



**Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Sistema Único de Saúde**

# **Manual de Orientação para Gestores Municipais de Saúde**





Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Sistema Único de Saúde

# **Manual de Orientação para Gestores Municipais de Saúde**

**Florianópolis (SC), 2008.**

# **GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

## **GOVERNADOR**

Luiz Henrique da Silveira

## **VICE GOVERNADOR**

Leonel Arcângelo Pavan

## **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

### **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Luiz Eduardo Cherem

### **DIRETORA GERAL**

Carmen Emília Bonfá Zanotto

### **SUPERINTENDENTE DE GESTÃO DO SUS**

Rosina Moritz dos Santos Silveira

### **DIRETORA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO**

Maria Teresa Locks

## **CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA CATARINA**

### **PRESIDENTE DO COSEMS**

Celso Luiz Dellagiustina

## **COORDENAÇÃO**

Gerente de Planejamento do SUS

Ângela Maria Blatt Ortiga

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

Ângela Maria Blatt Ortiga

Edenice Reis da Silveira

Isabel Quint Berretta

Lizete Contin

Maria Taís de Melo

## **ELABORAÇÃO**

Ângela Maria Blatt Ortiga

Andréa Cristiane Borb

Arion Bet Godoi

Cristina Machado Pires

Edenice Reis da Silveira

Heloisa Cortez Galotte Peixoto

Hanna Karine dos Santos Jaques Barcelos

Isabel Quint Berretta

Isabel Cristina Bertuol Funk

Lizete Contin

Luciano Jorge Koneschi

Maria Taís de Melo

Lourdes de Costa Remor

Regina Rosa Carneiro

Rodrigo Ferrari Tolentino

Selma Regina de Andrade

Sonia Maria Machado de Souza

Tatiana Pino Gomes

## **EDITORAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO**

RS CINE E V.T

Monique Andrade Machado

Todos os direitos de reprodução são reservados à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada à fonte.

Edição, distribuição e informações:

Gerência de Planejamento do SUS

Rua: Esteves Júnior, 160

CEP 88.025-130

Florianópolis – Centro – SC

Telefone: 048 32212095

e-mail: [gepsa@saude.sc.gov.br](mailto:gepsa@saude.sc.gov.br)

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

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina  
Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

S231m Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde.  
Manual de orientação para gestores municipais da saúde [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde. - Florianópolis : IOESC, 2008.  
79 p. ; il.

1. Gestores de saúde. 2. Plano de saúde. 3. Financiamento da saúde. 4. Auditoria financeira. 5. Ortiga, Ângela Maria Blatt (coord.).  
I. Título.

CDU: 614 (816.4)

# SUMÁRIO

Apresentação .....	7
1. INTRODUÇÃO .....	8
2. LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS .....	10
3. PACTO PELA SAÚDE .....	15
3.1. Pacto pela Vida.....	16
3.2. Pacto de Gestão .....	18
3.3. Pacto em Defesa do SUS .....	23
4. INSTÂNCIAS COLEGIADAS.....	25
4.1. Comissão Intergestores Bipartide - CIB .....	25
4.2. Participação e Controle Social no SUS.....	27
4.3. Colegiados de Gestão Regional - CGR .....	31
5. INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO .....	33
5.1. Plano de Saúde .....	33
5.2. Programação Anual de Saúde .....	36
5.3. Relatório Anual de Saúde .....	39
6. INSTRUMENTOS DE GESTÃO.....	43
6.1. Plano Diretor de Regionalização - PDR.....	44
6.2. Plano Diretor de Investimento – PDI .....	49
6.3. Programação Pactuada Integrada - PPI .....	50
7. FINANCIAMENTO .....	55
7.1. Fundo de Saúde .....	63

7.2. Emenda Constitucional nº 29 – EC 29 .....	66
7.3. Orçamento Público .....	72
7.3.1. Plano Plurianual – PPA .....	75
7.3.2. Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO .....	76
7.3.3. Lei Orçamentária Anual – LOA.....	77
8. REGULAÇÃO.....	80
8.1. Central de Marcação de Consultas e Serviços .....	83
8.2. Serviço de Atendimento Movei de Urgência.....	85
8.3. Tratamento Fora de Domicílio - TFD .....	87
9. CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	89
10. AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	94
11. SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE.....	99
11.1. Sistemas de Informação Nacionais .....	100
11.2. Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB .....	102
11.3. Sistemas de Informações Epidemiológicas.....	104
11.4. Sistemas de Processamento das Ações e serviços de Saúde .....	111
11.5. Sistema de Regulação - SISREG .....	113
11.6. Sistema de Informação sobre Orçamento Público – SIOPS.....	116
11.7. Transformando os Dados em Informações .....	119
REFERÊNCIAS .....	125
ANEXOS.....	135

A Constituição Federal assegura a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde. Esse direito é garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dentro desta perspectiva e compreendendo a importância do ato de planejar nas ações públicas, o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS) se constitui em uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS para monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde.

O planejamento é uma ferramenta que norteia o direcionamento de ações futuras e deve prever mecanismos de monitoramento e regulação. Instituições que não planejam suas ações são continuamente obrigadas a improvisar e correm o risco de não atingir as metas pactuadas.

Visando propiciar o acesso a informações básicas para o planejamento das ações de saúde, direcionadas aos gestores municipais e técnicos que atuam nessas instituições, a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, com o apoio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, elaborou o **Manual de Orientação para Gestores Municipais de Saúde**.

Este manual foi elaborado com a finalidade de servir como ferramenta, para auxiliar os Gestores Municipais de Saúde recém nomeados, a delinear o seu processo de planejamento. Esforços conjuntos deverão ser multiplicados, para que os municípios tenham acesso às informações que orientam a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

***Luiz Eduardo Cherem***

*Secretário Estadual de Saúde de Santa Catarina*

***Carmen Emília Bonfá Zanotto***

*Diretora Geral*

Apresentação

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS completa em 2008, 20 anos de importantes conquistas para a população brasileira. A proposta do SUS foi decisiva na transformação de um sistema totalmente centralizado, privatizado e focado na atenção hospitalar, para um sistema universal, descentralizado, participativo, com controle social, que busca atender a todos sem distinção.

A Constituição Federal de 1988, chamada “Constituição Cidadã,” foi um marco decisivo, pois pela primeira vez o setor saúde foi contemplado de forma clara e efetiva, conforme consta no artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

A saúde foi incluída no capítulo da Seguridade Social, que se constitui no conjunto de ações de saúde, previdência social e assistência social, com financiamento comum. Essa Constituição foi exaustivamente difundida e tornada conhecida por todos os segmentos da sociedade.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo Artigo 198:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

§ 1º - O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art.195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000).

Visando orientar os novos gestores da saúde do Estado de Santa Catarina, elaborou-se o Manual de Orientação para Gestores Municipais de Saúde em que consta conteúdo referente à estrutura e princípio do SUS, legislação do SUS, pacto pela saúde, instrumento de gestão e instrumentos de planejamento do SUS, Regulação Auditoria e os seus respectivos sistemas de informações em saúde.

## 2. LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS



### Lei Orgânica de Saúde

Como decorrência da Constituição de 1988 e para organizar o funcionamento do SUS, foi elaborada e aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pela Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.

A LOS apresenta as competências de cada esfera de gestão do SUS.

**Lei 8.080/90** - 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 8.142/90** – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

**Princípios, Diretrizes e Pressupostos do SUS** – O princípio é aquilo que dá fundamento, a base sobre a qual a política pública de saúde foi construída. Constituem-se nas idéias norteadoras do SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do capítulo II da Lei 8.080/90.

Para que o SUS seja implementado de acordo com os pressupostos filosóficos e organizativos pelos quais foi idealizado, é necessário que a população em geral e os gestores em particular, conheçam e coloquem em prática esses conceitos.

## Princípios doutrinários do SUS

**Universalidade** - O SUS deve atender a todo cidadão brasileiro, de acordo com suas necessidades, conforme o artigo 196, da Constituição/88: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Dessa forma, todos devem ter acesso universal e sem cobrança pelo atendimento, independente de que a pessoa pague a Previdência Social, pois como direito, a saúde deve ser gratuita, afinal, você paga impostos que financiam esse atendimento.

**Integralidade** – O cidadão deve ser atendido como um todo, não fragmentado, integrado a uma comunidade, com acesso às ações de promoção, proteção e recuperação. Dessa forma, devem ficar garantidas as ações preventivas, curativas e de reabilitação, conforme o artigo 198, da Constituição/88: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Isso significa que é necessário investir nas ações preventivas, disponibilizando opções de tratamento das doenças e reabilitação, com encaminhamento necessário aos demais níveis de atenção, sempre que o caso requeira.

**Equidade** – Deve-se considerar que as pessoas e as comunidades são diferentes, vivendo em condições desiguais. O SUS, para ser mais justo, deve ofertar seus serviços de acordo com as necessidades de cada indivíduo e/ou comunidade. Isto significa que o gestor deve estar atento para as necessidades de seu município, visando planejar ações de acordo com o perfil epidemiológico e sócio-econômico da população. Em síntese, o princípio da equidade deve garantir ações diferentes para populações desiguais, ou seja, destinar mais recursos para localidades mais pobres e com menor capacidade de atender às necessidades da população.

## Princípios organizativos do SUS

*Definem como o SUS deve estar organizado, para que possa distribuir as responsabilidades de cada nível de atenção.*

**Descentralização:** A descentralização fundamenta-se na teoria de que “quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto”, conforme o artigo 198 da Constituição/88: “descentralização, com direção única em cada esfera do governo”. Os estados e principalmente os municípios ganham poder para organizar a saúde, de acordo com a sua realidade específica. A descentralização é uma forma de organização que dá aos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais.

**Regionalização e Hierarquização:** A descentralização tem como pressupostos a **regionalização** e **hierarquização**, que são formas de organizar o sistema, buscando torná-lo mais eficaz em relação ao atendimento e aplicação de recursos.

**Regionalização:** é a distribuição dos serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços e sua capacidade de atender à população, evitando a duplicidade de ações.

**Hierarquização:** É um sistema de saúde hierarquizado, organizado segundo a complexidade das ações desenvolvidas, cuja continuidade da assistência deve ser assegurada principalmente pelo estabelecimento de um sistema de referência.

Conhecendo as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços numa determinada região, é possível regionalizá-los e hierarquizá-los de forma a tornar mais eficiente a rede de serviços de uma região.

**Participação dos cidadãos:** O poder público deve garantir as condições para a participação de todos os segmentos da sociedade envolvidos

com o SUS: dirigentes/instituições, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e principalmente, a comunidade que utiliza os serviços de saúde. Esse direito está garantido pela regulamentação da Lei 8.142/90, que institui a participação da comunidade na gestão e controle do SUS, através de dois mecanismos de Controle Social: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo (Nacional, Estadual e Municipal).

*Complementaridade do setor privado:* O SUS prevê que as ações e serviços sejam garantidos através da estrutura do setor público. Quando a estrutura pública esgota a sua capacidade instalada, o gestor pode recorrer ao setor privado, que atuará de forma complementar ao sistema, por meio de contrato ou convênio. Mas a prestação de serviços pelo setor privado não tira o caráter público do SUS. Desta forma, quem deverá definir as regras dessa contratualização de serviço privado, é o SUS.

## Pressupostos do SUS

*Essencialidade:* Saúde como função do Estado e direito do cidadão.

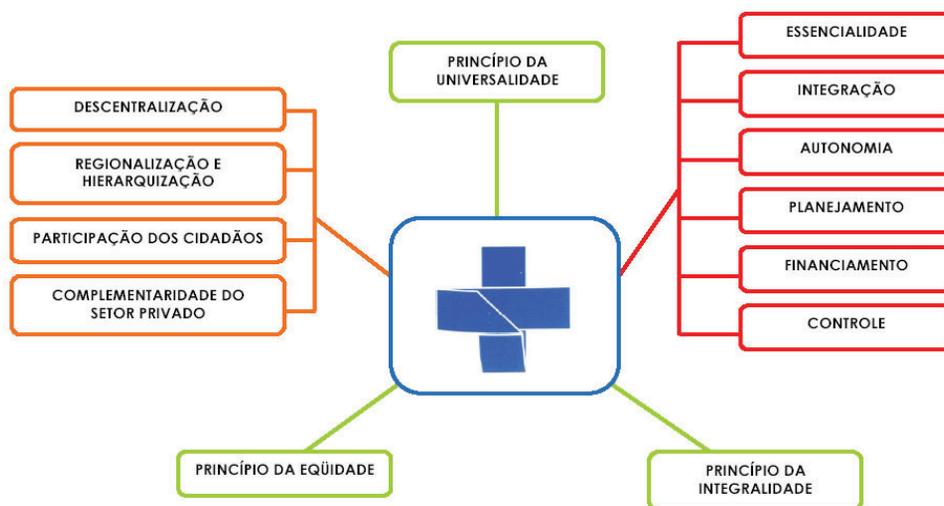
*Integração:* Responsabilidade das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução.

*Autonomia:* Os recursos possuem gestão independente nas três esferas de governo.

*Planejamento:* Os recursos da saúde devem estar previstos no orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo.

*Financiamento:* Garantido com recursos das três esferas de governo.

*Controle:* das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2003).



Fonte: Santa Catarina / PlanejaSUS, 2008



Para acessar a *Legislação do SUS* na íntegra entre -no site da SES - [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

### 3. PACTO PELA SAÚDE

Desde 2003, os gestores da saúde vêm empreendendo esforços para implementar uma nova forma de tornar realidade as diretrizes e a operacionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma aliança política denominada Pacto pela Saúde. A pactuação entre gestores substitui o processo de habilitação dos municípios, para a gestão por uma adesão solidária de construção do modelo de atenção coerente aos princípios do SUS, fundamentada em responsabilidades sanitárias. Envolve uma série de prioridades em âmbito nacional, incluindo e integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, educação permanente em saúde, gestão do trabalho, planejamento, controle, avaliação e regulação do sistema, além de reafirmar o fortalecimento do controle social.

*A Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, delimitando-o em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.*

Esse pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, destacadamente o princípio da regionalização, eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; a unificação dos vários pactos até então existentes e a adesão oficialmente publicada ao pacto, por meio de Termo de Compromisso de Gestão.

Com a adesão ao Pacto pela Saúde, as esferas gestoras explicitam suas

responsabilidades e estabelecem um compromisso de articulação solidária e cooperativa em torno de prioridades, a partir da análise da situação de saúde da população brasileira, bem como confirmam as atribuições inerentes à gestão em saúde em cada nível de governo, para condução do processo de aprimoramento permanente do SUS.

As orientações sobre a implantação do Pacto pela Saúde estão descritas na Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006, estabelecendo o Termo de Compromisso de Gestão como o documento formal dos acordos pactuados, especificamente nas dimensões do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, explicitando objetivos e metas, atribuições e responsabilidades sanitárias dos gestores e os indicadores de monitoramento e avaliação desses pactos. Sua finalidade é qualificar a gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

### 3.1. Pacto pela Vida

*O Pacto pela Vida constitui um conjunto permanente de ações prioritárias no campo da saúde, expresso em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e dos eixos definidos pelos gestores da saúde. Sua execução deve estar focalizada em resultados, para os quais são firmados acordos orçamentários e financeiros.*

O Pacto pela Vida, como dimensão do Pacto pela Saúde, representa uma mudança importante na condução gerencial do SUS, visto que rompe com os mo-

dos pontuais de assunção de responsabilidades, constituído até então pelas normas operacionais, que se fixavam em processos operacionais e se distanciavam de compromissos com resultados sanitários.

Em 2008, o Pacto pela Vida foi atualizado por meio da edição da Portaria GM MS nº 325/08, que estabeleceu prioridades, objetivos e metas para aquele ano, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Nele, foram estabelecidas as seguintes prioridades:

- 1.** atenção à saúde do idoso;
- 2.** controle do câncer de colo de útero e de mama;
- 3.** redução da mortalidade infantil e materna;
- 4.** fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite, AIDS;
- 5.** promoção da saúde;
- 6.** fortalecimento da atenção básica;
- 7.** saúde do trabalhador;
- 8.** saúde mental;
- 9.** fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- 10.** atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- 11.** saúde do homem.

Os objetivos e as metas pactuados devem servir de guia para que os dife-

rentes entes federados orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos.

O monitoramento do Pacto pela Vida materializa-se com a elaboração do Relatório dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação, firmado pelo gestor e pelo presidente do Conselho de Saúde, sendo este último o colegiado responsável por sua aprovação. Esse relatório é produto do preenchimento *on line* dos objetivos e metas no Sistema Informatizado do Pacto – SISPACTO, módulo I – Pacto pela Vida, que permite a visualização e acompanhamento da série histórica via internet. A Portaria GM MS 699/08 estabelece que o Relatório dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação é documento anexo ao Termo de Compromisso de Gestão.

