



O papel e as responsabilidades dos Conselhos de Saúde e os novos modelos legais

Curitiba, maio de 2013



recentes alterações legais na saúde pública



marcos jurídicos e administrativos

1988 – CF, outubro

1990 - Lei 8.080, setembro

1990 - Lei 8.142, dezembro

1991 – NOB

1993 – NOB

1996 – NOB

2001 – NOAS

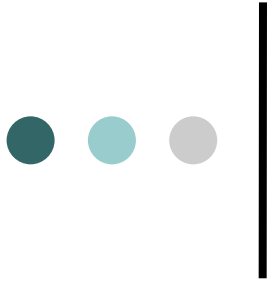
2006 – PACTO PELA SAÚDE

2011 – Lei 12.401, abril

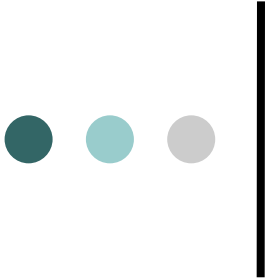
2011 - Decreto 7.508, junho

2012 – Res. CNS 453

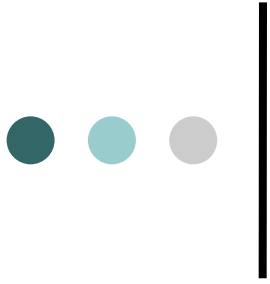
2012 – LC 141



suporte formacional



No âmbito de cada ente da Federação, o **gestor do SUS** disponibilizará ao **Conselho de Saúde**, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, **programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação** na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90 (44, LF 141/12).



suporte físico



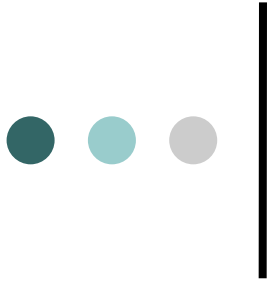
Dec. 5711/02 – regul. CSPR

Os gestores **estadual e municipais** deverão assegurar recursos financeiros para a estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde, garantindo espaço físico adequado para atendimento ao usuário e a manutenção das atividades regulares dos conselhos, bem como as respectivas conferências (42).

INFRAESTRUTURA DO CES

(para cumprir-se as determinações dos arts. 36, § 1º e 41 da LC 141/12):

- ✓ Secretaria Executiva com servidor (es);
- ✓ área física para o Conselho de Saúde;
- ✓ computador ligado à internet e impressora;
- ✓ previsão de recursos para transporte, diárias, material, mobiliário, telefone, fotocopadora, etc
- ✓ veículo próprio ou disponibilizado.



suporte operacional



RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

4^a. Diretriz, XI - os **Conselhos de Saúde**, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS



RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

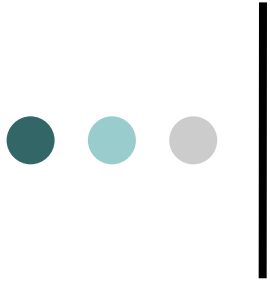
4ª. Diretriz, XII - o Pleno do **Conselho de Saúde** deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao **Conselho de Saúde** com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o **Conselho de Saúde** podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.



“As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos **Conselhos de Saúde** deverão ser submetidas à apreciação do **Conselho** respectivo” (Portaria nº

399/GM, de 22.02.06, Anexo II, d)

[posteriormente ?]



suporte técnico-legal



textos que a Secretaria Executiva do CS deve disponibilizar para os Conselheiros:

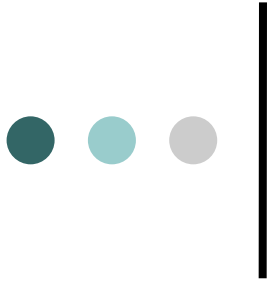
- ✓ Seção da saúde na CF/88;
- ✓ Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Port. MS 1820);
- ✓ LF 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- ✓ Decreto nº 7508/11 – regulamento da LF nº 8080/90;
- ✓ Resolução nº 1/CIT/MS, de 29.9.2011: diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no SUS, nos termos do Dec 7508/11;
- ✓ Resolução nº 3/CIT/MS, de 30.01.12: normas gerais e fluxos do COAP no SUS;
- ✓ Resolução nº 4/CIT/MS, de 19.7.12: dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP.



- ✓ LC nº 141/12;
- ✓ Decreto nº 7827/12: regulamenta LC 141/12;
- ✓ Lei nº 11.350/06 – ACS e ACE;
- ✓ Resolução nº 459/CNS/MS, de 10.10.12: aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, cf dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da LC nº 141/12;
- ✓ Portaria nº 53/GM/MS, de 16.01.13: estabelece diretrizes para o funcionamento do SIOPS;
- ✓ Lei estadual **atualizada** da criação do CES;
- ✓ Lei estadual **atualizada** da criação do Fundo Estadual de Saúde;
- ✓ R I **atualizado** do CES;
- ✓ PPI – Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde do Estado **atualizada**;



- ✓ Plano de Saúde Plurianual – PSP 2010/2013; 2014/2017;
- ✓ Programação Anual de Saúde em vigor;
- ✓ Lei Orçamentária Anual - LOA em vigor;
- ✓ Relatório Quadrimestral – RQ;
- ✓ Relatório Anual de Gestão – RAG;
- ✓ COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde;
- ✓ Resolução nº 453/CNS/MS, de 10.5.2012: aprova as seguintes **diretrizes** para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde
- ✓ **Lei nº 11.107/05: dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos...**
- ✓ **Decreto nº 6.017, de 17.01.2007:** regulamenta a Lei nº 11.107/05
- ✓ **PDR** – Plano Diretor de Regionalização atualizado



**A lei estadual (municipal) que criou o
Conselho Estadual de Saúde deve se adaptar
ao conteúdo da Resolução nº 453/CNS.**



aprimoramento relações do CES com os CMS

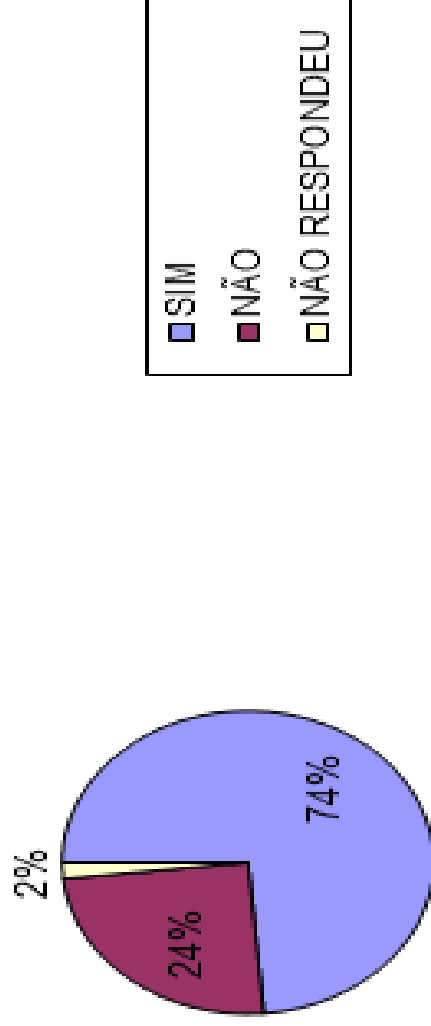


Monitoramento da Resolução n. 453/CNS para aferir o pleno funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde no RJ.

Projeto desenvolvido pelo 6º CAO Saúde
(a **pesquisa consolida as respostas de 57 CMS, dentre os 93 existentes no Estado**).

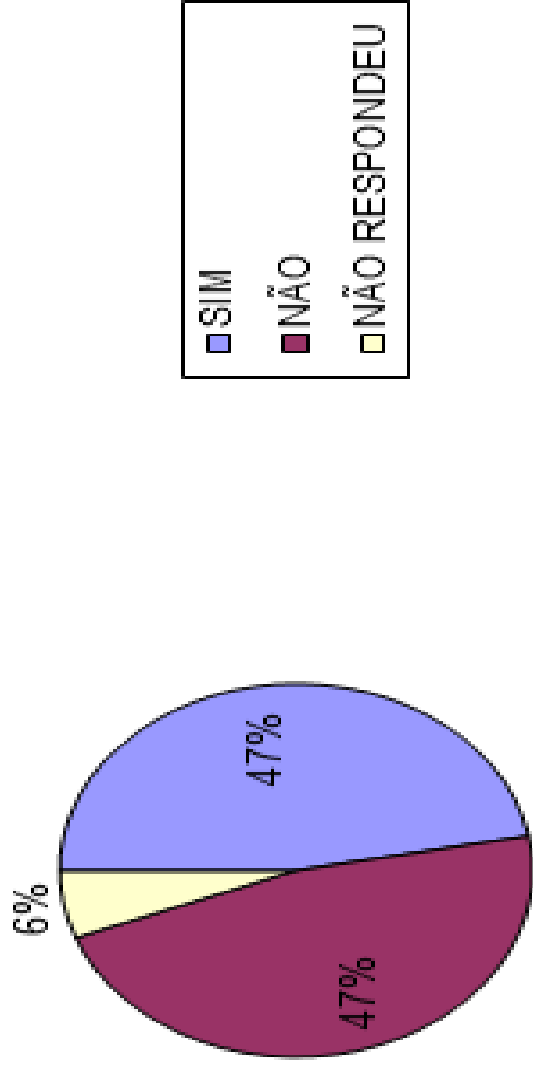
LEGISLAÇÃO MUNICIPAL DISPÕE QUE PRESIDENTE SERÁ ELEITO:

