



FORMAÇÃO DE

**CONSELHEIROS  
DE SAÚDE**

## **COORDENAÇÃO DO CURSO**

EDGAR OSHIRO

Graduado em Nutrição (UFMT)

Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS  
(Hospital Sírio-Líbanês)

Mestre em Saúde Coletiva (UFMS)

## **ELABORAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO**

INARA PEREIRA DA CUNHA

Graduada em Odontologia (UFMS)

Mestre em Clínica Odontológica (UFMS)

Doutora em Saúde Coletiva (FOP/Unicamp)

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIMA

Graduada em Psicologia (UFMS)

Especialista em Saúde Pública e Gestão em Saúde (UFMS)

Mestre em Saúde da Família (UFMS)

Doutoranda em Psicossociologia e Ecologia Social (UFRJ)

## **APOIO PEDAGÓGICO**

FÁTIMA DEL FAVA

Curso de Especialização em Ativação de  
Processos de Mudança na Formação Superior de  
Profissionais de Saúde

Graduada em Fisioterapia (UNESP)

Mestre em BioCiências (USP)

Doutora em BioCiências (USP)

## **PARCERIA**

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE  
MATO GROSSO DO SUL

## **AUTORES**

**DANIELLE COSTA SILVEIRA**

Graduada em Enfermagem (Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix)

Doutora em Saúde Coletiva (Instituto René Rachou – Fiocruz MG)

Pesquisadora em Saúde Pública (Instituto René Rachou – Fiocruz MG)

**IDALINA CRISTINA FERRARI**

Graduada em Enfermagem (UEMS)

Doutoranda em Ciências da Saúde (UFGD)

Docente do Curso de Enfermagem (UEMS)

**NATHAN ARATANI**

Graduado em Enfermagem (UENP)

Doutor em Ciências da Saúde (USP)

Docente Adjunto no Instituto Integrado de Saúde (UFMS)

**MÓDULO I** *SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS E DIRETRIZES*

**MÓDULO II** *CONTROLE SOCIAL NO SUS*

**MÓDULO III** *ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS*

**MÓDULO IV** *PLANEJAMENTO E GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DO SUS*

# **CONSELHEIROS(AS) DE SAÚDE SEJAM BEM-VINDOS!**

O Curso de Formação de Conselheiros de Saúde é uma ação da Escola de Saúde Pública com o objetivo de qualificar o controle social para a prática nos conselhos de saúde e dos movimentos sociais nele representados. Dentro do curso abordaremos conteúdos referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) relacionados para o bom exercício do controle social.

A busca de um SUS fortalecido como política pública passa por um Conselho de Saúde protagonista, espaço, este, importante e especial na defesa e construção de um SUS que queremos.

Esse introdutório, é um primeiro passo, com possibilidade de novas iniciativas de educação permanente para os conselheiros de saúde.

Esperamos que o processo educacional estimule a busca pelo conhecimento e oportunize reflexões na sua atuação nos Conselhos de Saúde.

Preparamos o material didático auto instrucional em 4 módulos e 4 momentos de interação a cada final do módulo com oportunidade de esclarecer as dúvidas, trocar experiências e promover o diálogo entre Conselheiros (as) de diferentes lugares.

Aproveitem e bom curso a todos!

**Edgar Oshiro**

*Coordenador do Curso*

# **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

Caro(a) aluno(a), iniciaremos o curso conversando sobre como se deu a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Também abordaremos aqui seus princípios e diretrizes. Isso será muito importante para compreendermos o conteúdo dos próximos eixos do curso.

Então, para começar, você sabia que o SUS foi criado em 1988, a partir de um intenso movimento de luta e reivindicação da sociedade pelo direito universal à saúde?

**PARA SABER MAIS SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA  
NO BRASIL, ASSISTA O VÍDEO:**

**CLIQUE AQUI**



Créditos: Thays Coutinho. Acervo: Fiocruz Imagen

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, fruto de um intenso movimento de luta e reivindicação da sociedade pelo direito universal à saúde. Cabe ressaltar que, antes da criação do SUS, o acesso aos cuidados de saúde era limitado a pessoas inseridas no mercado de trabalho formal e que contribuía para a Previdência Social. Os demais ficavam à mercê de ações de caridade e filantropia. As Santas Casas de Misericórdia são exemplos de instituições que atendiam à população que não tinha dinheiro para arcar com custos de saúde.

O SUS é, portanto caro(a) aluno(a), uma importante conquista dos brasileiros, pois estabelece o acesso universal e gratuito à saúde em todo o território nacional, abrangendo ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação para todo e qualquer cidadão, contribuindo para a superação das desigualdades sociais em saúde (BRASIL, 2011).