### 3.2. Pacto de Gestão

*O Pacto de Gestão propõe alcançar dois grandes objetivos: definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, superando o processo reducionista de habilitação, indevidamente instalado pelas normas operacionais; e estabelecer as diretrizes para a operacionalização da gestão do SUS, enfatizando os princípios de organização e os instrumentos de gestão, dentre eles a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a programação pactuada integrada, a regulação, a participação e controle social, a gestão do trabalho e a educação na saúde*

Para tanto, estabelece responsabilidades dos gestores de forma solidária, visando eliminar, ou pelo menos reduzir, competências concorrentes. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as

regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Em territórios onde se localizam estabelecimentos públicos de saúde de entes federados distintos, o Pacto de Gestão estabelece relações contratuais entre as unidades federativas, explicitando claramente a competência da gestão e da gerência de cada estabelecimento, oficializada com a publicação do Termo de Cooperação entre Entes Públicos. O sistema de financiamento passou a ser constituído por blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do sistema – necessariamente pactuado entre as três esferas gestoras.

O Pacto de Gestão, na qualidade de instrumento operacional do Pacto pela Saúde, concretiza-se com a publicação do Termo de Compromisso de Gestão. A assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor, perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Representam, portanto, os documentos de formalização do pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.

O processo de pactuação inicia-se com a manifestação do gestor para aderir ao pacto. As orientações sobre esse processo estão definidas nas Portarias GM MS 699/06 e 372/07, que destacam e apresentam modelos para um conjunto de documentos anexos ao Termo de Compromisso de Gestão, quais sejam: Termo do Limite Financeiro Global (TLFG), Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP); Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal e Relatório

dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação – o Pacto pela Vida. O Extrato do Termo de Compromisso de Gestão resume as responsabilidades sanitárias ainda não realizadas pelo gestor, que determina o prazo para sua realização. Todo Termo de Compromisso de Gestão deve ser elaborado em sintonia com o Plano de Saúde, mantendo permanente negociação entre gestores e entre estes e os colegiados de gestão e controle social. Em Santa Catarina, durante a realização de Oficinas macrorregionais para divulgação do Pacto pela Saúde, foram distribuídos aos gestores municipais e gerências regionais CDs (*compact disc*) com o aplicativo SISPACTO, que facilita e organiza o preenchimento da documentação requerida.

Em 2007, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) criou o Núcleo de Gestão do Pacto (NGP), vinculado à Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação (DIPA), com a atribuição principal de cooperar junto aos municípios no processo de elaboração dos documentos que compõem o Pacto pela Saúde. Além disso, instituiu grupo técnico, sob Portaria SES nº 005, de 20 de dezembro de 2007, com a finalidade de analisar os Termos de Compromisso de Gestão Municipal e seus anexos e emitir parecer técnico, sobre a congruência do exposto nesses documentos relativamente à condição e histórico de gestão do município. A avaliação e parecer final para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) são feitos por um grupo gestor desse colegiado, constituído por representantes da SES/SC e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

O fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal - TCGN segue o estabelecido na Portaria GM/MS 699/06, incluindo os trâmites de

análise interna na SES/SC, conforme segue:

1. O Secretário Municipal de Saúde, após elaboração do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) e anexos, deve submetê-lo à aprovação junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS).
2. Após aprovação, enviá-lo ao NGP/DIPA para providências junto à CIB.
3. Uma vez estabelecidos os acordos e negociações, a CIB emite resolução aprovando a pactuação, cuja documentação retorna ao NGP para adotar as demais providências necessárias para envio à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
4. Toda a documentação (Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Termo do Limite Financeiro Global do Município, Termo de Compromisso entre Entes Públicos, Declaração da CIB de Comando Único do Gestor Municipal e Relatório dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação, acrescidos da ata do CMS e da Resolução da CIB) segue com uma solicitação oficial do Secretário de Estado da Saúde para homologação junto à CIT.
5. Após homologação, a CIT encaminha os documentos para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Após publicação em portaria ministerial, inicia-se o processo de operacionalização dos TCGM, envolvendo diretamente as seguintes Gerências da DIPA:

- Gerência de Contratualização dos Serviços do SUS (GECOS), que orienta sobre a contratualização dos estabelecimentos que passarão a ser de gestão municipal;
- Gerência de Controle e Avaliação do Sistema (GECOAS), que reorganiza a programação e pactuação integrada (PPI) para designação de recursos ao Fundo Municipal de Saúde;

- Gerência de Programação em Saúde (GEPRO), que atualiza junto ao gestor municipal o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e orienta sobre o processamento dos sistemas de informações e pagamento de prestadores de serviços.

Em diferentes situações, também estão envolvidas a Gerência de Planejamento do SUS (GESUS) relativamente à coerência e ajuste das metas pactuadas ao Plano Municipal de Saúde; Gerência de Auditoria (GEAUD) para monitoramento dos TLFG e Fundos Municipais de Saúde; Gerência de Tecnologia da Informação (GETIN) para monitoramento do SISPACTO e demais funções de informática e divulgação por videoconferências e na internet;

Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GECAB), que em conjunto com os órgãos que compõem a Superintendência de Vigilância em Saúde, são atores imprescindíveis nas orientações dos objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Vida.

O monitoramento do Pacto de Gestão é um processo muito recente, iniciado em novembro de 2008, cujas demandas em Santa Catarina sofreram algumas interferências importantes, como por exemplo o resultado dos pleitos eleitorais, com alteração de aproximadamente 70% das gestões municipais e as enchentes, que comprometeram parte do tempo na composição da atenção da gestão estadual nesse período. No entanto, a informatização dos Termos de Compromisso de Gestão, com o uso do Sistema Informatizado do Pacto, SISPACTO – módulo II – Pacto de Gestão, é fundamental para o monitoramento das responsabilidades sanitárias as-

sumidas e firmadas pelos gestores e do Termo de Limite Financeiro Global (TLFG). O preenchimento *on line* no SISPACTO, módulo II, é uma responsabilidade intransferível de cada gestor e permitirá a visualização e acompanhamento da série histórica via internet.

### 3.3. Pacto em Defesa do SUS

Somada à divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários, o Pacto em Defesa do SUS propõe a implementação de um projeto permanente de mobilização social, com a finalidade de mostrar a saúde

como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal. Do ponto de vista do financiamento, e após aprovação de percentual de recursos orçamentários para o setor saúde na Constituição Federal, o Pacto em Defesa do SUS tem como propósito garantir o incremento dos recursos orçamentários e os financeiros para a saúde, bem como aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

Os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde um de seus pontos centrais.

*O Pacto em Defesa do SUS envolve ações articuladas pelas três instâncias federais, no sentido de reforçar o SUS como política de Estado e não somente como uma política de governos. Além disso esse pacto busca defender e reforçar, vigorosamente, os princípios basilares da Política Nacional de Saúde instituída pela Constituição Federal.*



Informações referentes ao SISPACTO poderão ser encontradas: -no site da SES - [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) -no link do Pacto pela Saúde/Painel do Pacto

## 4. INSTÂNCIAS COLEGIADAS

### 4.1. Comissão Intergestores Bipartite - CIB

O Ministério da Saúde publicou várias normas para operacionalizar o SUS. Dentre elas está a Norma Operacional Básica SUS/01/93 que criou a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, um fórum permanente de negociação e pactuação entre os estados e os municípios, cuja composição é paritária (BRASIL, 1993).

No Estado de Santa Catarina esse fórum compõe-se de uma coordenação, representando os municípios e outra coordenação, representando o estado. E uma Secretaria Executiva, que recebe as demandas dos gestores estaduais e municipais, para a pauta das reuniões, realizadas mensalmente. Nessas reuniões são discutidos, negociados e feitos pactos sobre os temas que podem resultar em ‘Deliberação’ ou não.

A ‘Deliberação’ é um importante instrumento de tomada de decisão, de informação e de regulação.

A operacionalização da saúde, obrigatoriamente, necessita da aprovação da CIB. Já as políticas de saúde, obrigatoriamente, necessitam da aprovação dos Conselhos de Saúde – CES.

Em Santa Catarina, a CIB foi instituída pela Portaria SES 012/93, de 12 de junho de 1993, atendendo ao disposto no item 2.2.1, da Portaria do Ministério da

Saúde 545/93, de 20 de maio de 1993, que editou a NOB/SUS/93.

Cada tema a ser apresentado na CIB para deliberação, discussão, encaminhamento e/ou informes, precisam estar organizados com um parecer técnico ou considerações e argumentos que subsidiem as negociações. O tema pode ser recusado e retornar numa outra reunião ou simplesmente ser rejeitado.

Subsidiar à CIB, Câmaras Técnicas, compostas por dirigentes e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde e dirigentes e técnicos das Secretarias Municipais de Saúde. Essas Câmaras são setoriais e se reúnem mensalmente ou quando o caso exigir.

Há um grande número de informações relativas à CIB, disponibilizadas no site, especificamente, do período de 2002 a 2008.

Essas deliberações, sistematizadas e disponibilizadas, num repositório de fácil acesso, contribuiu para difusão e simetria das informações entre os gestores de saúde. Essas informações também se constituem numa fonte valiosa para a tomada de decisão e para a pesquisa, no que se refere à organização sanitária em Santa Catarina.



*As deliberações aprovadas e assinadas são enviadas para conhecimento a todos os gestores dos municípios e do Estado e disponibilizadas no site da SES ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)), a esquerda, no link CIB.*

## 4.2. Participação e Controle Social no SUS

O princípio do Controle Social pressupõe que quanto maior a participação da sociedade na construção e fiscalização do SUS, mais chance haverá de êxito. A participação da população na gestão do SUS ganhou força, com a publicação da **Lei 8.142/90**, que propõe dois espaços permanentes de manifestação: As **Conferências de Saúde** e os **Conselhos de Saúde**, nas três esferas de gestão.

**Conselho de Saúde:** De acordo com a Lei 8.142/90 e diretrizes definidas na Resolução nº 333/2003, “Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei.

Os Conselhos de Saúde passaram a ser constituídos em todo o país, envolvendo diversos setores da sociedade civil organizada, sendo estabelecida por lei municipal, estadual ou federal.

“O Conselho de Saúde será composto por representantes de **Usuários**, de **Trabalhadores de Saúde**, do **Governo** e de **Prestadores de Serviços de Saúde**, sendo o seu **Presidente eleito entre os membros do Conselho**, em Reunião Plenária”.

“A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”.

Os conselhos devem obedecer à paridade, de acordo com a legislação vigente e as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

A - **50 %** de entidades de **usuários**;

B - **25%** de entidades **dos trabalhadores de saúde**;

C - **25%** de representação do **governo, prestadores de serviços privados conveniados**, ou sem fins lucrativos.

**Resolução nº 333/2003** – A partir dos debates, ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo e com o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social no SUS, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde propõe as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

**Conferências de Saúde** – Se constituem espaços para a participação e o Controle Social no SUS com representação dos vários segmentos sociais, que se reúnem a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde de uma determinada região e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde.

Apresentamos, a seguir, um quadro síntese das 13 Conferências de Saúde realizadas até o ano de 2007:

**Quadro 1 - Síntese da evolução histórica das conferências de saúde no Brasil.**

Nº	Período de Realização	Temas Centrais
1ª	1941	Criação do Ministério da Saúde.
2ª	1950	Criação do Ministério da Saúde.
3ª	1963	Os temas centrais eram: Situação Sanitária da População Brasileira; Distribuição e Coordenação das Atividades Médico-Sanitárias nos Níveis Federal, Estadual e Municipal; Municipalização dos Serviços de Saúde; Fixação de um Plano Nacional de Saúde.
4ª	1967	Recursos Humanos para as Atividades de Saúde.
5ª	1975	Os temas centrais eram: Sistema Nacional de Saúde; Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias; Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	Os temas centrais eram: Situação Atual do Controle das Grandes Endemias; Operacionalização dos Novos Diplomas Legais Básicos, Aprovados pelo Governo Federal em Matéria de Saúde; Interiorização dos Serviços de Saúde; Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos.
8ª	1986	Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento do Setor Saúde.
9ª	1992	A Municipalização é o Caminho.
10ª	1996	SUS: Construindo um novo modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida.
11ª	2000	Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
12ª	2003	Saúde: um direito de todos e dever do estado - a saúde que temos, o SUS que queremos.
13ª	2007	Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de estado e desenvolvimento.

Fonte: MS (2008); Lôbo (2008)

No SUS é garantido o direito da participação popular, onde o conjunto dos vários segmentos sociais pode e deve avaliar e controlar os serviços oferecidos pelo Estado e dar sugestões para a sua melhoria. Isso significa que a sociedade, de forma organizada, participa na elaboração e acompanhamento das diretrizes das ações de saúde. O governo federal tem demonstrado interesse em qualificar o trabalho dos Conselhos Municipais de Saúde – CMS e assim, apresenta várias ações, dentre estas, o projeto de cadastro e capacitação nacional dos CMS, o Projeto de Inclusão Digital, além da elaboração de material didático para fomentar a capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde.



*No seu município, como está a atuação do Conselho Municipal de Saúde?  
A lei municipal que cria o Conselho Municipal de Saúde atende à Resolução nº 333/2003?  
Você participou da última Conferência Municipal de Saúde?*

Para reformular a lei de criação do Conselho de Saúde, é necessário que a mesma seja colocada à apreciação/aprovação do Conselho de Saúde e posteriormente à Câmara de Vereadores, no caso do município, para aprovação.

Ex. Caso a lei de criação do Conselho Municipal de Saúde defina que o presidente do conselho deva ser o gestor, para adequá-la à atual legislação (Resolução 333/2003), esta lei deverá ser reformulada e submetida à plenária do conselho e a Câmara de Vereadores, para aprovação.



Informações referentes à Legislação do SUS, Conselho de Saúde e Conferências de Saúde, poderão ser encontradas: -no site da SES : [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) -no link do Conselho Estadual de Saúde - CES ou no site do Controle Social: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br>

### 4.3. Colegiados de Gestão Regional - CGR

O Pacto pela Saúde, editado pelo Ministério da Saúde em 2006, representa mudanças para a operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS. A substituição do atual processo de habilitação pela adesão ao termo de compromisso, a integração das várias formas de repasse de recursos federais, a unificação de vários pactos hoje existentes e a criação de **Colegiados de Gestão Regional – CGR** constituem-se em mudanças preconizadas.

O CGR conforma um espaço de articulação, de definição de prioridades, proposição de soluções e, sobretudo, é uma estratégia para implantação do pacto pela saúde.

Em Santa Catarina, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, através das Deliberações nº 044/CIB/2007 e 127/2007 homologou a implantação de 15 CGR's, o que ocorreu efetivamente. A forma de organização inicialmente foi baseada no Plano Diretor de Regionalização – PDR, da Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC, 2002. A partir disso, foram feitas alterações consensuadas entre os Municípios, no

sentido de ajustar as singularidades regionais. Atualmente o Estado de Santa Catarina possui 15 CGR's.

Quanto à **composição**, constituem os CGR's, todos os Secretários Municipais de Saúde da abrangência do seu Colegiado e os Gerentes Regionais de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR's, também da abrangência do seu colegiado.

Quanto à **organização interna**, os colegiados possuem regimento interno, cronograma de reuniões, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho.

No que se refere ao custeio desses colegiados, o Ministério da Saúde definiu um valor anual fixo por colegiado, conforme Portaria MS/GM 2.691 de 19 de Outubro de 2007.

O acompanhamento desses colegiados é de responsabilidade da Comissão Intergestores Biparite, e as informações relativas aos CGR's podem ser encontradas no site da SES ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)), no link da CIB.

## 5. INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

O planejamento implica mobilizar recursos e vontades para realizar ações que possibilitem o alcance dos objetivos e a concretização das propostas.

Os instrumentos utilizados em planejamento variam em modelos e métodos, podendo ser simples ou complexos.

No âmbito do PlanejaSUS, é preconizado o planejamento construído coletivamente, com a adoção de instrumentos básicos a serem utilizados nas três esferas de gestão, sendo estes o **Plano de Saúde**, a **Programação Anual** e o **Relatório Anual de Gestão** (Portaria nº 3.085/2006).

### 5.1. Plano de Saúde

Para garantir o princípio da “Unicidade” do SUS e a participação social, está estabelecido que o processo de formulação do Plano de Saúde ocorra de forma ascendente e participativa, devendo, no entanto, serem respeitadas as peculiaridades

# PlanejaSUS

Sistema de Planejamento do SUS

*“Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente e evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro” (Chorny, apud BRASIL: 2006).*

e necessidades inerentes a cada município, de modo a refletir as diferentes realidades e permitir a incorporação e adaptações que se fizerem necessárias.

Assim o Plano de Saúde é conceituado como o instrumento que a partir de uma análise situacional apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em **objetivos, diretrizes e metas**.

O processo de formulação deve começar logo no início de cada gestão. O último ano de vigência do plano corresponde ao primeiro ano de um novo governo, portanto o governo que inicia, faz uso do plano já elaborado, realizando os ajustes que se fizerem necessários, utilizando para isto a Programação Anual de Saúde, que será apresentada mais adiante.

O Plano de Saúde constitui um importante instrumento político para a negociação do gestor, visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.