LEGISLAÇÃO MUNICIPAL DISPÕE QUE PRESIDENTE SERÁ ELEITO:





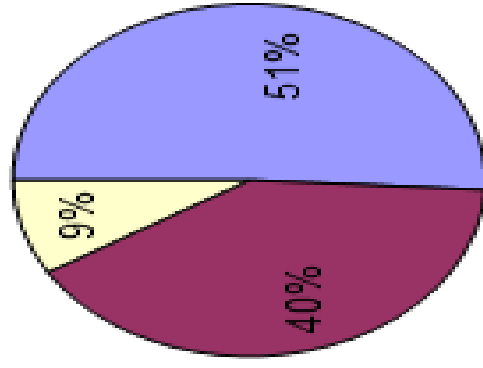
AUTONOMIA NA GESTÃO DO ORÇAMENTO:





Área do Gráfico

UIPE DE APOIO ADMINISTRATIVO:



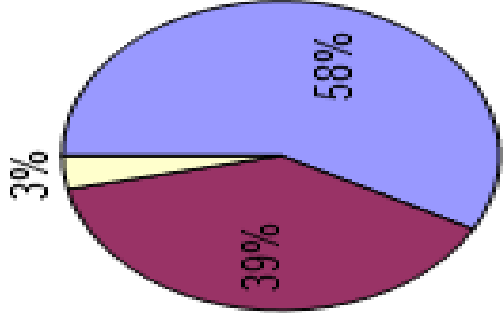
■ SIM

■ NÃO

■ NÃO RESPONDEU



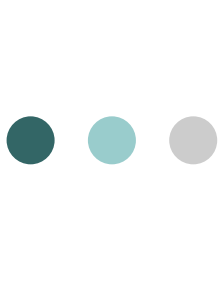
ARTICULAÇÃO COM O MINISTÉRIO PÚBLICO:



■ SIM

■ NÃO

■ NÃO RESPONDEU



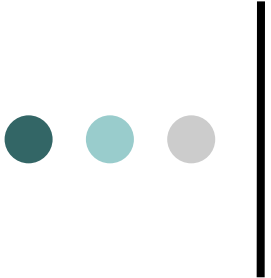
a diversidade dos conselhos de saúde

temos

amostra de uma tipologia



**Por que em Porto Alegre o CMS é mais
participativo, efetivo e tem instituições que
favorecem maior autonomia do conselho e em
Salvador não?**



A explicação para essa diferença está nos diferentes momentos críticos experimentados pelas duas cidades quando no período pós-constitucional de 1988, onde, em Porto Alegre, se observa que uma elite política afeita aos processos de participação política faz reforçar isso na política local. Em Salvador, diferentemente, uma elite conservadora e pouco afeita aos processos de participação política resiste e esbarra um reforço à rota participativa dos conselhos pós-constituição de 1988.

(AVRITZER, Leonardo. A Dinâmica da participação local no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010. – [Pensando a democracia participativa; v. 3]. p. 354)



avaliação externa do nosso processo
de planejamento

(o **plano de saúde** na visão do Banco
Mundial)

uma reflexão para os Conselhos



Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. 15 de fevereiro de 2007, documento do Banco Mundial - Relatório 36601- BR

“Os **planos** apresentam objetivos e metas, mas quase nunca definem estratégias e ações articuladas para alcançá-los. Em muitos casos, os planos constituem declarações de intenções ao invés de mapas de como chegar aos resultados desejados”.



**Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do
Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão
de Recursos. 15 de fevereiro de 2007, documento do Banco
Mundial - Relatório 36601- BR**

“Os gerentes da maioria das unidades públicas de saúde (unidades básicas, diagnósticas ou hospitais) têm autoridade nula ou limitada para planejar a oferta de serviços, definir seus orçamentos, realocar recursos ou gerenciar insumos. Eles geralmente não gerenciam os recursos humanos, nem controlam a folha de pagamento, e, portanto, executam apenas uma proporção pequena de seus orçamentos. Unidades menores não possuem nenhuma informação financeira interna”.



“Poucos municípios utilizam a Agenda e o Plano de Saúde enquanto base de informação para a elaboração do orçamento. O orçamento do ano anterior é a fonte mais citada de informação para o planejamento.

Uma revisão da documentação revela que os programas definidos como prioridade no plano muitas vezes não tinham recursos alocados a eles no orçamento.

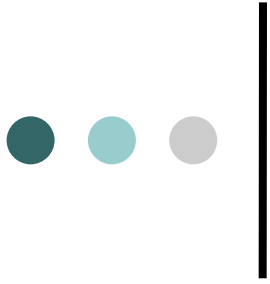
Um problema crítico – porém não enfatizado o suficiente pelos entrevistados – é a ausência de informação sobre o custo das ações e programas propostos. Nessa situação, o orçamento ou o plano, ou ambos, correm o risco de virar peça de ficção, com utilidade apenas de cumprir um requisito legal.”



O **CNS** estabelecerá as diretrizes dos planos de saúde no prazo de 180 dias a partir da publicação do Decreto 7508 (art. 44)

prazo esgotado !

(**art.15, § 3º** - CNS estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde)



planejamento e o Conselho



matriz organizacional do SUS

Plano de Saúde ⁽¹⁾⁽²⁾ (LF 8080/Dec 7508/LC 141/12) com indicadores sanitários (SMS/SES/MS) + **Fundo de Saúde e EC 29** (LC 141, SIOPS)

=====

+ **COAP** + **RAG** (Relatório Anual de Gestão - PT nº 3332/06) + **controle social** (diretrizes Conferência + resoluções Cons. Saúde)

(1) Constitui a base das atividades e programações de saúde e seu financiamento - 36, par. 1º, LOS.

(2) Vedação transf. recursos p/ financ. ações não previstas nos Planos de Saúde, salvo situações emergenciais e de calamidade pública na saúde.



“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (art. 3º, *caput*, LF nº 8080/90).

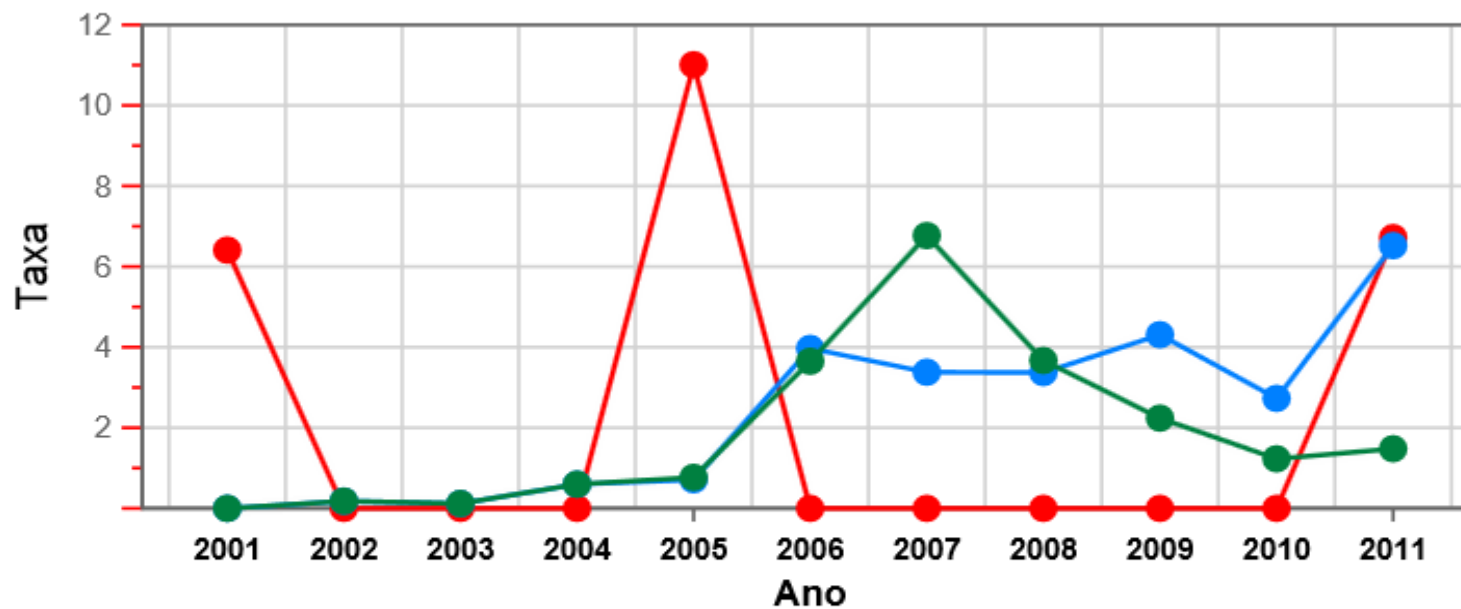


AÇÕES SAÚDE EM QUE SE PODE GASTAR	NÃO SÃO AÇÕES DE SAÚDE EM QUE NÃO SE PODE GASTAR
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	INATIVOS (INCLUINDO DA SAÚDE)
ATENÇÃO INTEGRAL	ASSISTÊNCIA NÃO UNIVERSAL
CAPACITAÇÃO PESSOAL	MERENDA E ATIVIDADE NUTRIÇÃO
DESENVOLVIMENTO C & T	ASSISTÊNCIA SOCIAL
INSUMOS: MED, VAC, SANGUE	
SB: DOMICÍLIOS, PEQ.COMUNIDADES COMUM. INDÍGENA, QUILOMBOLAS	SB TARIFADO INCLUINDO LIMPEZA URBANA E REMOÇÃO RESÍDUOS
M.AMBIENTE: CONTROLE VETORES	M.AMBIENTE DE OUTRAS ÁREAS
INVESTIMENTO REDE FÍSICA	OBRAS DE INFRAESTRUTURA
PAGAMENTO PESSOAL DA ÁREA	PAGAMENTO PESSOAL FORA ÁREA
APOIO ADMINISTRATIVO	
GESTÃO E OPERAÇÃO UNIDADES	FORA DA BASE OU FUNDOS ESPECÍF.



