde Brasil - Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS.

III - Incentivos a Ações Específicas e Estratégicas

CONSIDERA:

- Ações e programas já credenciados e custeados pelo Ministério da Saúde;
- Atualização do piso salarial do agente comunitário de saúde, nos termos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006;
- Equipes informatizadas na data de publicação desta Portaria;
- Potencial adesão ao incentivo de custeio para os municípios ou Distrito Federal com residência médica e multiprofissional; e
- Potencial implantação das adesões ao Programa Saúde na Hora homologada.

Prioritários	Programa Saúde na Hora
	Informatização
	Formação e residência médica e multiprofissional
Saúde Bucal	Saúde Bucal
	CEO
	Laboratório de Prótese Dentária
	UOM
Promoção da Saúde	Programa Saúde na Escola
	Academia de saúde
Especificidades	Consultório na Rua
	Equipes Ribeirinhas
	UBS Fluviais
	Microscopistas
	Prisional
	Saúde do Adolescente

**Informatiza APS - Portaria 2.983 de 11 de novembro de 2019**

**Conceito:** fomento à informatização por meio de custeio para implantação e manutenção de prontuário eletrônico.

- Contratação livre pelos municípios, que escolhem a solução mais adequada à sua realidade;
- Obrigação de envio de dados no formato e volume adequado para recebimento do custeio (aumento progressivo das exigências).

**Benefício:**

- Melhora nos registros: acompanhamento contínuo em ótima granularidade das condições de saúde da população, com induções focadas (por grupo populacional e/ou região);
- Aumento da produtividade e capacidade de acompanhar o indivíduo por equipes e gestores.

**Valores de repasse:**

- Custeio - média de R\$ 2.000,00/equipe (varia conforme caracterização do município).

**Residência na APS**

**Conceito:** é o custeio repassado aos municípios que possuem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e/ou Multiprofissional em Odontologia e Enfermagem na Saúde da Família:

- Para vagas de residentes de 1º e 2º anos que compõe equipe eSF;
- Necessária adesão do município e credenciamento da SAPS.

**Benefício:**

- Ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil;
- Qualificação da assistência.

**Valores de repasse:**

- MFC: R\$ 4.500,00 mensais, para o município, por vaga de residente ocupada que compõem equipe ESF;
- Enfermagem e Odontologia: R\$ 1.500,00 mensais, para o município, por vaga de residente ocupada que compõem equipe ESF/SB.\*

Para entender mais a situação do seu município frente ao Programa Previne Brasil, acesse o simulador de dados da proposta do novo financiamento da Atenção Primária à Saúde, disponível no link [www.portalgestaoconasems.net/ab](http://www.portalgestaoconasems.net/ab).

## Controle Social

O controle social é assegurado pela constituição e pela Lei 8142/90 e pela lei complementar 141/2012. Para Santos e (2018) a participação da sociedade nos atos de gestão dos administradores públicos decorre do conceito do Estado Democrático de Direito, assim o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos, na democracia representativa, ou diretamente, nos termos desta constituição, no voto direto, mas também fazer-se representar em espaços onde sua vontade possa se manifestar, no caso da democracia participativa.

Santos e Carvalho (2018) afirmam que a democracia participativa se caracteriza pela participação da sociedade na formação dos atos de governo, e existem vários dispositivos na constituição:

- Plebiscito, referendo e iniciativa popular (artigo 14 e 61, § 3º);
- Participação de trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos, quando seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação (artigo 10);
- Representação dos empregados nas discussões com os empregadores (artigo 11);
- Controle dos munícipes sobre as contas dos municípios (artigo 31, §3º);
- Participação do usuário na administração pública (artigo 37, § 3º);
- Controle Social sobre irregularidades econômico-financeiras (artigo 74, § 2º);
- Gestão quadripartite da seguridade social (artigo 194, parágrafo único, VII);
- Participação da Comunidade no SUS (artigo 198, III, e artigo 77, § 3º, do ADCT);
- Participação popular na assistência social (artigo 206, VI);
- Proteção do patrimônio cultural (artigo 216, § 1º).