Para a elaboração do plano devem ser considerados alguns procedimentos seqüenciais:

- Formalizar a decisão do gestor de construir o plano por meio de uma portaria ou outro instrumento próprio, da respectiva esfera de gestão, ou apresentar uma proposta de construção do plano, ao respectivo Conselho de Saúde, para que se manifeste por meio de uma resolução, a ser aprovada pelo gestor.
- Incumbir a área de planejamento da respectiva esfera de gestão ou no caso de sua inexistência, uma equipe designada pelo gestor, de reunir e analisar alguns insumos indispensáveis à elaboração do

plano, tais como o Plano Pluri-Anual; os Relatórios das Conferências de Saúde (respectiva, se disponível; estadual e nacional); os Relatórios de Avaliação do Plano vigente e os Relatórios Anuais de Gestão disponíveis;

- Formular a proposta inicial a partir da análise dos documentos citados acima, adotando o modelo básico proposto pelo PlanejaSUS e adotado pela SES/SC, o qual se encontra disponível no endereço eletrônico [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br), na barra de ferramentas azul- **PlanejaSUS**. A utilização do referido modelo não impede as adaptações que a realidade local indicar, a qual deve ser discutida com as respectivas áreas técnicas, para que sejam procedidas as correções, ampliações e aperfeiçoamentos necessários.
- Promover encontros/reuniões com o Conselho de Saúde e eventos específicos com a comunidade ou representações de segmentos sociais para a discussão dessa proposta inicial;
- Promover encontros/reuniões com outros setores, cuja atuação tem impacto sobre a saúde;
- Analisar as propostas oriundas dessas iniciativas para incorporá-las à proposta inicial que, nessa etapa, passa a ser considerada versão preliminar;
- Submeter novamente às áreas técnicas para apreciação e aprovação e, posteriormente, ao respectivo gestor;
- Submeter formalmente ao Conselho de Saúde, sendo que essa versão passa a ser a proposta de Plano de Saúde da respectiva esfera de gestão;
- Publicar em ato formal do gestor a versão aprovada pelo CS, que será assumida como instrumento orientador estratégico da gestão, do qual decorrem os demais instrumentos.

## 5.2. Programação Anual de Saúde

*A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.*

Nela são detalhadas a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde, **as ações, as metas anuais e os recursos financeiros** que operacionalizam o respectivo plano, bem como os responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações. São apresentados também os indicadores de processo para o seu monitoramento.

As **ações** são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde. São exemplos de ações:

- Contratar profissionais para compor as equipes de saúde bucal;
- Realizar cursos para as equipes de saúde bucal.

As **metas anuais** da programação são expressões quantitativas das ações definidas. O estabelecimento das metas anuais deve levar em conta, necessariamente, as metas definidas no Plano de Saúde. Considerando as ações apresentadas anteriormente, são exemplos de metas anuais da Programação:

- Contratar ( x )dentistas e ( y ) técnicos em higiene dental;
- Realizar( x) cursos para as equipes de saúde bucal.

Atualmente, existem no SUS distintos instrumentos e sistemas informatizados de programação, como a Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI/Assistência) e a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

Esses instrumentos apresentam aberturas programáticas específicas, de acordo com o objeto da pactuação. Assim sendo, na PPI estão pactuados os procedimentos e recursos financeiros relativos à assistência à saúde.

A **Programação Anual de Saúde** é um instrumento essencial para o funcionamento do PlanejaSUS, que deve levar em conta ou ser o orientador de todos os instrumentos específicos da programação existente, como os anteriormente citados, assim como os outros definidos no escopo do Pacto pela Saúde, tais como o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento.

O horizonte temporal da **Programação Anual de Saúde** coincide com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário. Portanto, as bases legais para sua elaboração são: a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA.

A **Programação Anual de Saúde** é o instrumento que reúne, portanto todas as iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão, em determinado ano, devendo, a exemplo da elaboração do Plano de Saúde, ser coordenada pela área de planejamento ou no caso de sua inexistência, por uma equipe designada para esse fim.

São objetivos da **Programação Anual de Saúde**:

- Integrar o processo geral de planejamento das três esferas de governo, de forma ascendente, coerente com os respectivos planos municipais, estadual e nacional de saúde, para o ano correspondente;

- Consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde;
- Viabilizar a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde;
- Definir a macro-alocação dos recursos do SUS para financiamento do sistema;
- Promover a integração dos sistemas municipais de saúde;
- Explicitar o pacto de gestão e o comando único em cada esfera de governo;
- Contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde.
- Do ponto de vista da estrutura, a **Programação Anual de Saúde** deve atender minimamente o seguinte formato:
  - Definir as ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
  - Estabelecer as metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
  - Identificar os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação;
  - Definir os recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

A seleção dos indicadores que permitirão o monitoramento da programação deve ser feita também com especial atenção. Como no Plano de Saúde, é importante considerar as fontes a serem usadas.

### 5.3. Relatório Anual de Gestão

*O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, contemplando a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios.*

Os resultados alcançados são apurados, com base no conjunto de indicadores, que foram definidos na programação para acompanhar o cumprimento das metas anuais, dos valores orçamentários e dos recursos financeiros nela fixadas.

Cabe destacar que, ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações. Para tanto, os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados por contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolvendo também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

O **Relatório Anual de Gestão** deverá ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde. Esse relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

Conforme já sinalizado neste documento, para acompanhar o cumprimento das metas devem ser definidos indicadores que serão apurados ao longo da execução da Programação Anual de Saúde.

**Indicador** é um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre as variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas.

**Variáveis** são os dados sobre determinado fato ou situação que compõem o numerador e o denominador do indicador. Por exemplo, indicador para avaliar o número de exames por consulta eletiva:

Número de exames por consulta eletiva

Total de consultas médicas eletivas

Um exemplo da construção de indicadores pode ser formulado a partir de uma das prioridades do Pacto pela Vida – Portaria N° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 – do qual foram aqui destacadas algumas metas.

• **Prioridade:** Redução da mortalidade infantil e materna

• **Metas:** (i) reduzir a mortalidade neonatal em 5% em 2009; (ii) reduzir em 50% os óbitos por doenças diarreicas e 20% por pneumonia em 2009; (iii) criar comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80 mil habitantes em 2009; e (iv) reduzir em 5% a razão de mortalidade materna em 2009.

Para o acompanhamento do cumprimento dessas metas, poderiam ser usados alguns indicadores, tais como:

- Taxa de mortalidade neonatal;
- Taxa de mortalidade infantil por causa;
- Número de comitês de vigilância do óbito criados em municípios com população acima de 80 mil habitantes;
- Razão de mortalidade materna.

Os **indicadores** fornecem, assim, elementos para o processo de programação. Não pretendem proporcionar um conhecimento completo e exaustivo da situação, mas concentrar informações consideradas críticas em relação aos problemas identificados e objetivos propostos.

É possível incluir ou excluir indicadores, na medida em que são identificados novos pontos críticos, desde que os pontos básicos e essenciais permaneçam sendo acompanhados, para garantir a coerência e a direcionalidade da programação.

Do ponto de vista da estrutura, o Relatório Anual de Gestão deverá conter minimamente:

- O resultado da apuração dos indicadores;
- A análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira);
- As recomendações (por exemplo, revisão dos indicadores, reprogramação).

Portanto, além de apresentar o desempenho da execução das ações e o grau de cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde, a partir do conjunto de indicadores definidos, o Relatório Anual de Gestão fornece as bases para o ajuste do Plano e indica os rumos para a programação do ano seguinte.

A equipe de planejamento deverá orientar e apoiar as áreas técnicas na apuração dos resultados a partir dos indicadores selecionados na programação, assim como a análise do impacto destes resultados sobre a situação descrita no respectivo Plano de Saúde. Caberá também às áreas técnicas formular recomendações que julgarem necessárias e propor ajustes na programação e no Plano de Saúde.

A equipe de planejamento deverá sistematizar o trabalho realizado pelas áreas técnicas, conformando o documento final que expressará o **Relatório Anual de Gestão**.

As orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão , após a apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, seguem as orientações da Portaria N° 3.176, de 24 de dezembro de 2008.



*Este texto é um copilado do Manual número 2 do PlanejaSUS, “Instrumentos de Gestão”, que encontra-se disponível no site ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)) no link PlanejaSUS, juntamente com outros materiais instrucionais do Sistema de Planejamento do SUS.*

## 6. INSTRUMENTOS DE GESTÃO

### A Regionalização e os Instrumentos de Gestão (PDR, PDI e PPI).

*O Plano Diretor de Regionalização - PDR, o Plano Diretor de Investimento - PDI e a Programação Pactuada Integrada - PPI são instrumentos de gestão que se caracterizam como ferramentas de planejamento técnico e financeiro da Política de Saúde.*

Os instrumentos de gestão exigem revisão periódica de objetivos, seja em decorrência de mudanças de cenários ou de obstáculos que possam surgir. Devem atender às decisões dos gestores, por serem frutos de suas percepções sobre as necessidades sociais, na busca de soluções para os problemas de saúde da população.

Necessário ao desenvolvimento regional e imprescindível à concretização dos compromissos assumidos pelos gestores ao assinar o Termo de Compromisso de Gestão, o planejamento das ações de saúde é mais que uma exigência formal; ele expressa as responsabilidades dos gestores na garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde, deixando patente a necessidade de articulação entre os processos de regulação e de Programação Pactuada e Integrada - PPI em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização - PDR e com o Plano Diretor de Investimento - PDI.

Portanto, o compartilhamento de metodologias e de tecnologias, aliado a um ciclo integrado de planejamento, monitoramento e avaliação de resultados, é que

possibilita aos quadros técnicos, aos gestores e aos usuários, um acompanhamento qualificado da execução das ações e serviços de saúde. É também fundamental ao desenvolvimento dos trabalhos que práticas novas no campo da saúde sejam sempre discutidas e consideradas, assim como a integração de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

*O diálogo, a parceria, a cooperação e a solidariedade compõem a base que permitirá ao SUS enfrentar os inúmeros desafios inerentes aos processos de gestão loco-regionais, fomentando a co-gestão. Mais importante que resultados isolados é o fortalecimento da prática coletiva, do planejamento e da gestão, capaz de integrar as necessidades e as soluções mais convenientes às Regiões de Saúde.*

## 6.1. Plano Diretor de Regionalização - PDR

O Plano Diretor de Regionalização – PDR/2008 de Santa Catarina foi aprovado nas instâncias colegiadas do SUS.

Tem por objetivo garantir o acesso do cidadão a um conjunto de ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde. Apresentam as necessidades de reorganização da assistência, reestabelecendo os fluxos de pacientes e de investimentos. Deverá ser estabelecido e garantido por meio de processos reguladores e os acordos firmados por meio da Programação Pactuada Integrada-PPI. (Santa Catarina, 2002). Apresenta os seguintes objetivos:

- Promover qualidade da atenção e dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade de forma hierarquizada;

- Contribuir para o fortalecimento da descentralização da gestão assistencial nas instâncias regionais do SUS em Santa Catarina;
- Orientar a alocação de recursos financeiros para o desenvolvimento da assistência à saúde;
- Definir as diretrizes para investimentos com base nas necessidades de saúde da população;
- Orientar o fluxo das ações e o acesso aos serviços de saúde para o processo de Regulação da Assistência;
- Definir os termos de compromisso para garantia do cumprimento da Programação Pactuada e Integrada da Assistência.
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde, no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
- Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.
- Promover a Regionalização Solidária
- Fortalecer os Colegiados de Gestão Regional;

As Deliberações CIB 92 e 245/2008 aprovaram o PDR 2008 de Santa Catarina trazem os seguintes conceitos:

UNIÃO – território que sedia a gestão nacional de saúde – Ministério da Saúde (MS), responsável por planejar, organizar, e executar, avaliar e controlar as ações e os serviços de saúde públicos e privados sob sua gestão, bem como prestar apoio técnico-financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional. Elaborar normas e protocolos para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados

contratados de assistência à saúde, estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação com os demais entes da federação.

**ESTADO** – território que sedia a gestão estadual de saúde – Secretaria de Estado da Saúde (SES), responsável por planejar, organizar, e executar, avaliar e controlar as ações e os serviços de saúde públicos e privados sob sua gestão, bem como prestar apoio técnico-financeiro aos Municípios em caráter suplementar. Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, propondo e formulando normas e protocolos dos serviços com a realização de acompanhamentos e monitoramentos de todos os serviços vinculados ao SUS.

**MUNICÍPIO** – território que sedia a gestão municipal de saúde – Secretaria Municipal de Saúde (SMS), responsável por planejar, organizar, e executar, avaliar e controlar as ações e os serviços de saúde públicos e privados sob sua gestão. Sendo de sua exclusiva responsabilidade a garantia da atenção básica, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica.

**MACRORREGIÃO DE SAÚDE** – formada por uma ou mais regiões de saúde organizado/estruturado para atender parte da Média Complexidade que se evidencia mais complexo e a Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Não possui município sede e sua definição depende de cumprimento de critérios que levam em conta serviços de alta complexidade instalados, população referenciada, investimento feitos pelo estado através de convênios, etc. A macrorregião de saúde deve atender as diretrizes estabelecidas neste documento e ser referência para uma população mínima de 300.000 habitantes.

**REGIÃO DE SAÚDE** – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela SES, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (PDR, 2002 - NOAS 01/01). A região

de saúde deve atender as diretrizes estabelecidas neste documento e ser referência para uma população mínima de 100.000 habitantes. Uma região de saúde poderá ser formada por mais de um município de referência).

**MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA** - Município que por seus equipamentos urbanos e de saúde exerce força de atração sobre os demais, para prestação de serviços que requeiram maior tecnologia representada por procedimentos classificados pela PPI como de média complexidade ambulatorial e ou hospitalar para no mínimo 02 (dois) municípios circunvizinhos.

Define também nove (9) Macrorregiões de Saúde, vinte e uma (21) Regiões de Saúde, conforme desenho constante no Quadro 2:

Quadro 2 - Configuração das macrorregiões e regiões de Saúde do Estado.

Macrorregião	Pop Macro	Região de Saúde	Composição	Num. Mun. SDR	Pop. SDR	Região de Saúde	População da Região/2007	Quant. de Municip.
Extremo Oeste	702.633	1	1ª SDR São Miguel do Oeste	7	65.097	Região de Saúde de São Miguel do Oeste	225.107	30
			2ª SDR Maravilha	12	73.228			
			30ª SDR Dionísio Cerqueira	6	50.346			
			31ª SDR Itapiranga	5	36.436			
		2	4ª SDR Chapecó	11	207.630	Região de Saúde de Chapecó	294.891	25
			29ª SDR Palmitos	8	65.373			
			32ª SDR Quilombo	6	21.888			
		3	3ª SDR São Lourenço do Oeste	7	45.052	Região de Saúde de Xanxerê	182.635	21
			5ª SDR Xanxerê	14	137.583			
Meio Oeste	572.566	4	6ª SDR Concórdia	7	92.567	Região de Saúde de Concórdia	139.977	15
			33ª SDR Seara	8	47.410			
		5	7ª SDR Joaçaba	13	113.280	Região de Saúde de Joaçaba	166.877	21
			8ª SDR Campos Novos	8	53.597			
		6	11ª SDR Curitibaanos	5	63.809	Região de Saúde de Videira	265.712	19
			9ª SDR Videira	7	100.942			
10ª SDR Caçador	7		100.961					
Vale do Itajaí	758.939	7	12ª SDR Rio do Sul	7	92.467	Região de Saúde de Rio do Sul	256.750	28
			13ª SDR Ituporanga (exceto Leoberto Leal e Alfredo Wagner)	7	49.588			
			34ª SDR Taió	6	55.601			
			14ª SDR Ibirama (exceto Apiúna)	8	59.094			
		8	35ª SDR Timbó + Apiúna	7	121.597	Região de Saúde de Timbó	131.499	8
				1	9.902			
9	15ª SDR Blumenau (exceto Ilhota e Luis Alves)	3	370.690	Região de Saúde de Blumenau	370.690	3		
Foz do Rio Itajaí	478.812	10	Luis Alves, Ilhota, Balneário Piçarras, Penha, Navegantes e Itajaí	6	271.299	Região de Saúde de Itajaí	271.299	6
		11	Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Bombinha e Porto Belo	5	207.513	Região de Saúde de Balneário Camboriú	207.513	5
Grande Fpolis	1.055.702	12	16ª SDR Brusque (exceto Canelinha, Major Gercino, Nova Trento, São João Batista e Tijucas)	3	115.184	Região de Saúde de Brusque	115.184	3
		13	18ª SDR Grande Fpolis + Municípios da SDR Brusque Municípios da SDR Laguna Municípios da SDR Ituporanga	13	830.052	Região de Saúde da Grande Florianópolis	940.518	22
				5	73.896			
				2	23.229			
				2	13.341			
Sul	860.554	14	19ª SDR Laguna (exceto Garopaba e Paulo Lopes)	3	98.296	Região de Saúde de Tubarão	319.922	17
			20ª SDR Tubarão	7	160.594			
			36ª SDR Braço do Norte	7	61.032			
		15	21ª SDR Criciúma	11	372.091	Região de Saúde de Criciúma	372.091	11
		16	22ª SDR Araranguá	15	168.541	Região de Saúde de Araranguá	168.541	15
Nordeste	798.941	17	23ª SDR Joinville	8	599.631	Região de Saúde de Joinville	599.631	8
		18	24ª SDR Jaraguá do Sul	5	199.310	Região de Saúde de Jaraguá do Sul	199.310	5
Planalto Norte	348.495	19	25ª SDR Mafra	7	222.095	Região de Saúde de Mafra	222.095	7
		20	26ª SDR Canoinhas	6	126.400	Região de Saúde de Canoinhas	126.400	6
Planalto Serrano	291.372	21	27ª SDR Lages	12	239.476	Região de Saúde de Lages	291.372	18
			28ª SDR São Joaquim	6	51.896			

## 6.2. Plano Diretor de Investimento – PDI

*Expressa os recursos de investimento tripartite que visam à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde, em consonância com o planejamento estadual e regional.*

No âmbito regional, o PDI deve refletir as necessidades para o alcance de suficiência na atenção à saúde, incluindo as ações de vigilância e promoção em saúde, segundo as características peculiares a cada Região ou Macrorregião de Saúde. Os planos de investimento serão discutidos e aprovados na CIB, sendo que seu desenho final pode conter os recursos financeiros de investimento destinados:

- Ao processo de regionalização;
- Ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde;
- À recuperação, readequação, expansão e organização da rede física de saúde;
- À aquisição de equipamentos;
- Ao desenvolvimento de ações de vigilância em saúde;
- À constituição dos espaços de regulação;
- À promoção da equidade inter-regional;
- A outras necessidades pactuadas regionalmente.

