



Guia de **GOVERNANÇA** e **GESTÃO** em Saúde

Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde





República Federativa do Brasil

Tribunal de Contas da União

Ministros

Raimundo Carreiro (Presidente)

José Múcio Monteiro (Vice-Presidente)

Walton Alencar Rodrigues

Benjamin Zymler

Augusto Nardes

Aroldo Cedraz de Oliveira

Ana Arraes

Bruno Dantas

Vital do Rêgo

Ministros-Substitutos

Augusto Sherman Cavalcanti

Marcos Bemquerer Costa

André Luís de Carvalho

Weder de Oliveira

Ministério Público junto ao TCU

Cristina Machado da Costa e Silva (Procuradora-Geral)

Lucas Rocha Furtado (Subprocurador-Geral)

Paulo Soares Bugarin (Subprocurador-Geral)

Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)

Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)

Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)

Rodrigo Medeiros de Lima (Procurador)

Guia de **GOVERNANÇA** e **GESTÃO** em Saúde

Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde

Brasília | 2018



© Copyright 2018, Tribunal de Contas da União

<http://www.tcu.gov.br>

SAFS, Quadra 4, Lote 01

CEP 70042-900 – Brasília/DF

É permitida a reprodução desta publicação, em parte ou no todo, sem alteração do conteúdo, desde que citada a fonte e sem fins comerciais.

Brasil. Tribunal de Contas da União.

Guia de governança e gestão em saúde : aplicável a secretarias e conselhos de saúde. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018.

112 p. : il.

Divulga os principais resultados do levantamento nacional de governança e gestão em saúde, executado nos anos de 2015 e 2016. Foi realizado sob a coordenação do Tribunal de Contas da União e com cooperação dos Tribunais de Contas dos Estados de Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins; Tribunais de Contas dos Municípios do Estado da Bahia, Goiás e Pará; Tribunal de Contas do Distrito Federal; Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e Tribunal de Contas do Município de São Paulo; Instituto Rui Barbosa (IRB), Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon); e com o apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

1. Saúde pública – gestão - Brasil. 2. Secretaria de saúde – Brasil. Conselho de saúde - Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Gestão pública – Brasil. I. Instituto Rui Barbosa (IRB). II. Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon). III. BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). IV. BRASIL. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). V. Título.





RAIMUNDO CARREIRO
Presidente do Tribunal de
Contas da União

APRESENTAÇÃO

Os trabalhos realizados pelos órgãos de controle brasileiros e as notícias nos meios de comunicação trazem a público os mais variados problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que, de forma geral, afetam a qualidade e a efetividade das ações e serviços de saúde ofertados à população brasileira. Como exemplo, tem-se falhas relacionadas à aquisição, armazenagem e distribuição de medicamentos; falhas no planejamento de aquisições de equipamentos e materiais hospitalares; deficiências nos planos de saúde. Tudo isso ocasiona desperdício de recursos públicos. Muitos desses problemas têm uma forte relação com a forma do exercício da governança e da gestão do Sistema de Saúde pelos conselhos e secretarias de saúde. Ao longo desta publicação serão apresentados os conceitos e diferenças entre governança e gestão.

O Brasil é um dos países signatários da Agenda 2030, agenda mundial endossada no âmbito da Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, em que se busca o equilíbrio das três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental. Estabeleceram-se 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 169 metas a serem atingidas até 2030. Este Guia está alinhado com a meta

3.d, do ODS3 (Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades), que visa reforçar a capacidade de todos os países, particularmente países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

A relevância quanto à necessidade de melhorias da saúde pública no País motivou a realização do levantamento nacional de governança e gestão em saúde, executado nos anos de 2015 e 2016, sob a relatoria do Ministro Bruno Dantas, em cooperação com os Tribunais de Contas dos Estados de Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins; Tribunais de Contas dos Municípios do Estado da Bahia, Goiás e Pará; Tribunal de Contas do Distrito Federal; Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e Tribunal de Contas do Município de São Paulo; Instituto Rui Barbosa (IRB), Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon); e com o apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional das

Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). O trabalho representou também uma forma de contribuir para o aprimoramento sobre o tema nas organizações responsáveis pelo bom andamento das políticas públicas de saúde brasileiras em nível estadual, municipal e distrital: os conselhos e as secretarias de saúde. O levantamento considerou a autoavaliação dos gestores e conselheiros de saúde. Trabalhos que envolvem a autoavaliação de controles (*Control Self Assessment* - CSA) vêm sendo executados há alguns anos pelo TCU, a exemplo dos trabalhos de governança nas áreas de TI, de pessoal, de segurança pública e de aquisições.

A construção do guia baseia-se no conhecimento acumulado e nas respostas obtidas nos questionários elaborados no decorrer do mencionado levantamento. Além de trazer importantes conceitos e aplicações acerca dos temas, o documento apresenta um robusto cardápio de práticas que podem, conforme a melhor avaliação, ser utilizados pelos conselhos e secretarias de saúde em suas missões. A difusão desse conhecimento, sua compreensão e aplicação pode gerar ganhos de eficiência, qualidade e efetividade, nas ações de saúde oferecidas à população.

RAIMUNDO CARREIRO

Presidente



LISTA DE SIGLAS

ATRICON	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSA	Control Self Assesment
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GESPÚBLICA	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
IFAC	International Federation of Accountants
IRB	Instituto Rui Barbosa
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NES	Núcleo de Economia da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



LISTA DE SIGLAS

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAS	Programa Anual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Plano de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RBG	Referencial Básico de Governança do TCU, Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SARGSUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SNA	Sistema Nacional de Auditoria do SUS
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS- IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
SUS-SIASUS	Sistema de Informações Ambulatorial do SUS
SUS-SIHSUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
TCU	Tribunal de Contas da União
TI	Tecnologia da Informação



SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
1.1	Objetivo do Guia	15
1.2	Conceitos de governança e gestão	15
1.3	A relação entre cidadão e gestor	16
1.4	Relação entre conselho e secretaria de saúde	18
2.	GOVERNANÇA EM SAÚDE	21
2.1	A governança em saúde na ótica das organizações internacionais	21
2.2	Perspectivas da governança no SUS	22
2.2.1	Relação entre as perspectivas de observação da governança no setor público	23
2.3	Estrutura do sistema de governança organizacional das secretarias de saúde	24
2.4	Governança dos conselhos e secretarias de saúde sob a perspectiva de órgãos e entidades da administração pública	26
2.5	Diferenças entre governança organizacional e gestão públicas no bloco secretaria-conselho de saúde	26
2.6	Processo de construção das práticas e itens de controle de governança e gestão públicas em saúde	31

SUMÁRIO

3. GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL PÚBLICA EM SAÚDE	33
3.1 Mecanismos de Governança Organizacional Pública em Saúde	37
3.1.1 Liderança	37
3.1.2 Estratégia	43
3.1.3 Controle	52
4. GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: SECRETARIAS DE SAÚDE	63
4.1 Mecanismos de Gestão em Saúde	68
4.1.1 Gestão da Atenção à Saúde	68
4.1.1.1 Atenção básica (secretarias municipais de saúde)	68
4.1.1.2 Média e alta complexidades	75
4.1.1.3 Assistência farmacêutica	80
4.1.1.4 Vigilância em saúde	84
4.1.1.5 Apoio aos municípios (secretarias estaduais de saúde)	89
4.1.2 Gestão Administrativa	91
4.1.2.1 Planos	92
4.1.2.2 Processos de apoio – Aquisições	93
4.1.2.3 Processos de apoio – Acordos com terceiros	95
4.1.2.4 Processos de apoio – Orçamento e finanças	96
4.1.2.5 Pessoas	98
4.1.2.6 Informação e conhecimento	101
PARA EXPANDIR AS ORIENTAÇÕES DESTE GUIA	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNDICE	112



• CAPÍTULO 1

Introdução



1. INTRODUÇÃO

A medida que a população brasileira envelhece, a proporção de idosos deverá se elevar consideravelmente nas próximas décadas. As projeções indicam que a proporção de pessoas de 65 anos ou mais aumentará dos atuais 7% para 23%, até 2050. Sabe-se que quanto mais idosa a população maior o incremento nos custos de saúde, o que exige a reorganização do Sistema, visando à sua sustentabilidade.

A tendência de aumento nos gastos com o SUS já vem se mostrando significativa. Considerando o período compreendido entre 2006 e 2016, os repasses federais a estados e municípios a partir do Fundo Nacional de Saúde (FNS) cresceram 167,2%¹, percentual muito superior à inflação acumulada no período correspondente, que foi de 82,6%²; ao crescimento populacional brasileiro, representado por um aumento de 10%³; e ao avanço do PIB do País⁴.

Por outro lado, diversos trabalhos de auditoria realizados pelo TCU⁵, inclusive em cooperação com outros tribunais de contas estaduais e municipais brasileiros, vêm apontando os mais variados problemas relacionados à governança e à gestão do Sistema nos níveis federal, estadual e municipal.

O aumento dos gastos em saúde e a recorrente detecção de falhas sistêmicas sugerem a necessidade de uma melhoria expressiva na forma de aplicar os recursos públicos na saúde, em termos de eficiência, efetividade, equidade e qualidade das ações e serviços prestados aos cidadãos.

No âmbito do SUS, o principal foco de debate e normatização relativo à governança tem sido sob a ótica de redes de atenção à saúde, também chamada de governança colaborativa, cuja ideia central é a de que as diversas organizações e atores envolvidos devam atuar de forma horizontal, ou

1 Fundo Nacional de Saúde (FNS). Dados disponíveis em: www.fns.saude.gov.br.

2 IPCA acumulado. Dados disponíveis em: www.bcb.gov.br.

3 Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados disponíveis em: ww2.ibge.gov.br.

4 2007: 6,1%; 2008: 5,1%; 2009: -0,1%; 2010: 7,5%; 2011: 4%; 2012: 1,9%; 2013: 3%; 2014: 0,5%; 2015: -3,8%; 2016: -3,6. Dados disponíveis em: www.bcb.gov.br.

5 A exemplo dos Acórdãos 1714/2015, 1189/2010 e 1459/2011, todos do Plenário do TCU.

seja, sem hierarquia, para o alcance dos objetivos do SUS. Isso decorre, principalmente, da ideia de que o Sistema é formado por partes autônomas, mas interdependentes entre si.

Apesar de esta perspectiva ser de altíssima importância para o seu sucesso, o SUS deve estar alicerçado, primeiramente, nos principais nós dessas redes: as organizações responsáveis pelas diretrizes, planejamento, monitoramento, coordenação, execução e controle de serviços públicos de saúde, representadas principalmente pelos conselhos e secretarias estaduais e municipais de saúde. Nesse sentido pode-se falar que é necessário também aprimorar a governança organizacional.

As auditorias mostram que muito ainda precisa ser feito em relação a elementos da governança organizacional, para que as pessoas da organização possam prontamente compreender e aceitar a sua finalidade e o modo como os vários elementos se combinam para atingir melhores resultados (BARRET, 2005, apud MATIAS-PEREIRA, 2010).

Durante os anos de 2015 e 2016, o Tribunal de Contas da União (TCU) contou com a cooperação de 26 tribunais de contas estaduais e municipais, do Instituto Rui Barbosa (IRB) e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon), contando com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais

de Saúde (CONASEMS), para realizar um levantamento nacional com o objetivo de obter e sistematizar informações sobre governança e gestão nos conselhos e secretarias estaduais e municipais de saúde brasileiros. O trabalho foi realizado mediante aplicação de questionários⁶ detalhados a essas organizações, a partir do processo de autoavaliação de controles (CSA- *Control Self Assessment*), em que os tribunais de contas atuaram como facilitadores.

O levantamento resultou nos Acórdãos 1130/2017-TCU e 1840/2017-TCU, da relatoria do Ministro Bruno Dantas, ambos do Plenário, cujos relatórios apontaram a necessidade de melhorias na governança e na gestão dos conselhos e secretarias de saúde brasileiros, respectivamente.

Um total de 4.048 conselhos municipais de saúde (73% dos conselhos municipais de saúde brasileiros) responderam ao questionário e tiveram suas respostas analisadas. Desses, apenas 2% estão em um estágio considerado aprimorado de governança; 62% em um estágio inicial; e 36% estão no estágio intermediário. Quanto aos conselhos estaduais e ao do Distrito Federal, todos responderam aos instrumentos de autoavaliação e, de forma ainda menos favorável, nenhum está em estágio aprimorado; 63% estão em estágio inicial; e 37% em estágio intermediário⁷.

Quanto às secretarias municipais de saúde, 4.356 (78%) responderam aos questionários de gestão e tiveram suas respostas

6 Disponíveis em <https://portal.tcu.gov.br/saude/governanca-em-saude/responda-o-questionario.htm>

7 Os resultados detalhados se encontram na página www.tcu.gov.br/perfilgovsaude



analisadas. Com relação às secretarias que responderam ao modelo simplificado do questionário, somente 3% estão no estágio aprimorado de gestão pública em saúde; 46% encontram-se no estágio inicial; e 51% estão no estágio intermediário. Quanto às secretarias que responderam ao modelo completo, 2% mostram-se estar em um estágio aprimorado; 58% no inicial; e 40% em estágio aprimorado. Quanto às secretarias estaduais e do Distrito Federal, todas responderam aos instrumentos, resultando-se que 7% estão no estágio aprimorado; 52% no estágio inicial; e 41% no estágio intermediário.

Uma das finalidades do trabalho foi divulgar o tema “governança e gestão em saúde” para as organizações participantes, no intuito de incentivar uma mudança positiva de comportamento, finalidade também deste Guia.

Segundo a *International Federation of Accountants* (IFAC, 2013 apud BRASIL, 2014), a boa governança no setor público permite:

- a. garantir a entrega de benefícios econômicos, sociais e ambientais para os cidadãos;
- b. garantir que a organização seja, e pareça, responsável para com os cidadãos;
- c. ter clareza acerca de quais são os produtos e serviços efetivamente prestados para cidadãos e usuários, e manter o foco nesse propósito;
- d. ser transparente, mantendo a sociedade informada acerca das decisões tomadas e dos riscos envolvidos;
- e. possuir e utilizar informações de qualidade e mecanismos robustos de apoio às tomadas de decisão;
- f. dialogar com e prestar contas à sociedade;
- g. garantir a qualidade e a efetividade dos serviços prestados aos cidadãos;
- h. promover o desenvolvimento contínuo da liderança e dos colaboradores;
- i. definir claramente processos, papéis, responsabilidades e limites de poder e de autoridade;
- j. institucionalizar estruturas adequadas de governança;
- k. selecionar a liderança tendo por base aspectos como conhecimento, habilidades e atitudes (competências individuais);
- l. avaliar o desempenho e a conformidade da organização e da liderança, mantendo um balanceamento adequado entre eles;
- m. garantir a existência de um sistema efetivo de gestão de riscos;
- n. utilizar-se de controles internos para manter os riscos em níveis adequados e aceitáveis;
- o. controlar as finanças de forma atenta, robusta e responsável; e
- p. prover aos cidadãos dados e informações de qualidade (confiáveis, tempestivas, relevantes e compreensíveis).





1.1 OBJETIVO DO GUIA

O Guia tem como principal objetivo induzir a melhoria da governança e da gestão nos conselhos e secretarias de saúde brasileiros. As práticas e itens de controle que integram este documento foram construídos mediante um processo altamente participativo, que envolveu o TCU, 26 tribunais de contas estaduais e municipais brasileiros e diversos gestores e especialistas em saúde pública. Representa um importante instrumento de orientação aos

diversos conselhos e secretarias de saúde do País, visando-se à melhoria da condução de suas atividades relacionadas à avaliação, direcionamento, monitoramento, planejamento, execução e controle. A expectativa é que ao aplicar as orientações deste guia, os conselhos e secretarias de saúde, organizem seus processos de liderança, estratégia e controles, de modo a obter mais eficácia, eficiência e efetividade em seus resultados.

1.2 CONCEITOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO

O termo governança somente vem sendo debatido no campo teórico ao redor do mundo nas últimas três décadas (BRASIL, 2014). Entretanto, sua prática é adotada desde que o homem passou a delegar tarefas a terceiros (NARDES; ALTOUNIAN; VIEIRA, 2016), sendo aperfeiçoada ao longo de toda a história. À medida que se amplia a complexidade das tarefas delegadas, instrumentos mais robustos de governança são desenvolvidos, com o intuito de se reduzir os riscos dessa delegação.

De Acordo com o Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública, publicado pelo TCU:

Governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de **liderança**, **estratégia** e **controle** postos em prática para **avaliar**, **direcionar** e **monitorar** a atuação da **gestão**, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

É importante destacar que governança não se confunde com gestão. Neste guia, o conceito de gestão é o mesmo adotado pela ABNT ao tratar de gerenciamento, definido do seguinte modo (ABNT NBR ISO/IEC 38500: 2009):

sistema de controles e processos necessários para alcançar os objetivos estratégicos estabelecidos pela direção da organização. O gerenciamento está sujeito às diretrizes, às políticas e ao monitoramento estabelecidos pela governança corporativa.

Portanto, a governança se ocupa de avaliar a situação, determinar a direção e monitorar os acontecimentos para acompanhar se a direção determinada está sendo seguida, enquanto a gestão ocupar-se-á de elaborar os processos de trabalho para executar o ciclo Planejar-Executar-Avaliar-Agir, com objetivo de ir na direção determinada pela governança. Pelos temas que tratam,



observa-se que a governança é incumbência da parte mais alta da pirâmide de uma

organização, enquanto a gestão é ocupação de todos os gestores.

A tabela a seguir sintetiza as principais diferenças entre governança e gestão:

Governança	Gestão
O que fazer	Como fazer
Direção	Processo de trabalho
Avaliar, direcionar e monitorar	Planejar, Executar, Avaliar, Agir (PDCA)
Liderança (Conselho e Alta Administração)	Gestores

1.3 A RELAÇÃO ENTRE CIDADÃO E GESTOR

De acordo com Álvares, Giacometti e Gusso (2008), o problema da governança diz respeito, essencialmente, ao exercício do poder e aparece cada vez que uma corporação ganha vida ou quando a propriedade de uma empresa é separada de sua gestão.

A governança surge da necessidade de que os proprietários, ao delegarem a administração de seus negócios a terceiros, adotem determinados mecanismos que minimizem os riscos de possíveis **conflitos de interesses** (SLOMSKI *et al.*, 2008). Assim, as informações sobre o que ocorre na organização, as quais o administrador tem acesso, pode não se encontrar no mesmo

nível de completude e qualidade daquelas que chegam ao proprietário.

Ao trazer o conceito de governança para a área pública, compreende-se que o papel do cidadão seria equivalente ao papel do proprietário de uma empresa. Isso decorre, sobretudo, da Constituição Federal, quando define que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente (art. 1º, parágrafo único). O gestor representa, portanto, o delegado, que recebe do cidadão a missão de administrar.

Na administração pública como um todo, existem múltiplas delegações de trabalho e,



No setor público, o conflito de interesse pode ser considerado como a situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que possa comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública (art. 3º, I, da Lei 12.813/2013).



a cada delegação realizada, forma-se uma nova relação entre cidadão e agente ao qual se delegou⁸. Todos os agentes devem sempre estar focados no alcance dos interesses do cidadão, sendo responsáveis pela instituição dos meios necessários à redução de riscos de uma possível delegação. Nas

secretarias de saúde, todos os delegados devem estar em constante atenção para que não se desvie da razão de existência da organização, cujo objetivo central deve ser o de atender às necessidades de saúde da população, com **economicidade, eficiência, eficácia e efetividade**.



CONHEÇA MAIS!

- **ECONOMICIDADE:** é a minimização dos custos dos recursos utilizados na consecução de uma atividade, sem comprometimento dos padrões de qualidade (ISSAI 3000/1.5, 2004 apud BRASIL, 2010). Refere-se à capacidade de uma instituição gerir adequadamente os recursos financeiros colocados à sua disposição (BRASIL, 2010).
- **EFICIÊNCIA:** é definida como a relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período de tempo, mantidos os padrões de qualidade. Refere-se ao esforço do processo de transformação de insumos em produtos. Pode ser examinada sob duas perspectivas: minimização do custo total ou dos meios necessários para obter a mesma quantidade e qualidade de produto; ou, quando o gasto total está previamente fixado, otimização da combinação de insumos para maximizar o produto (COHEN; FRANCO, 1993 apud BRASIL, 2010).
- **EFICÁCIA:** é definida como o grau de alcance das metas programadas (bens e serviços) em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados (COHEN; FRANCO, 1993 apud BRASIL, 2010).
- **EFETIVIDADE:** diz respeito ao alcance dos resultados pretendidos, a médio e longo prazo. Refere-se à relação entre os resultados de uma intervenção ou programa, em termos de efeitos sobre a população-alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados), traduzidos pelos objetivos finalísticos da intervenção (BRASIL, 2010). Trata-se de verificar a ocorrência de mudanças na população-alvo que se poderia razoavelmente atribuir às ações do programa avaliado (COHEN; FRANCO, 1993 apud BRASIL, 2010).

8 Exemplos: cidadão - chefe do Poder Executivo; chefe do Poder Executivo - secretário de saúde; secretário de saúde - chefes de departamentos/coordenadores; coordenadores - gerentes de estabelecimentos de saúde; sociedade - conselho de saúde. Estes exemplos foram elaborados a partir da visão de Nossa, Kassai e Kassai (2000) apud Matias-Pereira (2010).





1.4 RELAÇÃO ENTRE CONSELHO E SECRETARIA DE SAÚDE

A governança e a gestão públicas em saúde de um determinado país são definidas principalmente pelas normas que regem o sistema. Pode-se dizer que o sistema público de saúde brasileiro é peculiar em relação a diversos sistemas públicos de saúde do mundo, dada a sua universalidade, a grande quantidade de estados e municípios, a descentralização administrativa e de recursos, e as instâncias de pactuação existentes.

As políticas públicas que impactam a saúde da população envolvem a coordenação entre diversos atores, públicos e privados, do setor saúde e não saúde, formando uma rede com muitos pontos interdependentes entre si. Nos níveis municipal e estadual do SUS, as secretarias de saúde são os atores que devem liderar o diálogo com toda a rede do setor saúde, e

outros setores que de alguma maneira se relacionem com a saúde⁹. Para tal, devem estar preparadas em um nível de organização que esteja à altura de seu desafio, sob permanente avaliação, direcionamento e monitoramento por seus conselhos de saúde, sendo estes os principais atores da governança na saúde, uma vez que são os representantes dos cidadãos no sistema de saúde brasileiro.

Na página seguinte, a Figura 1 descreve, de forma sintética, a interlocução que deve ser levada a efeito pelas direções do SUS nos estado, municípios e DF.