Segundo a Lei 8142/90 estabeleceu as instâncias colegiadas do SUS para a garantia do controle social, em seu primeiro artigo.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 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.

## O que são Conselhos de Saúde?

O conselho é um órgão deliberativo do SUS, com atribuições definidas e em relação às quais ele pode deliberar de forma a normatizar, recomendar ou promover diligência. As deliberações normativas (aprovação de plano de saúde, relatório de gestão, programação anual, fixação de diretrizes e critérios, outras medidas propostas pelo dirigente do SUS) precisam de homologação da autoridade competente (ministro, secretário estadual e municipal de saúde, de acordo com o respectivo conselho). As demais deliberações (recomendações e diligências) não precisam desta homologação (SANTOS E CARVALHO, 2018).

Exemplo:

### **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**

**Art. 36 § 1o** - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o **envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira...**

**§ 2º** Os entes da Federação deverão encaminhar a **programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde**, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

### **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 453, de 10 de maio de 2012**

**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:

...

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

No âmbito da lei os conselhos são uma exigência a transferência de recursos destinados para a cobertura das ações e serviços de saúde (Lei 8142 de dez 90). Mas em

uma visão ampliada são canais de participação e controle social da sociedade civil sobre o Estado, estimulando a participação como direito de cidadania.

Devem ser constituídos por lei municipal, com composição paritária entre usuários (50% dos membros), trabalhadores (25% dos membros), gestores e prestadores (25% dos membros), possuir regimento próprio aprovado pelo próprio conselho e regra clara sobre o processo de eleição dos conselheiros.

Tem caráter deliberativo e permanente e possui as seguintes competências:

- atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-os com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;
- propor a adoção de critérios que definam qualidade e resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS;
- examinar propostas e denúncias, responder consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- estimular a participação comunitária no controle da administração do sistema de saúde;
- propor a convocação e estruturar a comissão organizadora da Conferência Municipal de Saúde;
- fiscalizar a movimentação dos recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou Fundo de Saúde;
- propor critérios para a programação e para a execução financeira orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;



- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS;
- outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da saúde;
- É consultivo e deliberativo;
- Deliberações podem ser normativas, recomendativas, investigativas e punitivas;
- As deliberações são transformadas em resoluções homologadas pelo chefe do executivo;
- Seu funcionamento deve ser definido por um regimento interno elaborado e aprovado pelo próprio conselho.

## Conferências de Saúde

A Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, ainda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e prevê a realização de Conferências de Saúde, a cada quatro anos, e a organização de Conselhos, ambos de caráter deliberativo e permanente. Porém, no que se refere às Etapas Municipais da Conferência Nacional, além de Decreto Presidencial publicado em Diário Oficial da União convocando a Conferência Nacional de Saúde, há a Resolução do Conselho Nacional de Saúde aprovando regimento.

As conferências devem garantir a participação dos atores do SUS (usuários, trabalhadores, prestadores e gestores) de forma paritária, conforme ocorre no conselho de saúde. Estão previstas para ocorrer em cada esfera de governo em intervalo de tempo determinado, não superior a 4 anos.

Tem por objetivo ouvir a sociedade pronunciar-se sobre os problemas de saúde que mais afligem e oferecer propostas de soluções, fazendo um diagnóstico da situação a partir da esfera local até a nacional; Por meio dela os gestores do SUS podem elaborar políticas de saúde mais adequadas para consecução dos objetivos, metas e estratégias do SUS, e estabelecer diretrizes da política de saúde (SANTOS E CARVALHO, 2018).

OBS: Lembrar que apenas para as Etapas Municipais da Conferência Nacional o tema é definido pelo Conselho Nacional de Saúde, para as Conferências Municipais o tema deverá ser definido com base nas prioridades locais.

A Lei nº 8142 estabelece as conferências e os conselhos de saúde enquanto espaços institucionais do controle social. Contudo o gestor pode promover outros espaços para ampliar a participação dos usuários. Por meio de espaços como este o gestor amplia seu diálogo com trabalhadores e cidadãos usuários, de forma criar possibilidades para expor seus limites e potencialidades para atender o solicitado, permitindo que todos atuem juntos

na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e Financeiros conforme preconizado na Lei 8142/901.