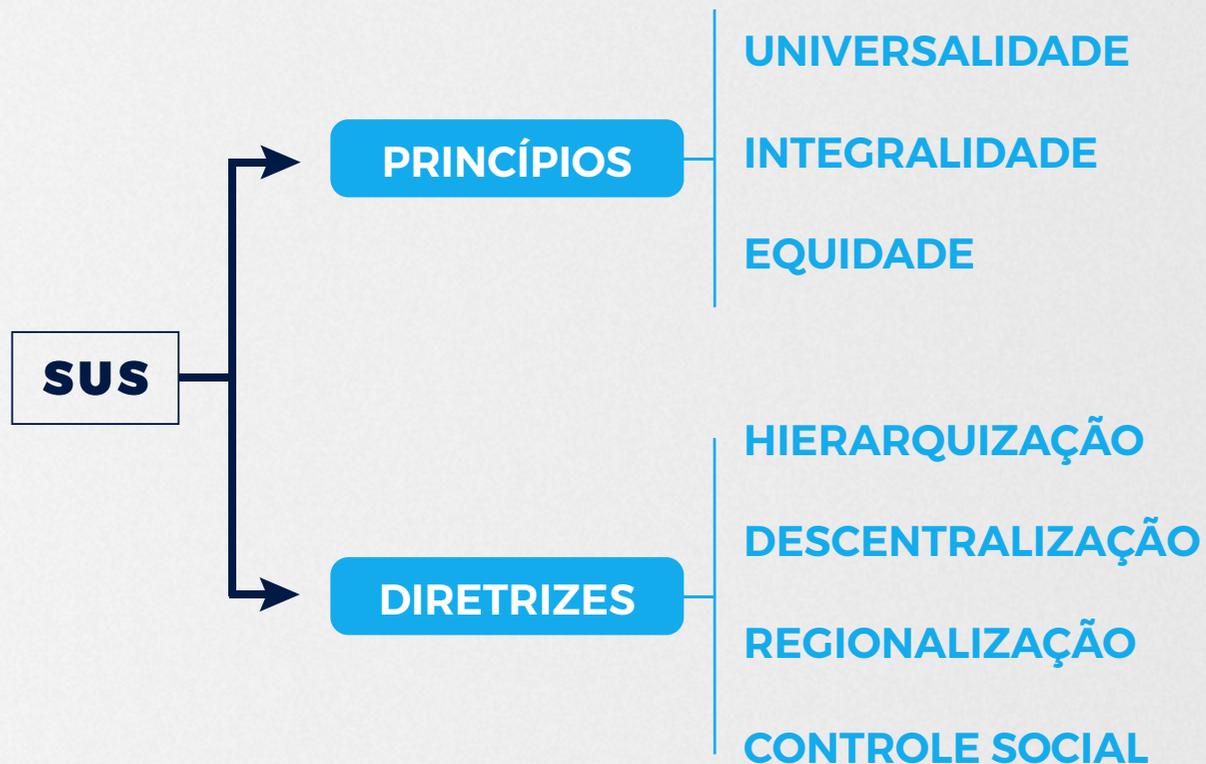
**LEITURA COMPLEMENTAR:**

**SUS, O QUE É?**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Como você poderá conferir na figura abaixo, o SUS possui **princípios** e **diretrizes**, que são as bases para o seu funcionamento e organização.

**Figura - Princípios e diretrizes do SUS**



Elaborado pela autora.

Os **princípios** do SUS foram definidos pela Lei N° 8.080/1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a).

Entre eles, a **universalidade**, é a garantia do direito à saúde para toda a população, independentemente do tipo de atendimento e da complexidade do sistema, que se organiza em diferentes níveis de assistência (primário, secundário e terciário).



Imagem domínio público  
Fonte <https://publicdomainvectors.org/>

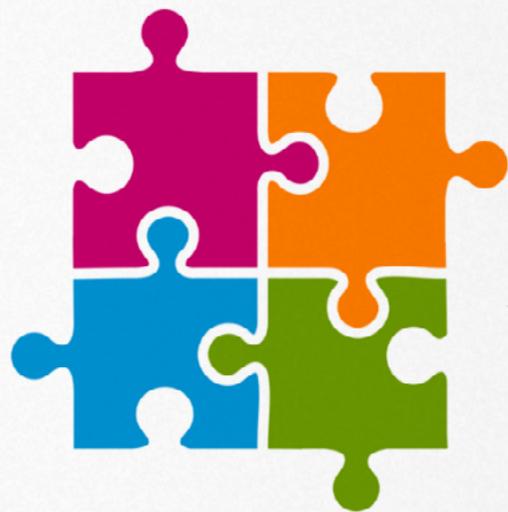


Imagem domínio público

Fonte <https://publicdomainvectors.org/>

**Integralidade** é um outro princípio e diz respeito à prestação de ações e serviços, sejam eles individuais e/ou coletivos, de acordo com a necessidade exigida em cada caso, em todos os ciclos de vida da pessoa (da infância à velhice) e em todos os níveis de assistência do sistema. Envolve, portanto, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, priorizando-se as ações preventivas.

O princípio da **equidade** visa garantir que a atenção e a assistência sejam de acordo com as necessidades de cada pessoa, oferecendo mais a quem mais precisa de cuidados em saúde. Esse princípio justifica a importância de termos políticas e programas específicos para determinados grupos sociais, devido às características específicas que esses possuem e que acabam exigindo estratégias e condutas de cuidado à saúde diferenciados, quando em comparação ao grande conjunto da população. Como exemplo, tem-se os Consultórios de Rua (atendimento à população em situação de rua), o programa de saúde no sistema prisional, saúde indígena, entre tantos outros.



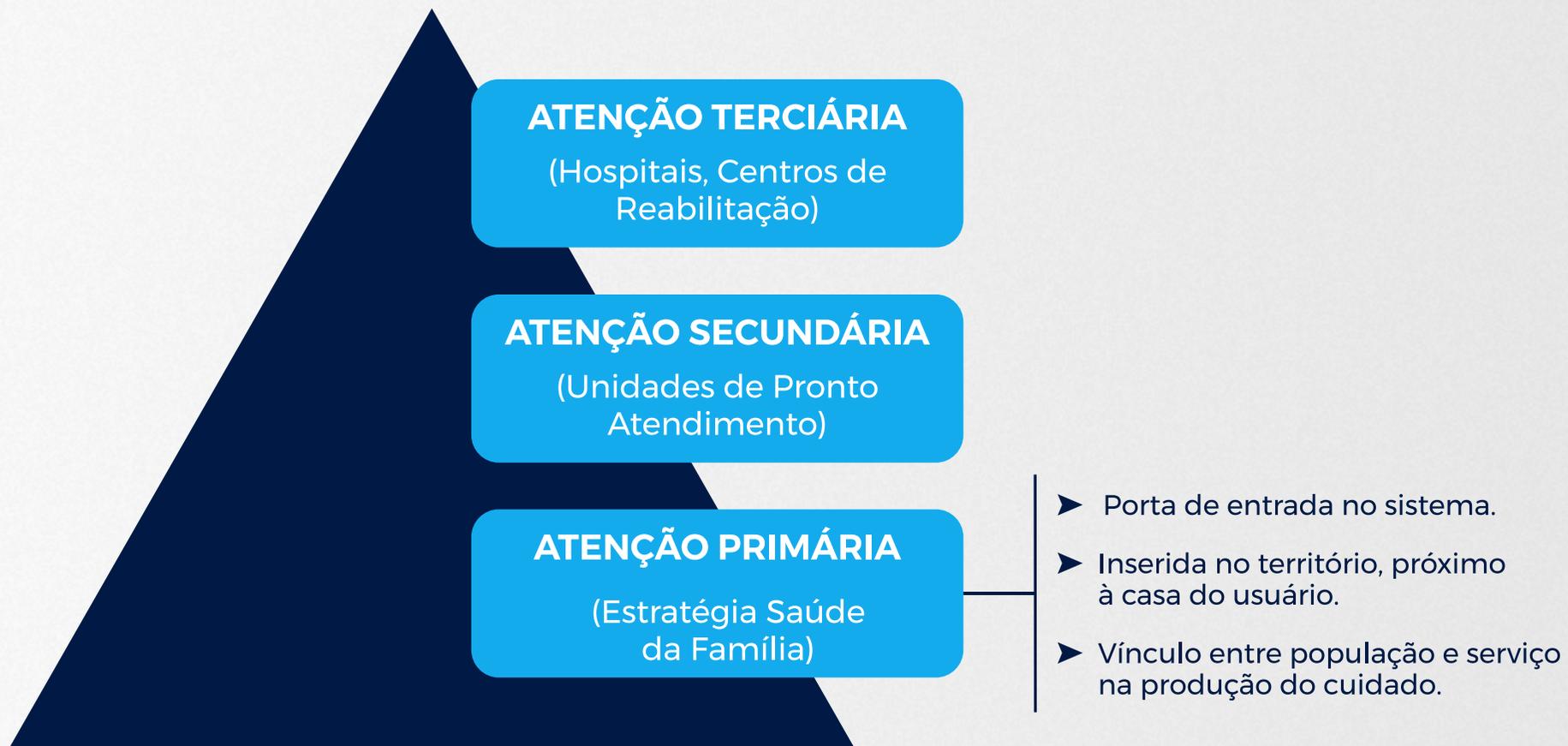
Imagem domínio público  
Fonte <https://publicdomainvectors.org/>