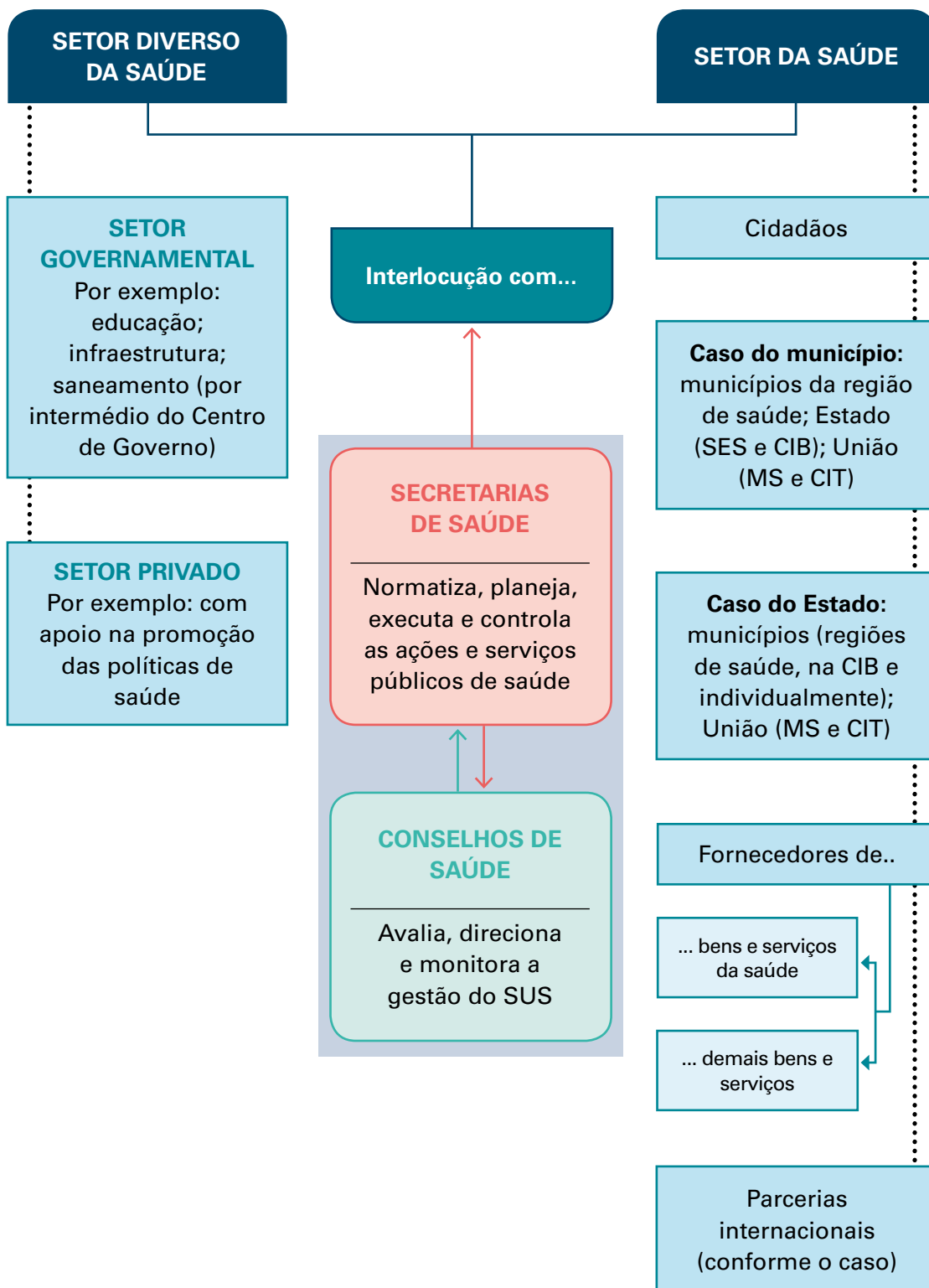
Em um modelo ideal, essa interlocução deve ser eficientemente reproduzida em 5.570 municípios¹⁰ 26 estados e Distrito Federal¹¹, o que exige boa estruturação das secretarias e conselhos de saúde.

9 Quanto aos outros setores governamentais, propõe-se a atuação junto aos órgãos que possuem funções de Centro de Governo, conforme proposto no Referencial para Avaliação da Governança do Centro de Governo, do TCU, Disponível em: <https://goo.gl/64iiQp>.

10 O nível de sofisticação depende do tamanho de sua estrutura administrativa.

11 O DF acumula competências de estados e municípios.



Figura 1: Interlocução das secretarias de saúde com os demais atores

• CAPÍTULO 2

Governança em Saúde



2. GOVERNANÇA EM SAÚDE

2.1 A GOVERNANÇA EM SAÚDE NA ÓTICA DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS

Os organismos internacionais têm apresentado particular preocupação em torno da necessidade de promoção e melhoria da governança em saúde. Porém, dada as grandes diferenças entre os diversos sistemas ao redor do mundo, os organismos tratam da questão conceitual do tema de uma maneira bastante abrangente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹², a governança no setor da saúde se refere a diversas funções governamentais, realizadas pelos governos e decisores, para atingir os objetivos da política nacional de saúde favoráveis à sua cobertura universal. É um processo político que envolve equilibrar diferentes influências e demandas, por exemplo, dos usuários dos serviços de saúde, de profissionais da área, de fornecedores de insumos e medicamentos.

Equilibrar tais demandas inclui:

- Manter a direção estratégica do desenvolvimento e implementação de políticas;
- Detectar e corrigir tendências e distorções indesejáveis;
- Articular a questão para a saúde no desenvolvimento nacional;
- Regular o comportamento de uma ampla gama de atores, desde financiadores de saúde até prestadores de cuidados à saúde; e,
- Estabelecer mecanismos de responsabilização transparentes e eficazes.

12 Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua governança em saúde como o exercício das responsabilidades e competências da política pública em saúde, num contexto de novas relações entre governo e sociedade no Estado. Enfatiza que a maior ou menor capacidade do governo para o exercício da governança do setor saúde pode afetar todos os resultados do sistema de saúde (BRASIL, 2009 apud OPAS/OMS, 2007).

O Banco Mundial estabelece que a governança deve ser realizada com instrumentos de **incentivos e responsabilização**, essenciais para melhorar o estado de saúde da população e capazes de garantir que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis (BANCO MUNDIAL, 2007).

O Escritório da OMS para a Europa realiza a distinção dos termos “governança da saúde” e “governança para a saúde”, sendo que primeiro diz respeito à governança do sistema de saúde e ao fortalecimento dos sistemas de saúde; e o segundo refere-se

à ação conjunta dos setores de saúde e não saúde, dos setores público e privado e dos cidadãos para um interesse comum (WHO EUROPE, 2012).

Por fim, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) indica que para melhorar a governança do sistema de saúde, novos avanços podem ser feitos em três direções, incluindo alcançar uma melhor coordenação, melhorar o monitoramento de desempenho e fortalecer os incentivos (OCDE, 2015).

Em suma, os pontos centrais da governança na saúde, na ótica dos organismos internacionais, são o direcionamento estratégico, o monitoramento, a articulação do sistema, a coordenação entre o setor da saúde e setores diversos da saúde, a responsabilização, a transparência e o fortalecimento de incentivos.

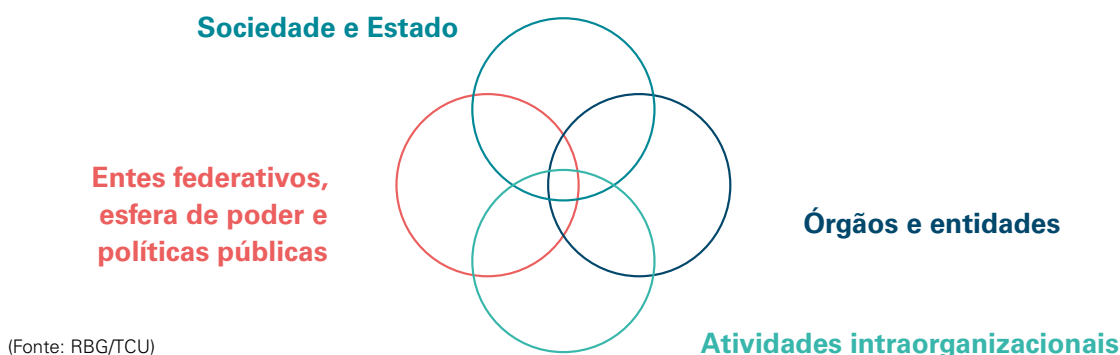
Esses pontos centrais devem, portanto, ser a direção que os Conselhos de Saúde devem perseguir.

2.2 PERSPECTIVAS DA GOVERNANÇA NO SUS

O Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública (RBG/TCU) definiu quatro perspectivas de observação para a governança no setor público (BRASIL, 2014): (a) sociedade e Estado; (b) entes federativos, esferas de poder e políticas públicas; (c) órgãos e entidades; e (d) atividades intraorganizacionais.

A perspectiva de observação refere-se ao nível de abrangência que se pode compreender e avaliar a governança. É importante salientar que uma determinada perspectiva de observação não é estanque em relação às demais, sendo que todas devem estar interligadas, conforme se depreende da Figura 2 (BRASIL, 2014).



Figura 2: Relação entre as perspectivas de observação da governança no setor público

2.2.1 RELAÇÃO ENTRE AS PERSPECTIVAS DE OBSERVAÇÃO DA GOVERNANÇA NO SETOR PÚBLICO

A boa relação entre as diferentes perspectivas é de alta relevância para a melhoria do desempenho de qualquer área ou política.

Este Guia possui foco na terceira perspectiva de observação, qual seja, a de órgãos e entidades da administração pública (conselhos e secretarias de saúde). Para saber mais sobre as demais perspectivas, pode ser consultado o Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública, disponível no Portal do TCU.

Governança aplicável a órgãos e entidades é a vertente corporativa da governança no setor público, com foco nas organizações (BRASIL, 2014 apud ANU, 2012), na manutenção de propósitos e na otimização dos resultados ofertados por elas aos cidadãos e aos usuários dos serviços (BRASIL, 2014

apud CIPFA, 2004). A função da governança é garantir que as ações das organizações estejam alinhadas com o interesse público (IFAC, 2013 apud BRASIL, 2014).

A capacidade de auto-organização dos envolvidos é a base para o bom funcionamento do sistema público de saúde em uma perspectiva de governança colaborativa, em rede. É de extrema importância que os diversos pontos da rede possuam capacidade organizada de realizar a conexão apropriada com os demais pontos, mediante planejamento e instituição de ferramentas adequadas.

A forma como realizar esse tipo de governança será tratada neste Guia, em que serão propostas práticas/itens de controle que podem ser aplicados pelos conselhos de saúde na promoção de sua governança relativa às secretarias de saúde.



A eficiência interna é uma questão fundamental para a formação de redes colaborativas organizacionais (MATIAS- PEREIRA, 2010)

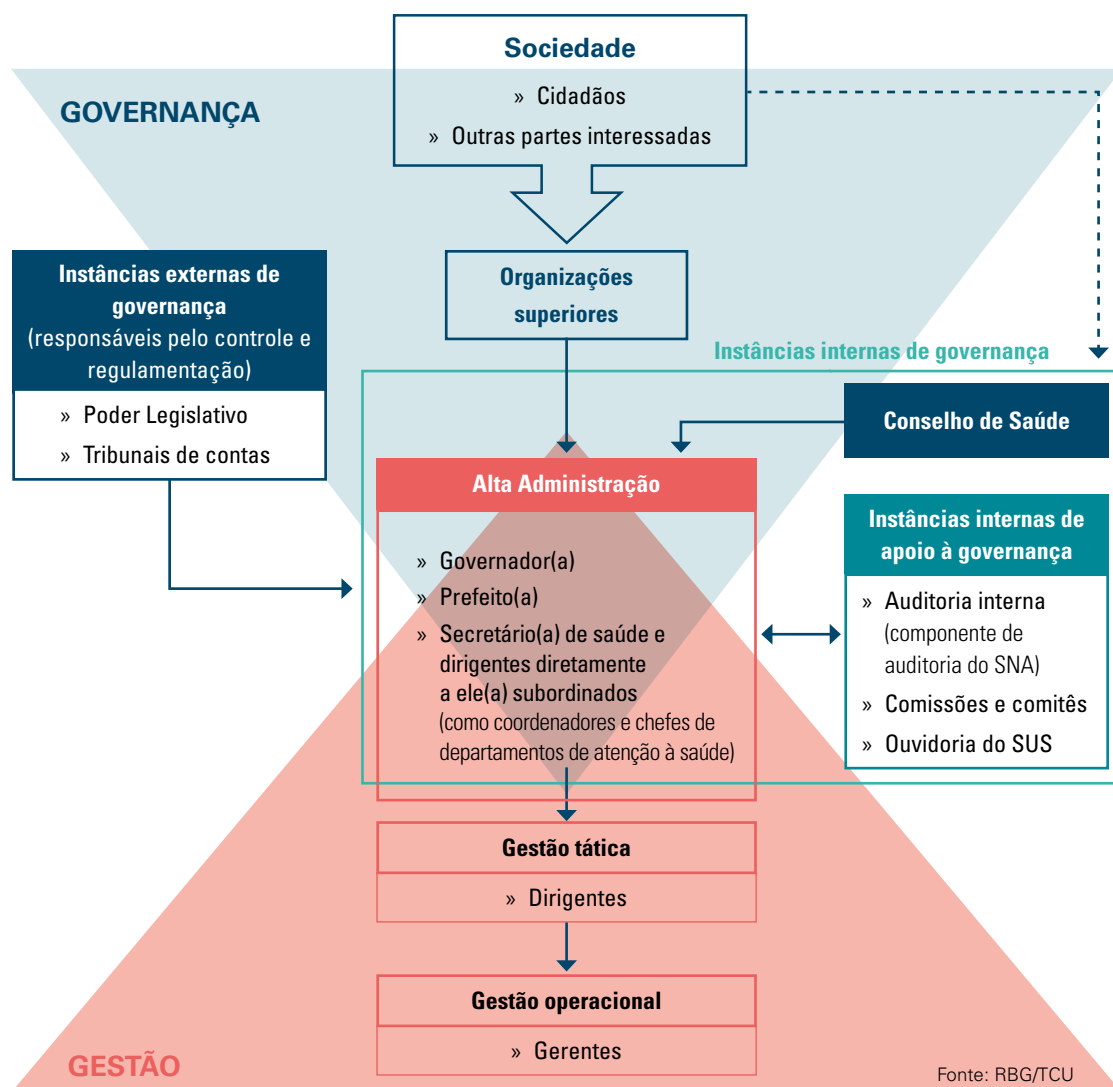


2.3 ESTRUTURA DO SISTEMA DE GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL DAS SECRETARIAS DE SAÚDE

O sistema de governança organizacional das secretarias de saúde reflete a maneira como diversos atores se organizam, interagem e procedem para obter a boa governança do SUS nas esferas estadual e municipal, envolvendo as estruturas administrativas (instâncias), os processos de

trabalho, os instrumentos (ferramentas, documentos etc.), o fluxo de informações e o comportamento de pessoas envolvidas direta, ou indiretamente, na avaliação, no direcionamento e no monitoramento da secretaria (adaptado de BRASIL, 2014). A Figura 3 mostra essa estrutura.

Figura 3: Sistema de governança das secretarias de saúde



De acordo com o TCU:

Instâncias externas de governança	São responsáveis pela fiscalização, pelo controle e pela regulação, desempenhando importante papel para promoção da governança das secretarias de saúde. Essas instâncias são autônomas e independentes e não estão vinculadas apenas a uma organização. Nessas instâncias estão as assembleias legislativas, as câmaras de vereadores e os tribunais de contas estaduais e municipais.
Instâncias internas de governança	São responsáveis por definir ou avaliar a estratégia e as políticas, bem como monitorar a conformidade e o desempenho destas, devendo agir nos casos em que desvios forem identificados. São, também, responsáveis por garantir que a estratégia e as políticas formuladas, em suas implementações, atendam ao interesse público. Compõem essas instâncias o conselho de saúde e a alta administração (composta pelo Governador, Prefeito, secretário (a) de saúde e dirigentes diretamente a ele (a) subordinados).
Instâncias internas de apoio à governança	Realizam a comunicação entre partes interessadas internas e externas à administração, bem como auditorias internas que avaliam e monitoram riscos e controles internos, comunicando quaisquer disfunções identificadas ao conselho de saúde e à alta administração (secretários de saúde). Podem ser citados como exemplos dessa estrutura a auditoria interna (principalmente, quanto aos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS- SNA), as comissões e os comitês, e a ouvidoria do SUS.
Alta Administração	Seus componentes fazem parte das instâncias internas de governança. É responsável por avaliar, direcionar e monitorar, internamente, a secretaria de saúde. Deve assegurar que a secretaria de saúde trilhará bons caminhos estratégicos, táticos e operacionais com vistas à maximização de resultados para a sociedade. A alta administração é responsável pela gestão da organização, cujo principal objetivo é fazer com que a secretaria cumpra seus deveres constitucionais-legais. É a instância responsável pela execução da estratégia e as diretrizes gerais aprovadas pelo conselho de saúde, administra o patrimônio da secretaria de saúde e conduz suas atividades. Os atores da alta administração são os secretários de saúde e dirigentes diretamente a ele subordinados, os governadores e os prefeitos.
Gestão tática	É responsável por coordenar a gestão operacional em áreas específicas. Os dirigentes que integram o nível tático da secretaria de saúde são os agentes públicos que, tipicamente, atuam nessa estrutura. Alguns dirigentes podem se encontrar tanto no nível da alta administração quanto no nível da gestão tática. Por exemplo, o coordenador da gestão da atenção básica em um município.



2.4 GOVERNANÇA DOS CONSELHOS E SECRETARIAS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE ÓRGÃOS E ENTIDADES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Os conselhos de saúde devem exercer o papel de guardiões dos princípios, valores, e do sistema de governança em relação às secretarias de saúde. Neste Guia, os conselhos e as secretarias de

saúde são considerados como um único bloco organizacional em que os conselhos devem concentrar seus esforços no papel de principal promotor da governança organizacional.

2.5 DIFERENÇAS ENTRE GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL E GESTÃO PÚBLICAS NO BLOCO SECRETARIA-CONSELHO DE SAÚDE

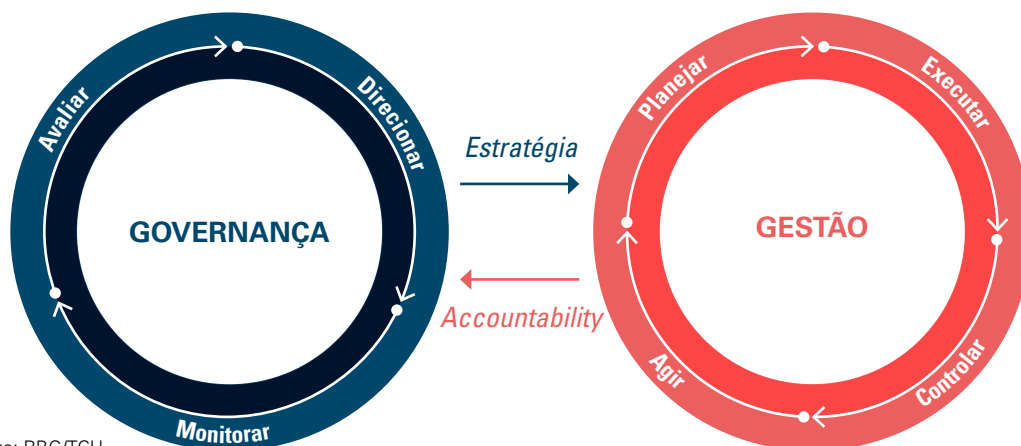
O cerne da governança gira em torno da adoção de instrumentos que reduzam, a um baixo patamar, os riscos da delegação da administração de um negócio. Deve se preocupar com os mecanismos necessários para avaliar, direcionar e monitorar a gestão. Já a gestão, deve ser responsável por planejar com base nas diretrizes definidas pelo principal ator de governança, executar o planejamento, controlar a execução para que esta se conforme com o

planejado; e agir no sentido de corrigir o planejamento, caso seja encontrada alguma discrepância capaz de impactar o alcance das metas e objetivos da organização.

A Figura 6 representa essa diferença.

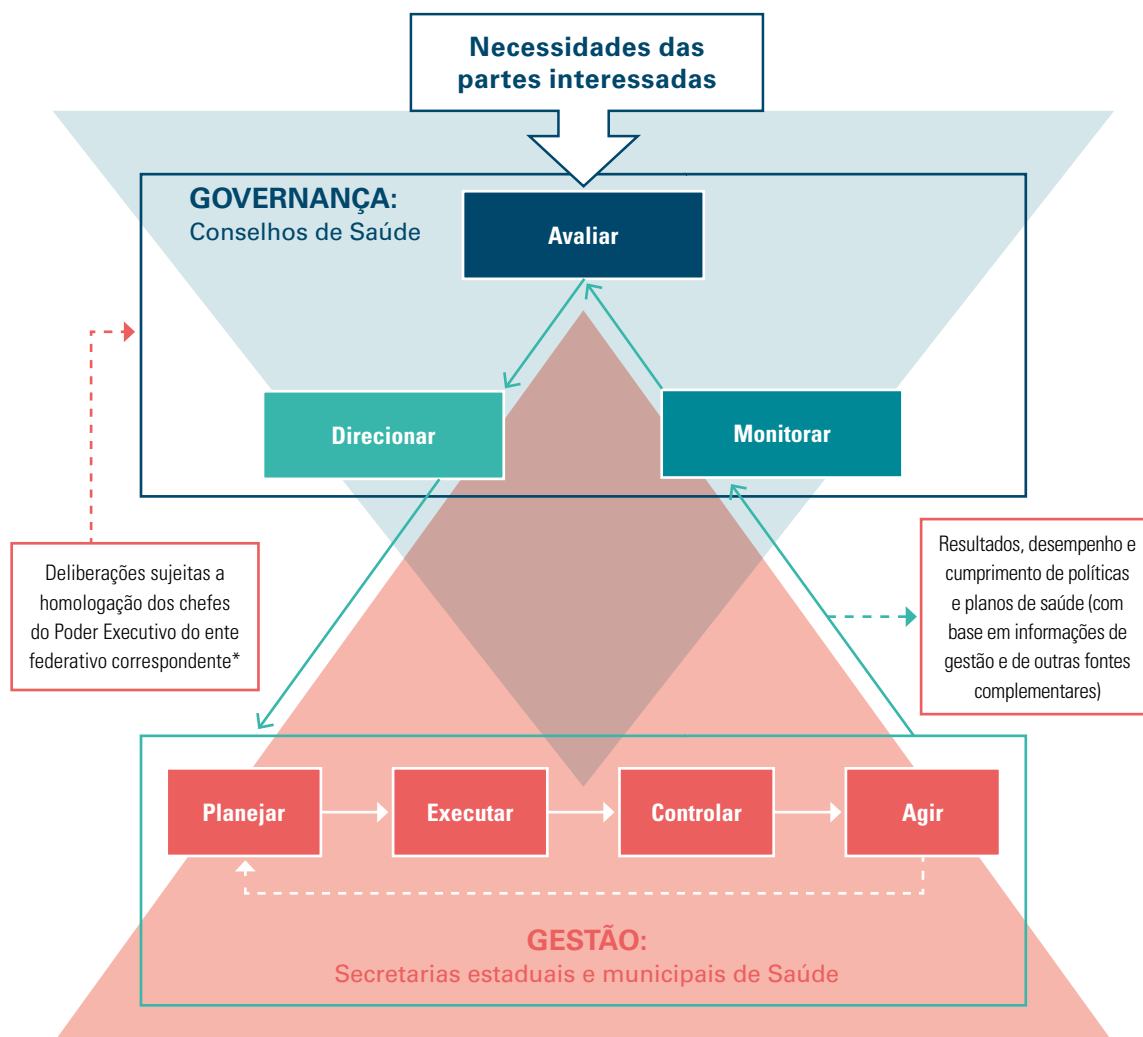
A partir dessa visão geral, a Figura 7 demonstra, em síntese, os papéis da governança organizacional em saúde e da gestão na ótica apresentada.