## **Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**

Um grande desafio para a saúde, que antecede ao SUS, é a formação dos trabalhadores e a gestão dos mesmos, de forma adequada ao sistema, sendo tema inclusive de conferências de saúde. Após a promulgação da constituição a temática foi redirecionada ganhando força com as Normas Operacionais, as Conferências de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e a criação no Ministério da Saúde de uma secretaria específica para a temática (SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde). Desde a criação da SGTES um conjunto de políticas foram criadas com vistas a trabalhar a mudança no perfil de formação dos trabalhadores da saúde, realizar provimento de trabalhadores e integrar o mundo do trabalho com as universidades.

Entre estas políticas e programas pode-se enumerar, A Política Nacional de Educação Permanente; o Programa Pró-residência; o Programa Telessaúde Brasil; A Universidade Aberta do SUS e o Programa Mais Médicos.

O Programa Telessaúde Brasil Redes foi lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ofertas de Educação Permanente em Saúde para os profissionais e trabalhadores do SUS utilizando tecnologia de comunicação e informação.

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) - foi lançado em 2009 com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o SUS.

O Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS.

Programa Mais Médicos - O Programa Mais Médicos (PMM) foi lançado em 2013 pelo Governo Federal com o apoio de estados e municípios para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regulamentado pela Lei Federal 12.871/2013.

Além de promover também a criação de espaços de pactuação entre a gestão municipal, a gestão estadual e as universidades:

1. Comissão de Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos, onde é acompanhado o funcionamento do programa no estado;

2. A Comissão de integração ensino serviço (CIES) onde são pactuadas as políticas envolvendo programas de graduação e residências (médicas e multiprofissionais) tendo os municípios e a rede estadual como campo de prática;

Por meio destas políticas e espaços é possível articular processos de qualificação de acordo com as necessidades das regiões de saúde. O que qualifica o trabalho em Saúde.

Para além destas ações mais estruturantes há um conjunto de atividades do dia a dia que precisam da atenção do gestor. O CONASEMS em sua publicação “Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS – Diálogos do Cotidiano” dedicou um capítulo a esta temática onde destacamos as responsabilidades do gestor, tanto na Gestão do Trabalho como na Gestão da Educação em Saúde:

### Atribuições da Gestão do Trabalho

Segundo cabe à Gestão do Trabalho:

- Promover e desenvolver políticas de gestão do processo de trabalho das pessoas, 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 profissionais de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

Algumas responsabilidades são 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 profissionais 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 profissionais de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

É importante que o gestor tome alguns cuidados iniciais nesta temática, como por exemplo:

- Levantamento de situação dos profissionais por equipe e categoria – quem, quantos, forma de ingresso, carga horária, remuneração, existência ou não de carreira, lotação, registro profissional e se estão em atividade ou não;
- Levantamento da legislação municipal pertinente;
- Levantamento da situação previdenciária;
- Como são os espaços de negociação;
- Existência de ações voltadas para a saúde do trabalhador; e
- Onde há insuficiência/suficiência, entre outros.

## Atribuições da Gestão da Educação

No campo da gestão da Educação na Saúde cabe ao gestor municipal:

- 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.

- Gostaríamos de lembrar que algumas políticas federais foram criadas para auxiliar na construção destas responsabilidades entre elas:

## Judicialização em Saúde

### O que é judicialização da saúde

- É a tentativa de obter medicamentos, exames, cirurgias, ou tratamentos aos quais os pacientes não conseguem ter acesso pelo SUS ou pelos planos privados, por meio de ações judiciais. Os pedidos são formulados com base no direito fundamental de que todo brasileiro tem direito a saúde.
- Causas da judicialização: subfinanciamento do SUS, medicamentos de auto custo, ausência de cobertura por parte dos planos de saúde, crise financeira (pacientes deixaram planos de saúde)