acre

Indicadores epidemiológicos - Sífilis Congênita - Taxa por 1.000 NV /ano

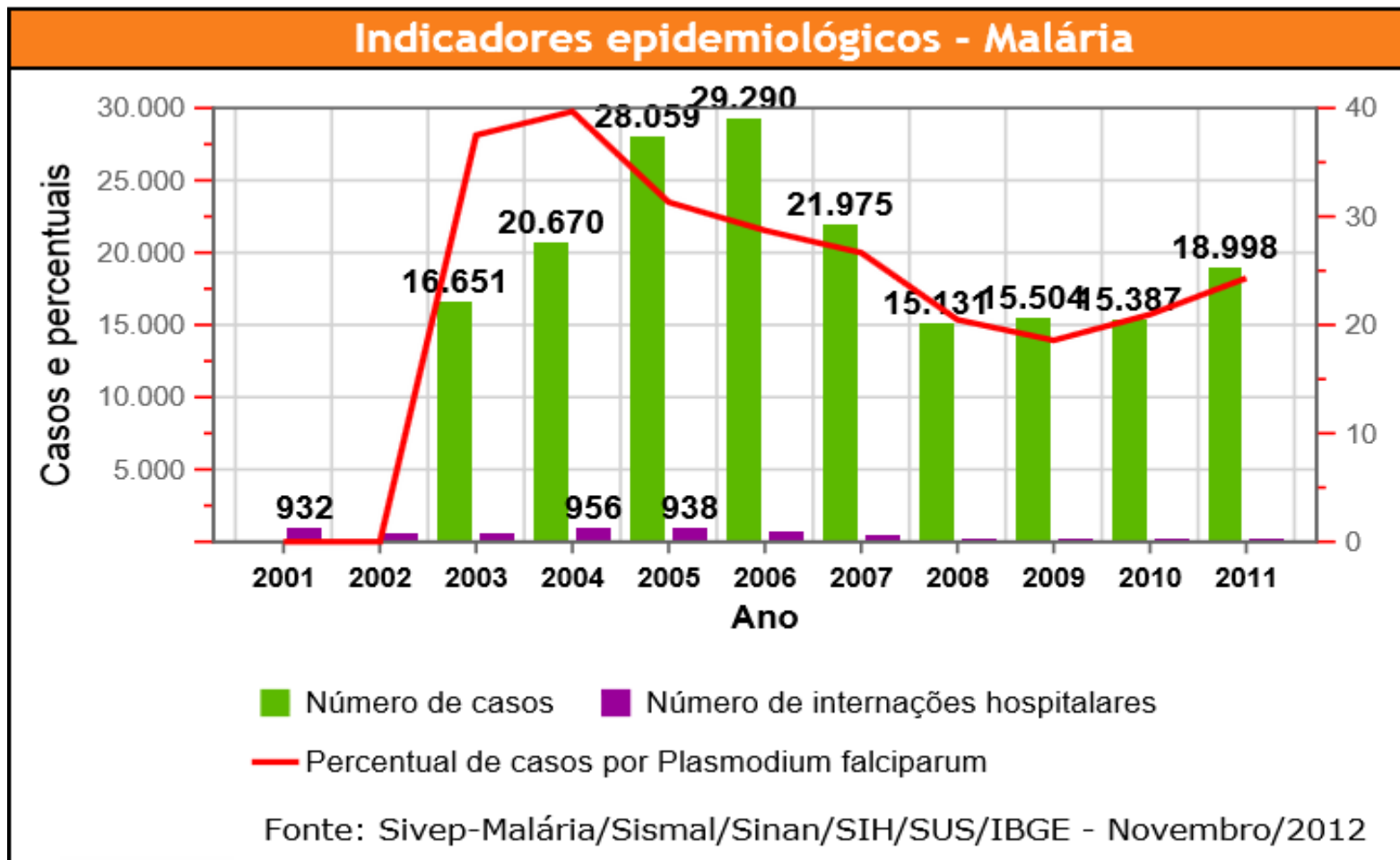


- Taxa de mortalidade
- Taxa de incidência em gestantes
- Taxa de incidência em menores de 1 ano

Fonte: Sinan/SIM/SINASC/IBGE - Novembro/2012



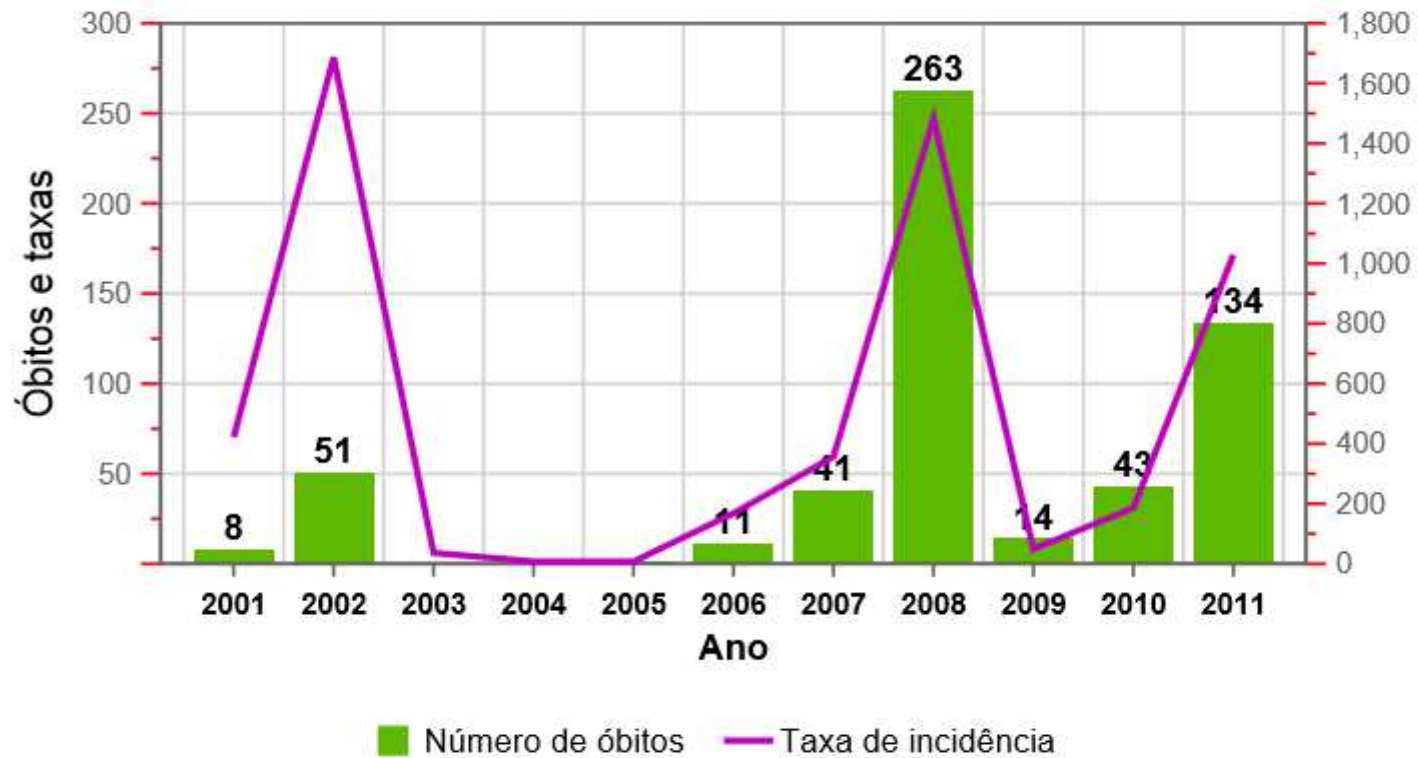
amapá





rio de janeiro

Indicadores epidemiológicos - Dengue - Número de óbitos e taxa de incidência hab/ano