As **diretrizes** do SUS: **descentralização, regionalização, hierarquização e controle social**, foram estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, também conhecida como constituição cidadã, uma vez que representa a base dos direitos e deveres políticos dos cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988).

**Hierarquização** é a diretriz que estabelece a organização e estruturação dos serviços de saúde em nível crescente de complexidade. Assim, a **hierarquização** do sistema é ascendente (de baixo para cima), sendo o nível local, ou seja, a esfera municipal, o ponto de partida para o planejamento do tipo de assistência necessária e de investimento em estrutura física, recursos humanos e equipamentos de saúde. **Descentralização** é a maneira de reforçar a importância dos municípios no comando das ações de saúde, já que representam a esfera do SUS que mais se aproxima da população, permitindo, assim, o vínculo entre usuários e serviços. A **regionalização** tem o propósito de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos o mais próximo possível de casa, reduzindo as desigualdades territoriais por meio da organização de regiões de saúde.

A figura a seguir demonstra, de maneira resumida, a organização e estruturação dos serviços de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, ressaltando a importância do nível local para a assistência à população o mais próximo possível de casa, de maneira universal (para todos), integral (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação) e longitudinal (em todas as fases da vida). Na figura você irá perceber que a Estratégia Saúde da Família é considerada a referência de assistência e o cuidado em saúde no território.

**Figura - Organização e estruturação do SUS**



Elaborado pela autora.



Imagem extraída em: <https://cebes.org.br/participacao-popular-e-o-controle-social-como-diretriz-do-sus-uma-revisao-narrativa/8038/>

**Controle social** é a garantia dada à população de participar do SUS através de duas importantes instâncias: os **Conselhos de Saúde** e as **Conferências de Saúde** (BRASIL,1990b). Você verá mais sobre **controle social** nas próximas etapas.

Ao final desse primeiro eixo, esperamos que você tenha conhecido um pouco mais sobre a origem do SUS, pois esse é um marco importante da história da saúde pública brasileira. Também esperamos que você tenha percebido o quanto os princípios e diretrizes do SUS são essenciais para garantir o direito à saúde para todos, com maior atenção aos que mais precisam, contribuindo, assim, para a diminuição das desigualdades e injustiças em saúde. Essas são questões importantes para um sistema público como o SUS, que precisa garantir acesso e cobertura à saúde em um país cuja dimensão territorial é tão vasta, diversificada e desigual.

**O SUS EM FOTOS: PROMOÇÃO DA SAÚDE, PRODUÇÃO DE SENTIDOS.**

**ACESSE O LINK**

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_saude\\_brasil\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf). Acesso em 27 abr. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 27 abr. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 27 abr. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em 27 abr. 2022.

# CONTROLE SOCIAL NO SUS

Querido usuário, você é o ator principal da sua Saúde no SUS, para que você consiga aproveitar todos os benefícios, a que tem direito, esta aula foi planejada. Este é um convite para você conhecer seu papel no controle do SUS.

**AO FINAL DESTA AULA VOCÊ DEVERÁ:**

- Explicar o que é controle social no SUS.
- Qual a importância desse princípio para o funcionamento do Sistema Único de Saúde.
- Conhecer as legislações vigentes.

**Objetivos da Aula:**

1. Conhecer o contexto histórico do Brasil no Controle Social e suas principais legislações.
2. Definir a importância do Controle Social no Funcionamento do SUS.
3. Identificar os desafios para a população praticar o Controle Social.

Seja bem-vindo a aula de **Controle Social no SUS**, neste momento precisamos conhecer nosso país e o SUS, para isto preparamos o texto e os vídeos a seguir.

**PARA INTRODUZIR O CONTEÚDO, TE CONVIDO A ASSISTIR:**

**CLIQUE AQUI**

## CONTEXTO HISTÓRICO

Para entendermos nosso país é necessário lembrarmos que somos formados por Índios, Negros, Asiáticos e colonizadores europeus. Estas pessoas de diferentes países, tais como: moçambicanos, nigerianos, ganeses, congolese, angolanos, italianos, alemães, poloneses, árabes, japoneses e diversas outras pessoas do continente africano, europeu e asiáticos, contribuíram para a riqueza cultural do **Brasil**.

A **cultura de um País**, é o que define o seu povo, são os comportamentos, tradições e conhecimentos, incluindo a língua falada e escrita, as comidas típicas, as religiões, música local, artes, suas roupas, seus amigos, estrutura familiar, entre inúmeros outros aspectos.

**PARA SABER MAIS SOBRE A CULTURA BRASILEIRA TE CONVIDO PARA ASSISTIR OS VÍDEOS ABAIXO:**

**FORMAÇÃO E CULTURA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA COMPLETO**

**A DIVERSIDADE ÉTNICA CULTURAL BRASILEIRA**

## **PAÍS DAS DESIGUALDADES**

Somos um imenso país, rico e ao mesmo tempo tão diferente.

Ao falarmos com nossos amigos várias vezes somos perguntados ou nos perguntamos se:

**O BRASIL É UM PAÍS DAS DESIGUALDADES?**

Esta pergunta é muito importante e muito difícil de ser respondida, para facilitarmos a compreensão desse nosso País, com suas desigualdades, vamos assistir o vídeo disponível no link abaixo:

**CLIQUE AQUI**

## LEGISLAÇÕES IMPORTANTES NO CONTROLE SOCIAL

Neste momento da nossa aula precisamos conhecer as seguintes legislações que permitem construir a Saúde no Brasil, esta história é longa e muito cheia de conquistas:

Na **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937** foi criado o Conselho Nacional de Saúde. O **Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970**, a atuação do conselho nacional de saúde foi ampliada, que passou a “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado”. Ou seja, ainda que o CNS estivesse mais responsabilidades, o órgão era sujeito à hierarquia do poder público, devendo obedecer ao ministro, ainda mais diante do regime militar.