### Legislação

- Constituição Federal - Art. 196 a 200;
- Lei 8.080/1990 - Lei Orgânica da Saúde;
- Lei 8.142/1990 - Participação da Comunidade e transferências intergovernamentais;
- Decreto Federal 7.508/2011 - Regulamenta a Lei 8.080/1990;
- Lei Complementar 141/2012 - Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF - Valores mínimos aplicados e saúde;
- Lei 13.566/2018;
- Portaria Ministério da Saúde - MS nº 1.060 de 05 de junho de 2002- Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência;
- Decreto nº 3.298, de 20 de setembro de 1999 - art. 20- Medicamentos juntamente com a Lei 8080/1990 - art. 6º;
- Decreto nº 3.298, de 20 de setembro de 1999 - art. 18 e 19; Portaria MS nº 116, de 29 de setembro de 1993; Portaria nº 321/2007 Concessão de Órteses e Próteses;
- Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 - art. 17 - Alimentação e Nutrição;
- Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente;
- Concessão de Óculos (Portaria Normativa do Ministério da Educação- MEC/MS nº 15, de 24 de abril de 2007 - Projeto Olhar Brasil e Portaria MS nº 254, de 24 de julho de 2009.

### **Principais características da judicialização**

- Pleitos individuais ao invés do coletivo;
- Tendência de deferimento final e da antecipação de tutela sem pedido de informações complementares;
- Foco curativo e não preventivo;
- Pouca menção ao CNJ;
- Pouco conhecimento do direito sanitário;
- Sobrecarga dos municípios.

### **Estratégias preventivas**

Diálogo visando:

- Ingresso da ação contra o ente responsável (solicitar, acordar que seja considerado tratar-se de Atenção Primária, Média ou Alta Complexidade no momento de efetuar a escolha do polo passivo);
- Requerimento ao usuário da negativa e verificação da disponibilidade de serviços no SUS;
- Que seja realizado contatos com a SMS ou farmácia para verificar a possibilidade de solução administrativa do conflito;
- Ao receber recomendações ou notificações, citação e intimação, o município deve colaborar com as informações;

### **Pontos de defesa**

Ajuizada a demanda, são pontos a serem trabalhados na defesa do município:

- Liminar ou antecipação de tutela: demonstrar a ausência de fumaça de bom direito e perigo da demora;
- Multa ou bloqueio: destacar a economicidade/interesse público/bloqueio do ente responsável;
- Falta de interesse de agir e perda do objeto;
- Chamamento ao Processo e denúncia da lide;
- Ilegitimidade Passiva: Responsabilidade de outro ente, paciente com plano de saúde ou residente em outro município;
- Apontar a Reserva do Possível, quando oportuno, com base na razoabilidade da pretensão e a disponibilidade financeira do município;
- Utilizar os Enunciados da I, II e III Jornada de Direito da Saúde, existentes do CNJ, tais como:

- ENUNCIADO Nº 58 - Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME/RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse;
- ENUNCIADO Nº 59 - As demandas por procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais, fora das listas oficiais, devem estar fundadas na Medicina Baseada em Evidências;
- ENUNCIADO Nº 50 – II JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE - Salvo prova da evidência científica e necessidade preemente, não devem ser deferidas medidas judiciais de acesso a medicamentos e materiais não registrados pela ANVISA ou para uso *off label*. Não podem ser deferidas medidas judiciais que assegurem o acesso a produtos ou procedimentos experimentais.
- Arguir nas defesas quando se tratar de medicamentos e materiais não registrados pela Anvisa, medicamentos para uso *off label* e produtos ou procedimentos experimentais - OBS: é considerado *off label* todo uso de medicamento em situações divergentes das que constam na bula do medicamento registrado junto à Anvisa e, desta forma, não aprovado pelo órgão sanitário;
- Antes de fazer as peças defensivas verificar os PARECERES TÉCNICOS DO CNJ, estes estão no endereço -<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude/e-natjus>- Estes pareceres norteiam os juízes quanto a eficácia dos medicamentos, se já está incorporado na lista do SUS, e tem registro na ANVISA, se existe medicamentos similares para poder substituir;
- Buscar sempre informar nas peças defensivas que embora a responsabilidade seja solidaria, O OBJETO DA DEMANDA É DE ALTO CUSTO;
- Buscar sempre as Jurisprudências para subsidiar a defesa.