O Estado de Santa Catarina ainda não possui um Plano Diretor de Investimento, no ano de 2009, a partir do novo PDR/ 2008 iniciará a discussão referente

aos investimentos a serem realizados. Atualmente o Estado destina recursos financeiros para:

- Incentivos para a Atenção Básica: Programa de Inclusão Social - Procis, Co-financiamento da Atenção Básica (conforme Deliberação da 007/CIB/08), Assistência Farmacêutica Básica;
- Incentivos específicos de Média Complexidade: Serviço de Atendimento Móvel - SAMU, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- Incentivos específicos de Alta Complexidade: Incentivo Hospitalar;
- Convênios estaduais.

### *6.3. Programação Pactuada Integrada - PPI*

Por meio da PPI, as ações de saúde são previstas, norteando a alocação dos recursos financeiros, a partir dos critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Nela, os gestores explicitam os “pactos de referência” pelos quais um município passa a atender à população de outro município, ambos integrados à mesma Região de Saúde e/ou macrorregião, detalhando os recursos destinados ao atendimento de sua própria população e da população a ele referenciada.

A Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência é um processo instituído no SUS onde são definidas e quantificadas as ações e os serviços de saúde para a população residente de cada território, garantindo seu acesso, independente do local de execução.

A PPI tem por objetivo organizar as redes de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros, os limites financeiros destinados à assistência da população de cada município.

São objetivos da PPI:

- Buscar a equidade de acesso;
- Orientar a alocação dos recursos financeiros baseados em parâmetros assistenciais, para atendimento das necessidades da população;
- Definir os limites financeiros dos municípios;
- Fornecer subsídios para o processo de regulação do acesso;
- Contribuir para a organização de redes de assistência
- Possibilitar transparência dos pactos Intergestores.

O monitoramento e avaliação da PPI são responsabilidades de todos os Gestores do SUS, com a transparência de acompanhamento do cumprimento das pactuações realizadas, ficando bem claro que o recurso deve acompanhar o usuário.

A PPI deve ser pauta de discussão e avaliação nos Colegiados de Gestão, com base no Pacto pela Saúde, construindo um SUS solidário e regionalizado.

A proposta da PPI reflete determinadas intencionalidades, buscando garantir o acesso, o que na prática nem sempre é assegurado, frente a esta situação e no intuito de cumprir com os princípios e diretrizes do SUS, as pactuações contem-

pladas na PPI da Assistência que não forem cumpridas, o recurso correspondente deverá retornar ao Gestor de origem do usuário.

O prazo entre a pactuação e a realização é no mínimo semestral, cabendo ao gestor que não foi atendido, o respectivo ressarcimento, sendo que o mesmo deverá prestar contas dos atendimentos realizados com esse recurso.

**O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC** é destinado ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde, consolidada na PPI da Assistência.

A PPI da Assistência, em sua totalidade, é aprovada na Comissão Intergestores Bipartite, desde os parâmetros utilizados, que resulta no teto por grupo (macroalocação), os critérios de distribuição e avaliação dos recursos financeiros, bem como as referências pactuadas.

Todos os Gestores devem:

- Respeitar a macroalocação e as referências pactuadas;
- A contratualização dos prestadores deve estar de acordo com a macroalocação;
- A Ficha de Programação Orçamentária - FPO é o documento que registra a programação física e orçamentária da unidade que deve retratar o teto da PPI;
- As alterações da PPI não devem ser frequentes, em razão do processo de contratualização e o fluxo dos pacientes;

- Prestar contas dos atendimentos realizados;
- Se a oferta é insuficiente, deverá ser dividida por todos com base em critérios técnicos.
- A metodologia é sempre aprovada na Comissão Intergestores Bipartite e a nova PPI da Assistência foi aprovada através da Deliberação nº 270, de 16 de dezembro de 2008, que propôs novos parâmetros e critérios, atualizou os custos médios e a população de referência é a de 2007.

A partir de janeiro de 2009 os municípios terão novos tetos, de acordo com os procedimentos da nova tabela.

Quanto às alterações da PPI, elas são realizadas mediante necessidades geradas pelos gestores, ou por portarias ministeriais, sendo que as alterações devem obrigatoriamente ser acordadas entre os gestores, não existindo “despactuação” de um único lado.

A PPI da Assistência Hospitalar distribuiu a Autorização de Internação Hospitalar – AIH, com base na população de 2007, no percentual de 7% para as internações de média complexidade e 0,33% para alta.

Para garantir e regular o acesso aos serviços de alta complexidade, foi criada uma AIH específica para as áreas de cardiovascular, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia oncológica, transplante gastroplastia e lábio palatal.

Os serviços que são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação –FAEC, que atualmente são poucos, não estão detalhados na PPI.

Para o conhecimento de todos e um melhor monitoramento por parte dos

gestores, de suas cotas pactuadas, a SES disponibiliza no site todo o material referente à PPI da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de forma atualizada, no endereço [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br), no menu “Programação Pactuada e Integrada”.

Os Termos de Compromisso de Alta Complexidade estão detalhados na PPI, bem como estão disponíveis junto aos documentos da mesma.



*Para acessar a PPI na íntegra entre no site da SES - [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) no Menu Programação Pactuada Integrada/PPI da Assistência. E os termos de compromisso de Alta Complexidade no mesmo link no item termo de compromisso AC*

## 7. FINANCIAMENTO



*As ações e serviços de saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no Orçamento da Seguridade Social. Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares.*

### Transferências Legais

As transferências legais consistem em repasses de recursos do Governo Federal para Estados, Distrito Federal e Municípios. Essas transferências de recursos são disciplinadas em leis específicas.

Há duas formas de transferência legal cujos recursos estão vinculados a um fim específico: **a transferência automática e a transferência fundo a fundo**. A saúde utiliza apenas a modalidade de transferência fundo a fundo.

### Transferência Fundo a Fundo

*A transferência fundo a fundo é um instrumento de descentralização de recursos disciplinado em leis específicas, que se caracterizam pelo repasse diretamente de fundos da esfera federal para fundos das esferas estaduais, municipais e do Distrito Federal, dispensando a celebração de convênios. Os fundos que operam essa modalidade de transferência são o Fundo Nacional de Saúde – FNS e o Fundo Nacional da Assistência Social – FNAS.*

É realizada por repasses fundo a fundo e pagamento direto a prestadores de serviços e a beneficiários cadastrados de acordo com o estabelecido em portarias.

*A transferência fundo a fundo caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, conforme o Pacto de Gestão e a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros.*

As normas que disciplinam essa forma de transferência no âmbito do FNS são a Lei nº 8.142, de 19 de fevereiro de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. O Governo estadual realiza esta transferência de acordo com a Lei n.13.333 de 22 de fevereiro de 2005.

Os recursos das transferências fundo a fundo destinam-se à cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa cobertura das ações e serviços de saúde corresponde ao investimento na rede de serviços, cobertura ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde. Os recursos são repassados de forma regular e automática, independentemente de convênio ou instrumento congêneres.

Na transferência, os valores são depositados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais. O depósito é efetuado em contas individualizadas específicas dos fundos, conforme os blocos de gestão da Portaria GM/MS nº 204 de Janeiro 2007, e Portaria nº 1.497 de 22 de junho de 2007. A aplicação dos recursos deve ser realizada conforme o previsto no plano de saúde do Estado, Distrito Federal ou Município.

*As contas para transferências de recursos regulares e automáticos, na modalidade fundo a fundo, destinadas ao financiamento das ações e serviços de saúde, serão abertas pelo Fundo Nacional de Saúde, por meio de processo*

automático, para todos os blocos de financiamento e poderão ser creditadas e movimentadas, a critério do gestor, mediante Termo de Adesão, em instituição financeira conveniada com o Fundo Nacional de Saúde.

## DAS REGRAS DE FORMAÇÃO DA NOMENCLATURA DAS CONTAS

Estas orientações estão descritas na íntegra da Portaria nº 1.497 de 22 de junho de 2007.



Informações referentes às portarias do financiamento podem ser encontradas no site da SES ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)), no link Planeja SUS ou no site do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br/sas/portarias](http://www.saude.gov.br/sas/portarias))

### Onde:

AAA = vinculação do CNPJ (3 posições)

BBBBBBBBBBBBB = Nome do Município (11 posições)

FNS = Órgão transferidor dos recursos (3 posições)

CCCCC = Identificador do Bloco (5 posições)

### Detalhamento:

Campo AAA = identificador do CNPJ cadastrado para recebimento das transferências e conseqüentemente titular das contas que poderá ser: Fundo de Saúde do Município ou do Estado (FMS ou FES), Secretaria de Saúde do município ou do Estado

(SMS ou SES) ou Prefeitura Municipal (PM).

Campo BBBBBBBBBBB = Identificador Nome do município (11 posições);

Campo FNS = identificação do órgão transferidor dos recursos (3 posições)

Campo CCCCC = Identificador do Bloco (5 posições)

Para identificação dos blocos serão utilizados os seguintes códigos de identificação:

- BLATB = Bloco da Atenção Básica;
- BLMAC = Bloco da atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- BLVGS = Bloco da Vigilância em Saúde;
- BLAFB = Bloco da Assistência Farmacêutica – Componente Básico;
- BLMEX = Bloco da Assistência Farmacêutica – Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional;
- BLGES = Bloco de Gestão do SUS;

A Portaria n ° 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O Parágrafo único do Art. 3º estabelece que “Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados”. Dentre os blocos estabelecidos na referida portaria, está o da Atenção Básica, cujos recursos devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde

relacionados a Atenção Básica, **sendo vedada a utilização desse recurso para:**

- pagamento de servidores inativos,
- servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao bloco, previsto no respectivo Plano de Saúde;
- gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao bloco, previsto no respectivo Plano de Saúde;
- pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
- obras de construção novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Especificamente em relação aos recursos de **Compensação de Especificidades Regionais** a portaria estabelece que:

**Artigo 11: parágrafo 2º Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado. Os municípios catarinenses contemplados foram definidos pela Deliberação CIB 172 de 22 de agosto de 2008.**

Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do

SUS, devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desses para pagamento de:

- I - Servidores inativos;
- II - Servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- III - Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV - Pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado;
- V - Obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Os recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco.



*Informações referentes ao teto financeiro devem ser consultadas no site da SES ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)), no link: [http://www.saude.sc.gov.br/tetofinanceiro/teto\\_por\\_municipios\\_\(site\).xls](http://www.saude.sc.gov.br/tetofinanceiro/teto_por_municipios_(site).xls). Clicar na tela e localizar o nome do município e clicar oK, onde apresentará o relatório sintético do teto financeiro do município.*

Apresentaremos alguns destaques sobre cada bloco de financiamento:

### **Bloco da Atenção Básica**

#### **Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo**

#### **Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.**

- I - Saúde da Família
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal
- IV - Compensação de Especificidades Regionais
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas
- VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

### **Bloco da Atenção Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**

#### **Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC;**

- I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- IV - Adesão a Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
- V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VI - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;
- VII - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS;
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

### Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

- I - Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;
- II - Transplantes e procedimentos vinculados;
- III - Ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e
- IV - Novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica, necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

### Bloco da Vigilância em Saúde

#### Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde

Refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos:

- I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- II - Laboratórios de Saúde Pública;
- III - Atividade de Promoção à Saúde;
- IV - Registro de Câncer de Base Populacional;
- V - Serviço de Verificação de Óbito;
- VI - Campanhas de Vacinação;
- VII - Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*;
- VIII - Contratação dos Agentes de Campo;
- IX - DST/Aids
- IX - DST/Aids;
- X - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

#### Bloco do Financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

- I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
- II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional

### O Bloco de financiamento de Gestão

O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

- I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
- II - Planejamento e Orçamento
- III - Programação;
- IV - Regionalização
- V - Gestão do Trabalho;
- VI - Educação em Saúde;
- VII - Incentivo à Participação e Controle Social;
- VIII – Informação e Informática em Saúde;
- IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
- X - Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

### Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

- I - Implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- II - Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial
- III - Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV - Fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- V - Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI - Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- VII - Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- VIII - Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase
- IX - Implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
- X - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino;
- XI - Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas

## 7.1. Fundo de Saúde

Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, são geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.” Na Lei 8.080/90 no seu Art. 33. os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS)

serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

É uma modalidade já prevista na lei federal 4.320/64, por Fundo Especial, “o produto de receitas específicas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultado a adoção de normas peculiares de aplicação” (Art 71, lei 4.320/64).

Essas receitas somente serão aplicadas se estiverem vinculadas a dotações consignadas na lei do orçamento ou em créditos adicionais; seus saldos positivos, salvo restrições da lei de criação do fundo, serão transferidos para o exercício financeiro seguinte.

“A lei que instituir o fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem, de qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente” (Art 71 a 74, lei federal 4.320/64)”.

*O Fundo Municipal de Saúde - FMS é um instrumento legal, de naturezas contábeis, orçamentárias e financeiras, destinado a gerir centralizadamente, com racionalidade e transparência, a totalidade dos recursos da saúde do município. Ele compõe-se de: Lei de criação; Regulamento se for necessário, Plano de Contas Contábil, Elenco de contas corrente em seu nome, complementado pela especificação do tipo / origem do recurso, devendo utilizar o CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) da própria Prefeitura.*

Deve ser inserido na lei do orçamento, como unidade orçamentária e ter sua operação comprovada por balancetes, relatórios financeiros mensais e balanços

anual específicos.

O FMS obedece, na execução de suas atividades, às mesmas leis, normas e procedimentos comuns à administração pública tais como: As leis federais 4.320/64; 8.666/93 e suas alterações; na Lei complementar nº 101/00-Lei de responsabilidade fiscal, bem como as leis e normas municipais complementares.

As atividades do FMS deverão ser realizadas por servidores da própria prefeitura, porém coordenadas pelo Secretário de Saúde. As atividades mais comuns no dia a dia do FMS são: elaboração dos orçamentos e das programações de execução de receitas e despesas; abertura e controle de contas bancárias; realização de licitações, administração de contratos e convênios; elaboração de relatórios financeiros; prestação de contas; captação de recursos, etc.

Nos municípios pequenos, essas atividades poderão ser realizadas nas estruturas existentes na prefeitura (contabilidade, comissão de licitação), evitando-se o acréscimo desnecessário de custos com estruturas paralelas.

Municípios de médio e grande porte poderão optar por montar, na própria Secretaria Municipal de Saúde - SMS, estruturas específicas de apoio à operação do FMS como: comissão de licitação, almoxarifado, serviço de contabilidade específica e designação de um gerente/técnico para auxiliar o Secretário de Saúde na coordenação da execução, controle e avaliação dessas atividades, visto que, geralmente o gestor da SMS não possui formação ou experiência na área de administração e finanças públicas.

Essa medida objetiva trazer para o âmbito da SMS, o manejo da questão do planejamento, administração, controle e avaliação dos recursos financeiros da saúde, assegurando-se a autonomia do gestor como manda a legislação do SUS, rompendo-se com o modelo tradicional, ainda vigente na maioria dos municípios. No geral, os recursos são geridos nos departamentos ou secretarias de finanças, dificultando muitas vezes o controle social e a programação da aplicação coerente com os planos de saúde.

## *7.2. Emenda Constitucional nº 29 – EC 29*

Quando da criação do SUS, pela Constituição de 1988, ficou estabelecido que a responsabilidade do financiamento fosse compartilhada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Recentemente, através do processo de negociação no Congresso, resultou a Emenda Constitucional n.º 29 – EC 29, aprovada ao final de 2.000 que estabeleceu a vinculação de recursos para ações e serviços públicos de saúde para União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A EC nº 29 alterou os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Com isso, a previsão constitucional de responsabilidade compartilhada no financiamento, tornou-se mais concreta. Ficando assim definido:

**NA UNIÃO** - Os recursos destinados à saúde passaram a ser corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB

**ESTADOS, MUNICÍPIOS e DF** - Montante mínimo de recursos aplicado em saúde, deve corresponder a um percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais.