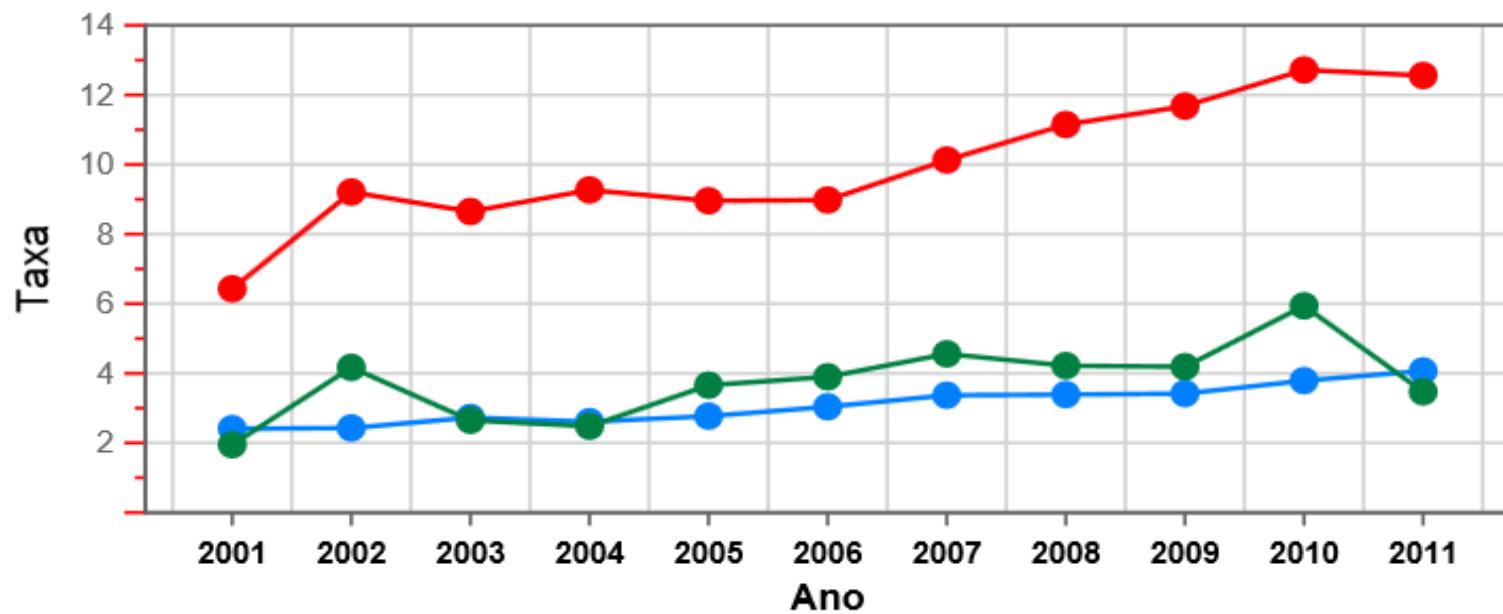


Fonte: Sinan / IBGE - Novembro/2012



bahia

Indicadores epidemiológicos - Aids - Taxa por 100.000 hab/ano

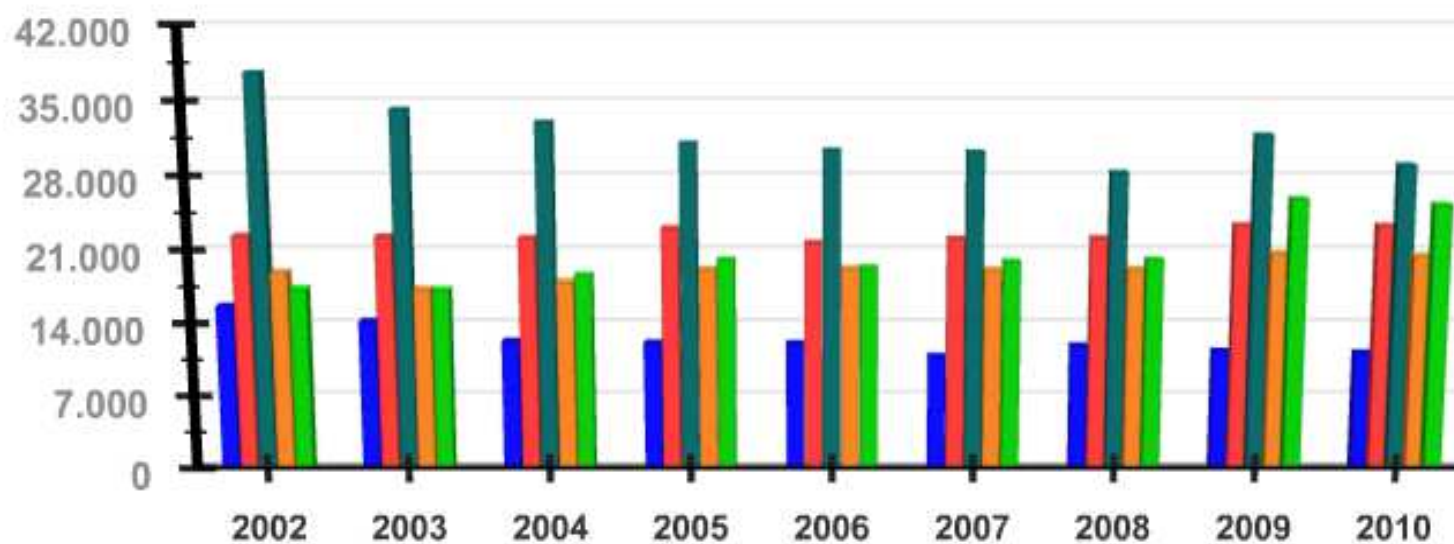


● Taxa de incidência ● Taxa de mortalidade
● Taxa de incidência em menores de 5 anos

Fonte: Sinan / SIM / IBGE - Novembro/2012

santa catarina

Indicadores de internação do homem - Grupo de causas

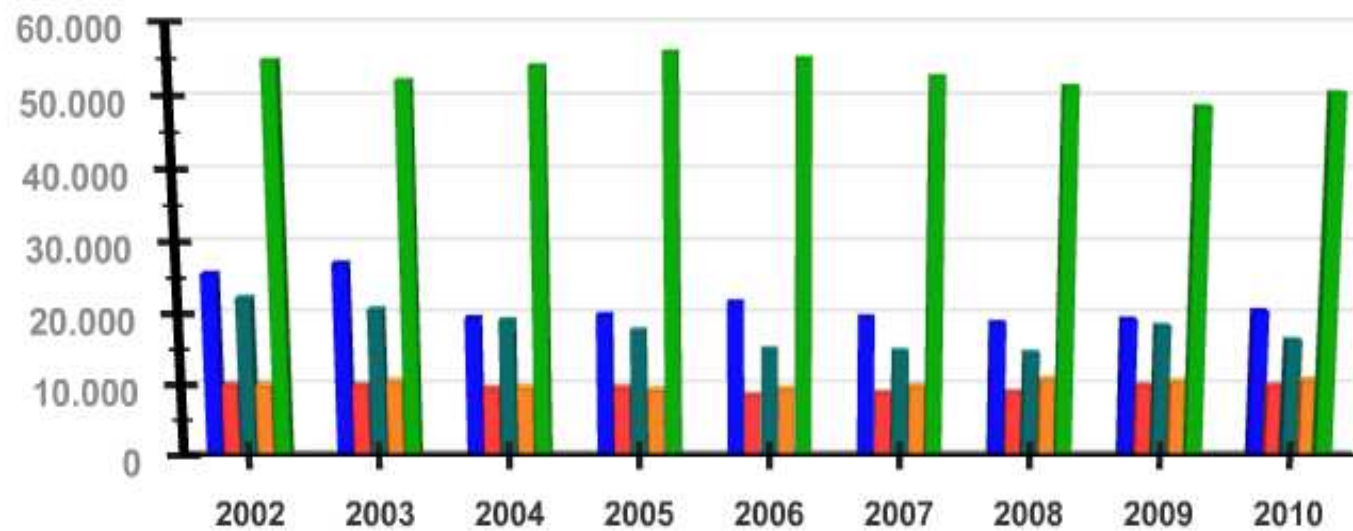


- Doenças infecciosas e parasitárias
- Doenças do aparelho circulatório
- Doenças do aparelho respiratório
- Doenças do aparelho digestivo
- Consequências de causas externas

Fonte: SIH/SUS

piauí

Indicadores de internação da mulher - Grupo de causas



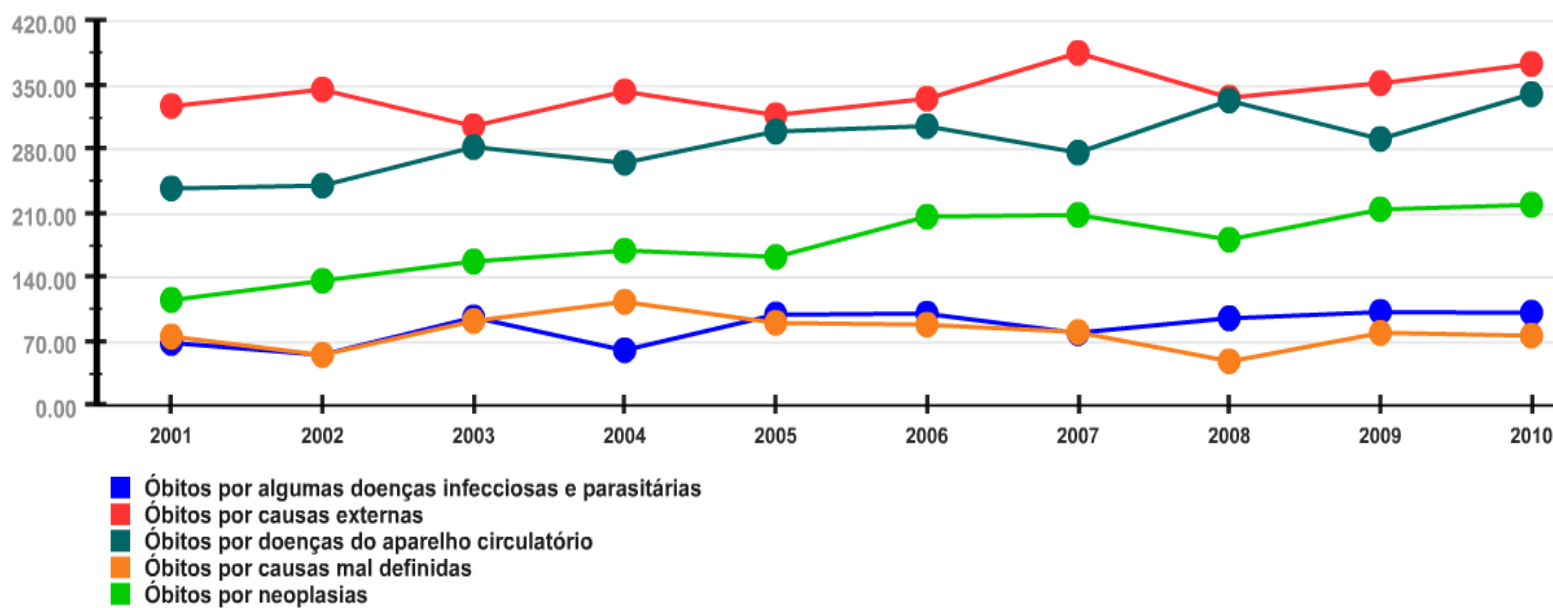
- Doenças infecciosas e parasitárias
- Doenças do aparelho circulatório
- Doenças do aparelho respiratório
- Doenças do aparelho digestivo
- Gravidez, parto e puerpério