EMENTA: AÇÃO ORDINÁRIA. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PELA REDE PÚBLICA DE SAÚDE, MEDIANTE ADOÇÃO DE CRITÉRIOS E CONDICIONANTES. CUSTO ELEVADO AOS COFRES PÚBLICOS. PROVA DA EFICIÊNCIA DE OUTROS TRATAMENTOS OFERECIDOS PELO SUS. PROVA PERICIAL. IMPROCEDÊNCIA. CONFIRMAR A SENTENÇA. Não procede o pedido deduzido em ação ajuizada em desfavor do Estado de Minas Gerais se a parte autora não prova que o medicamento pretendido, prescrito por seu médico particular, figura como o único hábil ao seu tratamento ou que medicamentos similares fornecidos pelo SUS não oferecem mesma e esperada eficácia farmacológica. O fármaco é de alto custo aos

cofres públicos, sendo sua dispensação justificadamente criteriosa, em contexto que revela limitações de recursos, não representando única ou última opção ao tratamento do paciente, conforme conclusão extraída da prova pericial produzida. (TJMG - Apelação Cível 1.0024.07.691287-2/003, Relator(a): Des.(a) Armando Freire , 1ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 28/06/2016, publicação da súmula em 08/07/2016) (grifo nosso)

Embora o STF entenda que a responsabilidade dos entes é solidaria, o ENUNCIADO Nº 60, do CNJ, dispõe que: A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento. Grifo nosso.

Cada ente responde por competências distintas, senão vejamos:

- Municípios: provimento dos serviços de atenção básica;
- Estados: pelos de média complexidade (exames mais complexos, pequenas cirurgias etc.);
- Governo federal: alta complexidade, repassando recursos para os estados assumirem esse papel dentro do sistema.

Jurisprudência: EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - PROCESSUAL CIVIL - ADMINISTRATIVO - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO - PROLAÇÃO DA SENTENÇA - PREJUDICIALIDADE DO AGRAVO - SUBSISTÊNCIA DO INTERESSE RECURSAL - REJEIÇÃO DA PRELIMINAR - AUSÊNCIA DE RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO - ILEGITIMIDADE PASSIVA - EXTINÇÃO DO PROCESSO.

1. A superveniente prolação de sentença de procedência nos autos de ação civil pública, em regra, não torna prejudicado o agravo de instrumento tirado de despacho que apreciou o pedido de antecipação de tutela, em razão da possibilidade, em tese, de provimento do recurso.

2. Constatada a ilegitimidade do Município de Timóteo para figurar no pólo passivo da presente ação voltada para o fornecimento de medicamento não padronizado pelo SUS, cuja competência recai, em tese, sobre o Estado de Minas Gerais, impõe-se sua exclusão do pólo passivo da lide. (TJMG - Agravo de Instrumento - Cv 1.0687.14.001362-8/001, Relator(a): Des.(a) Edgard Penna Amorim, 8ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 26/02/2015, publicação da súmula em 09/03/2015) (grifo nosso)

Se mesmo após de todas estas considerações o município tiver que arcar com a decisão judicial, caberá ação regressiva em face do ente competente (Estado).



### **Dilação probatória**

- Perícia;
- Oitiva do médico particular;
- Apresentação de laudos de médicos do SUS;
- Prova das condições financeiras do autor.

### **Aproximação entre os entes**

É necessário que a busca pela aproximação entre Executivo, Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público seja cada vez mais intensa, tendo em vista que este vem se mostrando como modelo mais satisfatório para diminuir os problemas gerados pela judicialização da saúde no Brasil.

Comentários a LEI Nº 13.655, DE 25 DE ABRIL DE 2018 na visão do juiz Federal de Dr Clênio Jair Schulze. As decisões proferidas na Judicialização da Saúde trazem inúmeros impactos para os gestores e para a Sociedade.

Neste sentido, é interessante observar os efeitos da Lei 13.655/2018 – que alterou a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro – para o cotidiano forense.