Figura 6: Relação entre governança e gestão



Fonte: RBG/TCU

Figura 7: Relação entre a governança organizacional e gestão públicas em saúde no bloco conselho-secretaria de saúde



* Conforme relatório que fundamentou o voto do Acórdão 1.130/2017-TCU-Plenário:

- a) a homologação de matéria deliberada pelo conselho de saúde, proveniente de previsão legal, é de competência exclusiva do chefe do Poder Executivo; e
- b) a homologação somente examina o aspecto de legalidade da deliberação, sem adentrar em seu mérito.

Com base nas necessidades das partes interessadas (cidadãos e segmentos da sociedade), a partir, por exemplo, da avaliação das propostas de orientação para as políticas públicas de saúde ocorridas no âmbito das conferências de saúde, e de indicadores, os conselhos devem definir as diretrizes para a

construção dos planos de saúde. Com base nessas diretrizes, as secretarias de saúde devem confeccionar os planos e submetê-los à aprovação dos conselhos. Uma vez aprovado, a gestão (secretarias) deverá executar o plano de saúde, e é responsável pelo controle permanente afeto à conformidade



e ao desempenho das ações e serviços de saúde, devendo agir para aperfeiçoar os meios para alcance do que foi planejado.

Ainda, o conselho de saúde deverá monitorar a conformidade, resultados, desempenho e cumprimento de políticas e planos de saúde, com base em informações da gestão e outras fontes disponíveis, como

relatórios do tribunal de contas correspondente, relatórios do respectivo componente do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, e informações veiculadas na mídia.

O Quadro 1 apresenta as normas que definem competências dos conselhos de saúde referentes à avaliação, direcionamento e monitoramento.

Quadro 1: Exemplos de disposições legais sobre competências de avaliação, direcionamento e monitoramento nos conselhos de saúde.

Avaliar	• Avaliar as diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde para as políticas públicas de saúde (art. 1º, § 1º, da Lei 8.142/90 c/c inciso III, da Quinta Diretriz, da Resolução CNS 453/2012) • Avaliar os indicadores para a apreciação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde formulados e disponibilizados pela gestão (art. 43, § 1º, da LC 141/2012)
Direcionar	• Deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades do planejamento (art. 30, § 4º, da LC 141/2012) • Formular estratégias da saúde (art. 1º, §2º, da Lei 8.142/90) • Aprovar os planos de saúde (art. 14-A, parágrafo único, I, da Lei 8.080/90) • Aprovar a programação anual de saúde (art. 36, § 2º, da LC 141/2012)
Monitorar	• Controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (art. 1º, §2º, da Lei 8.142/90) • Fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS (art. 33, da Lei 8.080/90) • Apreciar, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC 141/2012 nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde (art. 41, da LC 141/2012) • Apreciar o relatório detalhado do quadrimestre anterior (art. 36, caput, e incisos I, II e III, da LC 141/2012) • Apreciar o relatório anual de gestão (art. 36, § 1º, da LC 141/2012)



A complexidade das competências legais conferidas aos conselhos de saúde exige um grande foco em sua própria organização e planejamento, com o apoio dos governos.

É importante assegurar a autonomia, a capacitação permanente dos conselheiros, instalações físicas adequadas e recursos humanos e materiais suficientes.



FIQUE ATENTO!

1 A Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012 é um dos principais normativos a serem observados pelos conselheiros de saúde, em que são definidas diretrizes gerais para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos.

2 A Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017, mediante definição de diretrizes, dá destaque aos seguintes aspectos para a melhoria da governança organizacional do SUS:

O secretário de saúde não deve ser presidente do Conselho de Saúde

- A autoridade máxima da direção do SUS em sua esfera de competência, ou seja, o secretário de saúde, no contexto dos estados e municípios, não deve, nem pode acumular o exercício de presidente do Conselho de Saúde, a fim de privilegiar o princípio da segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública (Sexta Diretriz).

Quem estabelece as diretrizes para a gestão é o Conselho de Saúde

- Os Conselhos de Saúde têm a prerrogativa e a responsabilidade objetiva de estabelecer as diretrizes para a gestão e para a atenção à saúde em sua esfera de competência (Primeira Diretriz).

As pactuações entre entes necessariamente exigem fundamentação em dados

- Os Conselhos de Saúde e o Governo, em suas três esferas, devem ter ciência de que toda pactuação em saúde deve ser feita com base em informações sobre as necessidades de saúde e as possibilidades para a articulação regional no contexto da integralidade da saúde (Segunda Diretriz).



Devem ser asseguradas aos conselhos todas as condições para atuar com autonomia

- As condições estruturais necessárias aos Conselhos de Saúde para o permanente acompanhamento dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas em suas reuniões plenárias e nas Conferências de Saúde direcionadas à gestão das secretarias de saúde devem ser asseguradas por sua respectiva esfera governamental, nos termos previstos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de junho de 2012 (Terceira Diretriz).

Desconformidades no plano de saúde e na atuação do conselho podem ensejar a transferência da gestão para outro ente

- Os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal devem observar o disposto na Quinta Diretriz da Resolução CNS nº 453/2012 no que se refere à elaboração e reformulação dos Planos de Saúde, devendo-se atentar-se para o fato de que desconformidades no plano de saúde podem ensejar a transferência da administração dos recursos do fundo de saúde para outro ente (estado ou União), nos termos do Art. 4º, caput, inciso III e parágrafo único, da Lei nº 8.142/1990, e Art. 22, inciso II, da Lei Complementar 141/2012 (Quarta Diretriz).
- A omissão na execução das atribuições dos Conselhos de Saúde Estadual, Municipal e do Distrito Federal pode ensejar, ante o previsto no art. 4º, caput e inciso II, da Lei nº 8.142/1990 e Art. 22, inciso I, da Lei Complementar 141/2012, a transferência da administração dos recursos do fundo de saúde para outro ente (estado ou União), nos termos do art. 4º, parágrafo único, da Lei nº 8.142/1990 (Quinta Diretriz).

O planejamento, a execução e o controle das secretarias de saúde devem se relacionar a diversos componentes de gestão, sejam eles ligados diretamente à atenção à saúde (finalidade do Sistema) ou aos meios utilizados para se alcançar seus objetivos e metas. Nesse sentido, podem-se mencionar como componentes de atenção à saúde: atenção básica, atenção de média

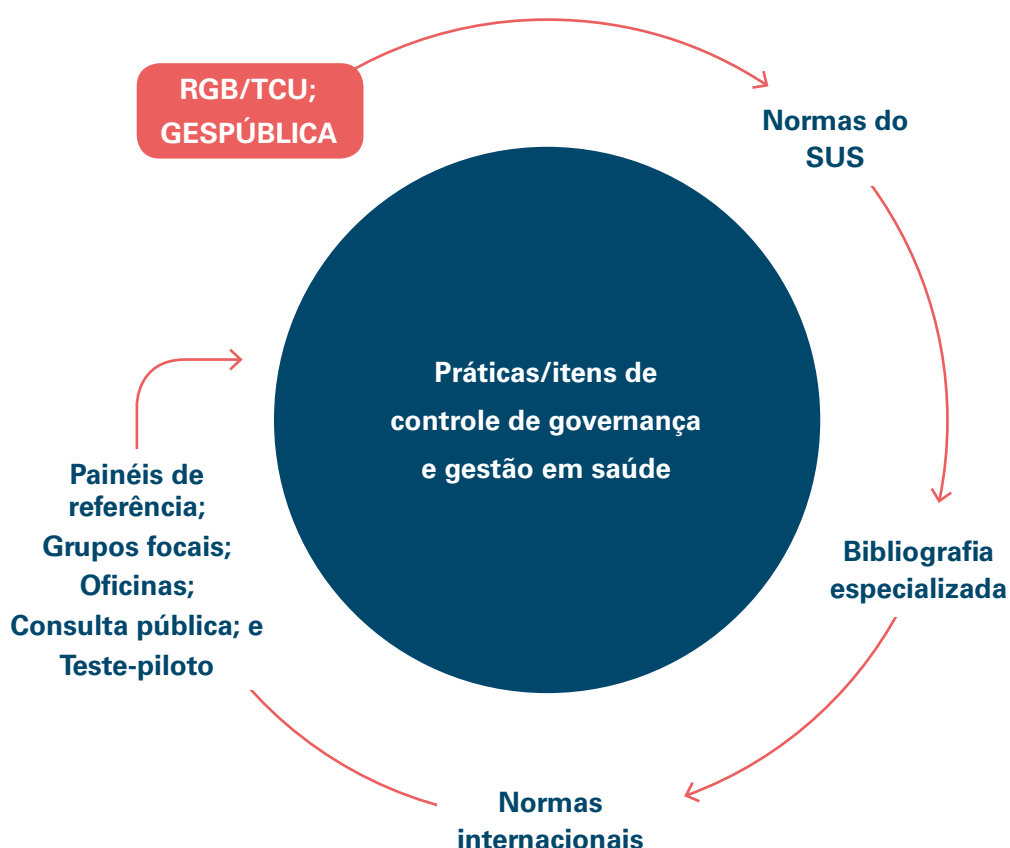
e alta complexidade, assistência farmacêutica e vigilância em saúde. Para que esses componentes possam cumprir os objetivos e metas consignados nos planos, deve-se atentar para outros componentes considerados primordiais: processos de apoio (relacionados a orçamentos, finanças e aquisições públicas), pessoas, informação e conhecimento.



2.6 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS E ITENS DE CONTROLE DE GOVERNANÇA E GESTÃO PÚBLICAS EM SAÚDE

As práticas apresentadas neste referencial foram construídas no âmbito do levantamento nacional de governança e gestão em saúde (Acórdãos 1.130/2017-TCU-Plenário e 1.840-TCU-Plenário), e são uma leitura do que se considerou de aplicável para conselhos e secretarias de saúde brasileiros, considerando-se o RBG/TCU e o GESPÚBLICA- como linhas-mestras-, as normas aplicáveis ao SUS, a bibliografia especializada relacionada à saúde e aos temas de governança e gestão, as normas internacionais, e todas as etapas de validação realizadas com respeito a essas práticas, sendo o TCU e os tribunais de contas estaduais e municipais os facilitadores desse processo de construção, conforme disposto na Figura 8:

Figura 8: Construção das práticas/itens de controle de governança e gestão em saúde



- CAPÍTULO 3

Governança Organizacional Pública em Saúde



3. GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL PÚBLICA EM SAÚDE

A partir de agora, passa-se a apresentar o método que poderá ser seguido para incorporar procedimentos que visem à melhoria da governança. Primeiramente serão apresentados alguns conceitos gerais importantes para compreender a forma como as orientações estão estruturadas; depois passa-se à lista do que **denominamos mecanismos, práticas e itens de controle**; em seguida é explicado o significado de cada uma das linhas da lista. Há também glossários que esclarecem alguns termos utilizados.

Este é um conceito aplicável tanto a um nível mais abrangente, como o setor Saúde no município, considerando o bloco organizacional formado pelo conselho e secretaria de saúde, como níveis menos abrangentes,

como somente a secretaria ou um único estabelecimento de saúde. Realizadas as devidas adaptações, as práticas/itens de controle de governança apresentados a seguir também podem ser aplicados às secretarias de saúde ou a um estabelecimento de saúde.

É importante atentar para o significado de **mecanismo** para compreender a sua relação com as **práticas** e **itens de controle** recomendados neste Guia.

Cada mecanismo de governança (Liderança, Estratégia e Controle) representa um conjunto de componentes. Esses componentes são a expressão do agrupamento de práticas/itens de controle. As práticas são a reunião dos menores elementos em todo o



Governança Organizacional Pública em Saúde compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão do SUS, com vistas à condução de políticas públicas resolutivas e à prestação de serviços de saúde eficazes, eficientes e de qualidade à sociedade.



mecanismo de governança, as ações que de fato são mensuradas, chamadas aqui de itens de controle.

A relação entre mecanismos, componentes, práticas e itens de controle também pode ser compreendida da seguinte forma:

Pode-se dizer que Liderança, Estratégia e Controle são três fenômenos.

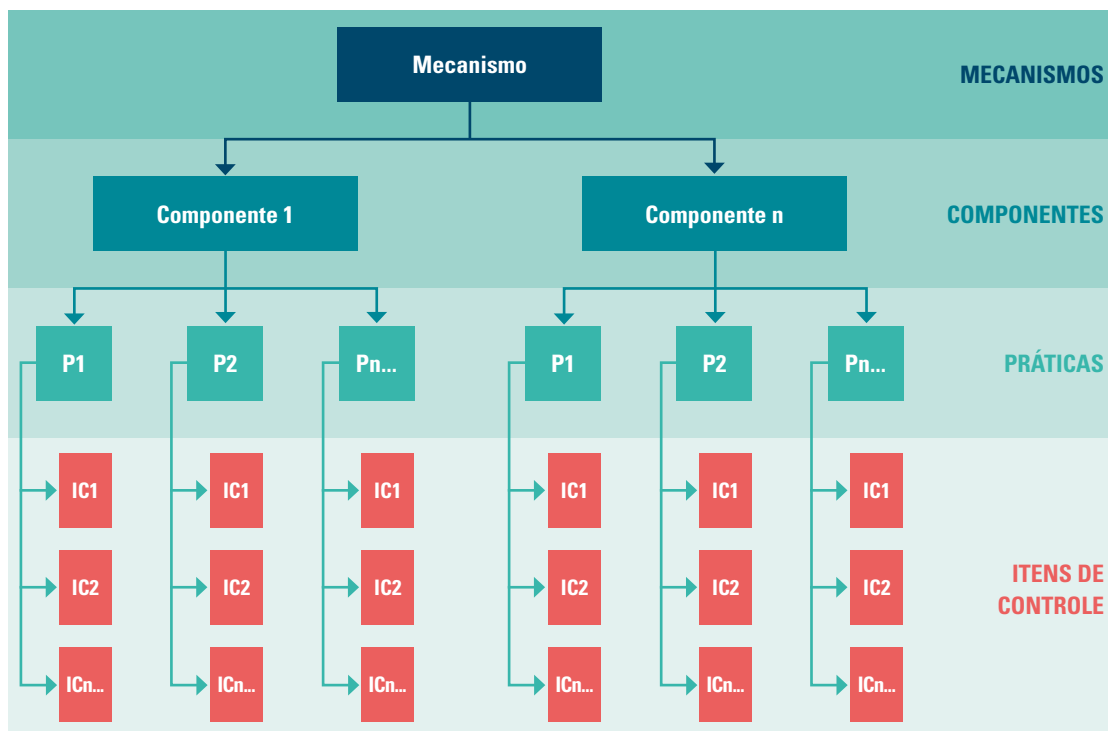
Como fazer para saber ou medir o que seria, por exemplo, um bom Controle?

Devem ser listados outros fenômenos menores que, agrupados, representam

o fenômeno Controle, que estão sendo chamados de componentes. Mas os componentes ainda não são, por si só, níveis mensuráveis. Com isso, novamente, são reunidos outros fenômenos que podem compor um determinado componente, o que se denominou de prática. No entanto, a prática ainda carece de maior detalhamento para fins de se saber o que ela considera que deve ser feito para o seu bom cumprimento. Esse detalhamento é chamado de item de controle. Assim, pode-se considerar que os itens de controle são as ações, ou seja, os elementos observáveis dentro de um mecanismo, componente ou prática.

A Figura 9 descreve como ocorre esse desdobramento.

Figura 9: Desdobramentos dos mecanismos de governança



A lista recomendada dos mecanismos, para uma boa governança organizacional, até o nível de prática segue abaixo.

Mecanismos	Componentes	Práticas
LIDERANÇA		
L1	Pessoas e competências	
L1.1	Definir os perfis profissionais da liderança (alta administração e conselho).	
L1.2	Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção da liderança.	
L1.3	Assegurar a adequada capacitação da liderança.	
L2	Princípios e comportamentos	
L2.1	Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento da liderança.	
L3	Liderança Organizacional	
L3.1	Responsabilizar-se pela avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da secretaria de saúde.	
L4	Sistema de Governança	
L4.1	Estabelecer o conselho de saúde.	
ESTRATÉGIA		
E1	Relacionamento com partes interessadas (consideram-se partes interessadas os cidadãos, estabelecimentos de saúde, mídia etc.)	
E1.1	Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso.	
E2	Estratégia organizacional	
E2.1	Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde.	
E2.2	Atualizar a estratégia da secretaria de saúde.	
E2.3	Monitorar e avaliar a execução da estratégia da secretaria de saúde.	
E2.4	Estabelecer diretrizes para a atenção à saúde.	
E3	Alinhamento transorganizacional	
E3.1	Conhecer as suas necessidades e suas possibilidades para a integração regional.	
E3.2	Estabelecer mecanismos de atuação conjunta, com municípios, estado e união, com vistas à implementação de regiões de saúde e de redes de atenção à saúde.	
CONTROLE		
C1	Gestão de riscos e controles internos	
C1.1	Realizar gestão de riscos.	
C1.2	Monitorar a gestão.	
C2	Auditoria interna	
C2.1	Estabelecer a função de auditoria interna.	
C3	Accountability e transparência	
C3.1	Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo, como exceção, nos termos da lei.	
C3.2	Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde.	
C3.3	Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.	



Exceto quando decorrerem de exigência legal, o conjunto de práticas com os respectivos itens de controle recomendados não são de implementação obrigatória. Caberá ao conselho de saúde avaliar a pertinência de sua aplicabilidade com relação ao seu custo-benefício de implementação. O conselho de saúde poderá provocar o Poder Legislativo visando a uma inovação legislativa que suporte suas intenções visando à melhoria de sua governança.

Caso o conselho de saúde já tenha implementado ou deseje implementar determinadas práticas/itens de controle aqui recomendados, deve ser avaliada a oportunidade de formalizar a prática, definindo-se, quando couber, a responsabilidade e a periodicidade de sua execução, bem como a realização de aferição de seus benefícios para a melhoria dos resultados da secretaria de saúde.

IMPORTANTE! *Na prática, para se implementar as práticas e itens de controle recomendados, os conselheiros ou dirigentes devem se reunir, discutir as atribuições, os prazos e os recursos que serão utilizados para colocar em funcionamento as medidas que aprimorarão a governança.*



Os questionários adotados para o levantamento da governança e da gestão nos estados e municípios poderão ser utilizados como “*check-list*”, uma vez que listam todas as práticas e itens de controle e estabelecem medidas para autoavaliação. Os questionários estão disponíveis no seguinte endereço: <https://portal.tcu.gov.br/saude/governanca-em-saude/responda-o-questionario.htm>

A seguir será apresentado o significado de cada componente e cada prática, e os efeitos esperados ao serem implementados.

3.1 MECANISMOS DE GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL PÚBLICA EM SAÚDE

3.1.1 LIDERANÇA

Refere-se ao conjunto de práticas, de natureza humana ou comportamental, que assegura a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança, quais sejam: pessoas íntegras, capacitadas, competentes, responsáveis e motivadas ocupando os principais cargos das organizações e liderando os processos de trabalho (BRASIL, 2014).

O conjunto de componentes, práticas e itens de controle a respeito do mecanismo de Liderança estão listados abaixo, com os glossários associados a cada prática.

L1 - Pessoas e competências

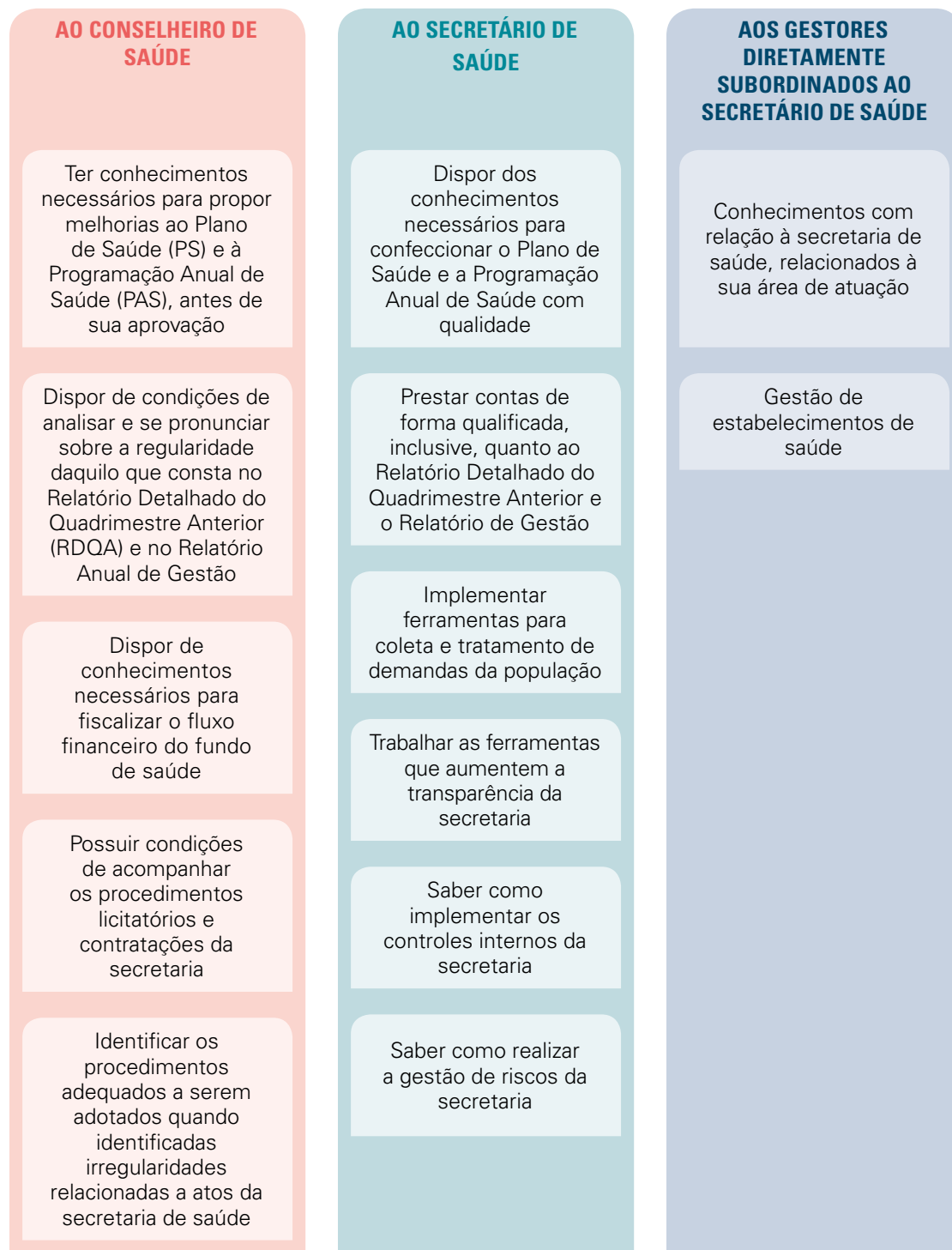
Neste componente, o foco é nos processos relacionados à definição dos perfis profissionais da liderança¹³ (considerando os conselheiros de saúde e alta administração da secretaria de saúde); ao estabelecimento do seu processo de seleção, assegurando-se a sua devida transparência; e à garantia da sua adequada capacitação. Essas medidas potencializam o cumprimento de todos os demais componentes, pois o bom desempenho com relação a este componente tem o potencial de influenciar positivamente todas as demais práticas de governança.