Visando a adequação do financiamento, foram estipulados os índices, a fim de gradativamente os recursos se equipararem e alcançarem uma porcentagem final de **12% para os Estados e 15% para os Municípios**, conforme tabela abaixo:

ANO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Fonte: Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003 - Conselho Nacional de Saúde

Já para o Distrito Federal o cálculo se aplicou da seguinte maneira:

ANO	DISTRITO FEDERAL
2000	0,07 Base Estadual + 0,070 Base Municipal
2001	0,08 Base Estadual + 0,086 Base Municipal
2002	0,09 Base Estadual + 0,102 Base Municipal
2003	0,10 Base Estadual + 0,118 Base Municipal
2004	0,12 Base Estadual + 0,150 Base Municipal

Fonte: Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003 - Conselho Nacional de Saúde

Aqueles que já aplicavam, em 2000, pelo menos 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais não puderam reduzir seus percentuais abaixo desses patamares nos anos seguintes.

Os recursos públicos destinados à saúde devem ser aplicados, **obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde**, sendo acompanhados pelos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área da saúde.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 é auto-aplicável. Suas exigências e efeitos são imediatos. Tem definido os limites mínimos de aplicação em saúde, onde trouxe regras de adequação para o período de 2000 a 2004, a partir daí, serão definidos por meio de Lei Complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos. Caso não haja esta edição de lei, os critérios válidos continuarão os expostos na própria EC n.º 29.

Preconiza a décima diretriz da Resolução nº 322 CNS, que havendo o descumprimento da EC n.º 29, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo do previsto na legislação, isso será tratado através de Termo de Compromisso.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, que vão desde a retenção das

transferências do Fundo de Participação dos Estados - FPE e dos Municípios - FPM, até a intervenção da União no Estado, no Distrito Federal e nos Municípios e/ou da União ou dos Estados nos Municípios, bem como a cassação de mandatos.

Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, serão consideradas as despesas com ações e serviços públicos de saúde, aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

- I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
- III – sejam de responsabilidade específica do setor saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas, que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, como:

- Vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- Vigilância sanitária;
- Vigilância nutricional e controle de deficiências nutricionais;
- Orientação alimentar e segurança alimentar, promovida no âmbito do SUS;

- Educação para a saúde;
- Saúde do trabalhador;
- Assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- Assistência farmacêutica;
- Atenção à saúde dos povos indígenas;
- Capacitação de recursos humanos do SUS;
- Pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- Produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e equipamentos;
- Serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;
- Atenção especial às pessoas com deficiência;
- Ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

Em conformidade com a Lei nº 8.080/90 e com os critérios da Resolução CNS nº 322/03, para efeito da aplicação da EC nº 29, **não** são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

- I – Pagamento de aposentadorias e pensões;
- II - Assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
- III - Merenda escolar;
- IV - Saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executa-

do pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

**V** - Limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

**VI** - Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

**VII** – Ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

**VIII** – Ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definido na primeira diretriz.

O Plenário do Senado aprovou por unanimidade em dezembro, o projeto de lei complementar 121/07, que regulamentou a Emenda Constitucional 29, que, fixa os percentuais mínimos a serem investidos em Saúde Pública pela União, Distrito Federal, estados e municípios.

A União deverá aplicar, anualmente, o mínimo de 10% de suas receitas correntes brutas na saúde. Ao setor, deverão ainda ser destinados outros 12% dos recursos dos estados e do Distrito Federal e 15% dos municípios. Os entes federativos vão ter um prazo até 2011 para se adequarem a esses percentuais. O percentual a ser aplicado pela União, em 2008, será de 8,5%, contra 9% em 2009, 9,5% em 2010 e finalmente 10%, em 2011.

Esta em tramitação a PLP-306/8 que regulamentará a Emenda Constitucional nº 29, pela Câmara dos Deputados. Esta regulamentação trará um avanço para a Saúde, pois acaba com a dúvida sobre o que é considerado gasto com ações e serviços de saúde.

Os recursos federais destinados à saúde ficam vinculados à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Além disso, a proposta garante mais recursos, com o aumento gradual da alíquota da CPMF para a Saúde. Atualmente, a alíquota da contribuição é de 0,38%, sendo que 0,20% dos recursos destinados à saúde.

De acordo com o texto, esse percentual subirá para 0,24% em 2008, 0,25% em 2009, 0,26% em 2010 e 0,28 em 2011.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos – SIOP, possibilita o acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional 29 e as informações sobre este sistema estão disponibilizadas no item 11 deste manual.

### *7.3. Orçamento Público*

O orçamento público é um instrumento legal em que são previstas as receitas e fixadas às despesas de um determinado ente político (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) para o exercício financeiro.

A Lei 4320/64 que institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, em seu artigo 34, afirma que “o exercício financeiro coincidirá com o ano civil”.

Dessa forma, o orçamento público apresenta-se com um instrumento

importante na gestão dos recursos públicos, onde a sociedade controla as despesas efetuadas e as receitas arrecadadas. Para a elaboração do orçamento público, alguns princípios devem ser respeitados, quando da elaboração dos orçamentos, entre eles: **Unidade, Universalidade, Anualidade, Equilíbrio, Publicidade, Clareza.**

Apresentamos uma breve conceituação sobre cada um deles:

Princípio da **Unidade**: estabelece que a lei orçamentária deve reunir em um único orçamento todas as receitas e despesas de um ente. O orçamento é único na esfera federal, estadual e municipal.

Princípio da **Universalidade**: estabelece que a lei orçamentária deve conter todas as receitas e despesas do ente da federação, ou seja, nenhuma instituição pública deve ficar fora do orçamento.

Princípio da **Anualidade**: estabelece um período limitado de tempo para as estimativas de receita e fixação da despesa, ou seja, o orçamento deve compreender o período de um exercício, que corresponde ao ano civil. Portanto, é o período de tempo entre 01 de janeiro e 31 de dezembro em que são apuradas as receitas e despesas do ente público.

Princípio do **Equilíbrio**: as receitas e despesas de um exercício financeiro devem ser equilibradas. Assim, não podem ser fixadas despesas no orçamento além do montante de receitas previstas.

Princípio da **Publicidade**: os orçamentos elaborados devem ser publicados, inclusive na internet, para que a sociedade tenha consciência das receitas previstas e as despesas fixadas.

Princípio da **Clareza**: os orçamentos devem ser suficientemente claros e compreensíveis para que qualquer indivíduo possa entendê-lo.

## Os Aspectos Legais do Orçamento

As determinações legais sobre a prática orçamentária no Brasil estão fundamentadas na:

- Constituição Federal, nos artigos 165 a 169,
- Lei nº 4.320, de 17 de Março de 1964, que institui *normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e demonstrações financeiras da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal*.
- Lei Complementar nº 101, de 4 de Maio de 2000, que estabelece, no seu art. 1º: as normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição Federal.

No artigo 165 da Constituição Federal, encontramos as três leis orçamentárias, de iniciativa do executivo, que institui o **Plano Plurianual**, a **lei de diretrizes orçamentárias**, e a lei que aprova o **orçamento anual**. Essas leis proporcionam todas as instruções normativas sobre o orçamento no Brasil, suas implicações legais, seu alcance como instrumento de controle e normatização dos gastos públicos, e de participação popular, por meio das ementas do legislativo.

### 7.3.1. Plano Plurianual – PPA

O Plano Plurianual é um instrumento de planejamento de médio prazo e tem a finalidade de definir as atividades governamentais por um período de 04 anos.

O Plano Plurianual deve ser encaminhado ao Poder Legislativo no primeiro ano de gestão do chefe do Poder Executivo até o dia 31 de agosto pelo presidente, 30 de setembro pelos governadores e tem a duração até o primeiro ano da gestão seguinte. As ações propostas no PPA buscam a continuidade das administrações que se sucedem, com o intuito de evitar que a sociedade seja prejudicada com a interrupção de obras e serviços iniciados pelo governo anterior. Assim, quando o prefeito, governador ou presidente assumir o governo, terá um PPA já em andamento, com ações definidas em seu primeiro ano de mandato.

No PPA constam os programas, detalhados em ações, que serão executados nos 04 anos de sua duração, com as diretrizes, objetivos e metas de cada programa e ação. O governo pode, durante a vigência do PPA, fazer revisões em função de alterações na estratégia de governo ou por necessidades de atualização.

Um programa deve ter uma ou mais ações associadas à sua execução.

As ações são **metas** para se alcançar o objetivo do programa.

**Projeto:** um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações limitadas no tempo;

**Atividade:** um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente;

Sugere-se que os municípios criem nos PPAs os projetos na mesma lógica dos blocos de financiamento da Portaria nº 204/2007 (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS) pois facilita o acompanhamento dos mesmos.

### *7.3.2. Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO*

A Lei de Diretrizes Orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, e orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

A LDO é elaborada anualmente e deve ser encaminhada pelo Executivo até o dia **15 de abril de cada ano**, devendo ser aprovada pelo Legislativo até o encerramento do primeiro período da sessão legislativa.

A partir da publicação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no ano 2000 a LDO precisa estar pormenorizada quanto ao estabelecimento de metas fiscais, como de arrecadação, de gastos com pessoal, resultados nominais e primários. Outro ponto que merece destaque é a exigência de a LDO prever renúncia de receitas e aumento em despesas de caráter continuado.

Como o PPA apresenta os programas e ações que serão executados durante 04 anos, a LDO irá priorizar aqueles que serão incluídos no orçamento anual, ou seja, quais serão realizados no próximo ano.

### *7.3.3. Lei Orçamentária Anual – LOA*

A Lei Orçamentária Anual é elaborada pelo Poder Executivo até o dia 31 de agosto, na União, e 30 de Setembro nos Estados. Nos municípios, depende de regulamentação por lei orgânica das câmaras municipais, mas **geralmente são encaminhadas até o dia 31 de outubro de cada ano**. A elaboração da LOA consiste na consolidação da proposta de todos os órgãos, entidades e poderes.

Na LOA constam os programas, ações (projetos e atividades) que foram priorizadas na LDO juntamente com os recursos necessários para a sua execução. Assim, a LOA prevê as receitas e fixa as despesas, detalhando-as por órgãos. Caso não tenham sido fixadas, a Administração Pública não pode efetuar gastos, ocorrendo, o que se diz na linguagem popular “falta de verba”, que corresponde à dotação orçamentária.

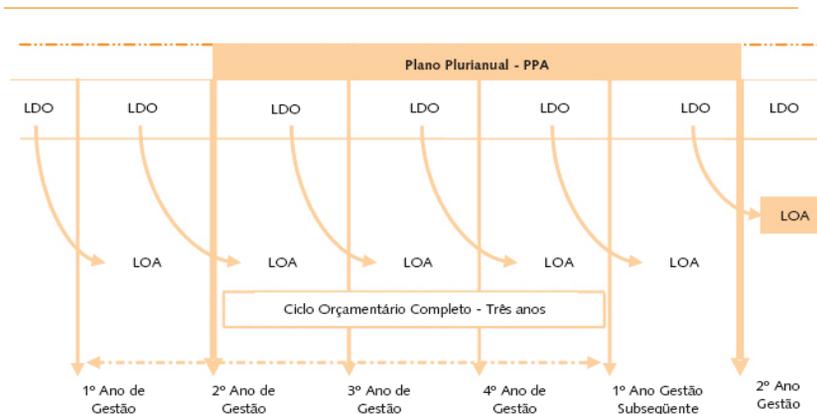
A LOA é um importante instrumento para que a população possa garantir os investimentos que melhoram a qualidade de vida da sociedade. Para que isso aconteça, é essencial que haja a participação popular, tanto na elaboração quanto na execução do orçamento.

Alguns Estados e Municípios inclusive adotam modelos de orçamento participativo na sua elaboração, onde é incentivada a participação de associações de moradores e de entidades organizadas da sociedade, buscando as necessidades locais para aplicação do orçamento.

## O Ciclo Orçamentário

*O ciclo orçamentário é a série de passos ou processos, articulados entre si, que se repetem em períodos prefixados, através dos quais orçamentos sucessivos são preparados, votados, executados, avaliados, controlados e julgadas as contas pela Corte de Contas, num processo de contínua realimentação.*

ORÇAMENTÁRIO COMPLETO DE TRÊS ANOS



Fonte: CONASS/ 2007.

De um modo geral, o Ciclo Orçamentário abrange quatro grandes fases, quais sejam:

**1ª Fase: Elaboração e Apresentação**

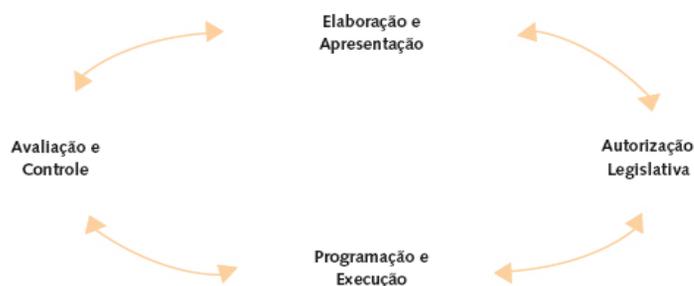
**2ª Fase: Autorização Legislativa**

**3ª Fase: Programação e Execução**

**4ª Fase: Avaliação e Controle**

#### CICLO ORÇAMENTÁRIO RESUMIDO

---



Fonte: CONASS/ 2007

## 8. REGULAÇÃO

Conforme Portaria GM Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, as ações de regulação estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação de Sistemas de Saúde é efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão.

A Regulação da Atenção à Saúde é efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial.

A Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

## Complexo Regulador

*O Complexo Regulador é o conjunto de estratégias e ações definidas pelos agentes responsáveis pela formulação das políticas e pela produção dos serviços de saúde, necessários ao atendimento integral ao indivíduo. O complexo regulador tem por pressu-*

postos fundamentais a universalização do atendimento, a descentralização, a regionalização e a hierarquização. Assim, a função reguladora deve estender-se a todos os seus níveis.

Os **Complexos Reguladores** podem ser de três tipos:

**Central de Regulação de Urgência:** regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.

**Central de Regulação de Internações:** responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados.

**Central de Regulação de Consultas e Exames:** responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia - SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados.

As estruturas que compõem o Complexo Regulador devem se articular com as outras ações da **Regulação da Atenção à Saúde** como a Contratação, o Controle Assistencial e a Avaliação, e com outras funções de gestão como a programação e a regionalização.

A população será beneficiada na medida em que o acesso aos serviços de saúde é proporcionado de forma ordenada, evitando as filas e garantindo o atendimento ao usuário em tempo oportuno, levando-se em consideração a sua neces-

sidade de saúde. Por outro lado, o usuário não precisará se locomover muito para realizar marcações de consultas, exames ou cirurgias eletivas.

Para a gestão, o processo regulatório favorecerá a resolução dos casos de forma eficiente, permitirá um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, favorecendo a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada.

## *8.1. Central de Marcação de Consultas e Serviços*

### *Objetivos*

- Administrar as ofertas das consultas médicas especializadas nas unidades de saúde ambulatoriais, via computador, objetivando otimizar o encaminhamento de paciente para atendimento nas unidades referenciadas.

- Permitir ao paciente, da região ou de outros municípios, agendar a sua consulta especializada de um Posto de Saúde próximo ao seu domicílio, utilizando-se da grande malha de unidades de saúde disponíveis em todo o território de abrangência da Central de Marcação, eliminando definitivamente a concentração de filas nas unidades de atendimento.

- Gerenciar o acesso de usuários, municípios e distritos vizinhos, às ofertas

disponíveis através do controle de quotas de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI).

O sistema da Central de Marcação de Consultas e Serviços do Centro de Informação e Automação de Santa Catarina – CIASC, utilizado pela SES está disponível nas Gerências de Saúde, que são responsáveis pelos agendamentos dos procedimentos de média complexidade para os municípios de sua abrangência, cuja referência é a Secretaria de Estado da Saúde conforme a Programação Pactuada e Integrada – PPI.

Em outubro de 2007, através da Deliberação CIB nº 130, que aprovou o Projeto dos Complexos Reguladores de Santa Catarina, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.571 de 29 de junho de 2007, sendo contemplados os seguintes municípios para implantar seu complexo regulador de abrangência regional: Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Itajaí, Florianópolis, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages, Rio do Sul, São José, Tubarão, e a Gestão Estadual, com a implantação do sistema de regulação do Ministério da Saúde –SISREG.

Em Santa Catarina o SISREG já esta sendo utilizado pelos municípios de Florianópolis, Blumenau, Itajaí e Joinville. No item 11 deste manual encontra-se disponível mais informação sobre este sistema.

## *8.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de SANTA CATARINA*

O SAMU é um programa federal, que em Santa Catarina atua de forma tripartite, com financiamento oriundo das três esferas. O Estado de Santa Catarina participa no cofinanciamento com recursos além dos previstos pela Portaria.

O recurso Estadual e Federal, mantém as Unidades de Suporte Avançado e Centrais de Regulação, sendo os municípios responsáveis pela manutenção das Unidades de Suporte Básico.