Art. 20. Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão.

Parágrafo único. A motivação demonstrará a necessidade e a adequação da medida imposta ou da invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, inclusive em face das possíveis alternativas.”

A lei impede que haja decisão “com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão”. Ou seja, não pode proferir-se decisão sem que exista avaliação fática do caso. Torna-se impossível, assim, provimento judicial que cita apenas artigo da Constituição (artigo 196, por exemplo), havendo necessidade de fundamentação sobre as questões clínicas (evidências do tratamento postulado, eficácia e eficiência do medicamento, custo-efetividade etc.). Além disso, as decisões judiciais também deverão considerar suas “consequências práticas”. Vale dizer, qual será a finalidade e, principalmente, qual a mudança na atuação administrativa – quando houver condenação de obrigação de fazer, por exemplo.

Art. 21. A decisão que, nas esferas administrativa, controladora ou judicial, decretar a invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa deverá indicar de modo expresse suas consequências jurídicas e administrativas.

Parágrafo único. A decisão a que se refere o caput deste artigo deverá, quando for o caso, indicar as condições para que a regularização ocorra de modo proporcional e equânime e sem prejuízo aos interesses gerais, não se podendo impor aos sujeitos atingidos ônus ou perdas que, em função das peculiaridades do caso, sejam anormais ou excessivos.”

A decisão judicial precisará “indicar as condições para que a regularização ocorra de modo proporcional e equânime e sem prejuízo aos interesses gerais”. Ou seja, nas ações individuais – mais comuns na área da Saúde – o magistrado também deve considerar se é possível ampliar aquele medicamento, tratamento, cirurgia, a outras pessoas que estejam, em tese, na mesma situação. Trata-se de preservação do princípio da isonomia, na perspectiva substancial. Isso será possível, obviamente, desde que os entes públicos também melhorem a informação e a defesa processual, qualificando-as com notícias sobre a situação geral, no âmbito do Município, do Estado e da União, de modo a permitir a pluralização do tema e auxiliar o juiz na visualização das consequências da decisão.

Art. 22. Na interpretação de normas sobre gestão pública, serão considerados os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo, sem prejuízo dos direitos dos administrados.”

Na Judicialização da Saúde, o juiz deverá observar “os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo”. Por outras palavras, será objeto do processo a análise de questões historicamente não consideradas, tais como: (sub) financiamento da Saúde, atuação omissiva de entidades (Anvisa, ANS, Conitec, entre outros), atuação dos laboratórios (práticas de concorrência, desabastecimento do mercado, etc).

Art. 23. A decisão administrativa, controladora ou judicial que estabelecer interpretação ou orientação nova sobre norma de conteúdo indeterminado, impondo novo dever ou novo condicionamento de direito, deverá prever regime de transição quando indispensável para que o novo dever ou condicionamento de direito seja cumprido de modo proporcional, equânime e eficiente e sem prejuízo aos interesses gerais.”

Incorporação do Consequencialismo Jurídico na Teoria da Decisão Judicial. Significa que o juiz deve considerar “regime de transição quando indispensável para que o novo dever ou condicionamento de direito seja cumprido de modo proporcional, equânime e eficiente e sem prejuízo aos interesses gerais”. Haverá transformação no processo judicial. O juiz deverá ampliar a interpretação das ações individuais, imaginando e projetando o caso na

perspectiva plural, coletiva. Ou seja, qual será o impacto da condenação judicial no orçamento do Município, do Estado, da União. Se é possível suportar faticamente a decisão. Se a decisão efetivamente vai beneficiar as pessoas.

Art. 28. O agente público responderá pessoalmente por suas decisões ou opiniões técnicas em caso de dolo ou erro grosseiro.”

Novo fundamento jurídico para responsabilização dos agentes e servidores públicos quando houver dolo ou erro grosseiro. Assim, o gestor que reiteradamente desconsidera situações periclitantes (epidemias, omissões continuadas em prestações positivas obrigatórias etc.) pode ficar sujeito à aplicação de sanção. Igualmente, o médico que prescreve tecnologias em Saúde manifestamente destituída de evidência científica ou com interesse específico de obter vantagem da indústria farmacêutica também está sujeito à sanção. E as punições são amplas, englobando a administrativa, a cível e a criminal.