Quando o componente de pessoas e competências é posto em prática, reduz-se o risco de que pessoas sem os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias assumam determinadas funções que são consideradas estratégicas para o SUS em seu ente da federação.

Com isso, por exemplo, o secretário de saúde será orientado a exigir requisitos mínimos de capacidades para dos profissionais nomeados para o exercício de cargos/ funções. Tais requisitos serão estabelecidos previamente. O processo de seleção dessas lideranças deverá ter ampla divulgação e propiciar o acompanhamento pelo cidadão.

13 Para ampliar os conhecimentos sobre perfis profissionais na área da saúde, veja o artigo disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnGPR313.pdf>.

Além disso, a reciclagem e ampliação de conhecimentos serão asseguradas, mediante um processo de educação permanente. Isso tudo permitirá, por exemplo:



Abaixo, estão listadas as práticas relacionadas ao componente relacionado a pessoas e competências.

Prática L1.1: Definir os perfis profissionais da liderança (alta administração e conselho).

Item de controle	Descrição
L1.1.1	Os perfis profissionais que o secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) devem possuir estão descritos.
L1.1.2	Os perfis profissionais que os conselheiros de saúde devem possuir estão descritos.

Glossário

PERFIL PROFISSIONAL

Diz respeito às competências necessárias ao exercício do cargo. A competência é a mobilização de **conhecimentos**, **habilidades** e **atitudes** do agente, no contexto de trabalho, para, individualmente ou em equipe, alcançar os resultados esperados pela organização (BRASIL, 2013 apud BRASIL, 2014).

CONHECIMENTOS

São informações assimiladas pelo indivíduo, que lhe permitem identificar o que fazer, e por que fazer, numa determinada situação ou contexto. São adquiridos ao longo da vida, não apenas por meio da educação escolar ou treinamentos formais, mas também por meio de leitura, outras estratégias informais ou mesmo a partir da experiência (BRASIL, 2013 apud BRASIL, 2014).

HABILIDADES

Decorrem da capacidade do indivíduo de aplicar o conhecimento no sentido de saber como fazer algo para lidar com determinada situação ou contexto. Implicam realizar uma tarefa física (motora ou manipulativa) ou intelectual (processos ou operações mentais) (BRASIL, 2013 apud BRASIL, 2014).

ATITUDES

Envolvem ações do indivíduo, que refletem sua predisposição ou motivação a querer fazer algo para lidar com determinada situação ou contexto. Decorrem de sentimentos, crenças e valores de aceitação ou rejeição em relação a pessoas, objetos ou situações (BRASIL, 2013 apud BRASIL, 2014).



Prática L1.2: Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção da liderança.

Item de controle	Descrição
L1.2.1	Os critérios de seleção do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão definidos.
L1.2.2	Os critérios de composição do conselho de saúde estão definidos (por exemplo, na lei de instituição do conselho) de acordo com as seguintes diretrizes do Conselho Nacional de Saúde: a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.
L1.2.3	O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são selecionados levando em consideração os perfis profissionais e os critérios de seleção definidos.
L1.2.4	Os conselheiros de saúde são indicados levando em consideração os perfis profissionais e os critérios de composição definidos.

Prática L1.3: Assegurar a adequada capacitação da liderança.

Item de controle	Descrição
L1.3.1	As necessidades de capacitação do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão descritas.
L1.3.2	O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) são capacitados considerando as necessidades descritas.
L1.3.3	As necessidades de capacitação dos conselheiros de saúde são descritas.
L1.3.4	Os conselheiros são capacitados considerando as necessidades descritas.

L2 - Princípios e comportamentos

A IFAC (2013) orienta que um dos princípios da boa governança consiste no comprometimento da alta administração com valores éticos, com integridade e com observância e cumprimento da lei. Portanto, é papel dos dirigentes exercer a liderança na promoção de valores éticos e de altos padrões de comportamento (OCDE, 2004).

Os padrões de comportamento exigidos das pessoas vinculadas às organizações do setor público devem estar definidos em códigos de ética e conduta formalmente instituídos, claros e suficientemente detalhados, que deverão ser observados pelos membros da alta administração, gestores e colaboradores (IFAC, 2001).



Prática L2.1: Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento da liderança.

Item de controle	Descrição
L2.1.1	Conselheiros de saúde estão submetidos a um código de ética e de conduta.
L2.1.2	O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão submetidos a um código de ética e de conduta.
L2.1.3	O código de ética e de conduta adotado possui as seguintes características: a) detalha valores, princípios e comportamentos esperados dos agentes; b) define tratamento para conflitos de interesses; c) estabelece a obrigatoriedade de manifestação e registro, de forma explícita e transparente, de aspectos que possam conduzir a conflitos de interesses (por exemplo, empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos); d) proíbe o recebimento de benefícios que possam, de forma efetiva ou potencial, influenciar, ou parecer influenciar, as ações da alta administração e dos conselheiros de saúde.
L2.1.4	O código de ética e de conduta adotado define: a) sanções cabíveis em caso de seu descumprimento; b) mecanismos de monitoramento e avaliação do seu cumprimento; c) papéis e responsabilidades dos envolvidos no monitoramento e na avaliação do comportamento de agentes públicos.
L2.1.5	Ações de divulgação e promoção do conhecimento do código de ética e de conduta são realizadas para seu público alvo (conselheiros de saúde, secretário de saúde e gestores diretamente a ele subordinados - alta administração).

• **Glossário**

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA

Documento que define, basicamente, regras de conduta, deveres, impedimentos e formas de punição dos desvios dos integrantes de uma organização (Relatório que fundamentou o Acórdão 1273/2015-TCU-Plenário).



L3 - Liderança Organizacional

A alta administração estabelece uma estrutura de unidades e subunidades funcionais, nomeia gestores para chefiá-las e a eles delega autoridade (mandato legal e poder sobre os recursos alocados) para executar os planos em direção ao cumprimento dos objetivos e das metas institucionais, sendo que a responsabilidade final pelos resultados produzidos sempre permanece com a autoridade delegante (BRASIL, 2014).

De forma similar ao que ocorre com o conselho em relação à secretaria de saúde, o (a) secretário (a) de saúde deve exercer a avaliação, o direcionamento e o controle da gestão de toda a secretaria, ou seja, de seus gestores subordinados.

Essa é uma prática que deve ser avaliada e exigida pelo conselho de saúde.

Prática L3.1: Responsabilizar-se [secretário (a) de saúde] pela avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da secretaria de saúde.

Item de controle	Descrição
L3.1.1	O (A) secretário (a) de saúde é o (a) responsável pela avaliação da gestão da secretaria de saúde.
L3.1.2	O (A) secretário (a) de saúde é o (a) responsável pelo direcionamento da gestão da secretaria de saúde.
L3.1.3	O (A) secretário (a) de saúde é o (a) responsável pelo monitoramento da gestão da secretaria de saúde.

L4 - Sistema de Governança

Sistema de governança refere-se ao modo como os diversos atores se organizam, interagem e procedem para obter boa governança

(BRASIL, 2014). O conselho de saúde é a mais alta instância interna de governança e, portanto, sua constituição deve ser sólida.

Prática L4.1: Estabelecer o conselho de saúde.

Item de controle	Descrição
L4.1.1	Atribuições e responsabilidades do conselho de saúde e dos conselheiros estão definidas e incluem a formulação e a proposição de estratégias e o controle da execução das políticas de saúde.
L4.1.2	Os membros do conselho de saúde estão designados.

Item de controle	Descrição
L4.1.3	Recursos necessários ao pleno funcionamento do conselho de saúde (por exemplo, orçamento, pessoal, instalações) estão disponíveis.
L4.1.4	Os membros dos conselhos de saúde cumprem seus papéis e responsabilidades quanto à formulação e à proposição de estratégias e ao controle da execução das políticas de saúde.

3.1.2 ESTRATÉGIA

A liderança é responsável por conduzir o processo de estabelecimento da estratégia necessária à boa governança, envolvendo aspectos como: escuta ativa de demandas, necessidades e expectativas das partes interessadas; avaliação do ambiente interno e externo da organização;

avaliação e prospecção de cenários; definição e alcance da estratégia; definição e monitoramento de objetivos de curto, médio e longo prazo; alinhamento de estratégias e operações dos setores, departamentos e organizações envolvidas ou afetadas (BRASIL, 2014).



O estabelecimento da estratégia da secretaria de saúde é relevante para o alcance dos seus objetivos institucionais, monitorando e acompanhando continuamente seus indicadores e metas fixados, administrando-se eficientemente os recursos postos à sua disposição.

E1 - Relacionamento com partes interessadas.

Um modelo de governança deve propiciar o equilíbrio entre as legítimas expectativas das diferentes partes interessadas e, para garantir esse alinhamento, é essencial que a organização esteja aberta a ouvi-las para conhecer necessidades e demandas (IFAC, 2001 apud BRASIL, 2014).

Este componente possui foco no relacionamento com todos os interessados nas matérias afetas ao conselho e à secretaria de saúde, bem como no tratamento de suas demandas. Para tal, foca-se na implantação e divulgação de canais de comunicação, no

tratamento das demandas recebidas e na avaliação e monitoramento da efetividade dos canais de comunicação implantados.

De acordo com a Terceira Diretriz (inciso II), da Resolução CNS nº 554/2017, para que o monitoramento seja eficaz faz-se necessário o estabelecimento e divulgação de canais de comunicação com as diferentes partes interessadas, com o intuito de conhecer os problemas na prestação de serviços de saúde que mais afetam a população e de reduzir o risco de que a atuação do ente federado não reflita os interesses das partes afetadas.



Prática E1.1: Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso.

Item de controle	Descrição
E1.1.1	As partes interessadas estão descritas.
E1.1.2	Canais de comunicação da secretaria de saúde e do conselho de saúde para acesso, solicitação e encaminhamento de informações estão implantados (por exemplo, a ouvidoria do SUS).
E1.1.3	Canais de comunicação da secretaria de saúde e do conselho de saúde para acesso, solicitação e encaminhamento de informações são divulgados periodicamente às partes interessadas.
E1.1.4	Mecanismos para tratar informações recebidas pelos canais de comunicação da secretaria de saúde e do conselho de saúde estão implantados.
E1.1.5	Canais de comunicação da secretaria de saúde e do conselho de saúde para busca ativa de informações com objetivo de apoiar as ações de saúde estão implantados (por exemplo: ouvidoria ativa).
E1.1.6	O desempenho, a disponibilidade e a adequação dos canais de comunicação são avaliados e monitorados.

- **Glossário**

PARTES INTERESSADAS

Todos os que possuem interesses nas atividades do conselho e da secretaria. Por exemplo, cidadãos em geral, profissionais de saúde, prestadores de serviço, estabelecimentos de saúde, órgãos de controle e mídia.

CANAL DE COMUNICAÇÃO

Instrumento disponível ao usuário do sistema de saúde para registrar sugestões, críticas, denúncias, elogios etc. (por exemplo, ouvidoria, fale conosco – telefone comum, 0800, e-mail e/ou outro sistema de recebimento de mensagens eletrônicas- caixa de sugestões e atendimento presencial).

MECANISMOS PARA TRATAR INFORMAÇÕES

Processos criados para identificar as demandas do usuário do sistema de saúde e respondê-las ou encaminhá-las de forma tempestiva.

BUSCA ATIVA DE INFORMAÇÕES

Quando o canal de comunicação é utilizado para levantar informações junto aos usuários do sistema.



E2 – Estratégia organizacional

Uma organização pública, a partir de sua visão de futuro, da análise dos ambientes interno e externo e da sua missão institucional, deve formular suas estratégias, desdobrá-las em planos de ação e acompanhar sua implementação (BRASIL, 2010 apud BRASIL, 2014), oferecendo os meios necessários ao alcance dos objetivos institucionais e à maximização dos resultados (BRASIL, 2014). O Plano de Saúde contém a estratégia para o período de quatro anos.

Deve ser construído a partir das diretrizes fixadas pelo conselho de saúde. A Programação Anual de Saúde (PAS) representa o que deve ser feito em cada ano que integra a estratégia desse plano. A PAS deve estar alinhada com as leis orçamentárias e passar pelo crivo do conselho de saúde. A execução da programação deve ser monitorada por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e pelo Relatório Anual de Gestão (RAG).

Prática E2.1: Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde.

Item de controle	Descrição
E2.1.1	Conferências de saúde são realizadas.
E2.1.2	Pactuações dos gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) que impactam o planejamento estão realizadas.
E2.1.3	Diretrizes do conselho de saúde para o Plano de Saúde, inclusive quanto à priorização, estão estabelecidas.
E2.1.4	Audiências públicas para obter sugestões para o Plano de Saúde são realizadas.
E2.1.5	Resultados das conferências de saúde, das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e das audiências públicas, e as diretrizes do conselho de saúde, são considerados no Plano de Saúde.
E2.1.6	Plano de Saúde está estabelecido de forma compatível com o Plano Plurianual.
E2.1.7	Plano de Saúde está elaborado e contém: a) análise situacional ; b) definição de objetivos ; c) definição de pelo menos um indicador para cada objetivo; d) definição de metas para cada indicador ; e) processo de monitoramento e avaliação dos indicadores.
E2.1.8	Plano de Saúde é aprovado pelo conselho de saúde.



- **Glossário**

ANÁLISE SITUACIONAL

Análise orientada dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: a) estrutura do sistema de saúde; b) redes de atenção à saúde; c) condições socio sanitárias; d) fluxos de acesso; e) recursos financeiros; f) gestão do trabalho e da educação na saúde; g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão (Portaria GM/MS nº 2.135/2013).

OBJETIVOS

São situações ou circunstâncias sobre as quais se visa propiciar um determinado atendimento em um período definido de tempo (SANCHES, 2004). Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado (BRASIL, 2016). No caso do plano de saúde, os objetivos se referem a um período de quatro anos.

META

Elemento de desdobramento quantificado dos objetivos. Refere-se à quantificação da parcela do objetivo que se procurará realizar (SANCHES, 2004). Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados (BRASIL, 2016).

INDICADOR

Número, percentagem ou razão que mede um aspecto do desempenho, com o objetivo de comparar esta medida com as metas preestabelecidas (BRASIL, 2010). Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção (BRASIL, 2016).

Prática E2.2: Anualizar a estratégia da secretaria de saúde.

Item de controle	Descrição
E2.2.1	Programação Anual de Saúde (PAS) está elaborada e contém: a) a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; b) a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; c) a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS;
E2.2.2	Programação Anual de Saúde (PAS) está alinhada com o Plano de Saúde, isto é, as ações previstas na Programação Anual de Saúde (PAS) contribuem para atingir os objetivos contidos no Plano de Saúde.



Item de controle	Descrição
E2.2.3	Programação Anual de Saúde (PAS) está estabelecida de forma compatível com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).
E2.2.4	Programação Anual de Saúde (PAS) é aprovada pelo conselho de saúde.

- Glossário**

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)

É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. A elaboração e envio da PAS para aprovação do respectivo conselho de saúde deve ocorrer antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente. Sua execução ocorrerá no ano subsequente (Portaria GM/MS nº 2.135/2013).

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO)

Lei de iniciativa do Poder Executivo de periodicidade anual, que, dentre outros assuntos*, deve compreender as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, e orientar a elaboração da lei orçamentária anual.

(*) assuntos definidos no art. 165, § 2º, da Constituição Federal, e no art. 4º, da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000-LRF).

LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA)

Lei de iniciativa do Poder Executivo que compreenderá os orçamentos fiscal, de investimento e da seguridade social. A LOA conterá a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade universalidade e anualidade (a LOA é tratada no art. 165, §§ 5º, 6º, 7º e 8º, da Constituição Federal, no art. 5º, da LRF, e no Título I, da Lei 4.320/64).

Prática E2.3: Monitorar e avaliar a execução da estratégia da secretaria de saúde.

Item de controle	Descrição
E2.3.1	Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores são apresentados em audiência pública na casa legislativa ao longo do exercício.
E2.3.2	Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores são avaliados pelo conselho de saúde, por meio da comparação entre as metas previstas e as metas executadas, e da avaliação das justificativas para os eventuais desvios na execução da Programação Anual de Saúde.



Item de controle	Descrição
E2.3.3	Resultados das avaliações dos Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores são utilizados para ajustar a execução das ações da Programação Anual de Saúde (PAS).
E2.3.4	Relatório de gestão é avaliado pelo conselho de saúde, por meio da comparação entre as metas previstas e as metas executadas, e da avaliação das justificativas para os eventuais desvios na execução da Programação Anual de Saúde, sendo aprovado ou reprovado de forma conclusiva.
E2.3.5	Resultados das avaliações dos Relatórios de Gestão são utilizados para ajustar a próxima Programação Anual de Saúde (PAS), com vistas a permitir o cumprimento do Plano de Saúde.
E2.3.6	Comunicações aos órgãos de controle são realizadas quando há desconformidade grave entre o planejado e o executado.

Prática E2.4: Estabelecer diretrizes para a atenção à saúde.

Item de controle	Descrição
E2.4.1	Diretrizes para a gestão da atenção básica estão estabelecidas, e incluem: a. Estabelecimento da atenção básica como estratégia prioritária, capaz de atender os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a sua resolutividade e o impacto na situação de saúde de sua população; b. Estabelecimento e monitoramento contínuo de indicadores de qualidade e produtividade dos estabelecimentos de saúde da atenção básica; c. Estabelecimento e monitoramento contínuo de indicadores de qualidade e produtividade individual por categoria profissional; d. Monitoramento da satisfação do usuário atendido, por exemplo, por meio de pesquisas de satisfação, monitoramento das queixas/elogios realizados na ouvidoria, e caixinhas de sugestão das unidades; e. Utilização de protocolos clínicos nos atendimentos realizados na atenção básica. f. Utilização de protocolos para qualificação dos encaminhamentos à média e/ou alta complexidades, aumentando, na via indireta, a resolutividade na atenção básica; g. Avaliação permanente das barreiras e dificuldades ao acesso dos usuários para a atenção básica, utilizando estratégias para otimizar o agendamento de consultas e procedimentos.



Item de controle	Descrição
E2.4.2	Diretrizes para a gestão da média e/ou alta complexidades estão estabelecidas, e incluem: a. Fixação da quantidade de serviços ofertados é feita com base em dados epidemiológicos e populacionais a partir da necessidade apontada pela atenção básica; b. Estabelecimento e monitoramento periódico de indicadores de qualidade e produtividade de todos os estabelecimentos de saúde da média e/ou alta complexidades, próprios, conveniados e contratados; c. Monitoramento, nos estabelecimentos de saúde da média e/ou alta complexidades próprios, da produtividade individual por categoria profissional, visando à completa utilização da capacidade operacional; d. Definição dos protocolos que devem ser utilizados na atenção básica para o encaminhamento à média e/ou alta complexidades, incluindo o estabelecimento de parâmetros para a correta regulação clínica, a fim de qualificar os encaminhamentos para especialidades; e. Apoio à qualificação dos encaminhamentos para as especialidades, por exemplo, por meio de centros de teleconsultoria; f. Monitoramento e avaliação do processo de regulação, incluindo o acompanhando da demanda reprimida, fila de espera e o absenteísmo de usuários nas consultas especializadas agendadas, visando reduzir o tempo de espera nas filas; g. Efetivação do contrarreferenciamento de todos os pacientes, a fim de permitir a continuidade do cuidado na atenção básica. h. Utilização de protocolos clínicos nos atendimentos realizados na média e/ou alta complexidades.
E2.4.3	Diretrizes para a gestão da assistência farmacêutica estão estabelecidas, e incluem: a. Realização de aquisições conjuntamente com outros entes; b. Estabelecimento de protocolos para a assistência farmacêutica, inclusive quanto ao controle dos prazos de validade dos medicamentos; c. Manutenção da relação de medicamentos essenciais atualizada; d. Observância aos preços máximos estabelecidos pela CMED.



Item de controle	Descrição
E2.4.4	Diretrizes para a gestão da vigilância em saúde estão estabelecidas, e incluem: a. Integração das equipes de vigilâncias em saúde (sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e zoonoses); b. Integração das informações em vigilância em saúde, por exemplo, por meio da Implantação de Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS); c. Estabelecimento e monitoramento periódico de indicadores de vigilância em saúde.

• Glossário

INDICADOR DE QUALIDADE

É algo que distingue o produto do ponto de vista do cliente e está relacionado ao julgamento realizado pelo cliente, mediante a apreciação das características do produto - satisfação ou insatisfação. Qualidade do produto/serviço: representa a adequação entre as características dos produtos e serviços entregues, e os requisitos e necessidades dos beneficiários. Exemplos: qualidade percebida (percepção/expectativa), durabilidade, estética, confiabilidade, tempestividade, inovação etc. (BRASIL, 2009).

INDICADOR DE PRODUTIVIDADE

indicador que represente relação entre o nível de produção (serviços e produtos) e os recursos utilizados, seja o capital humano, imobilizado, investimentos e o tempo (BRASIL, 2009).