Fonte: SIH/SUS



roraima

Indicadores de mortalidade - Número de óbitos por grupo de causas específicas (CID 10)/ano

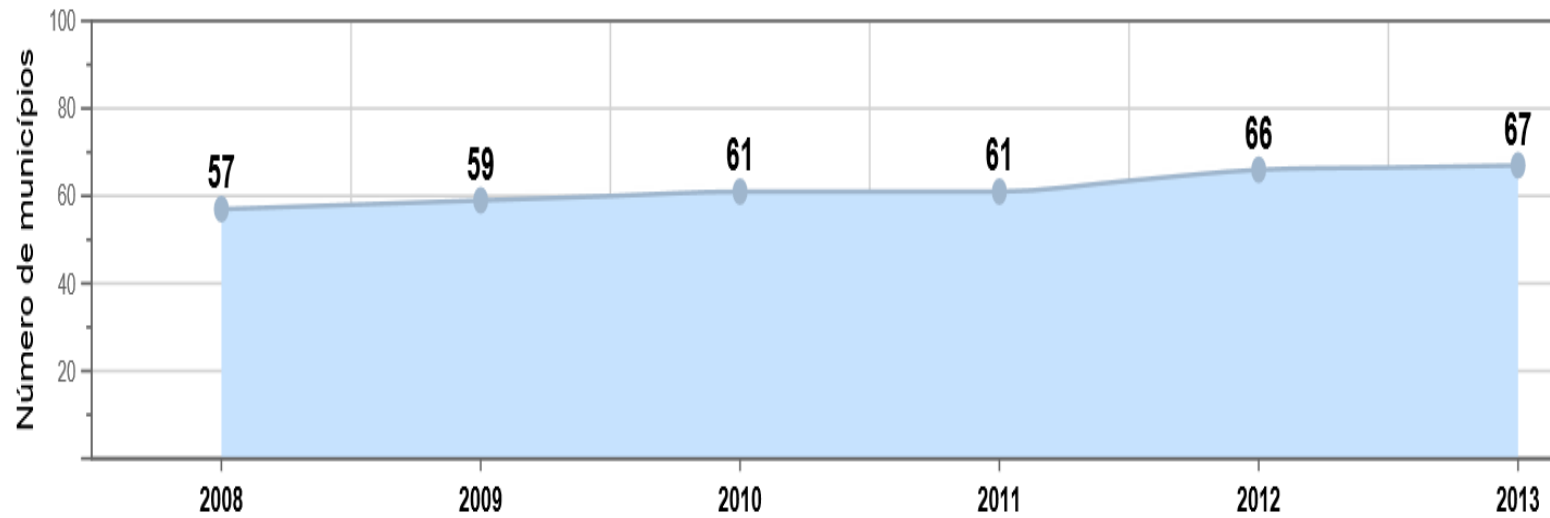


Fonte: SIM / IBGE - maio/2012



paraná

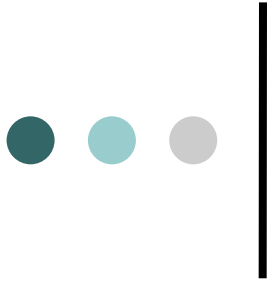
Número de municípios com CAPS





SIOPS (2006/11)

Rio Grande do Sul	12,00	5,40	12,00	5,80	12,00	6,53	12,00	7,24	12,00	7,62	12,00	8,04
Piauí	12,00	13,48	12,00	13,71	12,00	12,16	12,00	10,06	12,00	11,07	12,00	9,88

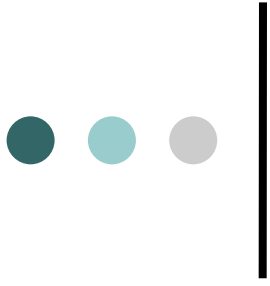


alguns problemas na fiscalização social



a lei 12.401 (8080) e o conselho de saúde

Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no **Conselho Municipal de Saúde** (19-P, III) (U=CIT; E=CIB)



CIR e controle social



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

...

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 e determinações previstas na LC

141/12, 3º, VI



transparência e fiscalização

relatório quadrimestral

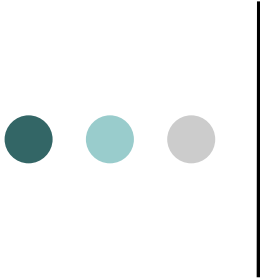


O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao **quadrimestre** anterior, o qual conterà, **no mínimo**, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

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

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (36/LC 141).



Os Conselhos de Saúde **avaliarão** a cada **quadrimestre** o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias (41, LC 141/12).



(relatório quadrimestral)

O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o *caput* do art. 36, LC 141/12.

(relatório quadrimestral)

- ✓ 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.
- ✓ Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo **Conselho de Saúde**.
- ✓ O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).
- ✓ O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput. (36, LC 141/12)



RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

5ª. Diretriz, XVI - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e **informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros**, e garantia do devido assessoramento



transparência e fiscalização

relatório anual



A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao **respectivo Conselho de Saúde**, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho **emitir parecer conclusivo** sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na

LC 141 (36)



O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos TCs, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do **Conselho de Saúde** fiscalizará o cumprimento das normas da LC 141:

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

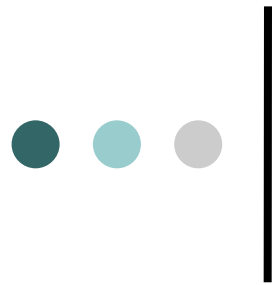
II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

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

IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

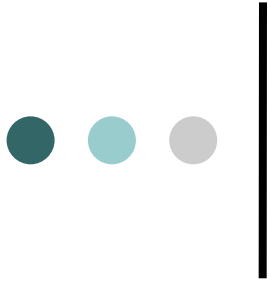
V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde (38, LC 141/12).



RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

5^a. Diretriz, VI - anualmente
deliberar sobre a aprovação
ou não do relatório de gestão



caopsau@mp.pr.gov.br



a participação da comunidade e

Decreto 7.508/11



o Decreto veio, após 21 anos, mas não
foi previamente debatido em Conferências e
Conselhos de Saúde



deficit democrático (excluiu-se a
participação da comunidade, diretriz, art.
198, III, CF)

o pertencimento adiado



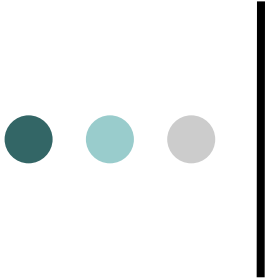
a discussão interna apenas no MS,
CONASS e CONASEMS

não há lógica ascendente (36, LF 8080)



o Conselho de Saúde e o Decreto 7508/11

O **processo de planejamento** da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, **ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde**, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (art. 15)



Os planos plurianuais, as leis de **diretrizes** orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto na LC 141.

Quais **diretrizes** ?

Caberá aos **Conselhos de Saúde** deliberar sobre as **diretrizes** para o estabelecimento de prioridades + Conferências de Saúde



A União prestará **cooperação técnica** e financeira aos Estados e aos municípios para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde.

A **cooperação técnica** consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39 (da LC 141), bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos **Conselhos de Saúde** (43, LC 141/12).



As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS. (LF 14-A, nº 12.466/11).

A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

... decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em **planos de saúde**, aprovados pelos **conselhos de saúde**.



RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

5ª. Diretriz, XIV - propor critérios

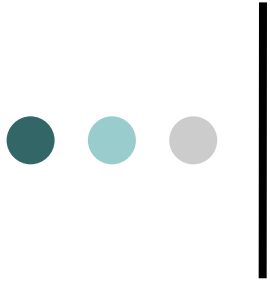
para programação e execução

financeira e orçamentária dos

Fundos de Saúde e acompanhar a

movimentação e destino dos

recursos



plano de saúde plurianual - psp

Todas as necessidades de saúde da população devem estar previstas no **plano de saúde plurianual-psp**
(expressão utilizada pela LC nº 141/12)

Elaborado de 4 em 4 anos pela SESA

PSP estadual deve ter a apreciação e aprovação do **Conselho Estadual de Saúde**

PSP deve integrar o Projeto de Lei do **PPA – Plano Plurianual do Estado**

A Secretaria Estadual de Saúde deve encaminhar o PSP ao CES antes do envio do Projeto da Lei do PPA à Assembleia Legislativa.

relatório anual de gestão

(RAG)

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

A SESA deve apresentar o RAG do ano anterior ao **CES, até 30 de março do ano seguinte** (LC 141/12).

O RAG deve apresentar os resultados alcançados no ano anterior, com a execução da Programação Anual de Saúde.

Cabe ao **CES** emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estabelecidas na Lei Complementar nº 141/12 (art. 36, § 1º).

Relatório Anual de Gestão :

Verificar:

Indicadores pactuados;

Índices pactuados para cada indicador;

Resultados obtidos para cada indicador;

Verificar as **causas** que impediram obter o resultado pactuado;

Atuar nas **causas**, adotando **providências** para suplantá-las, fazendo reprogramação no PDR, PSP, PAS, TCG.

Exemplos de indicadores: mortalidade materna, mortalidade infantil, cobertura de vacinas, etc.

programação pactuada
integrada (PPI)

PPI – PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA

define os fluxos de usuários-cidadãos no sistema de saúde(*referência*), observada a regionalização.

Portaria nº 1097/06 GM: define a PPI.

Conselho Estadual de Saúde deve solicitar à SESA acesso à PPI, atualizada e em vigor.

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em

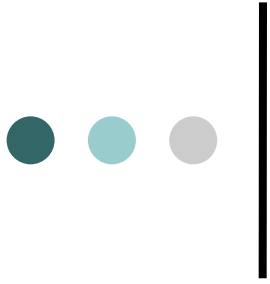
Saúde é um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são **definidas e quantificadas as ações de saúde** para a população residente em cada território, bem como efetuados os *pactos intergestores* para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

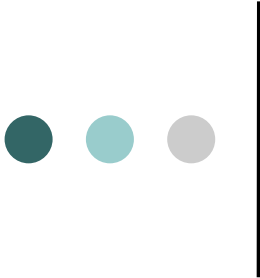
estados e municípios devem contar com

equipe especializada para **captar**

recursos para a saúde



transparência e fiscalização



Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, ... e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que

se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei

Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do **Conselho de Saúde** sobre a gestão do SUS

no âmbito do respectivo ente da Federação (31, LC 141/12).



transparência e fiscalização

SIOPS



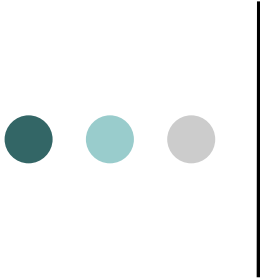
SIOPS

- ✓ obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, ... e pelos Municípios;
- ✓ realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na LC 141 que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;
- ✓ O MS estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS;
- ✓ os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
- ✓ o MS sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas na LC 141 dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo **Conselho de Saúde**, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao MP e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis. (39, LC





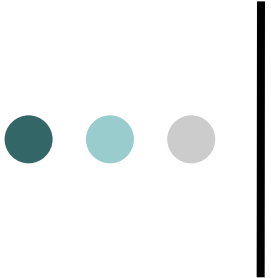
Os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos **Conselhos de Saúde** (33, LF 8080/90)



A SESA deve alimentar o **SARGSUS** que é um sistema do Ministério da Saúde, de uso obrigatório, de apoio à elaboração do RAG.

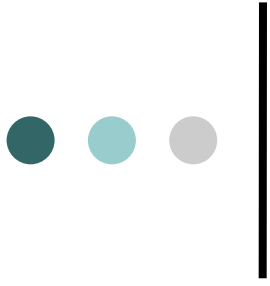
Com a alimentação do SARGSUS, é dado acesso do RAG ao público, como determinado pela LC 141/12.

Deve ser dado também acesso ao público do RQ – Relatório Quadrimestral, cf. a LC 141/12.



Dec. 5711/02 – regul. CSPR

Os Conselhos estadual e municipais de saúde deverão incentivar a implementação do controle social nas unidades prestadoras de serviço de saúde do Estado do Paraná, através da criação de conselhos deliberativos compostos por usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e administração pública. (43).



COAP



o conselho e o COAP

Os entes federativos incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo MS e os encaminhará ao respectivo **Conselho de Saúde** para monitoramento

(Decreto 7.508, art. 41, p.ú.).



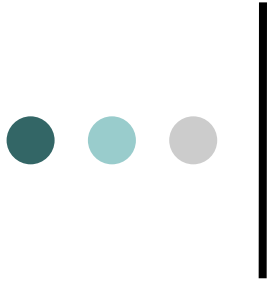
✓ O acompanhamento da execução do COAP será realizado pelos **Conselhos de Saúde** por meio do relatório de gestão.

✓ O MS disponibilizará informações no portal de transparência da saúde e, por outros meios e instrumentos, com a finalidade de garantir a participação da comunidade no SUS, no exercício do **controle social** (17, Res. CIT 3, 30.1.12) .



O COAP deve consubstanciar os consensos dos entes federativos na CIT, CIB e CIR e ser o resultado da integração dos planos de saúde dos entes signatários, aprovados pelos respectivos **Conselhos de Saúde**, em consonância com o planejamento integrado

(19, Res. CIT 3, 30.1.12)



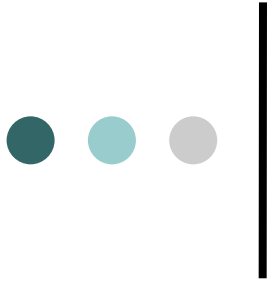
Pacto pela Saúde e COAP



Cabe aos Estados pactuar na CIB as diretrizes, objetivos, metas e indicadores correspondentes à esfera estadual que será submetida à aprovação do **Conselho Estadual de Saúde**.

As SESAs formalizarão as diretrizes, objetivos, metas e indicadores pactuados, mediante registro e validação no sistema informatizado do MS denominado **SISPACTO**

(8/Res. CIT 4 - 19.7.12)



finanziamento



O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II, § 3º, do art. 198 da CF (19/LC 141).



Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo **Conselho Estadual de Saúde** (19/LC

141)



O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, manterá o respectivo **Conselho de Saúde** e TC informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os municípios com base no Plano Estadual de Saúde (19, LC 141/12)



As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo **Conselho de Saúde**.

(20, LC 141/12)



LC nº 141/2012

“As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios **serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro**” (23, p.ú.).



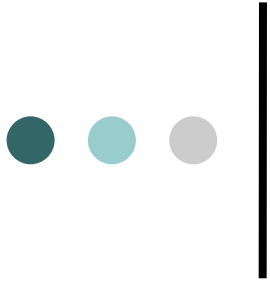
RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

5ª. Diretriz, XV - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o **Fundo de Saúde** e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina

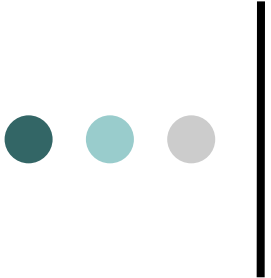


RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

5ª. Diretriz, VI -XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes.



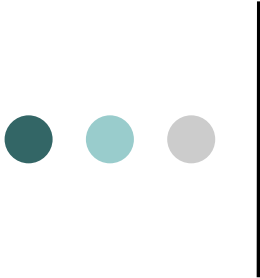
financiamento e sanções



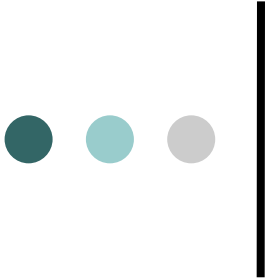
Transferências regulares e automáticas previstas na LC 141 (22) são consideradas transferências obrigatórias destinadas ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS.

Isso não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

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



No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados e pelos Municípios(EC 29), verificado a partir da fiscalização dos TCs ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído na LC 141, a União e os Estados poderão restringir, como medida preliminar, o repasse dos recursos até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde (26/LC 141).



Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do **ente transferidor** (CES, CNS, CMS) ou o MS detectarem que os recursos previstos no [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#) estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º da LC 141, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao TC e ao MP, de acordo com a origem do recurso, para:

I - à adoção das providências legais para a imediata devolução (atualizada) dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes (27/141).

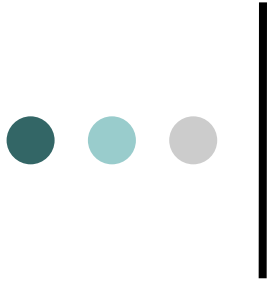


Constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas ([Código Penal, art. 315](#)) a utilização de recursos financeiros do SUS em finalidades diversas das previstas na lei 8080 (52).