Art. 30. As autoridades públicas devem atuar para aumentar a segurança jurídica na aplicação das normas, inclusive por meio de regulamentos, súmulas administrativas e respostas a consultas.

Parágrafo único. Os instrumentos previstos no caput deste artigo terão caráter vinculante em relação ao órgão ou entidade a que se destinam, até ulterior revisão.”

Na esfera administrativa, as autoridades poderão aprovar atos normativos (Decretos, Regulamentos, Súmulas etc.) com a finalidade de regular a atuação dos servidores públicos. Tais documentos terão eficácia vinculante internamente. Exemplo da possibilidade de atuação administrativa é a regulação das prescrições médicas, já que muitos profissionais prescrevem com frequência tratamentos não incorporados no SUS. Neste caso, a violação à norma sem justificativa plausível ensejará punição nos moldes mencionados anteriormente.

Como se observa, a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro passou a tratar de temas importantes para a Sociedade brasileira. Os dispositivos incorporados pela Lei 13.655/2018 terão vigência 180 dias após a sua publicação e impactarão consideravelmente na Judicialização da Saúde.

O tempo informará se as novidades serão positivas ou agravarão ainda mais o cenário. O ideal é que seja fomentada, sempre mais, a concretização do Direito à Saúde.

## Referências

**Constituição Federal do Brasil – Arts 196 a 200**

**Lei nº 8.080/1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**Lei nº 8.142/1990** - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

**Lei nº 12.466/2011** - Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

**BRASIL. LEI Nº 13.655, DE 25 DE ABRIL DE 2018.** Inclui no Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro), disposições sobre segurança jurídica e eficiência na criação e na aplicação do direito público. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2018/lei/L13655.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/L13655.htm). Acesso 18 Mai. 2018.

**BRASIL. PORTARIA Nº 448, DE 13 DE SETEMBRO DE 2002,** Divulga o detalhamento das naturezas de despesas 339030, 339036, 339039 e 449052. Ministério da Fazenda. Acesso em 31 de março de 2019, Disponível em <https://www2.ifal.edu.br/ifal/reitoria/pro-reitorias/administracao/documentos/nao-sao-aqui/patrimonio/portaria-no-448-2002-natureza-de-despesa/view>

**CONASEMS, MANUAL DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DO SUS “DIÁLOGOS NO COTIDIANO”** – CONASEMS – 2016 - 1ª EDIÇÃO.

**BRASIL, Lei Complementar nº 141/2012** - Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

**BRASIL, Portaria nº 3.992/2017** - Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.

**BRASIL, Emenda Constitucional nº 95/2016** - Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

**BRASIL, Portaria 2.257/2017** - Altera a Portaria nº 788/GM/MS, de 15 de março de 2017, Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS no exercício de 2017, para incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, com base no disposto no art. 40, § 6º, da Lei no 13.408, de 26 de dezembro de 2016.

**BRASIL, PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1/2017** - Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde.

**BRASIL, PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2/2017** - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde.

**BRASIL, PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3/2017** - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde.

**BRASIL, PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 4/2017** - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde.

**BRASIL, PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5/2017** - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde.

**BRASIL, PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6/2017** - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde.

**BRASIL, PORTARIA N. 172 DE 31 DE JANEIRO DE 2020** - Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil, Ministério da Saúde

**BRASIL, PORTARIA N. 173 DE 31 DE JANEIRO DE 2020** - Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa

Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE, Ministério da Saúde.

**NOTA TÉCNICA N° 6/2019, CÂMARA DOS DEPUTADOS** - Aplicação de recursos decorrentes de emenda parlamentar para incremento do PAB e do MAC, Brasília, abril/2019.

**SANTOS, L.; CARVALHO, G.I. de SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Comentários à Lei Orgânica da Saúde, Campinas, SP: Saberes Editora, 2018

**Novo Financiamento da Atenção Primária à Saúde.** 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/>>. Acesso em: 14 fev. 2020.