

**Centro
Cultural
TCU**
Apresenta
a exposição

PERCURSOS DA SAÚDE NO BRASIL A CONTRIBUIÇÃO DO TCU

CURADORIA

Amália Meneghetti
Bruna Oliveira da Paz
Carlos Augusto Ferraz
Ewerton Santos Dantas
Paula Estellita
Nathalia Reys
Rosana Carolline
Talles Raiony
Tupá Guerra

**Centro
Cultural
TCU**

Apresenta
a exposição

nov 2019 /
mar 2023

PERCURSOS DA
SAÚDE NO BRASIL
A CONTRIBUIÇÃO DO TCU

CURADORIA

Amália Meneghetti
Bruna Oliveira da Paz
Carlos Augusto Ferraz
Ewerton Santos Dantas
Paula Estellita
Nathalia Reys
Rosana Carolline
Talles Raiony
Tupá Guerra



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

MINISTROS

Ana Arraes • Presidente
Bruno Dantas • Vice-presidente
Walton Alencar Rodrigues
Benjamin Zymler
Augusto Nardes
Aroldo Cedraz
Raimundo Carreiro
Bruno Dantas
Vital do Rêgo
José Mucio Monteiro

MINISTROS SUBSTITUTOS

Augusto Sherman Cavalcanti
Marcos Bemquerer Costa
André Luis 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

PERCURSOS DA SAÚDE NO BRASIL – A CONTRIBUIÇÃO DO TCU

A exposição “Percurso da Saúde no Brasil – a contribuição do TCU” representa um marco para a Instituição. Até então, as exposições do Museu do TCU tinham o objetivo de narrar a trajetória histórica do Tribunal de Contas da União, apresentando ao visitante as razões que inspiraram sua criação, sua forma de atuação e a importância de sua existência.

Museus institucionais têm a missão de aproximar as organizações e a sociedade. Além de apresentarem a história e o patrimônio da instituição, devem ir além, convidando seus visitantes a observar o presente e a refletir sobre o futuro.

É o que faz Percursos da Saúde no Brasil. A exposição revela alguns dos muitos trabalhos desenvolvidos no Tribunal na área da saúde, por meio de auditorias conduzidas pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) nas áreas da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Saúde Indígena. Seus resultados impactam a vida de milhões de brasileiros, evidenciando a importância do TCU para o país.

Além de aprimorar a Administração Pública por meio do controle externo, o Tribunal também estimula uma maior participação da população nos meandros públicos. É uma longa e rica história, a ser contada e também celebrada por seu importante papel na promoção da cidadania.

Este catálogo retrata essa exposição informativa, provocativa e inovadora, fruto de um entusiasmado empenho do TCU.

Desejo ao leitor um bom desfrute de seu conteúdo.

HEALTH CARE PATHS IN BRAZIL – TCU’S CONTRIBUTION

The exhibition “Health Care Paths in Brazil –TCU’s Contribution” represents a milestone for the Institution. Previously, the exhibitions of the TCU’s Museum had the goal of narrating the historical trajectory of the Federal Court of Account, presenting to its visitors the reasons that inspired its creation, way of acting, and the importance of its existence.

Institutional museums have the mission of bringing closer organizations and society. In addition to presenting the history and heritage of the institution, they must go beyond, inviting visitors to observe the present and reflect about the future.

This is what “Health Care Paths in Brazil” does. The exhibition reveals some of the many works developed at the Court in the health area, through audits carried out by the Department of External Control – Public Health (SecexSaúde), in the fields of Basic Care, High and Medium Complexity, and Indigenous Health. The results have impacted the lives of millions of Brazilians, showing the importance of the TCU for the country.

Besides improving the Public Administration through external control, the Court also stimulates a greater participation of the population in public affairs. It is a long and rich history to be told and celebrated for its important role in promoting civic engagement.

This catalog portrays this informative, provocative and innovative exhibition, the result of an enthusiastic effort by the TCU.

I hope readers enjoy this content.

INTRODUÇÃO

A construção de políticas públicas que atendam às demandas de saúde de um país de dimensões continentais como o Brasil é um desafio que encontrou respostas variadas ao longo dos anos. O Tribunal de Contas da União (TCU) participa ativamente dessa tarefa, buscando um futuro mais justo e igualitário pelo aperfeiçoamento da gestão pública.

O Museu do TCU Ministro Guido Mondim se ocupa do mesmo objetivo. A partir de trabalhos conjunto entre diferentes esferas da sociedade, o Museu pensa suas ações de pesquisa, preservação e comunicação com foco no patrimônio cultural, no indivíduo e na coletividade.