PROTOCOLOS CLÍNICOS

conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, provenientes de uma revisão sistemática da evidência científica disponível e de uma avaliação profissional, apresentado de maneira estruturada e elaborado com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde e os pacientes em suas decisões. Nos protocolos clínicos são estabelecidos claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos (Tesauro Eletrônico do Ministério da Saúde).

BARREIRAS AO ACESSO DOS USUÁRIOS

são condições que dificultam o acesso dos potenciais usuários aos serviços de saúde, por exemplo, quantidade dos serviços oferecidos incompatível com a população coberta, oferta de poucos tipos de serviço, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais (MENDES, 2016).



TELECONSULTORIA

consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional (teleconferência, videoconferência), com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho (Portaria GM/MS 2.546/11).

ABSENTEÍSMO DE USUÁRIOS

não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação (BITTAR, et al., 2016).

CONTRARREFERÊNCIA DE PACIENTES

ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência (Tesauro Eletrônico do Ministério da Saúde).

AQUISIÇÕES CONJUNTAS COM OUTROS ENTES

aquisições realizadas, por exemplo, mediante consórcios públicos.

CMED

Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos.

E3 - Alinhamento transorganizacional

Para atender sua finalidade, de garantir o bem comum, o setor público precisa ser capaz de coordenar múltiplos atores políticos, administrativos, econômicos e sociais. Nesse sentido, é importante manter a coerência e o alinhamento de estratégias e objetivos entre as organizações envolvidas; institucionalizar mecanismos de comunicação, colaboração e articulação entre os

atores envolvidos; e regular as operações (BRASIL, 2014).

Nessa linha, um dos aspectos mais importantes acerca do alinhamento transorganizacional, no SUS em seu atual estágio de maturidade, diz respeito à necessidade de pleno funcionamento da colaboração nas regiões de saúde e redes de atenção à saúde.

Prática E3.1: Conhecer as suas necessidades e suas possibilidades para a integração regional.

Item de controle	Descrição
E3.1.1	Informações sobre ações e serviços em saúde que necessitam ser supridas por outros entes (municípios/estado) estão disponíveis.
E3.1.2	Informações sobre a oferta excedente de serviços de saúde que podem ser oferecidos a outros municípios estão disponíveis.



Prática E3.2: Estabelecer mecanismos de atuação conjunta, com municípios, estado e união, com vistas a implementação de regiões de saúde e de redes de atenção à saúde.

Item de controle	Descrição
E3.2.1	Proposta de suas responsabilidades na região de saúde e nas redes de atenção à saúde está descrita.
E3.2.2	Informações sobre a necessidade de financiamento para assumir as responsabilidades propostas, com memórias de cálculo e suas evidências, estão disponíveis.

3.1.3 CONTROLE

Para que os processos de estabelecimento da estratégia da organização sejam executados, existem riscos que devem ser avaliados e tratados. Para isso é conveniente o estabelecimento de **controles** e sua avaliação, transparência e *accountability*, que envolve, entre outras coisas, a prestação de contas das ações e a

responsabilização pelos atos praticados (BRASIL, 2014).

A existência de controles adequados é necessária para o alcance dos objetivos previamente fixados. Deve-se estabelecer uma gestão de riscos apropriada, ter a função de auditoria interna



A existência de controles adequados é necessária para o alcance dos objetivos previamente fixados. Deve-se estabelecer uma gestão de riscos apropriada, ter a função de auditoria interna implantada e independente, dar transparência aos seus atos de gestão e possuir mecanismos de apuração de irregularidades.



A gestão de riscos consiste no processo estabelecido para identificar, avaliar, administrar e controlar potenciais eventos ou situações que possam impedir ou dificultar o atingimento dos objetivos e metas do Plano de Saúde e da Programação Anual de Saúde, com o fim de se fornecer razoável certeza quanto a seus alcances (adaptado da INC MP/CGU 01/2016).



C1 - Gestão de riscos, controles internos e monitoramento

Além disso, com relação às atividades da secretaria de saúde, deve-se avaliar seus controles internos instituídos, principalmente, para verificar a suficiência quanto ao tratamento dos riscos inerentes identificados nessas atividades.

O risco inerente pode ser conceituado como aquele que é intrínseco à atividade que está sendo realizada, e se estiver em um nível não aceitável para a secretaria de saúde, controles internos devem ser implementados pelos gestores para mitigar esses riscos (adaptado de BRASIL, 2014).

Ainda, é importante que se tenha à disposição todos os documentos que descrevam o monitoramento realizado pela secretaria de saúde com relação às suas próprias atividades.

Tal conjunto de informações fornece os subsídios necessários ao adequado monitoramento a ser realizado pelo conselho de saúde.

Abaixo, seguem as práticas relacionadas ao componente de **gestão de riscos, controles internos e monitoramento**.



Prática C1.1: Realizar gestão de riscos.

Item de controle	Descrição
C1.1.1	Conselho de saúde realiza gestão de riscos .
C1.1.2	Secretário de saúde e dirigentes superiores da saúde (alta administração) realizam gestão de riscos na secretaria de saúde.

Prática C1.2: Monitorar a gestão.

Item de controle	Descrição
C1.2.1	Resultado do monitoramento da gestão da atenção básica (por exemplo, relatório contendo os indicadores e as metas previstas e alcançadas) está disponível.
C1.2.2	Resultado do monitoramento da gestão da média e/ou alta complexidades está disponível.
C1.2.3	Resultado do monitoramento da gestão da assistência farmacêutica está disponível.
C1.2.4	Resultado do monitoramento da gestão da vigilância em saúde está disponível.
C1.2.5	Resultado do monitoramento do planejamento dos estabelecimentos de saúde está disponível.
C1.2.6	Resultado do monitoramento da gestão de pessoas na secretaria de saúde está disponível.
C1.2.7	Resultado do monitoramento da gestão das aquisições realizadas na secretaria de saúde está disponível.

- **Glossário**

GESTÃO DE RISCOS

identificação de eventos relevantes que podem impedir ou dificultar o atingimento dos objetivos associados à implantação do Plano de Saúde e da programação anual de saúde e adoção de medidas com vistas a diminuir a chance de ocorrência desses eventos ou de seus efeitos.

RESULTADO DO MONITORAMENTO

Conjunto de documentos, como relatórios, que apresentam o produto do monitoramento realizado pela secretaria de saúde com relação aos temas mencionados, que, conforme o caso, possuem o fim de apresentar a comparação das metas previstas no planejamento com o que realmente foi alcançado, mediante a utilização de indicadores*; e comunicar fatos relevantes identificados, frutos do monitoramento realizado. Esses documentos possibilitam ao conselho de saúde adotar as medidas corretivas necessárias junto à gestão ou junto a instituições de controle, caso necessário.

(*) Muitas informações nesse sentido já devem constar do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG).

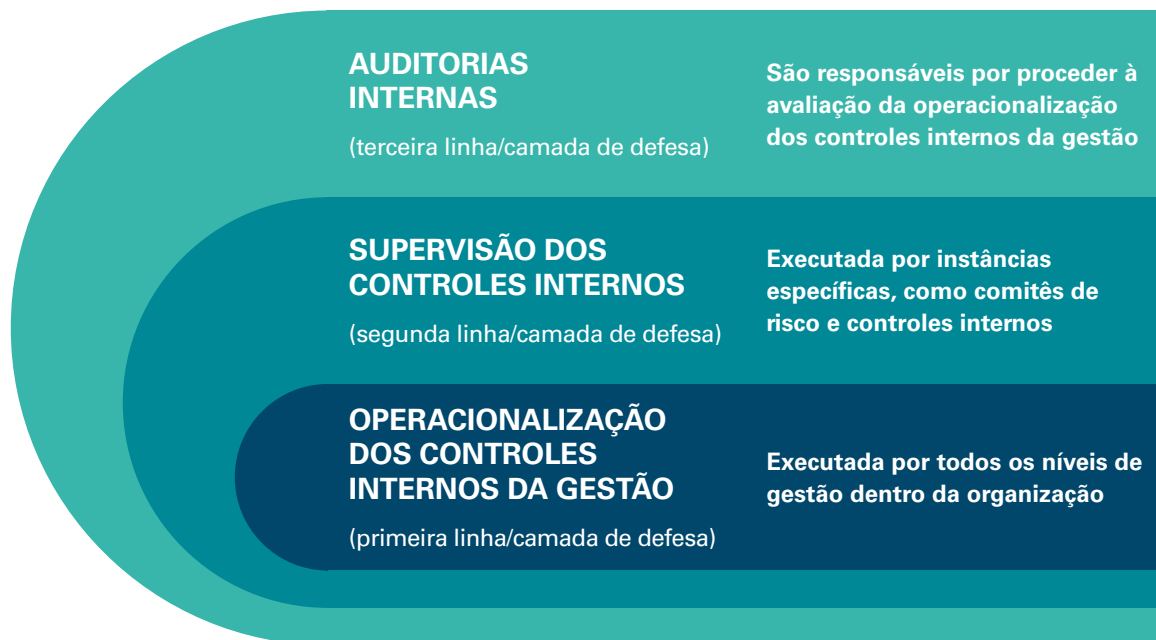


C2 - Auditoria interna

A auditoria interna do SUS não se confunde com o controle interno da secretaria de saúde. A implementação de controles internos deve ser de responsabilidade da própria gestão, que se encarrega de operacionalizar os controles e realizar a sua supervisão. Tais atividades não devem ser atribuições da auditoria interna.

 AUDITORIA INTERNA	CONTROLES INTERNOS DA GESTÃO 
A auditoria interna existe basicamente para avaliar a eficácia dos controles internos implantados pelos gestores. Trata-se de uma atividade independente e objetiva de avaliação e de consultoria, desenhada para adicionar valor e melhorar as operações de uma organização (IIA, 2011 apud BRASIL, 2014; INC MP/CGU 01/2016). Ela auxilia a organização a realizar seus objetivos, a partir da aplicação de uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, de controles internos, de integridade e de governança (IIA, 2011 apud BRASIL, 2014; INC MP/CGU 01/2016).	De acordo com a INC MP/CGU 01/2016, controles internos da gestão são um conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, entre outros, operacionalizados de forma integrada pela direção e pelo corpo de servidores das organizações, destinados a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que, na consecução da missão da entidade, os seguintes objetivos gerais serão alcançados: a. execução ordenada, ética, econômica, eficiente e eficaz das operações; b. cumprimento das obrigações de <i>accountability</i>; c. cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis; e d. salvaguarda dos recursos para evitar perdas, mau uso e danos. O estabelecimento de controles internos no âmbito da gestão pública visa essencialmente aumentar a probabilidade de que os objetivos e metas estabelecidos sejam alcançados, de forma eficaz, eficiente, efetiva e econômica.

Endossando o modelo proposto pelo IIA (2013) a INC MP/CGU 01/2016 estabelece que, no âmbito da Administração Pública, são verificadas três linhas/camadas de defesa:



Compete às auditorias internas oferecer avaliações e assessoramento às organizações públicas, destinadas ao aprimoramento dos controles internos, de forma que

controles mais eficientes e eficazes mitiguem os principais riscos de que os órgãos e entidades não alcancem seus objetivos (INC MP/CGU 01/2016).

Prática C2.1: Estabelecer a função de auditoria interna.

Item de controle	Descrição
C2.1.1	O componente da auditoria interna do SUS está implantado.
C2.1.2	O propósito, a autoridade, o mandato e a responsabilidade do componente da auditoria interna do SUS estão definidos.
C2.1.3	Normas estabelecem a posição do componente da auditoria interna do SUS na secretaria de saúde, autorizam o acesso aos recursos organizacionais (por exemplo, informações e acesso a sistemas) relevantes à realização do trabalho de auditoria e definem o escopo de suas atividades.

- **Glossário**

COMPONENTE DA AUDITORIA INTERNA DO SUS

Refere-se às partes estaduais e municipais integrantes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS.

POSIÇÃO DO COMPONENTE DA AUDITORIA INTERNA DO SUS NA SECRETARIA DE SAÚDE

o Relatório que fundamentou o Acórdão 1130/2017-TCU-Plenário-, alinhado com documentos nacionais e internacionais sobre o assunto, sugere que, no estabelecimento ou aprimoramento, em cada nível de governo, de unidade de auditoria interna, deve-se buscar garantir que a mesma se reporte funcionalmente ao Conselho de Saúde, como reforço no sentido de viabilizar o exercício das competências deste. Ou seja, com vistas a se reduzir riscos de possíveis conflitos de interesse, é recomendável que a auditoria interna mantenha uma aproximação direta do conselho de saúde.

C3 - Accountability e transparência

Entende-se por *accountability* a obrigação que têm as pessoas ou entidades às quais se tenham confiado recursos, incluídas as empresas e organizações públicas, de assumir as responsabilidades de ordem fiscal, gerencial e programática que lhes foram conferidas, e de informar a quem lhes delegou essas responsabilidades (BRASIL, 2011 apud BRASIL, 2014). Espera-se que os agentes de governança prestem contas de sua atuação, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões.

Tradicionalmente, a implementação do sistema de governança deve incluir mecanismos de prestação de contas e de responsabilização para garantir a adequada *accountability* (BRASIL, 2014). A IFAC (2013) acrescenta a estes mecanismos a necessidade de um

contexto de transparência para garantir a sua efetividade (BRASIL, 2014).

A prestação de contas não deve se restringir ao desempenho econômico-financeiro, mas contemplar também outros fatores, como resultados que norteiam a ação gerencial e conduzem à criação de valor para a organização.

A devida prestação de contas da execução e resultados do Plano de Saúde deve ser uma responsabilidade do titular da secretaria de saúde, para comprovar que suas ações foram realizadas de acordo com o planejamento da pasta. O conselho de saúde deve garantir que sejam apurados os indícios de irregularidades porventura identificados, promovendo a responsabilização daquele(s) que deu/deu causa, em caso de comprovação.



Prática C3.1: Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo como exceção, nos termos da lei.

Item de controle	Descrição
C3.1.1	As necessidades de publicidade de informações decorrentes de exigências normativas e jurisprudenciais , e de demandas das partes interessadas , estão descritas (por exemplo, há uma relação de tudo que deve ser publicado).
C3.1.2	Diretrizes do chefe do poder executivo ou do secretário de saúde para abertura de dados e divulgação de informações relacionadas à saúde estão definidas, e incluem a obrigatoriedade de publicação: a. dos serviços que são prestados pela secretaria de saúde e seus estabelecimentos; b. pelos estabelecimentos de saúde, próprios, conveniados e contratualizados, em local facilmente visível pelos usuários, dos serviços que ofertam, da quantidade de serviços ofertados, da escala de médicos; c. das listas de espera para procedimentos de média e/ou alta complexidades; d. dos principais instrumentos de planejamento da secretaria (por exemplo Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde); e. dos principais relatórios de acompanhamento e avaliação da saúde, por exemplo, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório Anual de Gestão (RAG); f. do fluxo de encaminhamento e acesso aos serviços de média e alta complexidade; g. das listas de medicamentos padronizados; h. dos dados primários em formato aberto.
C3.1.3	O catálogo de informações às quais a secretaria de saúde se compromete a dar transparência ativa está definido e é acessível às partes interessadas.
C3.1.4	As informações às quais a secretaria de saúde se compromete a dar transparência ativa estão acessíveis às partes interessadas.
C3.1.5	As informações publicadas estão de acordo com as exigências normativas e jurisprudenciais .
C3.1.6	A satisfação das partes interessadas com as informações que lhe são fornecidas é avaliada e monitorada.



- **Glossário**

PARTES INTERESSADAS

por exemplo, cidadãos em geral, órgãos de controle, profissionais de saúde, prestadores de serviço e mídia.

TRANSPARÊNCIA ATIVA

iniciativa de dar divulgação a informações de interesse geral ou coletivo, ainda que não tenha sido expressamente solicitado.

EXIGÊNCIAS NORMATIVAS

exigências contidas nas normas, que podem ser leis, decretos, portarias etc.

JURISPRUDENCIAL

relativo a jurisprudência. Conjunto de decisões reiteradas proferidas pelos Tribunais sobre determinada matéria de direito, que servem de orientação para a aplicação e interpretação das leis (Vocabulário de Controle Externo do TCU).

RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA)

instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde (PAS). Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. O RDQA observará o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 2012 e conterá, no mínimo, as seguintes informações: I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (Portaria GM/MS nº 2.135/2013).

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; III - a análise da execução orçamentária; e IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. O RAG deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SargSUS (Portaria GM/MS nº 2.135/2013).



Prática C3.2: Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde.

Item de controle	Descrição
C3.2.1	Relatório anual de gestão (RAG) e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no SargSUS .
C3.2.2	Pareceres do conselho de saúde sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG) e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no SargSUS.
C3.2.3	O Relatório Anual de Gestão (RAG) contém: a. as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; b. as metas da Programação Anual de Saúde (PAS) previstas e executadas; c. a análise da execução orçamentária; d. as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.
C3.2.4	A satisfação das partes interessadas com o conteúdo e a qualidade da prestação de contas é avaliada e monitorada.

- **Glossário**

SargSUS

Ferramenta eletrônica que apoia os gestores na elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), bem como na posterior disponibilização aos conselhos de saúde (Ministério da Saúde).

Prática C3.3: Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.

Item de controle	Descrição
C3.3.1	Diretrizes para a apuração, de ofício, de irregularidades estão definidas.
C3.3.2	Indícios de irregularidades são apurados, de ofício , em conformidade com as diretrizes definidas.
C3.3.3	Casos comprovados de irregularidades resultam na aplicação de sanções, em conformidade com as diretrizes definidas.
C3.3.4	Casos comprovados de irregularidade resultam no encaminhamento tempestivo de informações para os órgãos de controle competentes.
C3.3.5	Apuração dos indícios de irregularidades é monitorada pelo conselho de saúde.

- **Glossário**

DE OFÍCIO

Refere-se ao ato determinado por autoridade administrativa, em virtude do cargo ou função que ocupa, o qual deve ser cumprido independentemente de iniciativa ou pedido da parte interessada (Glossário Jurídico do Supremo Tribunal Federal- STF).

ÓRGÃOS DE CONTROLE

são exemplos de órgãos de controle: tribunais de contas, casas do Poder Legislativo, controladorias e órgãos de auditoria do SUS e Ministério Público.

- CAPÍTULO 4

Gestão Pública em Saúde



4. GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Secretarias de Saúde

No setor público, relativamente aos serviços públicos de saúde prestados à sociedade, com foco no cidadão, a utilização dos recursos tem a finalidade de ofertar à população serviços de qualidade, econômicos e efetivos, que devem ser alcançados mediante processos de gestão eficientes, com realização das ações da melhor forma possível, em termos de custo-benefício (BRASIL, 2014).

As ações e serviços de saúde prestados pelos estados e municípios brasileiros devem estar estruturados de forma a abarcar vários componentes que integram diretamente a atenção à saúde prestada pelo SUS, ou seja, exprimem a execução de uma elevada quantidade de processos relacionados à finalidade de todo o sistema. Nesse sentido, mencionam-se como componentes da atenção à saúde a atenção básica, a atenção de média e alta complexidades, a assistência farmacêutica e a vigilância em saúde. É comum a todos esses componentes a execução de práticas relacionadas à consecução de planos, gestão de pessoas, processos de apoio relativos a aquisições e a orçamentos e finanças, e as relacionadas a informação e conhecimento no âmbito das

secretarias de saúde, os quais formam os componentes de gestão administrativa, que compreendem o conjunto de meios pelos quais os produtos (serviços de saúde prestados à sociedade) serão alcançados. A Figura 10 ilustra essa relação (pág. 64).

Para a realidade da saúde pública nos estados e municípios, verifica-se a necessidade de segregação da gestão em dois grandes mecanismos: Gestão da Atenção à Saúde (fim) e Gestão Administrativa (meio). Com base no RBG/TCU e no conceito apresentado pela ABNT NBR ISO/IEC 38500: 2009, define-se o seguinte conceito de Gestão em Pública em Saúde no contexto das secretarias de saúde:

Gestão Pública em Saúde são os mecanismos de gestão postos em prática pelos órgãos de direção do SUS, com vistas à implementação de políticas públicas e à prestação de serviços de saúde à sociedade.



Figura 10: Relação entre os componentes de gestão nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Adaptado de normas, bibliografia especializada do SUS e do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA)



Nota: quanto às secretarias estaduais de saúde, também se considera componente do mecanismo de Gestão da Atenção à Saúde o apoio prestado por estas às respectivas secretarias municipais de saúde.

Os componentes de gestão mencionados são compreendidos por uma série de “práticas”, cujo conceito pode ser extraído do GESPÚBLICA:

(...) práticas de gestão são atividades executadas sistematicamente com a finalidade de gerenciar uma organização, que estão consubstanciadas nos padrões de trabalho. São também chamadas de processos, métodos ou metodologias de gestão.

Cabe aos gestores da saúde o planejamento, a execução, o controle e a retroalimentação do planejamento, em relação às ações e serviços de saúde, mediante planos, processos, pessoas e informação e conhecimento.

A lógica que envolve os mecanismos de gestão e seus desdobramentos (componentes, práticas e itens de controle) é a mesma já exposta no tópico relativo aos conselhos de saúde- governança organizacional pública (ver Figura 9).

Abaixo, segue a lista proposta dos mecanismos de gestão até o nível de prática.

Mecanismos de Gestão	Componentes	Práticas
GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE		
Atenção Básica (AB)		
AB1	Organizar a atenção básica.	
AB2	Garantir que a atenção básica seja a ordenadora do cuidado.	
AB3	Definir territórios, estratificar os riscos e definir as responsabilidades sanitárias.	
AB4	Vincular população aos territórios.	
AB5	Estabelecer mecanismos de acessibilidade.	
AB6	Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares.	
AB7	Executar as ações da atenção básica de sua responsabilidade.	
AB8	Estabelecer mecanismos para continuidade no atendimento clínico (considerando o tratamento na própria atenção básica).	
AB9	Estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica.	
AB10	Encaminhar para o cuidado na média e/ou alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contrarreferência.	
AB11	Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento).	
Média e/ou Alta Complexidades (MAC)		
MAC1	Organizar o atendimento de média e/ou alta complexidades.	
MAC2	Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade.	
MAC3	Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB).	
MAC4	Estabelecer complexo regulador.	
MAC5	Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologias de informação.	
MAC6	Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades.	
MAC7	Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade.	
MAC8	Realizar contrarreferência.	
MAC9	Implantar controles na gestão da utilização de OPMEs.	
MAC10	Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).	