Na **Constituição de 1988** todo cidadão brasileiro passou a ter direito e acesso a saúde brasileira.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ao refletir os graus de mobilização, organização e da consciência dos direitos, alcançados pela sociedade nos anos 1980, a Constituição Federal consagrou a participação da comunidade, ao lado da descentralização e da integralidade, como diretriz da rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS (Art. 198).

As **Leis 8.080 de setembro** e a **8.142 de 28 de dezembro de 1990**, regulamentaram os dispositivos constitucionais da saúde. A Lei n. 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. A **Lei n.º 8.142/90** é resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

**PARA SABER MAIS, TE CONVIDO A LER A LEI:**

**CLIQUE AQUI**

## OBJETIVOS DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Discutida e **aprovada em 2007**, pelo **Conselho Nacional de Saúde** é precedida pelas Diretrizes para a Educação Permanente para o Exercício do Controle Social no SUS e tem o objetivo de fortalecer os movimentos sociais que atuam e garantem as existências de conselhos de políticas públicas, como os Conselhos de Saúde. É uma Política Nacional que reúne o conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da capacitação de conselheiros e que agora amplia sua importância elevando sua categoria de Programa de Capacitação para uma Política Nacional Estratégica para o SUS.

## UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é mais que uma segurança contra doenças, ele é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de superar as desigualdades na assistência à saúde da população e promover a justiça social. Neste processo, tornando **obrigatório e gratuito** o atendimento a todos os indivíduos, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos, e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário. No SUS, a saúde é ligada à questão ambiental, à democratização nas tomadas de decisão com a participação da população. O SUS é reafirmação do poder municipal, para que as diferenças entre as vilas, cidades e estados sejam vistas e enfrentadas. Essa ampliação possibilitou a expansão da assistência médico-hospitalar e a cultura da medicalização, invertendo a ideia de que saúde é a ausência de doença.

**PARA SABER MAIS SOBRE O CONTROLE SOCIAL TE CONVIDO A  
ASSISTIR ESSE VÍDEO:**

**CLIQUE AQUI**

## **CONSELHEIRO NA SAÚDE: O papel do cidadão**

O **Conselho Nacional de Saúde, em 1999**, discutiu e deliberou pela formulação de diretrizes gerais para a capacitação de Conselheiros de Saúde. O documento foi, então, elaborado com a participação de representantes do Programa de Educação em Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, de universidades, de organizações não governamentais, de trabalhadores, das Secretarias de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que possuíam experiências em atividades de capacitação e teve como título “Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde”.

Em novembro de **2007**, foi publicada, após aprovação no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite, a **Portaria GM/MS n. 3.027**, que aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS baseada nos seguintes princípios:

- 1.** Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, equidade, integralidade e participação social;
- 2.** Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular;

- 3.** Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde;
- 4.** Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes;
- 5.** Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidas como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo;
- 6.** Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde;

- 7.** Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS;
- 8.** Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde;
- 9.** Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

## **OLHANDO PARA AS DIFERENÇAS**

Estão previstos também sete grupos de ações que serão desenvolvidas no âmbito da Política:

### **1. Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade:**

**a.** Combate às iniquidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, LGBTQIAP+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Questionando, Intersexuais, Curioso, Assexuais, Aliados, Pansexuais, Polisssexuais, + insere todas as outras siglas e identidades que integram o movimento) – e, em situação de rua, cigana, entre outras;

- b.** Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniquidades em saúde nos níveis loco regionais;
- c.** Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde;
- d.** Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, LGBTQIAP+ em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores;
- e.** Promoção de educação em saúde e controle social.

## **2. Brasil Quilombola:**

- a.** Promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola;
- b.** Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS;
- c.** Atenção à saúde das populações quilombolas.

### **3. Aprimoramento das Instâncias e Processos de Participação Social no SUS:**

- a.** Realização da Conferência Nacional de Saúde;
- b.** Capacitação contínua de conselheiros de saúde;
- c.** Criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem-sucedidas desses conselhos;
- d.** Aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população;

**e.** Implantação de conselhos de gestão participativa nos estabelecimentos de saúde federais e municipais;

**f.** Intersectorialidade adotada como prática de gestão;

**g.** A disseminação de experiências bem-sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições;

**h.** Implantação de ouvidorias no SUS e implementação de práticas de ausculta dos usuários, profissionais e gestores.

#### **4. Gestão da Política de Saúde:**

- a.** Implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

#### **5. Consolidação do Processo de Reforma Sanitária no País:**

- a.** Realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS.

## **6. Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS:**

- a.** Promoção de conhecimento sobre o SUS, sua organização, acesso, responsabilidades de gestão e direitos dos usuários;
- b.** Implementação da educação permanente para o controle social no SUS.

## **7. Qualificação e Humanização na Gestão do SUS:**

- a.** Organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde.

## RECOMENDAÇÕES E RESPONSABILIDADES: Atualizações

As atribuições e responsabilidades dos gestores nacional, estaduais e municipais na implantação da Política de Gestão Estratégica e Participativa têm como base o Pacto pela Saúde.

**Em 2012, a resolução nº 453** aprovou as novas diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, respeitando os princípios da democracia e diversidade da população brasileira. Ficou estabelecido também que as demandas da população, aprovadas nas Conferências de Saúde, devem ser acolhidas pelo órgão em consonância com a legislação.

Em **2014** foi instituída a **Política Nacional de Participação Social - PNPS**, com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. Os objetivos desta política são:

- I - Consolidar a participação social como método de governo;
- II - Promover a articulação das instâncias e dos mecanismos de participação social;
- III - Aprimorar a relação do governo federal com a sociedade civil, respeitando a autonomia das partes;

**IV** - Promover e consolidar a adoção de mecanismos de participação social nas políticas e programas de governo federal;

**V** - Desenvolver mecanismos de participação social nas etapas do ciclo de planejamento e orçamento;

**VI** - Incentivar o uso e o desenvolvimento de metodologias que incorporem múltiplas formas de expressão e linguagens de participação social, por meio da internet, com a adoção de tecnologias livres de comunicação e informação, especialmente, softwares e aplicações, tais como códigos fonte livres e auditáveis, ou os disponíveis no Portal do Software Público Brasileiro;

**VII** - Desenvolver mecanismos de participação social acessíveis aos grupos sociais historicamente excluídos e aos vulneráveis;

**VIII** - Incentivar e promover ações e programas de apoio institucional, formação e qualificação em participação social para agentes públicos e sociedade civil;

**IX** - Incentivar a participação social nos entes federados.

## **PRÓXIMA CONFERÊNCIA: Local para a tomada de decisões**

A Conferência Nacional de Saúde tem como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, para o município, o estado e o governo federal (três níveis de gestão).