INTRODUCTION

The development of public policies that meet the health demands of a country of continental dimensions such as Brazil is a challenge that faced varied answers over the years. The Federal Court of Accounts – Brazil (TCU) participates actively in this task, seeking a more just and egalitarian future for the improvement of public management.

The TCU's Museum Minister Guido Mondim has the same goal. Based on a joint work among different spheres of society, the Museum plans its actions of research, preservation and communication with a focus on the cultural heritage, the individual and the collectivity.

INTRODUÇÃO

A articulação entre os saberes científicos e populares e o diálogo entre as linguagens técnica e leiga buscam refletir, compreender e apontar soluções para os problemas que nós como sociedade enfrentamos.

Ao promover a aproximação e o diálogo entre o Tribunal de Contas da União e o cidadão, a exposição Percursos da Saúde no Brasil: a contribuição do TCU também é fruto desse processo. Mais do que narrar acontecimentos, a mostra instiga o pensamento crítico e convida a uma reflexão: afinal, nossa saúde é uma questão individual ou coletiva? E qual o impacto dos trabalhos do TCU em nossa saúde?

INTRODUCTION

The articulation between scientific and popular knowledge and the dialog between technical and lay language intend to reflect, understand and point out solutions to the problems that we, as a society, face.

By promoting the approximation and dialog between the Federal Court of Accounts – Brazil and its citizens, the exhibition Health Care Paths in Brazil: TCU'S Contribution is also a result of this process. More than narrating events, the exhibition instigates the critical thinking and calls for a reflection: after all, is our health an individual or a collective matter? And what is the impact of the TCU's work in our health?

O TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO TCU

• O QUE É O TCU E QUAL A SUA ATUAÇÃO CIDADÃ

- O Tribunal de Contas da União (TCU) é um órgão governamental com uma longa história. Criado em 1890 com o intuito de fiscalizar as receitas e as despesas da República, até hoje desempenha a função de observar o correto gasto do dinheiro público. Além disso, o TCU busca soluções práticas e inovadoras para tornar a administração pública cada vez mais eficiente e construir um país melhor.

Dentre os muitos temas aos quais o TCU se dedica, a saúde sempre teve destaque, por meio de fiscalizações que visam a cobrar desvios de recursos públicos e a aperfeiçoar a gestão de serviços e processos relacionados à saúde no Brasil em benefício da sociedade.

- A saúde é contemplada também nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), de iniciativa da ONU, que se encaixam muito bem no trabalho do TCU.

• INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ouvidoria@tcu.gov.br
- 0800-644-1500, opção 1 Ouvidoria
- portal.tcu.gov.br

CONHEÇA O TCU POR DENTRO

Atualmente o TCU é formado por **9 Ministros**:

- ✓ 6 indicados pelo Congresso Nacional;
- ✓ 1 indicado pelo Presidente da República; e
- ✓ 2 escolhidos entre os Auditores e membros do Ministério Público que atuam junto com o TCU.

Existem ainda **4 Ministros-Substitutos** que relatam processos, além de substituir os demais ministros quando necessário.

O Ministério Público é um órgão independente do TCU, mas atua de forma conjunta, defendendo a ordem jurídica, composto por:

- ✓ 1 Procurador-geral;
- ✓ 3 Subprocuradores-gerais; e
- ✓ 4 Procuradores.

O TCU é composto por **28 secretarias de controle externo** que realizam fiscalizações em diversos temas.

Embora cada uma trate de temas de forma independente, muitos assuntos são transversais e, por isso, as secretarias podem atuar de forma conjunta.



MÉDIA-ATA COMPLEXID



QUE COMEÇA AQUI
QUE TERMINA POR AQUI

fique aqui.

fique aqui.

O MUSEU

O museu do Tribunal de Contas da União foi criado pela Portaria nº 19, de 27 de fevereiro de 1970, com o objetivo de preservar a memória da instituição. Assim surgia um dos primeiros museus institucionais da nova capital do país. Infelizmente, mesmo com o museu instituído, a este não foi destinado um espaço expositivo. Nesse primeiro período o museu localizava-se na sala 211 da então sede deste Tribunal, hoje anexo do Ministério da Justiça. O acervo era composto, predominantemente, por móveis antigos. Não havia ainda nesse período uma política clara de aquisição de acervo. Algum tempo depois de sua criação sem implementação efetiva, e pela falta de espaço físico para os trabalhos da área fim do Tribunal, o museu foi desativado.