Assistência Farmacêutica (AF)	
AF1	Organizar a assistência farmacêutica.
AF2	Selecionar medicamentos.
AF3	Programar aquisição de medicamentos.
AF4	Adquirir medicamentos.
AF5	Armazenar e distribuir medicamentos.
AF6	Dispensar medicamentos.
AF7	Segregar funções críticas.
AF8	Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento).
Vigilância em Saúde (VS)	
VS1	Organizar a vigilância em saúde.
VS2	Realizar vigilância da situação geral de saúde da população.
VS3	Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis.
VS4	Realizar vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências.
VS5	Realizar vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde.
VS6	Realizar vigilância da saúde do trabalhador.
VS7	Realizar vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.
VS8	Estabelecer e executar planos de resposta às emergências de saúde pública.
VS9	Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).
Apoio aos Municípios	
AM1	Organizar o apoio aos municípios.
AM2	Apoiar na execução das atividades atípicas.
AM3	Apoiar o planejamento.
AM4	Prover capacitação.
AM5	Complementar recursos financeiros.
AM6	Prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora de seu domicílio).
GESTÃO ADMINISTRATIVA	
Planos (PI)	
PI1	Elaborar Plano de Saúde.
PI2	Elaborar programação anual de saúde.
PI3	Estabelecer planos operativos.



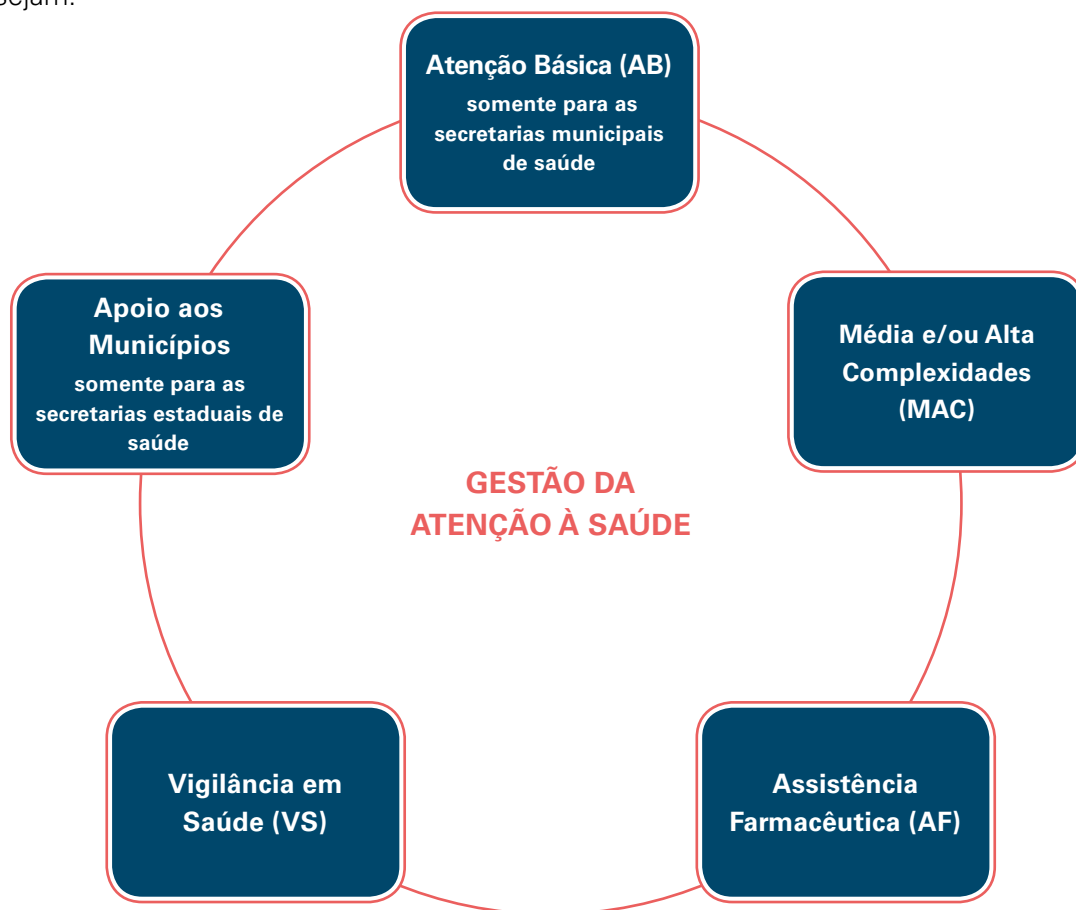
Processos de Apoio- Aquisições (PrAq)	
PrAq1	Estabelecer processo de aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde).
PrAq2	Monitorar e avaliar processo de aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde).
PrAq3	Implantar controles para cada uma das aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde).
Processos de Apoio- Acordos com terceiros para a prestação de serviços de saúde (PrCtt)	
PrCtt1	Estabelecer processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde.
PrCtt2	Monitorar e avaliar processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde.
PrCtt3	Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde.
Processos de Apoio- Orçamento e Finanças (PrOF)	
PrOF1	Estabelecer processo orçamentário e financeiro.
PrOF2	Monitorar e avaliar processo orçamentário e financeiro.
PrOF3	Monitorar e avaliar o fundo de saúde.
Pessoas (PE)	
PE1	Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento dos gestores e colaboradores da secretaria de saúde.
PE2	Estabelecer mecanismos de controle para evitar que conflitos de interesse influenciem as decisões dos gestores da secretaria de saúde.
PE3	Dispor de força de trabalho suficiente.
PE4	Desenvolver lideranças.
PE5	Avaliar e reconhecer o desempenho das pessoas.
PE6	Promover a aprendizagem contínua.
PE7	Realizar gestão do conhecimento (de outras formas que não por treinamentos).
PE8	Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção dos gestores.
Informação e Conhecimento (IC)	
IC1	Utilizar sistemas de informação.
IC2	Utilizar comunidades de práticas.
IC3	Patrocinar a inovação.
IC4	Apurar e controlar custos.



4.1 MECANISMOS DE GESTÃO EM SAÚDE

4.1.1 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

O mecanismo de Gestão da Atenção à Saúde é segregado em cinco componentes, quais sejam:



4.1.1.1 ATENÇÃO BÁSICA (SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE)

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo desenvolvida por meio do exercício de

práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, utilizando-se de

tecnologias de baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em um determinado território (BRASIL, 2009). Seus serviços, geralmente, são executados em estabelecimentos como postos de saúde, centros de saúde/unidades básicas de saúde, e unidades de Saúde da Família.

No Brasil, a atenção básica é operacionalizada com alto nível de descentralização, sendo desempenhada pelos municípios, com apoio técnico e financeiro da União e dos estados. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) preconiza que esse nível de atenção à saúde deve ser orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, devendo ser a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (consoante o art. 9º, do Decreto 7.508/11, além da atenção básica, são portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto).

Starfield (2002) esclarece que:

Nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária. O imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista, sendo este imperativo mais forte em alguns países do que em outros. Em que medida

estas diferenças na orientação da atenção primária estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para a atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 1994).

Afirma-se que a atenção básica é capaz de resolver 80-90% dos problemas de saúde da população (CONASS, 2011; CAMPOS, 2007), nível de atenção a que, no Brasil, atribuiu-se a incumbência de coordenar o cuidado e ordenar as Redes de Atenção à Saúde- RASs (PNAB, 2017).

O papel de coordenar visa a transformação de um sistema de atenção à saúde fragmentado em um sistema com o formato de Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2011). Cabe à atenção básica elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos individualizados e acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RASs (PNAB, 2017), atuando como o centro de comunicação entre esses pontos.

Já o papel de ordenar as redes está diretamente ligado à noção de planejamento. A atenção básica deve reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros níveis de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (PNAB, 2017).



Prática AB1: Organizar a atenção básica.

Item de controle	Descrição
AB1.1	Papéis e responsabilidades da estrutura da atenção básica estão estabelecidos.
AB1.2	Os gestores atenção básica estão designados.
AB1.3	Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequada, para executar as atividades da atenção básica estão disponíveis.
AB1.4	Infraestrutura necessária para executar as atividades da atenção básica está disponível.

Prática AB2: Garantir que a atenção básica seja a ordenadora do cuidado.

Item de controle	Descrição
AB2.1	O levantamento das necessidades de saúde a partir da atenção básica é realizado de forma sistematizada, levando-se em consideração: a. o estudo do perfil epidemiológico constante de dados dos sistemas informatizados; b. o estudo da situação demográfica e socioeconômica da população adscrita; c. pesquisas de demanda reprimida; d. conferências de saúde; e e. reuniões com partes interessadas.
AB2.2	As necessidades de saúde identificadas na atenção básica são utilizadas para programar os serviços de saúde a serem prestados na própria atenção básica, na média e na alta complexidades.

Prática AB3: Definir territórios, estratificar os riscos e definir as responsabilidades sanitárias.

Item de controle	Descrição
AB3.1	Os territórios sob responsabilidade de cada estabelecimento da atenção básica estão claramente definidos.
AB3.2	Mecanismos para vincular os profissionais de saúde aos usuários que devem acompanhar estão estabelecidos.



Item de controle	Descrição
AB3.3	Mecanismos com vistas a sensibilizar os profissionais de saúde sobre sua responsabilidade em relação aos usuários que devem acompanhar estão estabelecidos (por exemplo, capacitação permanente, palestras planejadas etc., com a finalidade de esclarecer as responsabilidades dos profissionais).
AB3.4	Mecanismos de estratificação da população em subpopulações, de acordo com o grau de risco a que estão submetidas, estão estabelecidos (por exemplo, grupos de maior risco como hipertensos diabéticos e portadores de outros agravos relevantes).

Prática AB4: Vincular população aos territórios.

Item de controle	Descrição
AB4.1	Estratégias para vincular a população aos territórios são executadas (por exemplo, ações para orientar a população sobre sua vinculação territorial).
AB4.2	Mecanismos para que a humanização do atendimento na atenção básica seja efetivada estão estabelecidos e em plena utilização (por exemplo, capacitação permanente dos profissionais da atenção básica em humanização do atendimento).
AB4.3	Monitoramento dos pacientes atendidos em unidade diversa da sua unidade de referência é realizado.
AB4.4	Ações corretivas são tomadas em decorrência do monitoramento dos atendimentos que não obedecem à vinculação territorial.

• **Glossário**

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

É a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade com o estabelecimento de vínculo entre as equipes de saúde e a população. Consiste no atendimento das pessoas que buscam um determinado serviço de saúde, com a decisão de acolher, escutar e dar resposta positiva na solução dos seus problemas de saúde. Implica o compromisso de todos os atores envolvidos no sistema: gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e dos próprios usuários. Essencialmente, a humanização do atendimento expressa-se por relações estabelecidas sob parâmetros humanitários, de solidariedade e responsabilidade, que terminam por produzir satisfação pela qualidade dos serviços realizados (Tesauro do Ministério da Saúde).



Prática AB5: Estabelecer mecanismos de acessibilidade.

Item de controle	Descrição
AB5.1	Medidas que visam facilitar o acesso de pacientes (por exemplo, o agendamento aberto) são implementadas.
AB5.2	Estratégias de acolhimento com classificação de risco estão implementadas.
AB5.3	Os meios de apoio logístico, como de transporte sanitário, estão estabelecidos onde necessários.

Prática AB6: Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares.

Item de controle	Descrição
AB6.1	As equipes de atenção básica são formadas por profissionais multidisciplinares , em quantidade e com a qualificação adequada suas atribuições.
AB6.2	A formação das equipes de atenção básica é monitorada para verificar se estão sempre completas.

- **Glossário**

Equipes multidisciplinares

Composição de grupos de trabalho, integrados por diferentes profissões de saúde. Sua dinâmica de atuação implica compartilhamento e potencialização de ações e de compromissos junto aos usuários do sistema de saúde. A organização das equipes multiprofissionais deve levar em conta as realidades locais em que atuarão e a disponibilização, de maneira matricial (transdisciplinar), dos saberes e práticas organizados em profissões da saúde (Tesauro do Ministério da Saúde).

Prática AB7: Executar as ações da atenção básica de responsabilidade da secretaria.

Item de controle	Descrição
AB7.1	Ações e serviços de atenção básica de responsabilidade da secretaria são executados.
AB7.2	A satisfação do usuário com as ações e serviços de atenção básica é avaliada.



Prática AB8: Estabelecer mecanismos para continuidade no atendimento clínico (considerando o tratamento na própria atenção básica).

Item de controle	Descrição
AB8.1	Mecanismos para que os agentes comunitários de saúde tenham conhecimento de cada usuário sob seu cuidado estão estabelecidos (por exemplo, separação/distribuição das famílias que ficarão sob o cuidado de um determinado agente comunitário de saúde, na área adstrita pela equipe de atenção básica, incluindo a relação contendo as informações sobre cada pessoa que compõe essas famílias).
AB8.2	Mecanismos que permitam aos profissionais da atenção básica conhecerem o histórico de saúde de cada usuário estão estabelecidos (por exemplo, existência de prontuários clínicos).
AB8.3	Mecanismos que visem à realização da busca ativa de usuários para tratamento na atenção básica estão estabelecidos (por exemplo, controle de usuários em condições crônicas de saúde que demandam acompanhamento; definição de pessoal e gestão da atividade dos profissionais que realizarão a busca ativa).

Prática AB9: Estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica

Item de controle	Descrição
AB9.1	Protocolos clínicos para o atendimento na atenção básica estão definidos.
AB9.2	Utilização de protocolos clínicos para o atendimento na atenção básica é monitorada.
AB9.3	Mecanismos com vistas a sensibilizar a população de que atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS estão estabelecidos (por exemplo, realização de reuniões periódicas com a comunidade, informações na página da secretaria de saúde na Internet).
AB9.4	Ferramentas que auxiliem no diagnóstico de usuários no âmbito da atenção básica estão estabelecidas (por exemplo, utilização do Telessaúde ou de ferramenta similar).
AB9.5	Mecanismos para a promoção da saúde por meio de ações preventivas são executadas (por exemplo, ações do programa academia da saúde)



- **Glossário**

Protocolos clínicos

Conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, provenientes de uma revisão sistemática da evidência científica disponível e de uma avaliação profissional, apresentado de maneira estruturada e elaborado com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde e os pacientes em suas decisões. Nos protocolos clínicos são estabelecidos claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos (Tesauro Eletrônico do Ministério da Saúde).

Prática AB10: Encaminhar para o cuidado na média e/ou alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contrarreferência.

Item de controle	Descrição
AB10.1	Os fluxos de referência (média e/ou alta complexidades) para onde serão encaminhados os usuários estão acessíveis aos profissionais da atenção básica.
AB10.2	Mecanismos para que as equipes de atenção básica tomem conhecimento da situação clínica de cada usuário que foi encaminhado para a média e/ou alta complexidades estão estabelecidos (por exemplo, utilização de ferramenta informatizada, busca de informação por mensagem eletrônica, etc.).
AB10.3	Mecanismos que permitam que os profissionais da atenção básica se comuniquem com especialistas da média e da alta complexidade, para que possam solicitar o contrarreferenciamento de usuários, estão estabelecidos (p. e., utilização de ferramenta informatizada para realização da comunicação).

- **Glossário**

Contrarreferência de pacientes

Ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência (Tesauro Eletrônico do Ministério da Saúde).



Prática AB11: Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento).

Item de controle	Descrição
AB11.1	Indicadores da gestão da atenção básica que serão monitorados estão estabelecidos.
AB11.2	Indicadores da gestão da atenção básica são mensurados.
AB11.3	Resultados da avaliação dos indicadores da gestão da atenção básica são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da saúde.

- Glossário**

Indicador

Número, percentagem ou razão que mede um aspecto do desempenho, com o objetivo de comparar esta medida com as metas preestabelecidas (BRASIL, 2010). Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção (BRASIL, 2016).

4.1.1.2 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a **média complexidade**:

É um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde.

Os seguintes grupos compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais:

1. procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio;
2. cirurgias ambulatoriais especializadas;
3. procedimentos traumatológico-ortopédicos;
4. ações especializadas em odontologia;
5. patologia clínica;
6. anatomopatologia e citopatologia;
7. radiodiagnóstico;
8. exames ultra-sonográficos;
9. diagnose;
10. fisioterapia;
11. terapias especializadas;
12. próteses e órteses;
13. anestesia.



A atenção de **alta complexidade** é definida como (BRASIL, 2009):



Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardiácos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatismo-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e

do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS-SIHSUS (embora em pequena quantidade, encontram-se também no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS- SIASUS).



A maior parte dos municípios brasileiros não possui estrutura de atenção de média e alta complexidades (MAC). De acordo com dados disponibilizados na página do Índice de Desempenho do SUS- IDSUS-, pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas/SE/MS), 4.221 municípios não possuem estrutura MAC, o que representa 76% dos municípios brasileiros.

(conforme o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município- IESSM-, disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>)

Para garantir a integralidade do cuidado de sua população, os municípios que não dispõem desses serviços dependem dos chamados municípios de referência, que ficam com a atribuição de prestar assistência especializada, conforme pactuação previamente estabelecida.



Prática MAC1: Organizar o atendimento de média e/ou alta complexidades.

Item de controle	Descrição
MAC1.1	Papéis e responsabilidades da estrutura do atendimento de média e/ou alta complexidades estão estabelecidos.
MAC1.2	Os gestores do atendimento de média e/ou alta complexidades estão designados.
MAC1.3	Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades do atendimento de média e/ou alta complexidades estão disponíveis.
MAC1.4	Infraestrutura necessária para executar as atividades do atendimento de média e/ou alta complexidades está disponível.

Prática MAC2: Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade.

Item de controle	Descrição
MAC2.1	Estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média e/ou alta complexidades estão relacionados.
MAC2.2	Ações e serviços que são prestados por cada estabelecimento de saúde estão listados.
MAC2.3	Fluxos de referência são de conhecimento da gestão da média e alta complexidade.
MAC2.4	Recursos (humanos, infraestrutura etc.) necessários à prestação das ações e serviços estão identificados.
MAC2.5	Recursos (humanos, infraestrutura etc.) necessários à prestação das ações e serviços estão disponíveis.

Prática MAC3: Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB).

Item de controle	Descrição
MAC3.1	Fluxos de referência, partindo de sua própria atenção básica, para a média e alta complexidade estão estabelecidos.
MAC3.2	Fluxos de referência de sua própria atenção básica para a média e alta complexidade são comunicados aos estabelecimentos da atenção básica.



Prática MAC4: Estabelecer complexo regulador.

Item de controle	Descrição
MAC4.1	Complexo regulador está estabelecido.
MAC4.2	Infraestrutura necessária ao funcionamento do complexo regulador está disponível.
MAC4.3	Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para suportar o funcionamento do complexo regulador estão disponíveis.
MAC4.4	Recursos orçamentários e financeiros suficientes estão disponíveis.
MAC4.5	Escopo da regulação, incluindo ações, serviços, unidades solicitantes e unidades executantes, está estabelecido.
MAC4.6	Protocolos de regulação estão estabelecidos, e incluem os critérios da informação a ser enviada à Central de Regulação.
MAC4.7	Protocolos clínicos para uso na regulação estão estabelecidos.

- Glossário**

Complexo regulador

É a estrutura ordenadora e orientadora do sistema de atenção integral à saúde ao nível de uma região (Tesauro do Ministério da Saúde). É a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores (Portaria GM/MS 1.559/2008).

Prática MAC5: Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologias de informação.

Item de controle	Descrição
MAC5.1	Oferta de serviços pelas unidades executantes (procedimentos, leitos hospitalares etc.) está descrita.
MAC5.2	Cotas de serviços por classificação de risco (por exemplo, urgência, emergência) para as unidades solicitantes estão estabelecidas.
MAC5.3	Processos de autorizações prévias (por exemplo, Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC ou Autorização de Internação Hospitalar – AIH) estão listados.
MAC5.4	Regulação é executada com utilização dos protocolos pré-estabelecidos.



Prática MAC6: Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades.

Item de controle	Descrição
MAC6.1	Indicadores das filas de espera estão estabelecidos.
MAC6.2	Indicadores das filas de espera são mensurados.
MAC6.3	Apoio à qualificação dos encaminhamentos para as especialidades (por exemplo, por meio de centros de teleconsultoria) está disponível.
MAC6.4	Resultados da avaliação dos indicadores das filas de espera são utilizados para tomada de decisão pelo gestor da atenção básica.
MAC6.5	Resultados da avaliação dos indicadores das filas de espera são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da média e/ou alta complexidades.

Prática MAC7: Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade.

Item de controle	Descrição
MAC7.1	Ações e serviços de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade são executados.
MAC7.2	A satisfação do usuário com as ações e serviços de média e/ou alta complexidades é avaliada.

Prática MAC8: Realizar contrarreferência.

Item de controle	Descrição
MAC8.1	Orientações sobre a importância e necessidade da contrarreferência são oferecidas aos executores das ações de média e/ou alta complexidades.
MAC8.2	Informações sobre a origem do usuário estão descritas.
MAC8.3	Contrarreferências são realizadas.

Prática MAC9: Implantar controles na gestão da utilização de OPMEs.

Item de controle	Descrição
MAC9.1	Comissões com a incumbência de especificar ou padronizar OPMEs a serem adquiridas estão estabelecidas.



Item de controle	Descrição
MAC9.2	Especificações padronizadas de OPMEs que devem ser utilizadas pelas Unidades Hospitalares estão estabelecidas.
MAC9.3	Quantidades de OPMEs a serem adquiridas nas Unidades Hospitalares são estimadas com base nas metas de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais do exercício.
MAC9.4	Protocolos para recebimento, armazenagem, conservação e utilização de OPMEs nas Unidades Hospitalares estão estabelecidos (por exemplo, procedimentos operacionais padrão).
MAC9.5	Controles de quantitativo de estoque de OPMEs, incluindo registro de entradas e saídas, estão estabelecidos nas Unidades Hospitalares.
MAC9.6	Controles que permitam rastrear OPMEs desde a sua aquisição até sua utilização estão implantados nas Unidades Hospitalares.

Prática MAC10: Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).

Item de controle	Descrição
MAC10.1	Indicadores da gestão da média e/ou alta complexidades que serão monitorados estão estabelecidos.
MAC10.2	Indicadores da gestão da média e/ou alta complexidades são mensurados.
MAC10.3	Resultados da avaliação dos indicadores da gestão da média e/ou alta complexidades são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da saúde.

4.1.1.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS 338/2004- PNAF) define este componente como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto

envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.



A literatura especializada indica uma crescente demanda por medicamentos. A disponibilização destes insumos envolve aporte elevado de recursos financeiros, podendo a ausência de um gerenciamento efetivo acarretar grandes desperdícios (MSH, 1997 apud MENDES, 2011).

Uma boa gestão da assistência farmacêutica é fruto de conhecimentos, habilidades e atitudes, abrangendo ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação permanentes (MARIN et al, 2003 apud MENDES, 2011).

Prática AF1: Organizar a assistência farmacêutica.