A reunião é convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. Este espaço democrático é previsto na Lei 8.142/90, e realizada a cada quatro anos. Na **Resolução 669 de 25 de fevereiro de 2022** que fala sobre a definição da estrutura, da composição, das atribuições da Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde, já foi programado para acontecer em 2 a 5 de julho de 2023.

As Conferências estaduais e municipais são realizadas antes da Conferência Nacional de Saúde (CNS) em todo o país. As Conferências nos estados e municípios antecedem as discussões dos temas que serão debatidos na Conferência Nacional, discutindo e aprovando propostas de acordo com a realidade local.

As propostas nelas aprovadas contribuirão com a construção das políticas de saúde que serão tratadas mais amplamente durante a Conferência Nacional. São esses temas identificados dentro dos serviços de saúde que contribuirão para o aprimoramento dos serviços de saúde pública. **As Conferências Nacionais contam com a mobilização e participação de pessoas de todo o Brasil**, por meio de representantes da sociedade e dos governos federal, estadual e municipal.

## O QUE ENTENDEMOS POR CONTROLE SOCIAL?

Podemos definir como controle social o conjunto de ações que visam o **exercício da cidadania e à garantia do acesso do cidadão**, pensando nisso, podemos formular propostas de reestruturação para o sistema de saúde, desde o planejar e o agir, fazendo uma intervenção nas políticas das três esferas do governo.

## **O QUE É UM CONSELHEIRO?**

É o nome dos integrantes titulares e suplentes dos Conselhos de Saúde das distintas esferas de gestão do SUS. Podem compor os Conselhos de Saúde gestores, prestadores de serviços, trabalhadores ou usuários do sistema.

**PARA SABER MAIS TE CONVIDAMOS A LER, NO LINK ABAIXO:**

**O SUS DE A A Z.**

Os Conselhos de Saúde são compostos por representantes de usuários, profissionais e gestores dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) nos níveis Municipal, Estadual e Federal, os usuários têm representação paritária. Isso quer dizer que 50% dos integrantes do conselho de saúde têm que ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestores e prestadores de serviço.

**PARA SABER MAIS TE CONVIDAMOS A LER, NO LINK ABAIXO:**

**CAPÍTULO V - DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA - SEÇÃO I - DAS COMISSÕES INTERGESTORES, VAMOS ENCONTRAR A DEFINIÇÃO E A ATRIBUIÇÃO DAS ESFERAS DE PACTUAÇÃO.**

## CONTROLE SOCIAL: PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO DO SUS

A participação do povo nas tomadas de decisão das políticas de saúde é relativamente recente. As decisões sobre a saúde eram tomadas de cima para baixo, ou seja, o governo decidia o que era importante para a população. Sem conhecer as necessidades reais da sociedade, muitas vezes acabavam investindo mal os recursos financeiros públicos. Não atendiam devidamente às carências da população, tornando mais difícil o acesso à saúde. A **participação da população** só se tornou possível com o processo da democracia consolidado e o surgimento de grupos sociais organizados; desses grupos surgiram os representantes para o exercício do **controle social**. Guiado pelo voluntariado nos grupos sociais, esses representantes têm o mesmo espírito na defesa de seus interesses na gestão da saúde e na composição do controle social.

## VOCÊ JÁ FOI VOLUNTÁRIO?

A sociedade passa a ser representada no espaço construído pelo Estado para as ações nas decisões sobre a saúde. Sendo assim, **o controle social consiste na participação da sociedade na gestão da saúde**. Por intermédio dos representantes da sociedade e das Conferências e dos Conselhos de Saúde, é possível que a população participe das decisões políticas e sociais. A formulação e o acompanhamento de diretrizes voltadas para a promoção da saúde são contribuições importantes da sociedade no controle da gestão da saúde.

Você deve estar se perguntando, como se encaixa nisso tudo, não é? Apesar de esta aula ser bastante teórica, é essencial que você saiba disso, independentemente do local em que trabalhe. Basta ter alguma ligação com o SUS. Todos podem participar, representando os trabalhadores da saúde. O controle social do sistema de saúde **democratiza** o Sistema Nacional de Saúde, por meio da descentralização da saúde e da participação da sociedade. Atende ao objetivo da consolidação da democratização do sistema, proposta na Constituição Federal. A **participação da população** garante espaço para a opinião do usuário dos serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde, garantindo, ao mesmo tempo, o direito de participar nas decisões.

O usuário torna-se corresponsável pelo controle social das ações da saúde, lutando pelo aprimoramento dos serviços de saúde e exercendo cidadania. Por estar diretamente ligado aos problemas locais, sua contribuição é primordial para a reflexão da transformação da saúde pública no Brasil. As experiências locais ampliam as possibilidades de acerto no fortalecimento das políticas de gestão da saúde.

## **PAPEL DOS CONSELHO DE SAUDE**

Conselhos de Saúde se tornam um importante meio **de reivindicação de melhores serviços e ações na saúde pública**. O Conselho de Saúde é um órgão permanente, composto por representantes da sociedade e do governo, com poder de decisão, presente em todas as instâncias do governo: federal, estadual e municipal.

A representação da população que é usuária do sistema possibilita o controle dos trabalhos na saúde, os investimentos e a fiscalização dos gastos, auxiliando no aprimoramento do atendimento.

Ao **ajudar na construção da prestação de serviços**, possibilita melhor adequação das ações voltadas para as reais necessidades da população local. Em um nível mais alto de decisão do SUS, existe o Conselho Nacional de Saúde, que está diretamente ligado ao Ministério da Saúde os membros do Conselho são responsáveis por:

**APROVAR O  
ORÇAMENTO  
DA SAÚDE**

**ACOMPANHAR A  
EXECUÇÃO DESTE  
ORÇAMENTO**

**ANALISAR E APROVAR  
A CADA 4 ANOS O  
PLANO NACIONAL  
DE SAÚDE**

As reuniões dos Conselhos acontecem mensalmente, e é permitida a presença do público, conforme os critérios da **Lei 8.142**.

Veja a seguir como é formado o público das reuniões dos Conselhos: cada parte desse público tem papel decisivo no controle social. O usuário participa:

- com sua experiência de vida;
- como conhecedor direto dos problemas que afetam a sociedade;
- propondo ações;
- opinando sobre as políticas em andamento.