Com a mudança da sede em 1975, o museu ocupou as dependências da Biblioteca de maneira informal. Ainda não havia um espaço expositivo destinado ao museu. Essa situação foi modificada em 2004, após a realização de obras de ampliação da Corte de Contas, com a reinauguração do Museu feita pelo Ministro Valmir Campelo. Nesse momento o museu passa a ter espaço expositivo dedicado na sede do Tribunal.

THE MUSEUM

The museum of the Federal Court of Accounts –Brazil (TCU) was created by Ordinance No. 19, of February 27, 1970, with the aim of preserving the institution's memory. As a result, one of the first institutional museums of the new capital of the country emerged. Unfortunately, even with the museum in place, it didn't receive an exhibition space. In its first period, the museum was in room 211 of the previous headquarters of this Court, what today is an outbuilding of the Ministry of Justice. The collection was predominantly composed of antique furniture. At that moment, there was still no clear policy on acquisitions. Some time after its creation and still having no effective implementation, in addition to the lack of physical space to absorb the Court's core activities, the museum was disabled.

With the change of TCU's headquarters in 1975, the museum informally occupied the Library's premises. There was still no exhibition space for the museum. This situation was modified in 2004, after completing the expansion of the Court of Accounts, with the reopening of the Museum by Minister Valmir Campelo. At that moment, the museum started to have a dedicated exhibition space at the Court's headquarters.

O MUSEU

Com essa mudança foi também atualizado o nome do museu, que passou a ser conhecido como “Museu do Tribunal de Contas da União Ministro Guido Mondin”. A homenagem a Guido Mondin reconhece a habilidade artística do ministro. Tudo isso por meio da portaria n.º 210/2004, com cerimônia de reinauguração realizada em 10 de novembro de 2004.

Em novembro de 2016 o Museu do TCU foi transferido para as novas instalações do Instituto Serzedello Corrêa - ISC. Nesse momento o Museu passou a dispor também de estrutura destinada ao tratamento técnico do acervo, o que o torna referência no Distrito Federal. Além da galeria expositiva, o Museu possui sala de conservação e restauro, três reservas técnicas divididas por tipologia de material, e conta com uma equipe altamente especializada. O conjunto de métodos desenvolvidos pela equipe do museu, somados à preocupação do TCU com a salvaguarda de seus bens culturais, asseguram a preservação da memória institucional do Tribunal para as gerações futuras. Categorizado como Histórico, o Museu do TCU vem demonstrando que museus também podem ser inovadores e atuais.

THE MUSEUM

As a result, the name of the museum was also updated and it became known as the “Museu do Tribunal de Contas da União Ministro Guido Mondin” (Museum of the Court of Accounts Brazil – Minister Guido Mondin). This tribute to Minister Guido Mondin is a recognition of his artistic ability. All of this was made possible through Ordinance 210/2004 and the reopening ceremony held on November 10, 2004.

In November 2016, the TCU Museum was transferred to the new facilities of the Serzedello Corrêa Institute - ISC. At that moment, the Museum also started to have a structure for the technical treatment of the collection, which made it a reference in the Federal District. In addition to the exhibition gallery, the Museum has a conservation and restoration room, three reserve collections divided by material, and a highly specialized team. The set of methods developed by the museum team, added to the TCU's concern with safeguarding its cultural assets, ensure the preservation of the Court's institutional memory for future generations. Categorized as Historic, the TCU Museum has demonstrated that museums can also be innovative and modern.



- UNIVERSITY OF CALIFORNIA
- ↑ Administration
 - ↑ Academic Services
 - ↑ Arts & Sciences
 - ↑ Business Administration
 - ↑ Engineering
 - ↑ Health Sciences
 - ↑ Law
 - ↑ Life Sciences
 - ↑ Medicine
 - ↑ Physical Sciences
 - ↑ Social Sciences
 - ↑ Student Services

A MUSEOLOGIA E O MUSEU DO TCU

A história dos museus no Brasil passa por um período de construção e de reconstrução, exigindo novas perspectivas dos profissionais do campo museológico. Herdada da visão europeia de museus pautados em diretrizes e pensamentos dos Séculos XVIII e XIX e de meados do Século XX, a museologia brasileira reproduzia, ao longo dos anos, modelos transplantados, que não contemplavam de forma abrangente o contexto atual da sociedade. A mensagem transmitida nas exposições era limitada, representando, muitas vezes, um lugar mais caracterizado pela exclusão do que pela inclusão e construção social.