Item de controle	Descrição
AF2.1	Papéis e responsabilidades da estrutura da assistência farmacêutica estão estabelecidos.
AF1.2	Os gestores da assistência farmacêutica estão designados.
AF1.3	Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da assistência farmacêutica estão disponíveis.
AF1.4	Infraestrutura necessária para executar as atividades da assistência farmacêutica está disponível.

Prática AF2: Selecionar medicamentos.

Item de controle	Descrição
AF2.1	Comissão de Farmácia e Terapêutica, ou equivalente, está estabelecida.
AF2.2	Informações técnicas para apoiar a seleção de medicamentos estão disponíveis (por exemplo, estudos de perfil epidemiológico e nosológico, estudos de consumo).
AF2.3	Registros qualitativos da demanda reprimida por medicamentos está disponível.
AF2.4	Registros de medicamentos adquiridos em decorrência de decisões judiciais está disponível.
AF2.5	Relação de Medicamentos (REMUME/REMUME) está definida com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).
AF2.6	Relação de Medicamentos (REMUME/REMUME) é divulgada aos profissionais dos estabelecimentos de saúde.



Prática AF3: Programar aquisição de medicamentos.

Item de controle	Descrição
AF3.1	Dados de consumo de medicamentos estão disponíveis.
AF3.2	Dados quantitativos de demanda (atendida e não atendida) de medicamentos estão disponíveis.
AF3.3	Parâmetros para gestão de estoque de medicamentos (por exemplo, estoques mínimo e máximo, ponto de pedido) estão estabelecidos.
AF3.4	Programação de aquisições de medicamentos é realizada com base em critérios técnicos.
AF3.5	Avaliações da programação de aquisição de medicamentos estão disponíveis.

Prática AF4: Adquirir medicamentos.

Item de controle	Descrição
AF4.1	Catálogo de medicamentos ou manual de especificação técnica de medicamentos está estabelecido, e incluem a padronização da nomenclatura e da apresentação dos medicamentos.
AF4.2ou	Regras quanto ao prazo de validade (contado a partir da entrega) estão estabelecidas nas especificações técnicas do termo de referência.

Prática AF5: Armazenar e distribuir medicamentos.

Item de controle	Descrição
AF5.1	Protocolos que incluem verificação de requisitos técnicos e requisitos administrativos para o recebimento dos medicamentos estão descritos (por exemplo, procedimentos operacionais padrão).
AF5.2	Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), ou equivalente, está estabelecida.
AF5.3	Protocolos (por exemplo, procedimentos operacionais padrão) para armazenagem e conservação dos medicamentos estão estabelecidos.
AF5.4	Controle de quantitativo de estoque, incluindo registro de entradas e saídas, está estabelecido.
AF5.5	Procedimentos para prevenção de perda de medicamentos por vencimento do prazo de validade estão estabelecidos.



Item de controle	Descrição
AF5.6	Inventários periódicos são realizados.
AF5.7	Protocolos para distribuição dos medicamentos aos estabelecimentos de saúde estão estabelecidas.
AF5.8	Protocolos para descarte de medicamentos estão estabelecidos.

Prática AF6: Dispensar medicamentos.

Item de controle	Descrição
AF6.1	Profissionais habilitados para dispensação de medicamentos estão disponíveis em quantidade suficiente.
AF6.2	Informações que permitam rastrear a dispensação de medicamentos estão disponíveis.
AF6.3	Procedimentos a serem seguidos para dispensação estão disponíveis aos profissionais responsáveis.

- **Glossário**

Dispensação de medicamentos

A dispensação é o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento, sendo elementos importantes da orientação, dentre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

Prática AF7: Segregar funções críticas.

Item de controle	Descrição
AF7.1	Funções críticas na gestão de medicamentos estão descritas.
AF7.2	Funções críticas na gestão de medicamentos estão segregadas.



- **Glossário**

FUNÇÕES CRÍTICAS

Consideram-se críticas aquelas funções que, devido à sua natureza de tratamento de questões materiais e relevantes, possuem alto risco inerente. Segregar essas funções reduz esses riscos, relacionados a erros e a possíveis conflitos de interesses. As pessoas ou as áreas responsáveis por uma determinada atividade do processo devem ser distintas e independentes daquelas que exercerão as demais etapas. Por exemplo, a pessoa responsável pela seleção de medicamentos ou pela programação de aquisição não deve ser a mesma pessoa que realiza o processo licitatório correspondente; o responsável pela liquidação da despesa (quando da entrega do objeto de compra) não deve ser a mesma pessoa que realiza o pagamento ou que promove o processo licitatório; o responsável pelo recebimento dos medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ou correspondente não deve ser a mesma pessoa que recebe o medicamento em uma farmácia para dispensação; o profissional responsável pela dispensação de medicamentos não deve ser o responsável pelo controle de estoque da farmácia etc... (Acórdão 1.840/2017-TCU-Plenário).

Prática AF8: Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento).

Item de controle	Descrição
AF8.1	Indicadores da gestão da assistência farmacêutica que serão monitorados estão estabelecidos.
AF8.2	Indicadores da gestão da assistência farmacêutica são mensurados.
AF8.3	Resultados da avaliação dos indicadores da gestão da assistência farmacêutica são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da saúde.

4.1.1.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Portaria GM/MS 1.378/2013 define Vigilância em Saúde como:

(...) um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integridade da atenção à saúde da população, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para:

- a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias,



- monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
 - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
 - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
 - a vigilância da saúde do trabalhador;
 - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
 - a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e
 - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo, trabalho e na própria comunidade.

Prática VS1: Organizar a vigilância em saúde.

Item de controle	Descrição
VS.1.1	Papéis e responsabilidades da estrutura da vigilância em saúde estão definidos.
VS.1.2	Os gestores da vigilância em saúde estão designados.
VS.1.3	Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da vigilância em saúde estão disponíveis.
VS.1.4	Infraestrutura necessária para executar as atividades da vigilância em saúde está disponível.

Prática VS2: Realizar vigilância da situação geral de saúde da população.

Item de controle	Descrição
VS2.1	Indicadores de saúde que serão monitorados para fins de vigilância em saúde estão selecionados.
VS2.2	Indicadores de saúde selecionados são mensurados.
VS2.3	Resultados da avaliação dos indicadores de saúde selecionados são utilizados como parâmetro para ações de vigilância em saúde.
VS2.4	Ações preventivas e educativas de vigilância em saúde são realizadas.
VS2.5	Estudos e pesquisas para aperfeiçoamento científico e tecnológico da vigilância em saúde são realizados.



Prática VS3: Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis.

Item de controle	Descrição
VS3.1	Perfil epidemiológico das doenças transmissíveis é levantado periodicamente.
VS3.2	Protocolos de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis estão estabelecidos.
VS3.3	Protocolos de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis são conhecidos pelas partes interessadas (consideram-se partes interessadas os cidadãos, estabelecimentos de saúde, mídia, etc.).
VS3.4	Ações de educação em saúde (por exemplo, elaboração de material educativo e propagandas em mídia, em conjunto com outras áreas governamentais), são realizadas.
VS3.5	Ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis são executadas.

Prática VS4: Realizar vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências.

Item de controle	Descrição
VS4.1	Plano municipal/estadual vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências está estabelecido.
VS4.2	Diretrizes para intervenções que impactem positivamente no controle de doenças crônicas e agravos não transmissíveis e promovam a qualidade de vida da população estão estabelecidas.
VS4.3	Informações epidemiológicas para fundamentar intervenções e políticas de vigilância de doenças crônicas, agravos não transmissíveis e promoção de saúde estão disponíveis.
VS4.4	Articulação com outros setores governamentais, setor privado e sociedade civil para atuar nos fatores de risco de doenças crônicas e agravos não transmissíveis e na proteção da saúde é realizada.
VS4.5	Ações de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências são executadas (por exemplo, implantação de unidades sentinelas para acidentes de transporte terrestres).



- **Glossário**

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

São doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração (Ministério da Saúde), responsáveis por mais de 72% das mortes no Brasil, durante o ano de 2013. Como exemplo, citam-se as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica.

Prática VS5: Realizar vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde.

Item de controle	Descrição
VS5.1	Mapeamento das populações expostas a riscos ambientais em saúde está estabelecido.
VS5.2	Protocolos de detecção e prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana estão estabelecidos.
VS5.3	Fatores de risco, sobretudo, com relação à qualidade da água para consumo humano, do ar e do solo, estão estabelecidos.
VS5.4	Fatores de risco, sobretudo, com relação à vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo são monitorados.

Prática VS6: Realizar vigilância da saúde do trabalhador.

Item de controle	Descrição
VS6.1	Protocolos assistenciais quanto aos Agravos de Saúde do Trabalhador estão estabelecidos.
VS6.2	A prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho são considerados no planejamento.
VS6.3	Os princípios da precaução, da promoção da saúde e da prevenção de danos, são considerados nas ações de vigilância da saúde do trabalhador.
VS6.4	A promoção de ambientes de trabalho saudáveis e a minimização de riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho são considerados.
VS6.5	Ações de vigilância da saúde do trabalhador são executadas.



Prática VS7: Realizar vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.

Item de controle	Descrição
VS7.1	Protocolos de avaliação de produtos, serviços e tecnologias que possam afetar a saúde pública estão estabelecidos.
VS7.2	Mapeamento de todos os estabelecimentos e locais passíveis de atuação de vigilância sanitária é realizado periodicamente.
VS7.3	Cadastramento, licenciamento e fiscalização de estabelecimentos cujos serviços possam afetar a saúde da população são realizados.
VS7.4	Protocolos (notas técnicas, por exemplo) de manuseio de produtos, serviços e tecnologias que possam afetar a saúde pública estão estabelecidos.
VS7.5	Ações de vigilância sanitária são executadas.
VS7.6	O monitoramento das desconformidades apontadas nas fiscalizações de estabelecimentos cujos serviços possam afetar a saúde da população é realizado periodicamente.

Prática VS8: Estabelecer e executar planos de resposta às emergências de saúde pública.

Item de controle	Descrição
VS.8.1	Planos e diretrizes para resposta às emergências estão estabelecidos.
VS.8.2	Canais para comunicação de riscos de uma emergência de saúde pública estão estabelecidos.
VS.8.3	Estrutura, permanente ou circunstancial, suficiente e adequada, para resposta às emergências está implantada.
VS.8.4	Ações de redução de risco (prevenção, mitigação e preparação), manejo da emergência (alerta e resposta) e recuperação (reabilitação e reconstrução) estão delineadas.
VS8.5	Ações de resposta às emergências são executadas, quando necessárias.



Prática VS9: Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).

Item de controle	Descrição
VS.9.1	Indicadores da vigilância em saúde que serão monitorados estão estabelecidos.
VS.9.2	Indicadores da vigilância em saúde são mensurados.
VS.9.3	Resultados da avaliação dos indicadores da vigilância em saúde são utilizados para tomada de decisão pelos gestores da saúde.

4.1.1.5 APOIO AOS MUNICÍPIOS (SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE)

A Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece, em seu art. 17, III, que compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) prestar apoio financeiro e técnico aos municípios.

Quanto ao apoio financeiro, o rateio dos recursos dos estados a serem transferidos aos seus municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde,

observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal (art. 19, da LC 141/2012).

No que tange ao apoio técnico, sua deficiência pode refletir na baixa capacidade para planejar e executar ações de saúde por parte dos municípios. Para minimizar esses problemas, torna-se necessária a existência de uma efetiva atuação do Estado-membro com a finalidade de prestar suporte suficiente de tal modo que seus municípios consigam melhor desempenhar as atribuições a eles conferidas pelas normas do SUS.

Prática AM1: Organizar o apoio aos municípios.

Item de controle	Descrição
AM1.1	Papéis e responsabilidades da estrutura de apoio aos municípios estão estabelecidos.
AM1.2	Os gestores da estrutura de apoio aos municípios estão designados.
AM1.3	Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades de estrutura de apoio aos municípios estão disponíveis.
AM1.4	Infraestrutura necessária para executar as atividades de estrutura de apoio aos municípios está disponível.



Prática AM2: Apoiar na execução das atividades atípicas.

Item de controle	Descrição
AM2.1	Canais para recebimento de demandas de apoio estão estabelecidos.
AM2.2	Ações de apoio às atividades atípicas são realizadas.
AM2.3	Avaliações da satisfação dos municípios quanto às ações de apoio as atividades atípicas estão disponíveis.

Prática AM3: Apoiar o planejamento.

Item de controle	Descrição
AM3.1	Procedimentos referenciais para elaboração dos instrumentos de planejamento dos municípios estão disponíveis.
AM3.2	Informações para apoio ao planejamento local estão disponíveis.
AM3.3	Ações de consultoria para elaboração dos instrumentos de planejamento são desenvolvidas.
AM3.4	Avaliações da satisfação dos municípios quanto às ações de apoio ao planejamento estão disponíveis.

Prática AM4: Prover capacitação.

Item de controle	Descrição
AM4.1	Necessidades de capacitação dos municípios estão descritas.
AM4.2	Ações de capacitação dos municípios são planejadas com base nas necessidades descritas.
AM4.3	Cronograma das ações de capacitação está divulgado.
AM4.4	Ações de capacitação em áreas técnicas são ofertadas.
AM4.5	Ações de capacitação em gestão são ofertadas.
AM4.6	Avaliações da satisfação dos municípios quanto às ações de capacitação ofertadas estão disponíveis.



Prática AM5: Complementar recursos financeiros.

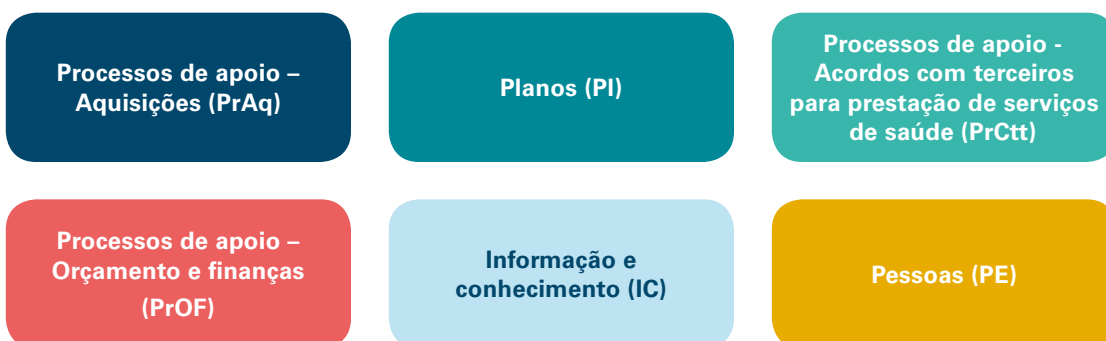
Item de controle	Descrição
AM5.1	A necessidade de complementação de recursos financeiros aos municípios está descrita.
AM5.2	Crêterios para distribuir recursos financeiros, com vistas à diminuição das desigualdades regionais, estão estabelecidos.
AM5.3	Recursos financeiros para complementação estão disponíveis.
AM5.4	Recursos financeiros complementares são distribuídos seguindo critérios estabelecidos.
AM5.5	Recursos financeiros para complementação são divulgados aos municípios.

Prática AM6: Prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora de seu domicílio).

Item de controle	Descrição
AM6.1	Canais para recebimento de demandas de apoio logístico estão estabelecidos.
AM6.2	Recursos (humanos, infraestrutura etc.) para realizar apoio logístico estão disponíveis.
AM6.3	Ações de apoio logístico são realizadas.
AM6.4	Avaliações da satisfação dos municípios quanto ao apoio logístico em outros estados estão disponíveis.

4.1.2 GESTÃO ADMINISTRATIVA

Quanto ao mecanismo de Gestão Administrativa, foram definidos os seguintes componentes:



4.1.2.1 PLANOS

O componente Planos (PI) aborda processos que contribuem diretamente para a implementação de diretrizes previamente definidas pelos Conselhos de Saúde (adaptado do GESPÚBLICA).

Prática PI1: Elaborar Plano de Saúde.

Item de controle	Descrição
PI1.1	Resultados das conferências de saúde estão descritos.
PI1.2	Pactuações dos gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) que impactam o planejamento estão descritas.
PI1.3	Diretrizes do conselho de saúde para o Plano de Saúde, inclusive quanto à priorização, estão descritas.
PI1.4	Audiências públicas para obter sugestões para o Plano de Saúde são realizadas.
PI1.5	Necessidades de saúde estão descritas.
PI1.6	Mapa de saúde está descrito.
PI1.7	Plano de Saúde é elaborado a partir das necessidades em saúde, considerando resultados das conferências de saúde, das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e das audiências públicas, e as diretrizes do conselho de saúde.
PI1.8	Plano de Saúde está elaborado e contém: a) análise situacional; b) definição de objetivos; c) definição de pelo menos um indicador para cada objetivo; d) definição de metas para cada indicador; e) processo de monitoramento e avaliação dos indicadores.

Prática PI2: Elaborar programação anual de saúde.

Item de controle	Descrição
PI2.1	Metas do Plano de Saúde a serem alcançadas no ano corrente estão definidas.
PI2.2	Ações para atingir as metas do ano estão estabelecidas.
PI2.3	Recursos (orçamentários, humanos etc.) necessários para a execução das ações estão descritos.
PI2.4	Indicadores da PAS que serão monitorados estão estabelecidos.



Prática PI3: Estabelecer planos operativos.

Item de controle	Descrição
PI3.1	Orientações para a elaboração dos planos operativos estão estabelecidas.
PI3.2	Planos operativos dos estabelecimentos de saúde próprios, contratualizados e conveniados estão estabelecidos.
PI3.3	Monitoramento da existência e da completude dos planos operativos está estabelecido.

4.1.2.2 PROCESSOS DE APOIO – AQUISIÇÕES

Refere-se aqui a todos os tipos de aquisições, exceto os acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde.

O componente PrAq diz respeito à aquisição de todos os objetos (bens e serviços),

menos aqueles decorrentes de acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde. Para estes últimos serão apresentadas práticas específicas o componente denominado Processos de apoio - Acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde.

Prática PrAq1: Estabelecer processo de aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde).

Item de controle	Descrição
PrAq1.1	Atividades do processo de aquisição e seu fluxo estão estabelecidos.
PrAq1.2	Atores responsáveis pelas atividades do processo de aquisição estão listados.
PrAq1.3	Modelos de documentos do processo de aquisição estão estabelecidos.
PrAq1.4	Listas de verificação (checklists) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo de aquisição estão estabelecidas.



Prática PrAq2: Monitorar e avaliar processo de aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde).

Item de controle	Descrição
PrAq2.1	Responsabilidade pelo monitoramento do processo de aquisição está definida.
PrAq2.2	Indicadores que serão monitorados no processo de aquisição estão estabelecidos.
PrAq2.3	Indicadores do processo de aquisição são mensurados.
PrAq2.4	Resultados da avaliação dos indicadores do processo de aquisição são utilizados para tomada de decisão.

Prática PrAq3: Implantar controles para cada uma das aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde).

Item de controle	Descrição
PrAq3.1	Toda contratação é iniciada com um documento, preenchido pela secretaria de saúde, que informa a necessidade de saúde que será atendida com a contratação.
PrAq3.2	Critérios de qualidade para cada uma das aquisições estão estabelecidos nos ajustes.
PrAq3.3	Critérios de qualidade para cada uma das aquisições são avaliados quando da entrega dos bens e serviços.
PrAq3.4	Resultados da avaliação dos critérios de qualidade de cada uma das aquisições são utilizados para o pagamento do contrato.
PrAq3.5	Critérios para aceitação do preço em cada uma das aquisições estão estabelecidos nos instrumentos convocatórios.
PrAq3.6	Dados do Banco de Preços em Saúde são utilizados nos processos de aquisição.



4.1.2.3 PROCESSOS DE APOIO - ACORDOS COM TERCEIROS

Este componente se refere aos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde, independentemente do instrumento utilizado para sua formalização (contrato administrativo, convênio, Termo de Parceria, Contrato de Gestão etc.).

Prática PrCtt1: Estabelecer processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde.

Item de controle	Descrição
PrCtt1.1	Atividades do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde e seu fluxo estão estabelecidos.
PrCtt1.2	Atores responsáveis pelas atividades do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão listados.
PrCtt1.3	Modelos de documentos do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão estabelecidos.
PrCtt1.4	Listas de verificação (checklists) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão estabelecidas.

Prática PrCtt2: Monitorar e avaliar processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde.

Item de controle	Descrição
PrCtt2.1	Responsabilidade pelo monitoramento do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde está definida.
PrCtt2.2	Indicadores que serão monitorados no processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde estão estabelecidos.
PrCtt2.3	Indicadores do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde são mensurados.
PrCtt2.4	Resultados da avaliação dos indicadores do processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde são utilizados para tomada de decisão.



Prática PrCtt3: Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde.

Item de controle	Descrição
PrCtt3.1	Estudos apontando a necessidade de firmar acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde estão disponíveis.
PrCtt3.2	Estudos apontando qual a modalidade mais vantajosa de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde (dentro contrato administrativo, convênio, Termo de Parceria, Contrato de Gestão etc.) estão disponíveis.
PrCtt3.3	Termo contratual para cada um dos acordos está assinado (por exemplo, contrato administrativo, convênio, termo de parceria, contrato de gestão etc.).
PrCtt3.4	Descrições qualitativa e quantitativa dos serviços de saúde são parte integrante de cada um dos acordos firmados.
PrCtt3.5	Indicadores (de qualidade, produtividade, prazos etc.) para cada acordo firmado estão estabelecidos nos termos contratuais.
PrCtt3.6	Preços dos serviços de cada um dos acordos estão dentro da faixa dos preços praticados no mercado.
PrCtt3.7	Indicadores de cada acordo firmado são mensurados.
PrCtt3.8	Resultados da avaliação dos indicadores de cada acordo firmado são utilizados para tomada de decisão.

4.1.2.4 PROCESSOS DE APOIO – ORÇAMENTO E FINANÇAS

Envolve o planejamento orçamentário e abertura de créditos adicionais, a execução financeira e o controle do fundo estadual ou municipal de saúde.

Um processo orçamentário-financeiro sólido tende a resultar em orçamentos confiáveis e prudentes, e em uma gestão de finanças assentada em controles úteis para a tomada de decisão.

Por outro lado, um processo enfraquecido apresenta riscos quanto à possibilidade de discrepâncias relevantes entre orçamentos

previstos e orçamentos executados, inadequado dimensionamento das despesas fixadas, pagamento de despesas sem o



devido suporte orçamentário. Tal vulnerabilidade oferece riscos de descumprimento de determinações previstas nas normas constitucionais e na Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000), principalmente quanto aos limites e vedações.

Prática PrOF1: Estabelecer processo orçamentário e financeiro.

Item de controle	Descrição
PrOF1.1	Atividades do processo orçamentário e financeiro e seu fluxo estão estabelecidos.
PrOF1.2	Atores responsáveis pelas atividades do processo orçamentário e financeiro estão listados.
PrOF1.3	Modelos de documentos do processo orçamentário e financeiro estão estabelecidos.
PrOF1.4	Listas de verificação (checklists) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo orçamentário e financeiro estão estabelecidas.