Por sua vez, os profissionais de saúde sugerem alternativas técnicas para o aperfeiçoamento dos atendimentos. O gestor tem no Conselho de Saúde o assessoramento qualificado que pode indicar quais pontos são falhos ou necessitam de aprimoramento na gestão de serviços. Os Conselhos são espaços para o exercício da cidadania, onde se contribui com sugestões, fiscalização e cobranças junto aos gestores públicos.

**VAMOS FIXAR O CONTEÚDO?**

**CLIQUE AQUI**

## COMO FUNCIONAM OS CONSELHOS E A CONFERÊNCIA?

As Conferências e os Conselhos: ambientes de discussão ampla são destinados a **discutir e propor estratégias para a formulação das políticas de saúde e analisar os avanços e retrocessos do SUS.**

São constituídas da participação de representantes de diversos segmentos da sociedade:

- entidades sociais que representam os usuários dos serviços do SUS;
- trabalhadores que atuam na saúde;
- representantes do governo;
- prestadores de serviços de saúde.

Realizadas a cada quatro anos, acontecem nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

O conselheiro é o responsável pelo **controle social na gestão da saúde**. Ele tem papel fundamental junto ao órgão em que participa - o Conselho -, seja no âmbito federal, estadual ou municipal.

**Representando parte expressiva da sociedade**, os conselheiros de saúde são os mediadores dos debates sobre a saúde pública. Em cada localidade onde se reúnem, transformam-se em interlocutores no diálogo entre os gestores e o controle social. A participação do segmento “usuário” é feita por indicação de:

- Entidades de movimentos comunitários;
- Sindicatos;
- Portadores de deficiência e patologia;
- Associações de moradores.

As entidades indicam os representantes para serem votados entre si. Os eleitos ocuparão as vagas destinadas aos usuários.

## FUNÇÃO DO CONSELHEIRO

A função do conselheiro é **apresentar propostas** para a melhoria dos serviços, **fiscalizar as ações** em andamento e sua eficácia, **fiscalizar as despesas** feitas na saúde pelo gestor e cobrar providências, quando for o caso.

O conselheiro exerce o controle social do SUS em seu município ou estado. Para o bom desempenho de seu papel, é necessário que os conselheiros:

- tenham conhecimento da legislação que regulamenta suas atribuições e que ajam com ética;
- tenham consciência da realidade do espaço que representam no Conselho;
- saibam como as pessoas de sua comunidade vivem, quais são suas reais necessidades, a maior ocorrência de doenças e mortes;
- conheçam as condições de vida de sua comunidade;
- tenham informações sobre as doenças, suas causas e como evitá-las;
- tenham conhecimento dos atendimentos que são realizados nos órgãos de saúde e da qualidade das unidades de saúde responsáveis pelos atendimentos;
- verifiquem junto à população a aceitação dos serviços prestados, pois é importante que identifiquem suas necessidades.

O que você pode fazer como conselheiro:

- apresentar propostas para a melhoria dos serviços;
- fiscalizar as ações em andamento e sua eficácia;
- fiscalizar as despesas feitas na saúde pelo gestor;
- cobrar providências quando for o caso.

Ainda é pouco conhecido o direito que a população tem de participar nas decisões da saúde, de modo a conduzir com ele a gestão da saúde pública. É necessário que a população tenha consciência desse direito. Outro desafio é desmitificar a crença que geralmente temos de que a população é incapaz de tomar decisões sobre aquilo que é de seu interesse.

**SAIBA UM POUCO MAIS SOBRE AS ATIVIDADES DO CONSELHEIRO DE SAÚDE,  
ACESSANDO ESTE SITE:**

**CLIQUE AQUI**

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. 2ª ed. Brasília (DF), Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Ano 1. No 1. Ou **al do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS 20 anos: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 178 p.: il. ISBN 1. Conselho Nacional de Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Controle Social. I. Título. II. Conselho Nacional de Saúde.

# ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS

Assumindo que a Lei nº 8.080 é o nosso “livro de receita” do SUS, após escolhermos “qual receita vamos fazer hoje”, é necessário olharmos e seguirmos o passo a passo para ter sucesso e finalizar o preparo. O passo a passo para **organização e implementação** do SUS está definido no **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**, veja, após quase 21 anos da implementação do SUS é que foi publicado um decreto para direcionar a organização do SUS de forma homogênea entre municípios e estados federativos.

A organização do SUS e suas ações e serviços devem ser organizadas a partir de **Regiões de Saúde**, que definidas como: “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

Você sabe quantas **regiões de saúde** tem no estado de Mato Grosso do Sul? A conformação e a confirmação do estado em **04 macrorregiões** e **11 microrregiões** de saúde pela Resolução nº 37 CIB/SES/MS de 22 de junho de 2018 publicada em atendimento a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, tornou-se estratégia da política estadual para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde e induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de assegurar uma ação mais eficaz do Estado na garantia desse direito.

## **MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE:**

Microrregião de Aquidauana (6 municípios);

Microrregião de Campo Grande (17 municípios);

Microrregião de Coxim (5 municípios);

Microrregião de Jardim (6 municípios).

## **MACRORREGIÃO DE DOURADOS:**

Microrregião de Dourados (11 municípios);

Microrregião de Naviraí (7 municípios);

Microrregião de Nova Andradina (7 municípios);

Microrregião de Ponta Porã (8 municípios).

## **MACRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS**

Microrregião de Paranaíba (4 municípios);

Microrregião de Três Lagoas (6 municípios).

## **MACRORREGIÃO DE CORUMBÁ**

Microrregião de Corumbá (2 municípios).

Mas por qual motivo é necessário organizar os municípios e serviços de saúde por regiões? A divisão por regiões de saúde tem por objetivo **distribuir os serviços de saúde de forma que fiquem mais próximos dos usuários**, diminuindo a necessidade de longos deslocamentos, que podem gerar desassistência e até influenciar que o tratamento de alguma doença inicie tardiamente. Imagina por exemplo, um cidadão que mora em Sete Quedas que para ir a uma consulta com endocrinologista fosse preciso se deslocar até Campo Grande, ele viajaria mais de 12 horas entre a ida e volta, apenas para realizar uma consulta com especialista. Você conselheiro, enfrentaria essa viagem para tratar do seu problema de diabetes? Talvez muitos pacientes acabam abandonando ou retardando o início do tratamento por estas questões, daí a importância de ofertar serviços de forma regionalizada.