*As Unidades do SAMU são acionadas pelas Centrais de Regulação, garantindo desta forma a utilização do Serviço para o atendimento de pacientes graves em situações de urgência.*

O SAMU é regulamentado pelas portarias ministeriais 2.048/GM de 05 de Novembro de 2002, 1.863/GM de 29 de Setembro de 2003 e 1.864/GM de 29 de Setembro de 2003. Sua instalação em Santa Catarina ocorreu em Novembro de 2005 iniciando-se pela Macrorregião do Extremo-Oeste.

Atualmente o SAMU realiza cobertura de 100% da população catarinense, com atendimento disponível nos 293 municípios do Estado, dividido em 08 Macrorregiões com a seguinte estrutura:

- 08 Centrais de Regulação,
- 71 Unidades de Suporte Básico;
- 22 Unidades de Suporte Avançado;

- 21 Unidades terrestres,
- 01 unidade aérea (helicóptero em convênio com a Polícia Rodoviária Federal).

As Unidades de Suporte Básico – USB são tripuladas por um técnico de enfermagem e um motorista-socorrista, com capacidade de aplicar medicação e/ou realizar procedimentos no limite da competência de seus tripulantes conforme orientação e solicitação do Médico Regulador.

As Unidades de Suporte Avançado Terrestres são Unidades de Terapia Intensiva - UTIs móveis, compostas por médico, enfermeiro e motorista-socorrista. Possuem equipamentos como cardioversor e ventilador mecânico além de materiais e medicamentos necessários ao atendimento adequado do paciente grave.

A Unidade Avançada Aérea tem na sua equipe, um médico e um enfermeiro; um piloto e um operador de voo.

A UTI Aérea possui os mesmos equipamentos, materiais e medicamentos das Unidades Avançadas Terrestres. Apóia as Centrais Regionais e estabelece os fluxos quando as transferências/transportes ultrapassam os limites regionais.

Há uma pactuação entre os municípios para viabilizar financeiramente de forma per capita a Unidade de Suporte Básico, sendo o recurso enviado para o fundo do município sede onde a USB está localizada.

A prestação de contas das USBs é realizada trimestralmente e encaminhada para a Comissão Especial do SAMU, após aprovação das despesas em reunião

registrada em ata e assinada por todos os municípios e/ou comprovação de convocação dos mesmos.

A Comissão Especial é composta por 16 membros, de forma paritária, sendo 08 representantes dos municípios e 08 do Estado, que se reúnem trimestralmente em datas que antecedem a reunião da Comissão Intergestores Bipartide - CIB.



Acesse a página da SES e clique ni ícone SAMU  
ou acesse o endereço: <http://samu.sc.gov.br>

### *8.3. Tratamento Fora de Domicílio - TFD*

O Tratamento Fora de Domicílio - TFD é um instrumento legal que permite o encaminhamento de usuários do SUS a outras unidades de saúde a fim de realizar tratamento médico fora da sua microrregião, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/estado, e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitada ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes.

Para requerer o TFD deve ser apresentado o Laudo Médico que preenchido pelo médico assistente no município de origem, inclusive com código do procedimento solicitado. O pedido é preenchido pela Secretaria Municipal de Saúde. As cópias dos laudos de exames realizados devem ser anexadas ao processo.

*A responsabilidade pelo deslocamento dos usuários dentro do Estado é da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive quando ocorrer óbito. A responsabilidade pelo deslocamento dos pacientes fora do Estado é*

*da Secretaria de Estado da Saúde, inclusive quando ocorrer óbito. As despesas com passagens e diárias serão pagas conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Meios de Locomoção - OPM do SUS.*

O Manual Estadual de Tratamento Fora de Domicílio foi normatizado pela Portaria SES/COSAP/DIAM 001/99, que foi embasada na Portaria MS/SAS nº 055, de Fevereiro de 1999. (revisado em janeiro de 2004). e pode ser obtido através do Portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (<http://www.saude.sc.gov.br>).



O material referente ao TFD encontra-se dentro do site da SES: ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)), no link da PPI (Progam.Pactuada integrada), no ícone Tratamento Fora do Domicilio (O manual do TFD editado em 2004), E os formulários para o TFD encontram-se para download onde estão disponíveis os seguintes Formulário: Laudo TFD Dentro do Estado.doc, Formulário Laudo TFD Fora do Estado.doc, Formulário Pedido de TFD.doc.

## 9. CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, a compra de serviços de saúde, pelo setor público, acompanhou a grande expansão da oferta de serviços privados de assistência hospitalar ocorrida na década de 70 financiada pelo Estado. A compra dos serviços se dava de forma desordenada, conforme a oferta da iniciativa privada, não sendo, portanto, consideradas as necessidades da população, como também foi desordenada a expansão dos serviços, sem planejamento e avaliação.

Na Constituição de 1988, a saúde ganhou uma seção específica na qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde passou a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, instituindo, assim, o princípio da universalidade no atendimento à saúde.

Em seu Art. 199, parágrafo 1º, a Constituição define que “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”. Assim, foram estabelecidas as primeiras medidas de regulação e controle para a compra de serviços de saúde e evidenciando a necessidade de planejamento.

Em 1993 o Ministério da Saúde publica a Portaria n.º 1.286 que normatizou a contratação de serviços de saúde por gestores locais do SUS e indica a necessidade de cláusulas que devam constar nos contratos.

Com o Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria GM nº. 399, o qual potencializa a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para Estados e Municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

A Programação Pactuada e Integrada e o desenho regionalizado da rede assistencial são os instrumentos norteadores para os gestores Estaduais e Municipais estabelecerem as necessidades de quais, em que quantidades, com qual qualidade e com quais parâmetros de qualificação, os serviços de saúde complementar serão objeto de contrato com a iniciativa privada. É necessário que os Gestores do SUS estabeleçam uma relação transparente e legal com o setor complementar visando qualificar a transferência de recursos públicos à iniciativa privada.

Os contratos de prestação de serviços devem ser entendidos como instrumentos de gestão, pois permitem a regulação e avaliação dos resultados na prestação de serviços, o que pode resultar em melhoria da qualidade da assistência prestada, com as seguintes normas:

- Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993, a qual estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos de serviços, entre outros, no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- Portaria nº. 3.277/GM, de 22 de dezembro de 2006 que prevê a complementaridade na contratação de instituições privadas para a prestação de serviços de saúde, conforme seus artigos.

A Administração Pública deve realizar o procedimento licitatório (chamamento público) para contratar serviços privados de saúde, mesmo com o fato dos valores serem previamente fixados pelo poder público (Tabela de Procedimentos SUS).

Cabe salientar que estamos em processo de transição, no tocante às responsabilidades dos Gestores Municipais e Estadual, de acordo com os desdobramentos do Pacto pela Saúde. Assim, o Pacto de Gestão prevê que os Gestores Municipais assumirão as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação e pagamento dos prestadores localizados em seus territórios.

Ao definir seu modelo de Gestão, o chamamento público para contratação deverá ser realizado pelo Gestor local ou devidamente solicitado ao Gestor Estadual.

## *PASSOS PARA CONTRATUALIZAÇÃO*

- 1.** Definir a necessidade de contratualizar novos serviços.
- 2.** Providenciar o Edital de Chamada Pública dos serviços a serem contratualizados:
  - Elaborar o Edital de Chamada Pública, disponível no site da SES: área de downloads, modelo de Aviso de Chamada Pública.
  - Publicar o Edital de Chamada Pública no Diário Oficial do Estado e em um outro jornal de circulação.
- 3.** Os interessados em participar da Chamada Pública deverão

providenciar a documentação solicitada.

**4.** Além da documentação exigida no Edital a entidade deverá ser vistoriada, em conjunto, pela equipe técnica da Vigilância Sanitária.

**5.** O Gestor analisará e avaliará a documentação e realizará vistoria, preenchendo os respectivos relatórios, no prazo determinado no edital, contados a partir do protocolo de entrega da documentação na respectiva secretaria.

**6.** As entidades que estiverem com a documentação completa serão habilitadas. O gestor publicará em Diário Oficial do Estado a relação das entidades habilitadas para eventual celebração de convênio/contrato. As entidades que não atenderem os requisitos exigidos constantes na presente chamada pública, serão consideradas inabilitadas e não poderão ser contratualizadas com o SUS.

**7.** O gestor celebrará contrato/convênio de prestação de serviços, com as entidades consideradas habilitadas, mediante inexigibilidade de licitação (artigo 25, “caput”, da Lei n.º 8.666/93), considerada a inviabilidade de competição de preço, dando preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos.

**8.** O gestor não é obrigado a contratar todos os serviços oferecidos, mas sim, a quantidade que lhe interessar para atender a demanda, visando à complementaridade dos serviços, conforme Constituição Federal e Lei 8.080/90.

**9.** A inexigibilidade de licitação será obrigatoriamente comunicada à autoridade superior, para ratificação, nos termos do artigo 26, da Lei n.º 8666/93.

**10.** Fica reservada, ao gestor, a faculdade de cancelar, no todo ou em parte, adiar, revogar, prorrogar ou anular a Chamada Pública, de acordo com seus interesses sem direito, às entidades, a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou competição.

**11.** Após toda a documentação pronta, vistoriada deverá ser elaborado contrato.

**12.** Depois de assinados deverão ser publicados no DOE os atos legais

(Lauda do contrato, Inexigibilidade de Licitação, Extrato de IL).

**13.** Assim, estará formalizada a contratualização do prestador, podendo ser providenciada a Ficha de Programação Orçamentária- FPO e a - Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde FCES .



Acesse o ícone SERVIÇO DE SAÚDE na página da SES: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

## 10. AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Aliada às atividades de controle, avaliação e regulação, a auditoria no Sistema Único de Saúde – SUS se constitui numa ferramenta fundamental ao gestor, através da qual ele pode avaliar se as ações e os serviços de saúde sob sua gestão estão em conformidade com a legislação vigente, no que se refere aos aspectos técnicos, financeiros e se estão de acordo com o que foi planejado.*

Conforme o Manual do Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS (Brasil 2006), a auditoria deve atuar essencialmente quando as funções de controle, avaliação e regulação sinalizarem distorções, ou quando essas ações mostrem-se insuficientes para prevenir ou corrigir falhas.

Na medida em que a implantação do SUS se fortalece e avança, as ações de auditoria vêm se fortalecendo para fazer frente às novas demandas e variáveis do sistema, com todas as suas necessidades de ajustes expressas na legislação. Embora a prática de auditoria não seja uma novidade do SUS, visto já ser exercida no antigo INAMPS, seu foco de atuação se amplia com o avanço do sistema.

Historicamente, no Brasil, a avaliação dos serviços era feita pelo INAMPS, por intermédio de protocolos e roteiros de supervisão. O foco das atividades se reportava à análise de contas médicas, faturamento e controle de fraudes.

Inúmeras modificações ocorrem a partir da publicação da Lei Orgânica da Saúde, modificando a organização da auditoria. A auditoria no âmbito do SUS, é exercida através do Sistema Nacional de Auditoria- SNA, organizado nas três es-

feras de governo. No nível federal, está o Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS.

A Lei 8080/90, na seção II, inciso XIX, do artigo 16 descreve entre as competências da direção nacional do SUS: *estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com Estados, Municípios e Distrito Federal* (BRASIL, 1990).

O capítulo IV, artigo 15, explicita que União, Estados, Distrito Federal e Municípios exercerão em seu âmbito, dentre as atribuições, a “*definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde*” (BRASIL, 1990).

A Lei 8689, de 27 de julho de 1993 conferiu competência ao Sistema Nacional de Auditoria, para realizar, através de seus órgãos e de forma descentralizada, avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS (BRASIL, 1993).

Já o Decreto nº 1651/95, regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS e descreve as atribuições pertinentes a este órgão, esclarecendo que o SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS (BRASIL, 1995).

A legislação federal estabelece em linhas gerais, as diretrizes a serem obedecidas na atuação do Sistema Nacional de Auditoria. No entanto, Estados e Municípios devem elaborar legislação própria referente à organização e à implantação

do componente estadual e municipal desse sistema, respectivamente, respeitadas as normativas do DENASUS.

Cabe, portanto, ao gestor da saúde, organizar o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, de acordo com as normativas emanadas do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, levando em conta a estrutura existente na Secretaria Municipal de Saúde, no que se refere à capacidade instalada, número de prestadores e número de profissionais e serviços existentes. Deve avaliar rigorosamente suas necessidades e se articular com as demais esferas (federal e estadual) para capacitarem seus profissionais no exercício das atividades de auditoria.

O Decreto Nº 1651/95 (BRASIL,1995), prevê que o Sistema Nacional de Auditoria, através dos órgãos que o integram, tem a competência de verificar, no nível municipal:

- As ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde;
- Os serviços de saúde sob sua gestão;
- As ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja associado.

Os municípios devem controlar e avaliar os serviços de saúde, fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde e controlar e avaliar a execução dos serviços privados contratados e conveniados.

O Manual do Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

(Brasil 2006) aponta como objetivos da auditoria:

- Verificar e validar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da atenção à saúde;
- Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam aos componentes do SNS conhecer a qualidade, quantidade, os custos e os gastos na atenção à saúde;
- Verificar os componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, por meio de detecção de desvios dos padrões estabelecidos;
- Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário;
- Possibilitar ao controle social o conhecimento de fatos e atos dos gestores públicos da saúde, de forma transparente, para compatibilizar e pactuar o interesse público.

Os órgãos de auditoria do SUS devem ter infra-estrutura mínima (instalações físicas, tipo e quantidade de equipamentos e demais recursos materiais) compatíveis com a extensão, perfil e complexidade da rede de serviços, volume de contratos firmados com a rede complementar, dentre outros, podendo variar, portanto, entre cada município. (BRASIL, 2006).

O componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria deverá ser criado formalmente, através de legislação específica, bem como seus membros devem ser nomeados por portaria ou decreto. A quantidade de membros vai variar, abrangendo número e categorias que dêem conta das atribuições propostas. Havendo ne-

cessidade de pareceres em ações pontuais, emanadas de técnicos ou especialistas que não fazem parte do quadro de auditores, o gestor poderá solicitar a participação desses profissionais de outras instâncias, os quais atuarão como peritos nessas situações.

Atualmente, muitos estados e municípios já se organizaram no sentido de incluir o cargo de auditor no seu quadro de recursos humanos, possibilitando a alocação dos profissionais dessa área através de concurso público, o que fortalece seu desempenho, por não atuarem em outras áreas na mesma esfera.



Acesse o link COMPONENTE ESTADUAL DE AUDITORIA no site da SES: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

## 11. SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

A descentralização da produção das informações traz consigo mais possibilidades de análise, qualificação e uso das informações para a definição de prioridades locais, a partir da identificação de possíveis falhas dos sistemas no nível municipal, que possui um maior conhecimento da realidade, propiciando o planejamento e a tomada de decisão.

Contudo, será necessário desenvolver mecanismos que permitam um maior controle do fluxo e da qualidade das informações do nível municipal/regional/estadual e nacional, de modo a assegurar agilidade da produção das informações em todos os níveis de gestão do sistema.

Essas considerações são importantes, pois, se o processo de descentralização da produção e gestão das informações em saúde se der de uma forma burocrática, apenas como uma forma de garantir o repasse de recursos do SUS, pode-se perder a oportunidade para que seja dado um salto de qualidade para seu aprimoramento.



## 11.1. Sistemas de Informação Nacionais

### Sistemas de Cadastramento

Uma série de aplicações voltadas para o cadastramento de informações é utilizada por todos os programas criados, para operacionalizar o atendimento de saúde realizado pelo SUS.

### Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

*O CNES é a base cadastral para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde hospitalar e ambulatorial, imprescindível para o gerenciamento das ações e serviços de saúde.*

Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

Visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, Estadual e Municipal.

## Cartão Nacional de Saúde – CNS

*O CNS é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados.*

Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

A vinculação de cada usuário ao domicílio de residência no cadastramento permite maior eficiência na realização das ações de natureza individual e coletiva desenvolvidas nos municípios, pois o banco de dados do cadastramento pode apoiar no diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações de saúde.

A manutenção dessa base cadastral atualizada pode permitir aos gestores do SUS, também, a construção de políticas sociais integradas e intersetoriais (educação, trabalho, assistência social, tributos etc.) nos diversos níveis do governo.

Algumas ações de saúde somente poderão ser faturadas pelo SUS se for vinculado o número do CNS, por isso é importante que o gestor conheça mais sobre este assunto, inclusive as portarias expedidas pelo Ministério da Saúde.



Para obter mais informações sobre estes sistemas acesse:

CNES: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B367C5D467E2F361G90102HOI1Jd21L421MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VCoit=467&VAba=0](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B367C5D467E2F361G90102HOI1Jd21L421MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=467&VAba=0)

No site da SES ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)) encontra-se na área de Downloads nos ícone CNEs.



CNEs: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=944](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=944) e [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B372C2D476E2F361G90102H011Jd4L44MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&Vsis=1&VCoit=476&VAba=0](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B372C2D476E2F361G90102H011Jd4L44MON&VInclude=../site/din_sist.php&Vsis=1&VCoit=476&VAba=0)

No site da SES ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)) encontra-se na área de Downloads nos ícone sistema de informação saúde / CADSUS.

## 11.2. Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB

O SIAB foi implantado em 1998 para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Atualmente é concebido para atender à Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Dentre elas, destaca-se:

- Micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções;

- Utilização mais ágil e oportuna da informação;
- Produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas;
- Consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados.

*Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.*

A disponibilização da base de dados do SIAB na internet faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS.



Para obter mais informações sobre o SIAB acesse: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B369C3D472E1F369G13H011Jd3L1MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=472](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B369C3D472E1F369G13H011Jd3L1MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=472)

Site da SES ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) Atenção Básica/Saúde da Família/ SIAB, você encontrará a cartilha do SIAB, cronograma de envio de dados e informações complementares sobre o sistema.

### 11.3. *Sistemas de Informações Epidemiológicas*

São aplicativos cujo objetivo fundamental é possibilitar aos gestores envolvidos na gestão e avaliação do risco relativo à ocorrência de surtos de doenças ou epidemias na população.

#### *Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN*

*O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal.*

É alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 2325 de 08 de dezembro de 2003), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Pode ser operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja,

nas unidades de saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS. Caso o município não disponha de computadores em suas unidades, o **SINAN** pode ser acessado nas secretarias municipais, regionais de saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde.

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada usuário quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das SES com a SVS deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano.

## **Programa Nacional de Imunizações - PNI e Avaliação do Programa de Imunizações – API**

O PNI permite o gerenciamento do processo de vacinação a partir do registro de imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de imunos necessários aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

O **API** é utilizado para o registro das vacinas aplicadas pelos serviços de saúde pública. Com esse sistema é possível acompanhar a quantidade de crianças, gestantes e idosos vacinados e conhecer quais são os locais com menor cobertura, sendo possível priorizar essas áreas para intensificar a vacinação.

## Sistema de Informações de Mortalidade - SIM

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. Proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico.

A página da Secretaria de Vigilância à Saúde, gestora do sistema, disponibiliza tabelas pré-definidas e estudos relativos ao SIM. Acesse também os dados disponíveis para tabulação.

## Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O SINASC foi implantado com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Em muitos municípios já apresenta um número de registros maior do que o publicado pelo IBGE, com base nos dados de Cartório de Registro Civil.

Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

A página da Secretaria de Vigilância à Saúde, gestora do sistema, disponibiliza tabelas pré-definidas e estudos relativos ao SINASC. Acesse também os dados disponíveis para tabulação.



Para obter mais informações sobre os sistemas acesse:

SINAN: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php?name=Tnet>

PNI: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B369C3D471E2F369G13HO11Jd3L1MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=471](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B369C3D471E2F369G13HO11Jd3L1MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=471)

SIM: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B368C7D469E1F361G90201HO11Jd22L422MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VCoit=469&VAba=0](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B368C7D469E1F361G90201HO11Jd22L422MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=469&VAba=0)

SINASC: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B368C7D470E2F361G90102HO11Jd23L423MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VCoit=470&VAba=0](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B368C7D470E2F361G90102HO11Jd23L423MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=470&VAba=0)



Informações referentes aos Sistemas de Informações Epidemiológicas devem ser acessadas na página da Diretoria de Vigilância Epidemiológica pelo site: (<http://www.dive.sc.gov.br>) onde constam os manuais instrucionais e legislação específica de cada sistema:

Informações em Saúde:

[http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=30&Itemid=147](http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=30&Itemid=147)

Sinasc: [http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=33&Itemid=147](http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=147)

SINAN: [http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com\\_remository&Itemid=27&func=selectfolder&cat=1](http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com_remository&Itemid=27&func=selectfolder&cat=1)

## Sistema de Informações sobre Hipertensos e Diabéticos – HiperDia

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças disponibilizou para estados e municípios um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

## Sistema de Informações sobre o Pré- Natal - SISPRENATAL

*O SISPRENATAL foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no SUS.*

Está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério.

## Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN

*O SISVAN é um sistema de informação estruturado para a vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira.*

Tem como missão produzir um elenco básico de indicadores capazes de sinalizar os eventos de maior interesse, tais como: disponibilidade de alimentos, aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida, práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós-desmame, distribuição do peso ao nascer, prevalência da desnutrição energético-protéica, de anemias, do sobrepeso, das deficiên-

cias de iodo e de vitamina A e das demais carências de micronutrientes relacionadas às enfermidades crônicas não-transmissíveis.



*Para obter mais informações sobre estes sistemas acesse:*

HIPERDIA: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D655E2F361G90102H011Jd10L410MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VCoit=655&VAba=0](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D655E2F361G90102H011Jd10L410MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=655&VAba=0)

SISPRENATAL: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D475E4F371G90102H011Jd3L1MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=475](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D475E4F371G90102H011Jd3L1MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=475)

SISVAN: Para obter mais informações e download do sistema acesse: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D1878E1F371G90102H011Jd3L1MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=1878](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D1878E1F371G90102H011Jd3L1MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=1878)

### *11.4. Sistemas de Processamento das Ações e serviços de Saúde*

O Datasus dispõe de programas de processamento de dados, de domínio público, voltados para a manutenção, administração e gestão de informações sobre o atendimento ambulatorial do SUS.

## Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIASUS

*O aplicativo de natureza operacional SIASUS é utilizado para o registro dos quantitativos de ações realizadas e valores a serem pagos aos prestadores de serviços para o SUS, produzindo informações locais que são consolidadas em níveis municipais, estaduais e nacionais, importantes para a gestão.*

Os dados gerados pelo **SIASUS** nas unidades de atendimento são consolidados e armazenados no Banco de Dados Nacional de Informações Ambulatoriais do SUS, que oferece aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade, informações sobre capacidade operacional dos prestadores de serviço (públicos e privados), orçamento e controle dos repasses dos recursos financeiros, custeio das Unidades Ambulatoriais, administração das atividades ambulatoriais em nível nacional.

O sistema de dados **SIASUS** é operacionalizado por um conjunto de aplicativos que são executados nos diferentes níveis de tratamento da informação.

Utiliza os aplicativos **Boletim de Produção Ambulatorial - BPA e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC** para captação das informações do atendimento ao paciente.

**BPA** - Instrumento utilizado pelas UPS para transcrever os quantitativos dos atendimentos prestados nos ambulatórios, inclusive da atenção básica.

Utilizado mensalmente para envio da produção das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e para atualizações esporádicas, normalmente em função de

alterações nas tabelas do sistema.

**APAC** - Instrumento utilizado pelas UPS para transcrever os atendimentos autorizados de alta complexidade por usuário.

Utilizado mensalmente para envio da produção às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e para atualizações esporádicas, normalmente em função de alterações nas tabelas do sistema.

Alguns tipos de APACs: Terapia Renal Substitutiva (TRS), Quimioterapia, Radioterapia, Exames Especializados, Medicamentos, Órtese/Prótese. Nem todas exigem CNS (Cadastro Nacional de Saúde), do usuário.

## Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS

O SIHSUS contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH.

Visam à coleta de dados de atendimentos hospitalares realizados pelo SUS, consolidando quantitativamente os atendimentos e os valores da produção hospitalar. Suas informações facilitam as atividades de Controle e Avaliação e Vigilância Epidemiológica em âmbito nacional e estão disponíveis para consulta, através de produtos gerados a partir do processamento da AIH.



Para obter mais informações sobre estes sistemas acesse:

SIASUS: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B366C1D463E2F361G90102HO11Jd19L419MON&VInclud e=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VCoit=463&VAba=0](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B366C1D463E2F361G90102HO11Jd19L419MON&VInclud e=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=463&VAba=0)

SIH: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B367C5D467E2F361G90102HO11Jd21L421MON&VInclu de=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VCoit=467&VAba=0](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B367C5D467E2F361G90102HO11Jd21L421MON&VInclu de=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=467&VAba=0)

No site da SES ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)) encontra-se na área de Downloads nos ícones Base de dados e arquivos do S.I.A e SIH.

## 11.5. Sistema de Regulação - SISREG

O SISREG é um sistema de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. É um programa que funciona através de computadores conectados à internet.

O SISEG é um sistema que informatiza a Central de Regulação, possibilitando tratar do atendimento ao usuário de uma determinada região de saúde, visando garantir o melhor atendimento à população de modo a atingir os seguintes objetivos:

- Permitir acesso de forma hierarquizada aos serviços de saúde do SUS, de acordo com o grau de complexidade necessária;
- Apoiar na identificação de áreas de desproporção entre oferta e demanda dos serviços de saúde;
- Referenciar usuários para atendimento no nível secundário e terciário dentro da rede pública, conveniada e contratada;
- Identificar a rede de serviços de saúde e o fluxo de atendimento do usuário.

A implantação das Centrais de Regulação faz parte da reorganização da assistência à saúde. O sistema de regulação é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH).

As duas centrais introduzem a figura do regulador, na CMC ele atua sobre as consultas e exames especializados para os quais não há agenda ou recursos disponíveis. Na CIH, o regulador atua sobre as internações de urgência.

O SISREG é operado, de um lado, por profissionais das secretarias municipais e estaduais de saúde, e de outro, por profissionais das unidades de saúde.



Para obter mais informações sobre o SISREG acesse: [http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B366C1D464E4F366G901HOI1Jd3L1MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VAb=O&VCoit=464](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B366C1D464E4F366G901HOI1Jd3L1MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAb=O&VCoit=464)

## 11.6. Sistema de Informação sobre Orçamento Público – SIOPS

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS é destinado à coleta, armazenamento, processamento e divulgação de dados sobre a receita e despesa com saúde, dos três níveis de governo. A implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC - quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/ 94 e 002/94 sobre o funcionamento e financiamento do SUS.

Através da Portaria Interministerial nº 529 de 30 de abril de 1999, foi assinada pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do SIOPS.

Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1.163, de 11 de outubro de 2000 e, retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004, sendo, atualmente, coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/AESD, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

O banco de dados do SIOPS é alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, através do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca

manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, e conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas em portarias pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF.

As informações prestadas ao SIOPS são provenientes do setor responsável pela contabilidade do Ente federado, podendo-se utilizar, para o preenchimento do SIOPS, dos dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais. Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, através da internet, para o banco de dados da DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas.

Um dos indicadores gerados é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 com base nos parâmetros definidos na Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde/CNS, a qual foi aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde.

A Resolução/CNS 322 apresenta dez diretrizes que tratam da base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicadas em saúde, os percentuais mínimos de vinculação, as regras de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos (2000 a 2004), a definição de ações e serviços de saúde, dá aos dados do SIOPS a credibilidade de ser o instrumento de acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde, e por fim estabelece como regra, em caso de descumprimento

da EC nº 29/00, a possibilidade de compensação dos valores não aplicados no exercício anterior, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Assim, o SIOPS passou a ser um instrumento para o acompanhamento do cumprimento desse dispositivo constitucional.

Os dados informados são organizados e disponibilizados nessa página, sob a forma de diversos tipos de consultas e relatórios:

- Dados informados de receitas e despesas com saúde, detalhados de acordo com o plano de contas da STN/MF;
- Indicadores que relacionam receitas e despesas, como o percentual da despesa financiada com recursos transferidos por outras esferas de governo e o percentual de recursos próprios aplicados em saúde (indicador da EC 29);
- Variáveis relevantes, como as receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, a despesa total com saúde, a despesa com recursos próprios, as receitas de transferências do Sistema Único de Saúde, despesa com pessoal, com medicamentos, entre outros dados;
- Demonstrativo de cumprimento do limite mínimo estabelecido pela EC 29/2000 (desde 2002) previsto no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO - Anexo XVI), da LRF, de acordo com o modelo publicado anualmente por portaria normativa específica da Secretaria do Tesouro Nacional/MF;
- Estudos, legislações e documentos pertinentes ao assunto.

Atualmente, o Ministério da Saúde disponibiliza duas versões do programa para os Entes Federados: uma semestral e uma anual.

O programa semestral foi introduzido no ano de 2002, após entendimentos com a Secretaria de Tesouro Nacional - STN/MF, ocasião em que a disponibilização do Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Ações e Serviços de Públicos de Saúde - Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária passou a ser produzido automaticamente em decorrência do preenchimento do SIOPS.

Este demonstrativo visa aferir o cumprimento do limite mínimo estabelecido pela EC 29/2000 e segue o disposto na Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000 e nas normas publicadas pela STN, referentes a cada exercício financeiro, sendo preconizado que a periodicidade de publicação do demonstrativo deve ser semestral.

O SIOPS faculta aos Conselhos de Saúde e a sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos no setor saúde.

A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população, em especial àquela parcela que de alguma forma têm vínculo com o SUS, o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área.

Em constante desenvolvimento desde então, este sistema tem ampliado continuamente sua abrangência, volume de dados coletados, precisão das informações e sua utilização. Suas planilhas são preenchidas pelos setores competentes nas Secretarias Estaduais e Municipais e, após sua verificação, por meio de filtros internos do sistema, são automaticamente gerados indicadores que servem para o

acompanhamento do gasto público com saúde.

Do ponto de vista do controle social o SIOPS é sem dúvida um instrumento fundamental para o acompanhamento com gasto com saúde. Possui em seu sítio dados disponíveis desde 1998, a partir de 2002 o preenchimento passou a ser semestral, o que auxilia ainda mais na programação, planejamento e execução orçamentária.



Para obter mais informações sobre o SIOPS acesse:  
[http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B370C4D474E2F370G14HOI1Jd3L1MON&VInclude=../site/din\\_sistphp&VSis=1&VAba=0&VCoit=474](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B370C4D474E2F370G14HOI1Jd3L1MON&VInclude=../site/din_sistphp&VSis=1&VAba=0&VCoit=474)

### 11.7. Transformando os Dados em Informações

*Todos esses sistemas produzem uma infinidade de dados, que isolados, não tem grande utilidade. O gestor do município precisa de um conjunto de informações que permita conhecer a situação de saúde da sua população, de forma a facilitar o desempenho das funções que cabem à gerência: planejar, organizar, dirigir, controlar e avaliar ações e serviços. A informação corresponde, assim, à matéria-prima para o processo de tomada de decisão.*

Para isso, é necessário transformar os dados brutos em informação útil, relacionando os fatos por eles descritos, organizando, agrupando, construindo indicadores, contrapondo os resultados com parâmetros ou metas, interpretando. É

exatamente esse processo que permite dispor de um instrumental que permita a construção do conhecimento da realidade onde trabalhamos e vivemos e contribua com o processo de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, subsidiando também reorientações na execução dos planos, ou mesmo, à revisão dos planos originais.

Esse instrumental deve permitir ao gestor e sua equipe identificar e priorizar os problemas que precisam ser enfrentados, escolher estratégias de enfrentamento considerando o grau de eficiência, eficácia e efetividade de cada alternativa e controlar e avaliar os impactos dessas decisões com base em critérios estabelecidos. E por isso é tão forte a interligação entre o processo decisório e sistema de informações, porque todas essas etapas dependem fundamentalmente do suporte informacional e determinam uma efetiva ação gerencial.

A maioria dos municípios ainda não conta com a estrutura necessária para desenvolver essas atividades de análise, seja no que se refere aos recursos de informática seja na disponibilidade de recursos humanos qualificados.

*A equipe técnica do município, além da análise dos dados, tem um papel fundamental na melhoria da qualidade e da cobertura dos dados produzidos, na medida em que viabiliza avanços quanto à padronização e normatização relativa ao preenchimento dos documentos fontes e dos procedimentos de coleta de dados.*

Investir no desenvolvimento dessa capacidade técnica significa aumentar grau de confiabilidade e utilização dos dados, diminuindo cada vez mais a carga de imprevisto com que a gerência é exercida no nível local.

Como acessar as bases de dados no site do DATASUS?  
([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br))

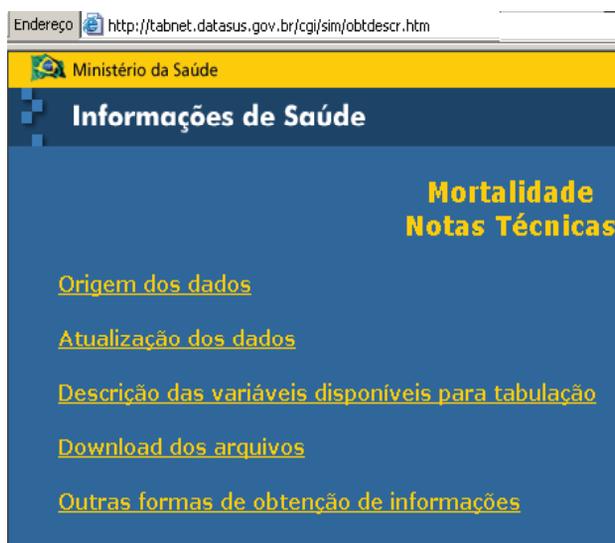


O Datasus disponibiliza toda a documentação sobre origem e atualização dos dados, descrição das principais variáveis, download de arquivos e outras formas de obtenção de dados necessárias no item **Notas Técnicas**, disponíveis para quase todas as bases.

Apesar dessa documentação ser de fundamental importância para quem deseja trabalhar com essas bases, pois permite compreender não só o potencial de análise que elas oferecem mas também suas limitações, as “notas técnicas” são pouco consultadas.

Como acessar as bases de dados no site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina?