Pena: detenção de 1 a 3 meses ou multa



As infrações à LC 141 serão punidas segundo o Código Penal, a [Lei nº 1.079/50](#), o [Decreto-Lei nº 201/67](#), a [Lei nº 8.429/92](#), e demais normas da legislação pertinente (46/LC 141).



um certo ambiente sanitário



organização sanitária brasileira :
concentra a arrecadação e distribui
responsabilidades



ações e serviços de saúde não são percebidos
como direito

o menor custo da judicialização, sem protocolos
clínicos



a judicialização tende a não sinalizar à
desorganização gerencial, mas sim a ausência
de políticas públicas ou o seu não
cumprimento



judicialização da saúde

2% casos de saúde são coletivos, 81% na
educação são coletivos (base 10.000 casos,
internet)

(Hoffmann, Florian F. & Bentes, Fernando R.N.M., A litigância social dos dtos. sociais no Brasil: uma abordagem empírica, *in* Direitos Sociais, fundamentos, judicialização e dtos. sociais em espécie, [org. Claudio Pereira de Souza Neto e Daniel Sarmento], Rio, Lumen Juris, 2008, p.391)



“...as diretrizes da **integralidade** e da **equidade** pouco ou nada avançam; a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema, e o modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diagnose e terapia”. (SANTOS, Nelson Rodrigues dos. citado em “Nivelamento por Baixo”,

Fiocruz: Revista Radis, edição nº 72, Agosto de 2008, p.28)



Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

- I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do **Conselho de Saúde** no âmbito do ente da Federação; e
- II - à elaboração do Plano de Saúde.



§ 1º do art. 199: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

Portaria nº 1.034/10: dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

A necessidade de complementação deverá ser aprovada pelo CMS e constar do Plano de Saúde Plurianual.



Res. CIT 4 (19.7.12) - anexo I

3. Responsabilidades no Planejamento e Programação

3.1 Municípios

- a. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, a ser elaborado de forma ascendente, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se a política de saúde com as necessidades de saúde da população e a disponibilidade de recursos, em planos de saúde municipais;
- b. Formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- c. Elaborar relatório anual, a ser apresentando e submetido à aprovação do **Conselho Municipal de Saúde**, utilizando a ferramenta SARGSUS ou outra que venha substituí-la



Monitoramento Pacto pela Saúde (Port. GM 399/06)

(vale?)

Cabe aos Municípios pactuar na Comissão Intergestores Regional (CIR) as diretrizes, objetivos, metas e indicadores correspondentes à esfera municipal, observadas as especificidades locais.

A pactuação será submetida à aprovação do **Conselho Municipal de Saúde**.

As SMS formalizarão as diretrizes, objetivos, metas e indicadores pactuados, mediante registro e validação no SISPACTO, com posterior homologação pela respectiva SES – **(9/Res. CIT 4 - 19.7.12)**



não houve um pacto político entre a sociedade e o Estado sobre “padrão” de integralidade proposto no Decreto


a CF não utiliza o valor integralidade
restritivamente



Até o final de fevereiro do ano corrente, a Secretaria de Saúde, estadual e municipal, encaminhará, por força do art. 41 da LC 141/2012, o Relatório do quadrimestre anterior (setembro, outubro, novembro e dezembro do ano anterior) e previsto no art. 36 da LC 141/2012 ao respectivo Conselho de Saúde e apresentará, por força do art. 36, § 5º da LC 141/12, em audiência pública, na respectiva Casa Legislativa, o mesmo Relatório;

Até o final de maio do corrente ano, a Secretaria de Saúde, estadual e municipal, deverá encaminhar o Relatório do quadrimestre anterior (janeiro, fevereiro, março e abril do ano em curso) e previsto no art. 36 da LC 141/2012, ao respectivo Conselho de Saúde e apresentará, em audiência pública, na respectiva Casa Legislativa o mesmo Relatório;

Até o final de setembro do corrente ano, a Secretaria de Saúde, estadual e municipal, encaminhará o Relatório do quadrimestre anterior (maio, junho, julho e agosto do ano em curso) e previsto no art. 36 da LC 141/2012 ao respectivo Conselho de Saúde e apresentará, em audiência pública, na respectiva Casa Legislativa, o mesmo Relatório.(Dazzi)



Relatório Anual de Gestão (do Estado e do Município): Lei nº 8142/90; LC 141/12; Portaria nº 3.332/GM/MS, de 28.12.2006 (o que foi executado de saúde no ano anterior); prazo para submeter ao Conselho de Saúde; até 30 de março do ano subsequente (Dazzi)

Art. 30, VII

“Compete aos Municípios:

.....

VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde da população”

“.... dever do Estado ...” (art. 196, CF)

significado do dever:

dos governos: planejamento, gestão, gerência,
execução;

dos cidadãos: mudanças dos hábitos: tabaco,
bebida alcoólica, drogas, insolação, poluição
sonora, alimentação inadequada, trânsito,
crimes, etc.

Participação da comunidade é um conceito mais amplo que o de apenas fazer o controle social.

“A participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços e, coletivamente, através de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde” — (Gilson Carvalho, Participação da Comunidade na Saúde, Editora IFIBE, Passo Fundo, RS, 2007).

- Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde devem desempenhar suas funções fundamentais:
 - **propositiva**: discutir e aprovar a política de saúde expressa no Plano de Saúde;
 - **Controladora, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros**: acompanhamento e fiscalização do fundo de saúde, **análise dos serviços prestados** e avaliação dos resultados.
 - (apud Gilson Carvalho na obra referida no slide anterior)

As decisões do Conselho Municipal de Saúde-CMS devem ser **publicadas** na imprensa oficial (art. 37, caput, da CF/88) **ou na internet, inclusive os seus anexos.**

As decisões do CMS são materializadas por intermédio de **Resoluções.**

As resoluções são **homologadas** pelo Chefe do Poder Executivo ou por quem dele receber delegação expressa, mediante decreto. Não havendo homologação, o Regimento Interno do Conselho de Saúde deve prever a saída, a exemplo do previsto no Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

A lei municipal deve prever a duração do mandato dos Conselheiros do CMS.

Os Conselheiros do CMS têm mandato certo, com início e término.

Decreto do Prefeito ou Resolução do CMS não pode prorrogar o mandato, só a lei.

Conselhos estaduais e municipais de saúde podem convocar as chefias das diversas coordenações da Secretaria Municipal de Saúde (ESF, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Assistência Farmacêutica, dengue etc.) para, em cada reunião ordinária, informar sobre a situação atual de cada setor.

CONSELHOS LOCAIS

Portaria nº 2488/GM/MS, de 2011, prevê:

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

São necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal:

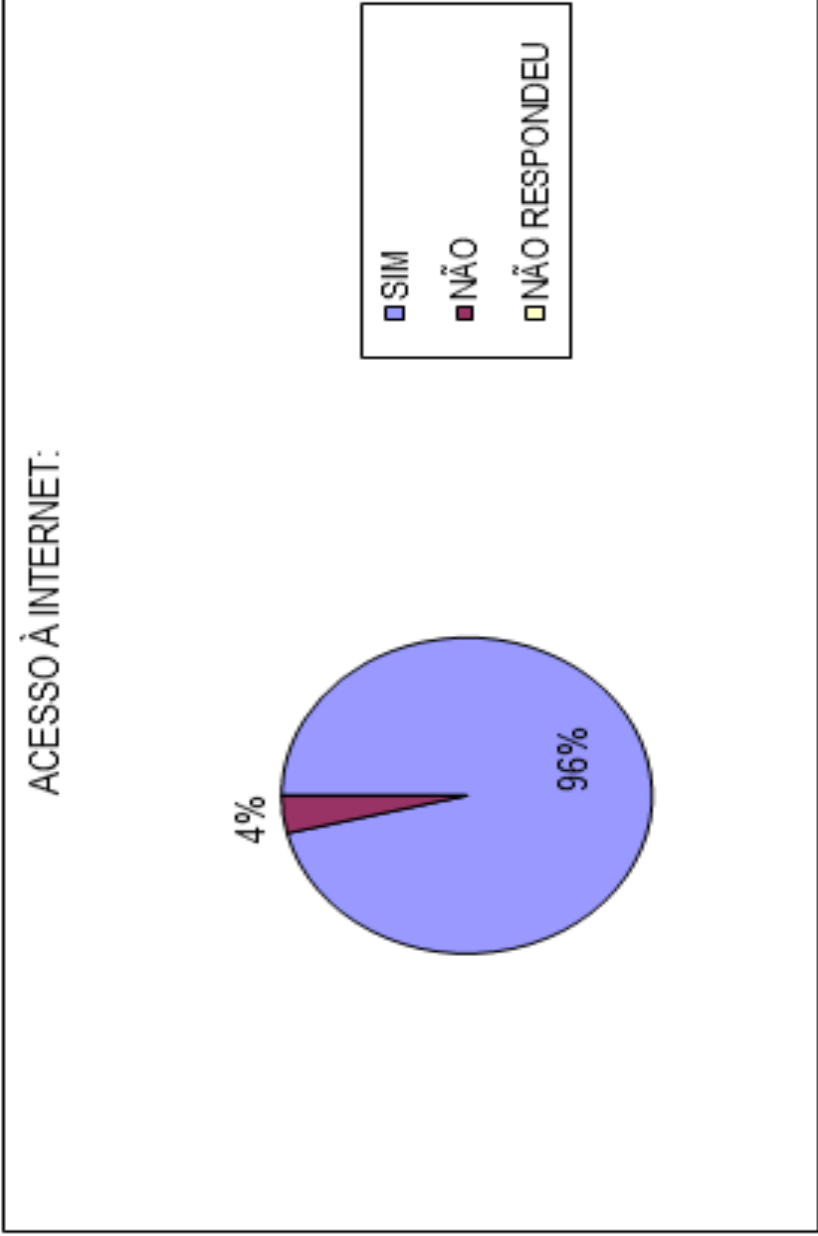
...