Prática PrOF2: Monitorar e avaliar processo orçamentário e financeiro.

Item de controle	Descrição
PrOF2.1	Responsabilidade pelo monitoramento do processo orçamentário e financeiro está definida.
PrOF2.2	Indicadores que serão monitorados no processo orçamentário e financeiro estão estabelecidos.
PrOF2.3	Indicadores do processo orçamentário e financeiro são mensurados.
PrOF2.4	Resultados da avaliação dos indicadores do processo orçamentário e financeiro são utilizados para tomada de decisão.

Prática PrOF3: Monitorar e avaliar o fundo de saúde.

Item de controle	Descrição
PrOF3.1	Responsabilidade pelo acompanhamento da disponibilidade e aplicação dos recursos do fundo de saúde está definida.
PrOF3.2	Disponibilidade e aplicação dos recursos do fundo de saúde são acompanhados, inclusive quanto à vinculação de sua aplicação.
PrOF3.3	Resultados do acompanhamento da disponibilidade e aplicação dos recursos do fundo de saúde são utilizados para tomada de decisão.



4.1.2.5 PESSOAS

Segundo Dutra (2002), a gestão de pessoas se caracteriza por um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas

possam realiza-las ao longo do tempo. Aborda o sistema de trabalho do órgão/entidade, o desenvolvimento profissional e a qualidade de vida da força de trabalho (GESPÚBLICA).

Prática PE1: Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento dos gestores e colaboradores da secretaria de saúde.

Item de controle	Descrição
PE1.1	Todos os gestores e colaboradores da secretaria de saúde estão submetidos a um código de ética e de conduta.
PE1.2	O código de ética e de conduta adotado possui as seguintes características: a) detalha valores, princípios e comportamentos esperados dos agentes; b) define tratamento de conflitos de interesses; c) estabelece a obrigatoriedade de manifestação e registro, de forma explícita e transparente, de aspectos que possam conduzir a conflitos de interesses (por exemplo, empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos); d) proíbe o recebimento de benefícios que possam, de forma efetiva ou potencial, influenciar, ou parecer influenciar, as ações dos colaboradores e gestores.
PE1.3	O código de ética e de conduta adotado define: a) sanções cabíveis em caso de seu descumprimento; b) mecanismos de monitoramento e avaliação do seu cumprimento; c) papéis e responsabilidades dos envolvidos no monitoramento e na avaliação do comportamento de agentes públicos.
PE1.4	Ações de divulgação e promoção do conhecimento do código de ética e de conduta são efetivamente realizadas para seu público alvo.

• Glossário

Código de ética e conduta

Documento que define, basicamente, regras de conduta, deveres, impedimentos e formas de punição dos desvios dos integrantes de uma organização (Relatório que fundamentou o Acórdão 1273/2015-TCU-Plenário).



Prática PE2: Estabelecer mecanismos de controle para evitar que conflitos de interesse influenciem as decisões dos gestores da secretaria de saúde.

Item de controle	Descrição
PE2.1	Mecanismos que estabeleçam a obrigatoriedade de os gestores da secretaria de saúde declararem impedimento para tomar decisões quando há aspectos que possam conduzir a conflitos de interesses (por exemplo, empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos) estão implantados.
PE2.2	Mecanismos para envio de denúncias diretamente ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão implantados (por exemplo, ouvidoria do SUS).
PE2.3	Mecanismos para acompanhamento, pelas partes interessadas, de denúncias feitas ao secretário de saúde e aos gestores diretamente a ele subordinados (alta administração) estão implantados.

Prática PE3: Dispor de força de trabalho suficiente.

Item de controle	Descrição
PE3.1	Informações sobre a força de trabalho ideal (quantidade e qualificação de pessoal) estão descritas com base em critérios técnicos (por exemplo, mapeamento de processos, análise da produtividade média, etc.)
PE3.2	Informações sobre força de trabalho atual (quantidade e qualificação de pessoal) estão descritas.
PE3.3	Avaliações das lacunas (quantitativas e qualitativas) da força de trabalho são realizadas.
PE3.4	Estratégias para dispor da força de trabalho ideal estão estabelecidas.
PE3.5	Estratégias para dispor da força de trabalho ideal são executadas.

Prática PE4: Desenvolver lideranças.

Item de controle	Descrição
PE4.1	Práticas de sucessão das lideranças são executadas (por exemplo, planejamento da sucessão).
PE4.2	Programas de treinamento e desenvolvimento de perfis profissionais de liderança, inclusive para potenciais líderes, são executados.



Prática PE5: Avaliar e reconhecer o desempenho das pessoas.

Item de controle	Descrição
PE5.1	Metas de desempenho individual estão estabelecidas.
PE5.2	Avaliações de desempenho individual, de acordo com o alcance das metas, são realizadas.
PE5.3	Consequências (positivas e negativas) decorrentes da avaliação de desempenho individual estão estabelecidas.

Prática PE6: Promover a aprendizagem contínua.

Item de controle	Descrição
PE6.1	Necessidades de capacitação em atenção à saúde estão descritas.
PE6.2	Necessidades de capacitação em gestão estão descritas.
PE6.3	Plano de educação permanente em atenção à saúde está estabelecido.
PE6.4	Plano de educação permanente em gestão está estabelecido.
PE6.5	Plano de educação permanente em atenção à saúde é executado.
PE6.6	Plano de educação permanente em gestão é executado.
PE6.7	Avaliações dos resultados das ações de educação permanente em atenção à saúde são realizadas.
PE6.8	Avaliações das ações de educação permanente em gestão são realizadas.

Prática PE7: Realizar gestão do conhecimento
(de outras formas que não por treinamentos).

Item de controle	Descrição
PE7.1	Mecanismos para gestão do conhecimento estão disponíveis (por exemplo, programação de reuniões técnicas periódicas).
PE7.2	Treinamento e orientação em relação ao compartilhamento e difusão de conhecimento são executados.
PE7.3	Conhecimento em atenção à saúde é documentado e compartilhado.
PE7.4	Conhecimento em gestão é documentado e compartilhado.



Prática PE8: Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção dos gestores.

Item de controle	Descrição
PE8.1	Os perfis profissionais desejáveis ou necessários aos gestores estão descritos.
PE8.2	Os critérios de seleção dos gestores estão definidos.
PE8.3	Os gestores são selecionados por meio de processo transparente que leva em consideração os perfis profissionais e os critérios de seleção definidos.

4.1.2.6 INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO

A informação, oriunda do dado, é um recurso essencial e necessário para o planejamento estratégico organizacional, pois sem informação não será possível elaborar, gerir e implementar planejamentos. O conhecimento que complementa a informação com valor relevante e propósito definido é outro recurso imprescindível para elaboração de qualquer projeto de planejamento, seja implícito, definido

como percepções humanas, ou inferências computacionais (REZENDE, 2007 apud REZENDE, 2008).

Informação e conhecimento dizem respeito à implementação de práticas que contribuem diretamente para a disponibilização sistemática de informações atualizadas, precisas e seguras aos usuários (adaptado do GESPÚBLICA).

Prática IC1: Utilizar sistemas de informação.

Item de controle	Descrição
IC1.1	Processos que dependem do apoio de sistemas de informação estão listados.
IC1.2	Sistemas de informação necessários estão disponíveis.
IC1.3	Sistemas de informação existentes são úteis e suficientes.
IC1.4	Informações contidas nos sistemas de informação são íntegras, confiáveis, atualizadas e disponíveis em formato aberto.
IC1.5	Informações contidas nos sistemas são integradas, de modo a possibilitar efetiva comunicação entre os subsistemas de saúde (por exemplo, atenção básica, vigilância em saúde etc.).
IC1.6	Avaliação da adequação dos sistemas de informação oferecidos pelo Ministério da Saúde precede a decisão de utilizar outros sistemas.



Prática IC2: Utilizar comunidades de práticas.

Item de controle	Descrição
IC2.1	Comunidades de práticas de gestão estão disponíveis aos colaboradores da secretaria de saúde.
IC2.2	Comunidades de práticas de atenção à saúde estão disponíveis aos colaboradores da secretaria de saúde.
IC2.3	Mecanismos para incentivar a utilização das comunidades de práticas de gestão estão estabelecidos.
IC2.4	Mecanismos para incentivar a utilização das comunidades de práticas de atenção à saúde estão estabelecidos.

Prática IC3: Patrocinar a inovação.

Item de controle	Descrição
IC3.1	Inovação é reconhecida como um valor da secretaria de saúde.
IC3.2	Mecanismos para estímulo à inovação estão estabelecidos.
IC3.3	Pesquisas ou projetos inovadores são patrocinados.
IC3.4	Ações e ideias inovadoras recebem reconhecimento na secretaria de saúde.

Prática IC4: Apurar e controlar custos.

Item de controle	Descrição
IC4.1	Núcleo de Economia da Saúde (NES), ou equivalente, está estabelecido.
IC4.2	Recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para apoiar as atividades do NES estão disponíveis.
IC4.3	Estudos econômicos estão disponíveis.
IC4.4	Gestão de custos está implantada nos estabelecimentos de saúde.



PARA EXPANDIR AS ORIENTAÇÕES DESTE GUIA

É fundamental a compreensão de que a implementação das práticas e itens de controle devem ser avaliadas à luz de cada contexto. Exemplo disso são as práticas recomendadas para Média e Alta Complexidade, somente aplicáveis a municípios que oferecem essas ações de saúde. Outras práticas também podem se mostrar complexas demais ou muito onerosas para serem aplicadas a municípios de pequeno porte. O critério que definirá a decisão por implantar ou não o item de controle será o custo para implantação e o benefício potencial. Boa parte desses itens de controle não demandam um custo financeiro específico, frequentemente requerem apenas reorganização dos recursos já existentes ou capacitação.

Os relatórios que fundamentam os Acórdãos do TCU 1130/2017 e 1840/2017 (Plenário) são referências importantes para a compreensão de muitos conceitos e explicitam em detalhe a construção das práticas e itens de controle recomendados.

A contribuição mais relevante deste documento é orientar as pessoas que fazem a governança e a gestão da saúde a se nortearem sobre o que se espera de uma boa governança e uma boa gestão. Embora as limitações financeiras ou motivacionais possam interferir nos resultados de uma organização, o saber como fazer é parte determinante do êxito.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVARES, E.; GIACOMETTI, C.; GUSSO, E. Governança Corporativa- Um modelo brasileiro. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

AMARAL, S.M.S.; BLATT, C.R. Consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo, São Paulo, SP, v. 45, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/33018/35667>>. Acesso em: 13 de março de 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. ABNT NBR ISO 9000:2015 - Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário. 2015. Disponível em: < <http://www.abntcatalogo.com.br/curs.aspx?ID=41>>. Acesso em: 13 de outubro de 2016.

_____. ABNT NBR ISO 9001:2015 - Sistemas de gestão da qualidade - Requisitos. 2015. Disponível em: < <http://www.abntcatalogo.com.br/curs.aspx?ID=41>>. Acesso em: 7 de outubro de 2016.

_____. ABNT NBR ISO 31000:2009 - Gestão de riscos - Princípios e diretrizes. 2009. Disponível em: <http://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=57311>. Acesso em: 9 de fevereiro 2015.

_____. ABNT NBR ISO/IEC 38500:2009 - Governança corporativa de tecnologia da informação. 2009. Disponível em: < <http://www.abntcatalogo.com.br/curs.aspx?ID=60>>. Acesso em: 7 de outubro de 2016.

BRAGA, J.L.; BRITO, L.M.P Perfil Ideal De Competência Profissional De Gestores Da Área De Saúde. In: II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho- EnGPR-, 2009, Curitiba-PR. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr_2009/2009_ENGPR313.pdf>. Acesso em: 30 de novembro de 2016.



BANCO MUNDIAL. Governança no Sistema Único De Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Relatório N°. 36601-BR. Washington, D.C: 2007. Disponível em: < <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>. Acesso em: 14 de julho de 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprovar diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 63 de 25 de novembro de 2011 (RDC 63/2011). Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

_____. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Controladoria-Geral da União. Instrução normativa conjunta nº 01, de 10 de maio de 2016. Dispõe sobre controles internos, gestão de riscos e governança no âmbito do Poder Executivo federal.

_____. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 2010. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. 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.

_____. Instituto Serzedello Corrêa. Mapeamento de processos de trabalho com BPMN e BIZAGI. Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas, 2013: Disponível em: < http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/gestao_processos_trab/curso_mapeamento_processos_trab/Curso%20Mapeamento%20BPMN%20Bizagi%20-%20aula%201_v%202013.pdf> Acesso em: 7 de outubro de 2016.

_____. Lei 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei 8.142/1990 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.

_____. Lei 13.303/2016, de 30 de junho de 2016. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.



_____. Lei Complementar 141/2012 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.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mais Gestão é Mais Saúde- Governança para Resultados no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_gestao_mais-saude-governanca.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2017.

_____._____. O SUS de A a Z. Brasília, 2009.

_____._____. Portaria GM/MS 1.378/2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

_____._____. Portaria GM/MS 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____._____. Portaria GM/MS 2.690, de 5 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.

_____._____. Portaria GM/MS 3.410/13. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

_____._____. Portaria GM/MS 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).

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Guia de PDTIC do SISP: versão 2.0, 2016. Disponível em: < <http://sisp.gov.br/guiapdtic/wiki/Apresentacao>> Acesso em: 13 de outubro de 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instrução Normativa 04, de 11 de setembro de 2014 – IN 04/2014/SLTI/MPOG. Dispõe sobre o processo de contratação de Soluções de Tecnologia da Informação pelos órgãos integrantes do Sistema de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação - SISP do Poder Executivo Federal.



_____. _____. Modelo de Excelência em Gestão Pública. 2014. Disponível em: <<https://conteudo.gespublica.gov.br/pasta.2014-06-12.8013949452/Modelo%20de%20Excelencia%20em%20Gestao%20Publica%202014%20vs%2005062014.pdf>> Acesso em: 5 de março 2015.

_____. Tribunal de Contas da União. Acórdão TCU 1.130/2017-TCU-Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 1.130/2017-TCU-Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 1.189/2010-TCU-Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 1.273/2015 - Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 1.426/2015 - Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 1.459/2011-TCU-Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 1.660/2011 – 1ª Câmara.

_____. _____. Acórdão TCU 1.714/2015 - Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 1.840/2017-TCU-Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 2.888/2015 - Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 3.023/2015 - Plenário.

_____. _____. Acórdão TCU 3.239/2013-Plenário.

_____. _____. Decisão TCU 506/1997 - Plenário.

_____. _____. Gestão da atenção básica à saúde no Brasil: auditoria coordenada / [Coordenação] Tribunal de Contas da União; Tribunal de Contas do Estado do Acre...[et al.]. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. Disponível em: < <http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/gestao-da-atencao-basica-a-saude-no-brasil-1.htm>> Acesso em: 7 de outubro de 2016.

_____. _____. Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública, 2014: Disponível em: < <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D>>. Acesso em: 7 de outubro de 2016.

_____. _____. Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas, 2014: Disponível em: < <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D>>. Acesso em: 7 de outubro de 2016.



_____. Resolução-CNS 453/2012, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2016. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf>>. Acesso em: 13 de julho de 2017.

CORREIA, M.V.C. Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DESAFIOS DO DESENVOLVIMENTO. Brasília: IPEA, edição 21, de 4/4/2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=991:reportagens-materias&Itemid=39>. Acesso em: 30 de novembro de 2016.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. Políticas Públicas – Princípios, Propósitos e Processos. São Paulo: Atlas, 2012.

DIEHL, E.E.; SANTOS, R.I.; SCHAEFER, S.C (Orgs). Assistência farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica, v.4. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacutica/>>. Acesso em: 15 de março de 2017.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. et al (Orgs). O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2004. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CANCIA%20%C0%20SA%DADE%20-%20T%FAllo.pdf>>. Acesso em 15 de março de 2017.

GOHN, M. G. Conselhos gestores e gestão pública. Ciências Sociais Unisinos, São Leopoldo, RS, v. 42, n. 1, jan./abr. 2006. Disponível em: < http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6008 >. Acesso em: 13 de outubro de 2016.

INSTITUTO DOS AUDITORES INTERNOS DO BRASIL. *Control Self Assessment* (CSA) Intensificando os Controles. Disponível em: < [http://www.iiabrasil.org.br/seminarios/2009/03vitoria/4_Guilherme_Machado_Control%20Self%20Assessment%20\(CSA\)%20Intensificando%20os%20Controles.pdf](http://www.iiabrasil.org.br/seminarios/2009/03vitoria/4_Guilherme_Machado_Control%20Self%20Assessment%20(CSA)%20Intensificando%20os%20Controles.pdf) >. Acesso em: 7 de outubro de 2016.

_____. Declaração de Posicionamento do IIA: As três linhas de defesa no gerenciamento eficaz de riscos e controles. 2013. Disponível em: < <https://iiabrasil.org.br/korbillload/upl/ippf/downloads/as-trs-linhas-d-ippf-00000001-21052018101223.pdf> >. Acesso em: 27 de agosto de 2018.



INTERNATIONAL FEDERATION OF ACCOUNTS - Governance in the Public Sector: A Governing Body Perspective. 2001. Disponível em: <<http://www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/study-13-governance-in-th.pdf>>. Acesso em: 13 de outubro de 2016.

INTERNATIONAL FEDERATION OF ACCOUNTS; THE CHARTERED INSTITUTE OF PUBLIC FINANCE AND ACCOUNTANCY (CIPFA) - Good Governance in the Public Sector: Consultation Draft for an International Framework. 2013. Disponível em: <<http://www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/Good-Governance-in-the-Public-sector.pdf>>. Acesso em: 27 de janeiro de 2015.

ISACA. COBIT 5: Modelo Corporativo para Governança e Gestão de TI da Organização. USA, 2012.

MATIAS-PEREIRA, J. Governança no Setor Público. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-OCDE. Avaliação da OCDE sobre o Sistema de Integridade da Administração Pública Federal Brasileira - Gerenciando Riscos por uma Administração Pública Íntegra. 2011. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/assuntos/articulacao-internacional/convencao-da-ocde/arquivos/avaliacaointegridadebrasileiraocde.pdf>>. Acesso em: 18 de novembro de 2014.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-OCDE. Relatórios Econômicos da OCDE- Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.oecd.org/eco/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>>. Acesso em 14 de julho de 2017.

PONTAROLLI, D.R.S.; MORETONI, C.B.; ROSSIGNOLI, P. A organização da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_3B.pdf>. Acesso em: 13 de março de 2017.

THE CHARTERED INSTITUTE OF PUBLIC FINANCE AND ACCOUNTANCY (CIPFA) - The Good Governance Standard for Public Services. London: 2004. Disponível em: <http://www.cipfa.org/-/media/Files/Publications/Reports/governance_standard.pdf>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2015.

THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS - IIA. Estrutura Internacional de Práticas Profissionais. Disponível em: <<http://www.iiabrasil.org.br/new/IPPF.html>>. Acesso em: 5 de dezembro 2015.

QUINN, R.E. et al. Competências gerenciais: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

REZENDE, D.A. Sistemas de Informações Organizacionais: Guia Prático para projetos em cursos de administração, contabilidade e informática. São Paulo: Atlas, 2008.



SANTOS, C.S. Introdução à Gestão Pública. São Paulo: Saraiva, 2014.

SENNA, M.C.M.; COSTA, A.M.; SILVA, L.N. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS, Pelotas, RS, v. 16, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/341>>. Acesso em: 15 de março de 2016.

SLOMSKI, Valmor. et al. Governança corporativa e governança na gestão pública. São Paulo: Atlas, 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health systems- Governance. Disponível em: <<http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>>. Acesso em 13 de julho de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Governance for health in the 21st century. Paris: WHO, 2012. Disponível em: < http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2017.



APÊNDICE

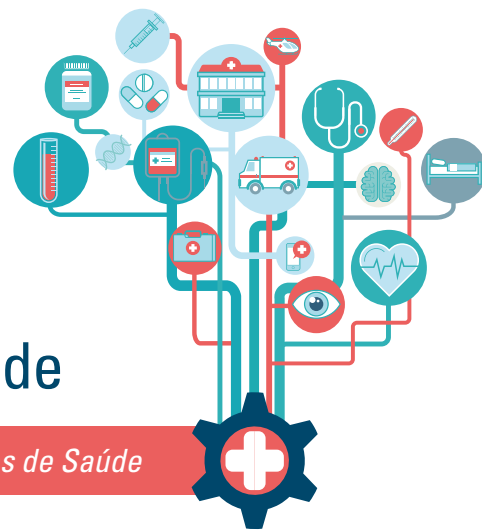
Lista dos tribunais de contas que assinaram o Acordo de Cooperação Técnica para o levantamento nacional de governança e gestão em saúde:

- Tribunal de Contas da União
- Tribunal de Contas do Estado do Alagoas
- Tribunal de Contas do Estado do Amapá
- Tribunal de Contas do Estado do Amazonas
- Tribunal de Contas do Estado da Bahia
- Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia
- Tribunal de Contas do Estado do Ceará
- Tribunal de Contas do Distrito Federal
- Tribunal de Contas do Estado de Goiás
- Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás
- Tribunal de Contas do Estado do Maranhão
- Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul
- Tribunal de Contas do Estado do Pará.
- Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Pará
- Tribunal de Contas do Estado da Paraíba
- Tribunal de Contas do Estado do Paraná
- Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
- Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro
- Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro
- Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Norte
- Tribunal de Contas do Estado de Rondônia
- Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul
- Tribunal de Contas do Estado de Roraima
- Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina
- Tribunal de Contas do Município de São Paulo
- Tribunal de Contas do Estado de Sergipe
- Tribunal de Contas do Estado de Tocantins



Guia de **GOVERNANÇA** e **GESTÃO** em Saúde

Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde



Responsabilidade pelo conteúdo

Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde)

Responsabilidade editorial

Secretaria-Geral da Presidência (Segepres)

Secretaria de Comunicação (Secom)

Núcleo de Criação e Editoração (NCE)

Projeto gráfico, diagramação e capa

Núcleo de Criação e Editoração (NCE)

Fotos

Istock.com

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde)

SAFS Quadra 4 Lote 1 Edifício Anexo III Sala 243

70042-900 Brasília - DF

Tel: (61) 3316-7334

secexsaude@tcu.gov.br

Ouvidoria do TCU

Tel.: 0800 644 1500

Impresso pela Sesap/Segedam

Missão

**Aprimorar a Administração Pública
em benefício da sociedade por meio
do controle externo**

Visão

**Ser referência na promoção de uma
Administração Pública efetiva, ética,
ágil e responsável**



Acesse a versão web
deste guia usando o
QRCode ao lado.