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



Clicando no item **Informações em Saúde** da página da SES também é possível encontrar informações importantes para o gestor. O acesso às principais bases de dados é feito no item **Bancos de Dados**, onde utilizando a ferramenta TabNet é possível tabular as diferentes bases, com a vantagem de que para algumas delas, como o SIM e o SINASC, o dado disponível é mais atualizado e detalhado.



Além do acesso às bases de dados, a SES disponibiliza informação parcialmente estruturada, que está disponível nos itens **Indicadores** e **Cadernos de Informações em Saúde**.

Os diferentes modelos de Cadernos de Informação permitem a captura automática dos dados provenientes de diversas fontes e apresentam os resultados na forma de indicadores e gráficos demonstrativos, permitindo comparações e análises. Os modelos foram criados para atender à necessidade de sistematizar informação estruturada de áreas específicas, destacando-se o modelo **Geral**, que permite obter um quadro abrangente da situação do município e o modelo **Pacto pela Saúde** que contribui para o estabelecimento das metas pactuadas e para a avaliação dos resultados alcançados.

Navegando no site da SES é possível encontrar documentos técnico-cientí-

ficos, manuais e guias, acessar a Biblioteca Virtual em Saúde, o que amplia e redimensiona as possibilidades de consulta bibliográfica, ficar por dentro dos eventos e capacitações programadas, conferir as notícias entre outros.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 4.320. Institui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17/03/1964.

BRASIL. Lei 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19/07/1990.

BRASIL. Lei 8.142. Dispõe sobre a participação da Comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28/12/1990.

BRASIL. Lei 8.666, de 21 de julho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21/julho/1993.

BRASIL. Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27/07/1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.286, de 26 de outubro de 1993 que dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26/10/1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 545, de 20 de maio de 1993 que edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB/SUS - 01/1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20/05/1993.

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, D.O.U. - Diário Oficial da União, Poder Executivo, 31 de agosto de 1994.

BRASIL. Decreto nº 1.651. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28/09/1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário**

**Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24/02/1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da União. Portaria Interministerial nº 529 de 30 de abril de 1999. Designa equipe para realizar estudo sobre orçamentos públicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23/04/1999.

BRASIL. Lei 101. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04/05/2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde / CNS. **Resolução nº 322**, de 08 de maio de 2003. Aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta n.º 1.163, de 11 de Outubro de 2000**. Aprova a institucionalização do SIOPS no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Emenda Constitucional, de 29 de setembro de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, D.O.U. de 14.9.2000, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 2.048**, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº1.863/GM**, de 29 de setembro de

2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº1.864/GM**, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192. Brasília, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/CNS. **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 2.325, de 08 de dezembro de 2003. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 08 dez. 2003.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da União. Portaria Conjunta n.º 446, de 16 de março de 2004. Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS sob a supervisão da Secretaria-Executiva e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, ambas do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 mar. 2004.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS - Uma Construção Coletiva – Instrumentos Básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 3.085**, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o sistema de planejamento do SUS. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1098](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1098). Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 3.332**, de 28 de dezembro de 2006. Aprova os instrumentos básicos de planejamento do SUS. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. **Portaria GM nº. 399/GM/MS**, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf). Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30/03/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 3.277, de 22 de dezembro de 2006

que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22/dez/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Curso Básico de Regulação, Controle e Avaliação**: Secretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Constituição Federal** (1988). In: CONASS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 1497, de 22 de julho de 2007. Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, em conta única e especificada por bloco de financiamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22/07/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 1571, de 19 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19/06/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.691**, de 27 de dezembro e 2007. Autoriza transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e

funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29/01/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 3176, de 24 de dezembro de 2007. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24/12/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21/02/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 372**, de 26 de fevereiro de 2008. Altera a Portaria 699, de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, DF, 26/02/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do tempo da Saúde**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/linha.htm>. Acesso em: 20 jan. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A gestão administrativa e financeira no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 2). Disponível em: [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br). Acesso em: 20 jan. 2009.

LÔBO, Irene. **Conheça o histórico das conferências nacionais de saúde, ponto a ponto**. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/11/09/materia.2007-11-09.1423310904/view>. Acesso em: 17 jan. 2008.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria SES Nº 012/93**, de 22 de junho de 1993.

SANTA CATARINA. Diretoria de Assuntos Ambulatoriais. **Portaria SES/COSAP/DIAM 001/99**. Designada para elaborar o Manual Estadual do Tratamento Fora de Domicílio. Florianópolis, 1999.

SANTA CATARINA. **Plano Diretor de Regionalização/PDR**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, IOESC, Florianópolis, 2002.

SANTA CATARINA. **Manual Estadual do Tratamento Fora de Domicílio**. Florianópolis, 2004. Disponível em [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br). Acesso em: 20 jan. 2009.

SANTA CATARINA. Lei 13.333, de 22 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre a institui-

ção do Sistema de Transferências de recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e estabelece outras providências. **Diário Oficial [da] Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, 22/02/2005.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 044/CIB/2007**, de 22 de junho de 2007. Define a constituição dos Colegiados de Gestão Regional. Florianópolis, 2007.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 127/CIB/2007**, de 04 de outubro de 2007. Homologa os Colegiados de Gestão Regional. Florianópolis, 2007.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 130/CIB/2007**, de 26 de outubro de 2007. Aprova “ad referendum” o Projeto dos Complexos Reguladores de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria SES Nº 005/2007**, de 22 de outubro de 2007. Constitui Grupo Técnico para análise do Termo de Compromisso de Gestão Municipal. Florianópolis, 2007.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 092/CIB/2008**, de 03 de junho de 2008. As diretrizes para a reformulação do Plano Diretor de Regionalização – PDR de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 172/CIB/2008**, de 22 de agosto de 2008. Aprova a Manutenção dos Critérios e da relação dos

municípios referente à Compensação das Especificidades Regionais. Florianópolis, 2008.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 245/CIB/2008**, de 20 de novembro de 2008. Aprova o Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina – PDR 2008, composto por 09 (nove) Macrorregiões e 21 (vinte e uma) Regiões de Saúde. Florianópolis, 2008.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 270/CIB/2008**, de 16 de dezembro de 2008. Aprova a Competência Janeiro/2009, a PPI da Assistência, Ambulatorial e Hospitalar. Florianópolis, 2008.

SANTA CATARINA. Escola de Saúde Pública Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel. **Capacitação para o Sistema de Planejamento do SUS em Santa Catarina**. Apostila presencial. Florianópolis: Secretaria Estadual da Saúde, 2008.

SANTA CATARINA. Escola de Saúde Pública Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel. **Capacitação para o Sistema de Planejamento do SUS em Santa Catarina**: Apostila EAD. Florianópolis: Secretarias Estaduais da Saúde, 2008. Disponível em: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br). Acesso em: 20 jan. 2009.

## Anexo I

## Quadro descritivo da estrutura organizacional da Secretaria do Estado da Saúde

DENOMINAÇÃO	E-MAIL:	TELEFONES
<b>Gabinete do Secretário</b>	gabs@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2080
Gabinete do Diretor Geral	dige@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2091
Secretário do Conselho Estadual de Saúde	ces@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2277
Secretário da Comissão Intergestores Bipartite-CIB	cib@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2263
Gerência de Convênios	gecon@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2069
<b>Superintendência de Gestão Administrativa</b>	sga@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2083
<b>Superintendência de Serviços Especializados e Regulação</b>	sur@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1662
Gerência do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	apoiosamu@saude.sc.gov.br samuestadual@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1663 (48) 3212-1665
Gerência dos Complexos Reguladores	gecor@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1641
Gerência do Centro Catarinense de Reabilitação	ccr@saude.sc.gov.br	(48) 3221-9202 (48) 3221-9223
Gerência do SC/Transplantes	cncdosc@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1617
<b>Superintendência de Planejamento e Gestão</b>	sug@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2057
Gerência de Planejamento	gplan@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2055

DENOMINAÇÃO	E-MAIL:	TELEFONES
Diretoria de Planejamento, Controle e avaliação	dipa@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2040
Gerência de Contratualização dos Serviços do SUS	gecos@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2074
Gerência de Programação em Saúde	gepro@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2038
Gerência de Controle e Avaliação do Sistema	gecoa@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2302
Gerência de Auditoria	geaud@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2226
Gerência de Tecnologia da Informação	getin@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2050
Gerência de Atenção Básica	gerep@saude.sc.gov.br geabs@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1694
Saúde da Mulher	saudedamulher@saude.sc.gov.br	(48) 3212.1693
Saúde Mental	saudemental@saude.sc.gov.br	(48) 3212.1689
Saúde do Idoso	idoso@saude.sc.gov.br	(48) 3212.1697
Saúde Bucal	saudebucal@saude.sc.gov.br	(48) 3212.1696
Saúde da Família	saudedafamilia@saude.sc.gov.br psfdi@saude.sc.gov.br siabsc@saude.sc.gov.br	(48) 3212.1690 (48) 3212.1691
Saúde da Criança e do Adolescente/Coordenação de Alimentação e Nutrição	saudedacrianca@saude.sc.gov.br adolescentesc@saude.sc.gov.br nutricaoosc@saude.sc.gov.br	(48) 3212.1633 (48) 3212.1688
Diabetes e Hipertensão	gerep@saude.sc.gov.br	(48) 3212.1697
Rede de Violência Doméstica e Sexual	gerep@saude.sc.gov.br	(48) 3212.1694

DENOMINAÇÃO	E-MAIL:	TELEFONES
Gerência de Planejamento em Saúde	gepsa@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2095
Diretor de Recursos Humanos	dirh@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2034
Gerência de Normatização de Recursos Humanos	dirh@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2077
Gerência de Avaliação de Controle de Recursos Humanos	dirh@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2234
Diretoria de Educação Permanente em Saúde	deps@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1682
Comitê de Ética em Saúde	cepses@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1680
Gerência da Escola de Saúde Pública	geesp@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1645 (48) 3212-1669
Biblioteca Virtual em Saúde	bvs@saude.sc.gov.br	(48) 3212-1644
Gerência da Escola Nível Médio – EFOS	efos@saude.sc.gov.br	(48) 3246-6670

<b>Superintendência de Vigilância em Saúde</b>	suvis@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7811
Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde -CECISS	ceciss@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7811
Diretoria de Vigilância Sanitária	direcaodvs@saude.sc.gov.br dvs@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7995
Gerência de Tóxico, Hemo e Farmacovigilância	getof@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7912
Gerência de Saúde do Trabalhador	cerest@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7988
Gerência de Inspeção de Produtos e Serviços de Saúde	geips@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7890
Gerência em Saúde Ambiental	gesam@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7972
Diretoria do Laboratório Central	lacen@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7813

DENOMINAÇÃO	E-MAIL:	TELEFONES
Gerência de Administração e Controle da Rede	gaflacen@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7806
Gerência do Instituto de Anatomia Patológica	iap@saude.sc.gov.br	(48) 3228-0039 (48) 3228-0359
Gerência Técnica de Biologia Médica	gebio@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7831
Gerência de Produtos e Meio Ambiente	geprod@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7802
Diretoria de Assistência Farmacêutica	diaf@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7800
Gerência de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos	geaaf@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7867
Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica	diafprogramacao@saude.sc.gov.br	(48) 3251-7804
Diretoria de Vigilância Epidemiológica	dive@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8435
Informações em Saúde	sinan@saude.sc.gov.br sinasc@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8442 (48) 3221-8444 - FAX
Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização	geimo@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8422
Gerência de Vigilância de Agravos Infeciosos, Emergentes e Ambientais	gevra@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8433
Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar	gevra@saude.sc.gov.br	(48) 3221-0414
Hanseníase	hanseniase@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8407
Tuberculose	tuberculose@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8415
Doenças Não-transmissíveis	dant@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8482
Gerência de Controle de Zoonoses	vigizoo@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8412
Gerência de DST/HIV/AIDS	dstaids@saude.sc.gov.br	(48) 3221-8440

DENOMINAÇÃO	E-MAIL:	TELEFONES
Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais	suh@saude.sc.gov.br	(48) 3221-2082

## Anexo II

## Quadro descritivo da estrutura regional da Secretaria do Estado da Saúde

GERÊNCIAS DE SAÚDE	E-MAIL:	TELEFONES
1º Gerência de Saúde de São Miguel do Oeste	regsaomiguel@saude.sc.gov.br	(49) 3621-0914
2º Gerência de Saúde de Maravilha	regmaravilha@saude.sc.gov.br	(49) 3664-1657* (49) 3664-4512 (49) 3664-4512 - FAX
3º Gerência de Saúde de São Lourenço do Oeste	regsaolourenco@saude.sc.gov.br	(49) 3344-1331 (49) 3344-0744
4º Gerência de Saúde de Chapecó	regchapeco@saude.sc.gov.br	(49) 3361-4270
5º Gerência de Saúde de Xanxerê	regxanxere@saude.sc.gov.br	(49) 3433-5513 (49) 3433-0138 - FAX
6º Gerência de Saúde de Concórdia	regconcordia@saude.sc.gov.br	(49) 3442-3020
7º Gerência de Saúde de Joaçaba	regjoacaba@saude.sc.gov.br	(49) 3521-1257 (49) 3523-1693
8º Gerência de Saúde de Campos Novos	regcamposnovos@saude.sc.gov.br	(49) 3541-0777
9º Gerência de Saúde de Videira	regvideira@saude.sc.gov.br	(49) 3566-7081 (49) 3566-0728 (49) 3566-2868
10º Gerência de Saúde de Caçador	regcacador@saude.sc.gov.br	(49) 3563-0550
11º Gerência de Saúde de Curitibanos	regcuritibanos@saude.sc.gov.br	(49) 3245-1510
12º Gerência de Saúde de Rio do Sul	regriodosul@saude.sc.gov.br	(47) 3521-4861 (47) 3521-4861 - FAX
13º Gerência de Saúde de Ituporanga	regituporanga@saude.sc.gov.br	(47) 3533-8500
14º Gerência de Saúde de Ibirama	regibirama@saude.sc.gov.br	(47) 3357-5163

<b>GERÊNCIAS DE SAÚDE</b>	<b>E-MAIL:</b>	<b>TELEFONES</b>
15º Gerência de Saúde de Blumenau	regblumenau@saude.sc.gov.br	(47) 3324-9090 (47) 3324-9060 - FAX
16º Gerência de Saúde de Brusque	regbrusque@saude.sc.gov.br	(47) 3350-1411 (47) 3252-1577 - FAX
17º Gerência de Saúde de Itajaí	regitajai@saude.sc.gov.br	(47) 3348-3965 (47) 3348-0081 - FAX
18º Gerência de Saúde de Grande Florianópolis	regfpolis@saude.sc.gov.br	(48) 3241-9320
19º Gerência de Saúde de Laguna	reglaguna@saude.sc.gov.br	(48) 3644-8402 (48) 3644-8420 (48) 3644-2706 - FAX
20º Gerência de Saúde de Tubarão	regtubarao@saude.sc.gov.br	(48) 3621-2401 (48) 3621-2400 (48) 3626-9595
21º Gerência de Saúde de Criciúma	regcriciuma@saude.sc.gov.br	(48) 3437-5877 (48) 3437-4345
22º Gerência de Saúde de Araranguá	regararangua@saude.sc.gov.br	(48) 3521-5855 (48) 3521-5833
23º Gerência de Saúde de Joinville	regjoinville@saude.sc.gov.br	(47) 3433-2222 (47) 3431-2800 (47) 3431-2817 (47) 3433-4109 – FAX
24º Gerência de Saúde de Jaraguá do Sul	regjaragua@saude.sc.gov.br	(47) 3371-0001 (47) 3371-0789
25º Gerência de Saúde de Mafra	regmafra@saude.sc.gov.br	(47) 3642-0502
26º Gerência de Saúde de Canoinhas	regcanoinhas@saude.sc.gov.br	(47) 3622-2313 (47) 3622-5037
27º Gerência de Saúde de Lages	reglages@saude.sc.gov.br	(49) 3222-0316
28º Gerência de Saúde de São Joaquim	regsaojoaquim@saude.sc.gov.br	(49) 3233-3953 (49) 3278-5005

<b>GERÊNCIAS DE SAÚDE</b>	<b>E-MAIL:</b>	<b>TELEFONES</b>
29º Gerência de Saúde de Palmitos	regpalmitos@saude.sc.gov.br	(49) 3647-3055 (49) 3647-0297
30º Gerência de Saúde de Dionísio Cerqueira	regdionisio@saude.sc.gov.br	(49) 3644-1096
31º Gerência de Saúde de Itapiranga	regitapiranga@saude.sc.gov.br	(49) 3677-0350
32º Gerência de Saúde de Quilombo	regquilombo@saude.sc.gov.br	(49) 3346-3198
33º Gerência de Saúde de Seara	regseara@saude.sc.gov.br	(49) 3452-3612
34º Gerência de Saúde de Taió	regtaio@saude.sc.gov.br	(47) 3562-8800
35º Gerência de Saúde de Timbó	regtimbo@saude.sc.gov.br	(47) 3382-0700
36º Gerência de Saúde de Braço do Norte	regbracodonorte@saude.sc.gov.br	(48) 3658-6929

Composição e Impressão:  
ESTADO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Administração – SEA  
Diretoria de Gestão Documental – DGED

Florianópolis – SC

Fone: (48) 3239-6000

O.S. 89424