Segundo o decreto nº 7.508 as regiões de saúde devem conter, no mínimo, ações e serviços de:

**I** - atenção primária;

**II** - urgência e emergência;

**III** - atenção psicossocial;

**IV** - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

**V** - vigilância em saúde.

Cabe a você conselheiro de saúde fiscalizar se todas as microrregiões de saúde do estado têm ações e serviços dos cinco tipos mencionados, caso não tenha, estimule nas discussões do conselho de saúde a inclusão no planejamento do SUS.

Buscando melhor alinhamento entre os serviços, o SUS instituiu por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 as **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Agora, espera-se que todos os usuários tenham acesso a todos os serviços de saúde que compõem uma RAS e que estes atuem de forma alinhada e seguindo os mesmos fluxos.

Em Mato Grosso do Sul há cinco redes temáticas prioritárias, sendo elas:

**REDE MATERNA E INFANTIL (ANTIGA REDE CEGONHA);**

**REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS (RUE);**

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS);**

**REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA;**

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS.**

**NO MUNICÍPIO QUE VOCÊ MORA, AS GESTANTES CONSEGUEM TER ACESSO A TODOS OS CUIDADOS DE SAÚDE QUE NECESSITAM NAS SUAS MICRORREGIÕES OU MACRORREGIÕES DE SAÚDE?**

Se uma pessoa que mora em Corumbá precisa ser internado em leito psiquiátrico e só consegue vaga de internação em Campo Grande, precisamos repensar a oferta de serviços da Raps naquela região de saúde. Cabe a você conselheiro ser sensível a essas situações e apoiar o gestor na organização dos serviços de saúde.

**CONVIDO VOCÊ A CONHECER MAIS DETALHES SOBRE AS REGIÕES DE  
SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DAS RAS:**

**CLIQUE AQUI**

**CONHEÇA MAIS SOBRE AS RAS**

É importante refletirmos para a sua prática como controle social, se as pautas e demandas que você trás para o espaço do conselho, são de competências do estado, ou dos municípios ou do ente federal. A divisão de responsabilidades na organização, financiamento e gestão do SUS é denominada de articulação interfederativa. Após o conselho de saúde aprovar os planos de saúde, cabe aos gestores aprovarem nas comissões intergestoras as propostas que acham mais oportunas para alcançar as metas do plano de saúde. Municípios e estados se articulam no espaço da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Regional (CIR), a nível federal os três entes pactuão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde na Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

Atenção, na CIT os municípios e estados Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS ([www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS ([www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)) e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde.

Cabe a você, conselheira e conselheiro, apoiar os gestores (secretários) na alocação e fiscalização do financiamento do SUS. No SUS o **financiamento deve ser de forma tripartite**, ou seja, a União, Estados e Municípios precisam investir parte das suas receitas para a área da saúde. O valor a ser aplicado pela União é regulamentado pela **Ementa Constitucional 95 de 2016**, em que fica obrigado investir o valor gasto no ano anterior + inflação do IPCA.

Os Estado e municípios são obrigados a seguir a **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, Estados devem investir o mínimo de 12% da sua receita e municípios 15%. Você conselheira e conselheiro tem papel fundamental na fiscalização e garantia de um financiamento mínimo para as ações e serviço de saúde. Convido-te a conhecer qual a porcentagem que Mato Grosso do Sul e o seu município investiu em saúde, no link:

**CLIQUE AQUI**

**VOCÊ JÁ SE PERGUNTOU OU SABE DE ONDE VEM A RECEITA QUE ESTADOS E MUNICÍPIOS USAM PARA OS INVESTIMENTOS EM SAÚDE?** A receita do Estado vem de impostos de arrecadação própria (Impostos sem transmissão “causa mortis” e Doação – ITCMD, Imposto de circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS e Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA), transferências da União (Fundo de Participação dos Estados – FPE e Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF) e de outras receitas (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária). Assim, quanto maior a arrecadação dos Estados e municípios, maior será o dinheiro investido na área da saúde, portanto, cabe a você conselheiro propor ações educativas de conscientização da população sobre o correto recolhimento destes impostos.

Com os estudos que fizemos até aqui, acredito que você conselheiro deve estar bastante preocupado com o tamanho da responsabilidade que tem em suas mãos, ou melhor, nas suas decisões durante as reuniões do conselho de saúde. As suas decisões influenciam na vida dos mais de 2 milhões e 400 mil habitantes do Estado de Mato Grosso do Sul. Agora que você compreendeu a fonte dos recursos, outra etapa importante da sua atuação é fiscalizar se os investimentos estão sendo realizados em ações e serviços que de fato sejam definidos como **Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)**.

Para que as ações e serviços sejam definidos como ASPS devem estar disponíveis a toda a população de forma gratuita, constar no plano de saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem **fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho de Saúde**, sendo os recursos financeiros movimentados até sua destinação final por meio dos fundos de saúde. Na verdade, muitas ações e serviços são considerados como ASPS e seria impossível fazer uma lista fechada frente a toda a complexidade de se fazer saúde nos diversos municípios brasileiros. Assim, a LC 141/2012 especifica em seu artigo 4º, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, os gastos que não são considerados como ASPS.

São ações que embora possam contribuir para a melhoria da saúde da população, **não entram no cômputo de aplicação do mínimo constitucional:**



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



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



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



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



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



VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;



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



VIII - ações de assistência social;



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



X - ASPS custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definido nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelo CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS** - diálogos no cotidiano. 2.a Ed. Brasília: CONASEMNS. 2021. 440 p.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 - 2020** - Campo Grande: SES, 2020. 301 p.

# PLANEJAMENTO E GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DO SUS

*Aqui iremos compreender sobre as etapas do **planejamento e gestão orçamentária do SUS**. Te convido mais uma vez, a primeiro, pensar no seu dia-a-dia, vamos supor que você deseja comprar um carro para melhor o seu deslocamento, tornando mais rápido e cômodo. A intenção/desejo da aquisição do carro seria o nosso planejamento, que levaria em conta o que queremos, em quanto tempo e qual o valor para aquisição e manutenção.*

No planejamento do SUS a ideia se assemelha ao do nosso cotidiano, a primeira pergunta que você conselheiro precisa fazer é “o que a população ou região que eu represento precisa em termos de saúde?”. O Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017 (que substitui a Portaria nº 2135, de setembro de 2013), estabelece diretrizes para o planejamento do SUS e define os **instrumentos do planejamento em saúde** que você conselheira e conselheiro precisa conhecer!