II - as Unidades Básicas de Saúde:

...

d) recomenda-se que estas possuam **conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais**, profissionais de saúde e usuários, **viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde.**

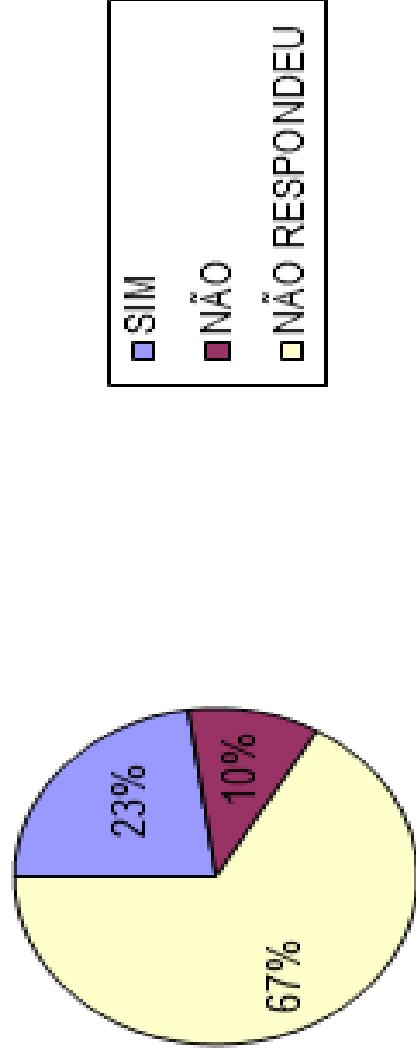
Criados por lei municipal.





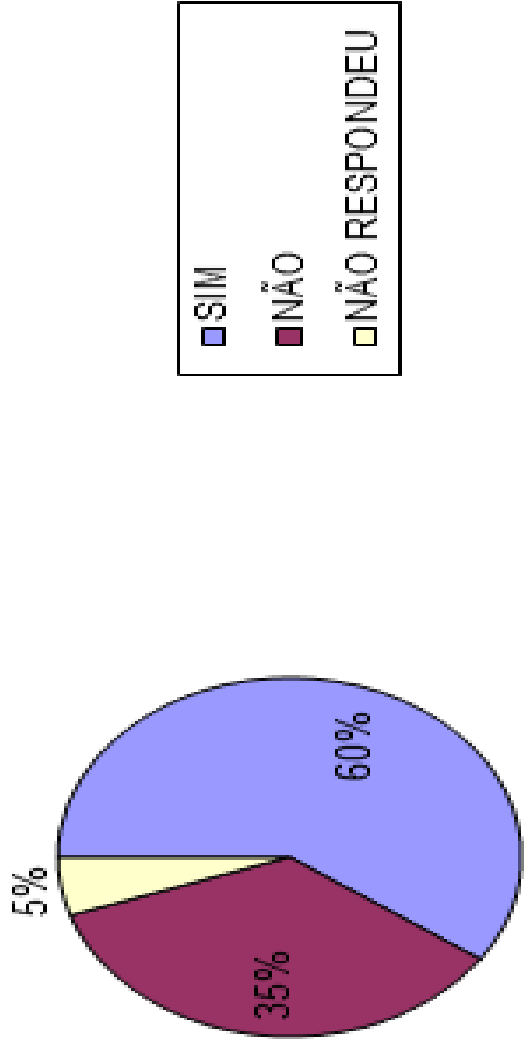
DELIBERAÇÕES HOMOLOGADAS PELO PREFEITO:

Área do Gráfico





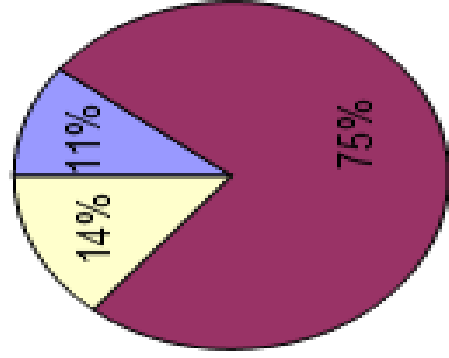
DISPÕE DE RECURSOS FINANCEIROS:



Área do Gráfico



RESOLUÇÕES DESCUMPRIDAS:



■ SIM

■ NÃO

□ NÃO RESPONDEU



CIR

Indicadores paraná

Apoio : Csade PR + lei local



ESTADOS

CRITÉRIO RATEIO: NECESSIDADES DE SAÚDE CONSIDERANDODIMENSÕES:
EPIDEMIOLÓGICA, DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA, ESPACIAL E
CAPACIDADE DE OFERTA DE ASPs

CONSIDERA: NECESSIDADE DE REDUZIR DESIGUALDADES REGIONAIS – ATENÇÃO:
TEM ESTADOS COM OUTROS CRITÉRIOS ALÉM DESTES

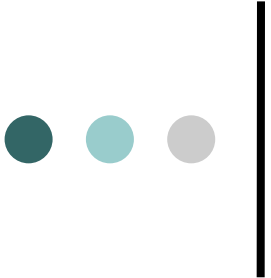
- ❖ PLANOS ESTADUAIS: EXPLICITAM METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO RECURSOS E PREVISÃO ANUAL DE REC.MUNICIPAIS –PACTO CIB E APROVAÇÃO CONSELHO
- ❖ ESTADO INFORMA MONTANTE A CES E TC
- ❖ CONSÓRCIOS: PODEM TRANSFERIR RECURSOS PRÓPRIOS E TRANSFERÊNCIAS OBRIGATÓRIAS
- ❖ TRANSFERÊNCIA: DIRETA – REGULAR – AUTOMÁTICA (VOLUNTÁRIA: SITU.ESPECÍFICAS)



Governos e organizações sociais vêm encontrando crescentes dificuldades para promover o envolvimento da sociedade no processo de tomada de decisões sobre políticas públicas. Diversos problemas têm sido reconhecidos, e entre eles a literatura sobre o tema tem ressaltado a ausência de envolvimento de forças sociais ativas, e a “captura” dos processos participativos por grupos mais organizados

(Avritzer e Navarro, 2003; Coelho e Nobre, 2004; Ansell e Gash,

2007).



Os conselheiros podem se reunir para deliberar sobre eventuais mudanças na lei que institui o conselho, especialmente quanto a sua estrutura, composição e exercício do cargo de Presidente do Conselho, encaminhando a proposta ao governador, para propositura de projeto de lei de alteração na Assembleia Legislativa. No caso de criação de cargos junto ao conselho, como contador ou secretário, a ser provido por concurso público, a iniciativa de lei é exclusiva do chefe do Poder Executivo, podendo o Conselho solicitar ao governador proposição de lei neste sentido.

















formato e responsabilidade dos
Conselhos e dos
Conselheiros de Saúde



conselho de saúde -

“caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (LF 8142)



as Comissões Intergestores pactuarão:
... aspectos operacionais, financeiros e
administrativos da gestão compartilhada do
SUS, de acordo com a definição da política
de saúde dos entes federativos,
consubstanciada nos seus planos de saúde,
aprovados pelos respectivos **conselhos de
saúde** (Decreto 7.508, art. 32, I)



RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

5ª. Diretriz, IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado



PSP MUNICIPAL DEVE CONTER TODAS AS
NECESSIDADES DE SAÚDE DA
POPULAÇÃO, DE ACORDO COM A
COMPETÊNCIA DO MUNICÍPIO

Termo de Compromisso de Gestão, PPI –
Programação Pactuada e Integrada da Assistência
em Saúde, COAP - Contrato Organizativo da Ação
Pública da Saúde, Atenção Básica (Atenção
Primária), perfil epidemiológico, parâmetros de
cobertura assistencial, etc



RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

Primeira Diretriz:

- o **Conselho de Saúde** é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, **integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios**, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90



controle social:

conferência de saúde – “representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (LF 8142/90)



conceito de saúde

inexistência de conceito formal na
legislação brasileira

OMS e BRASIL



“Sem planos de saúde,... o sistema ficará ao sabor de ideologias e *decisões unilaterais* das autoridades dirigentes da saúde, quando a regra que perpassa todo o sistema é a da cooperação e da conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais, humanos da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, em redes regionalizadas de serviços, nos termos dos incisos IX, b, e XI, do art. 7º e art. 8º, da Lei n. 8.080/90”.



RESOLUÇÃO CNS nº 453/12

Primeira Diretriz:

Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.



“...há quem fale de uma terceira geração de reformas sanitárias que se centrará na busca da equidade, na integração dos sistemas de atenção à saúde, na valorização da atenção primária à saúde, na introdução da avaliação tecnológica em saúde e na medicina baseada em evidência e no empoderamento dos cidadãos” (HAM, 1997)



Num monumento à aspirina

Claramente: o mais prático dos sóis, o sol de um comprimido de aspirina: de emprego fácil, portátil e barato, compacto de sol na lápide sucinta.

Principalmente porque, sol artificial, que nada limita a funcionar de dia, que a noite não expulsa, cada noite, sol imune às leis de meteorologia, a toda hora em que se necessita dele levanta e vem (sempre num claro dia): acende, para secar a aniagem da alma, quará-la, em linhos de um meio dia (fragmento).