Voltando à pergunta feita anteriormente, a identificação das necessidades de saúde da população ocorre por meio das **conferências de saúde** (municipal, estadual e nacional), que acontecem a cada quatro anos, é um dos mais importantes espaços de diálogo entre governo e sociedade para a construção das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). É durante as conferências que a população participa de forma ativa apresentando seus problemas, necessidades e proposições de ações, programas ou serviços para atender as suas necessidades em saúde. Ao final da conferência deve ocorrer à aprovação das propostas/diretrizes da conferência, documento que deve subsidiar a sua atuação como conselheiro e representante do povo. As próximas conferências de saúde deverão ocorrer em 2023, fique atento, pois este deverá ser o seu guia como conselheiro.

A próxima etapa do planejamento do SUS é de responsabilidade dos gestores e suas respectivas equipes. **Plano de Governo deve resultar no Plano Plurianual (PPA)**. No PPA o gestor deverá apresentar suas prioridades de governo para cada área/secretaria, na saúde será elaborado o **Plano de Saúde** que após a elaboração pela secretaria de saúde, o gestor deve discutir junto com o conselho de saúde todos os pontos de tal forma que o plano represente de fato o enfrentamento de problemas de saúde e a atenção necessária para equacionar a maior parte possível das necessidades de saúde de sua população.

Aqui é o momento de você deve se atentar se o Plano de Saúde apresentado atende às demandas apresentada pela população durante as conferências de saúde, tanto o PPA e o Plano de Saúde terão validade por 4 anos, portanto, é um documento de extrema importância por norteará todas as ações em saúde em médio prazo.

**CONHEÇA O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, 2020-2023:**

**CLIQUE AQUI**

**O QUE É O PPA - PLANO PLURIANUAL**

**CLIQUE AQUI**



## PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS):

» **Conteúdo básico:**

- *Análise situacional da saúde do município;*
- *Objetivos, diretrizes, metas e indicadores;*
- *Monitoramento e avaliação.*

» **Validade: 4 anos, do segundo ano do atual governo ao primeiro ano do próximo governo.**

» **Prazo: 2021**

Uma vez aprovado o Plano de Saúde, o gestor deverá fazer anualmente a **Programação Anual de Saúde (PAS)**, que deve descrever as ações e seus respectivos recursos financeiros planejados e, também, os objetivos e metas atrelados a tais ações para aquele respectivo ano. A PAS deve ser apresentada e aprovada pelo Conselho de Saúde, pois compete a você conselheiro, analisar se o que está proposto na PAS será suficiente para alcançar os objetivos do Plano de Saúde. Atenção, não cabe ao conselho decidir quanto de recurso financeiro deve ser alocado em cada ação da PAS, isso é competência do gestor, a você cabe analisar se as ações propostas são suficientes para atender ao Plano de Saúde.



## PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)<sup>7</sup>:

» **Conteúdo básico:**

- *Metas (atreladas a);*
- *Ações (atreladas a);*
- *Recursos.*

» **Validade: anual.**

» **Prazo: final de março de cada um dos 4 anos de governo.**

Fonte: CONASEMS, 2021

Até aqui elaboramos os instrumentos de Planejamento do SUS, buscando garantir que as demandas dos usuários sejam atendidas pelos gestores. A próxima etapa é a elaboração da **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**, que deve ser apresentado pelo executivo ao legislativo, e conter as metas e objetivos prioritários, contendo informações sobre receita e despesa.

**CONHEÇA A LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO) DE 2023**

**CLIQUE AQUI**

A última etapa do planejamento orçamentário, após a aprovação da LDO pelo legislativo, é a elaboração da **Lei Orçamentária Anual (LOA)**, instrumento da gestão pública que descreve as ações a serem realizadas pelo governo, define as receitas e autoriza os gastos para a execução, devendo ser compatível ao PPA e à LDO. Na LOA o gestor irá detalhar as receitas e aplicações em cada área do governo.

**SISTEMA ORÇAMENTÁRIO BRASILEIRO, LEIS ORÇAMENTÁRIAS: PPA, LDO E LOA.**

**CLIQUE AQUI**

*Creio que você conheça alguém, que ao precisar de algum serviço ofertado pelo SUS, criticou a falta de medicamentos, exame, leitos ou profissionais de saúde, a infraestrutura dos serviços prejudicada ou outras situações. São pontos que podem parecer “fáceis de resolver”, mas agora você conselheira e conselheiro compreende que existe todo um fluxo de planejamento e tais situações, se não são mapeadas de forma precoce, pode acontecer de forma recorrente, por isso a importância da etapa de planejamento, para nos anteciparmos o máximo possível para as possíveis necessidades que possam surgir no decorrer de um período.*

Chegamos à etapa de **monitorar** se o planejamento aprovado por você conselheiro está sendo executado adequadamente. O primeiro instrumento é o **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)**, devendo ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro, sempre referente ao quadrimestre anterior. Deve servir para monitoramento da execução da PAS e do PMS.

O RDQA deve conter informações sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados no quadrimestre analisado; descrever as auditorias (e suas recomendações) realizadas ou em execução no período analisado; descrever a produção e oferta de serviços da rede SUS (dos serviços contratados e conveniados inclusive), relacionando esta produção aos indicadores de saúde. Não é necessária aprovação pelo Conselho, a apresentação do relatório é apenas a título de divulgação.

O **Relatório Anual de Gestão (RAG)** é outro importante instrumento de gestão do SUS, refere-se à apresentação de resultados atrelados à Programação Anual de Saúde, devendo conter as diretrizes, objetivos e indicadores do PMS; as metas previstas e executadas da PAS; a análise da execução orçamentária; e recomendações necessárias, inclusive redirecionamentos necessários à revisão do PMS. O RAG deve ser enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano seguinte à sua competência para análise e emissão de parecer pelo conselho. Este é o relatório em que você conselheiro dirá se o gestor conseguiu executar o planejado para melhoria das condições de saúde e vida da população que representa.

Figura. Fluxograma de Integração dos Instrumentos de Planejamento e Gestão no SUS e Legislação Vigente



*Chegamos ao final de mais um eixo de formação, Parabéns! Espero que você tenha compreendido o importante papel que você desempenha para o fortalecimento e manutenção do SUS, e o quanto o planejamento e acompanhamento da gestão orçamentária são ferramentas, que embora tenha certo grau de dificuldade, mas são fundamentais para o pleno funcionamento das ações e serviços de saúde, assim como de todo o Sistema.*

## REFERÊNCIAS:

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (Título IV, Capítulo I). Brasil, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html) > Acesso em: 25/02/2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS** - diálogos no cotidiano. 2.a Ed. Brasília: CONASEMNS. 2021. 440 p.