Gradualmente, os museus foram repensando suas ações de preservar e comunicar a partir do objeto. Crucial para essa mudança de perspectiva, a Mesa Redonda de Santiago do Chile (1972) fomentou um processo de discussão não apenas sobre o lugar que a sociedade ocupa dentro dos museus, mas sobre a forma como o próprio museu se posiciona como instituição dentro da sociedade e das comunidades, redefinindo, assim, a preservação e os usos de suas coleções.

MUSEOLOGY AND THE TCU'S MUSEUM

The history of museums in Brazil goes through a period of construction and reconstruction, demanding new perspectives from the professionals of the museology field. Inherited from the European vision of museums based on directives and thoughts from the 18th and 19th centuries and the mid-20th century, which did not comprehensively contemplate the current context of society. The message conveyed in the exhibits was limited, often representing a place characterized more by exclusion than by inclusion and social construction.

Gradually, the museums have been rethinking their actions to preserve and communicate based on the object. Crucial for this change of perspective, the Roundtable of Santiago of Chile (1972) fostered a process of discussion not only about the place that society occupies within museums, but also about how the museum itself stands as an institution within society and communities, thus redefining the preservation and uses of its collections.

A MUSEOLOGIA E O MUSEU DO TCU

O educador e filósofo Paulo Freire nos lembra que a questão fundamental não está no que o passado deixou, mas na forma crítica com que o aproveitamos em reflexões e contribuições para o presente e o futuro. Da mesma forma, os avanços e os desafios apontados a partir da atuação do Conselho Internacional de Museus (ICOM), da Política Nacional de Museus, do Instituto Brasileiro de Museus (IBRAM) e da criação de novos cursos de Museologia se revelam componentes essenciais da Nova Museologia.

Os museus passam a operar não apenas com suas coleções, mas com a cultura imaterial, com os territórios, as cidades e os movimentos sociais, abertos a repensar sua atuação cultural de forma representativa. Juntam-se à sociedade, assim, para abordar suas questões mais importantes.

O Museu do TCU Ministro Guido Mondim conta a história do Tribunal de Contas da União a partir de temas de interesse do visitante. O controle dos gastos públicos, o aprimoramento da administração federal e o apoio às políticas públicas são algumas das áreas de atuação das

MUSEOLOGY AND THE TCU'S MUSEUM

The educator and philosopher Paulo Freire reminds us that what matters most is not what the past has left for us, but the critical way that we make use of it for reflecting and contributing to the present and future. In the same way, the advances and challenges pointed out by the actions of the International Council of Museums (ICOM), the National Museum Policy, the Brazilian Institute of Museums (IBRAM) and the creation of new Museology courses present themselves as essential components of the New Museology.

Museums begin to operate not only through their collections, but with immaterial culture, territories, cities and social movements, open to rethink their cultural performance in a representative way. They join society, thus, to address its most important issues.

The TCU's Museum Minister Guido Mondim tells the story of the Federal Court of Accounts through themes of interest to the visitor. The control of public spending, the improvement of federal administration and the support of public policies are some of the areas of action of the General Secretariat of External Control and other sectors of

A MUSEOLOGIA E O MUSEU DO TCU

Secretarias de Controle Externo e de outros setores do TCU, e representam temas de suma importância para a vida de todos os brasileiros.

A exposição Percursos da Saúde no Brasil – a contribuição do TCU revisa o paradigma de seu Museu, pausando seu tradicional tributo à história institucional para debruçar-se sobre o tema da Saúde. A mostra apresenta os relevantes trabalhos realizados pelo órgão nessa área, ao tempo em que conclama o visitante a refletir, de forma interativa, sobre seu papel como cidadão.

MUSEOLOGY AND THE TCU'S MUSEUM

the TCU, and represent topics of extreme importance to the life of all Brazilian citizens.

The exhibition “Health Care Paths in Brazil – TCU’s contribution” reviews the paradigm of its Museum, pausing its traditional tribute to the institutional history in order to focus on the theme of Health Care. The exhibition presents the relevant work carried out by the agency in this field, while inviting the visitors to reflect, in an interactive way, on their role as citizens.

A SUA SAÚDE É UMA QUESTÃO
DE PESSOAL OU COLETIVA?

UMA QUESTÃO
COLETIVA?

SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE **SUS**

MAIS DE **70%**
DA POPULAÇÃO USA
EXCLUSIVAMENTE
O **SUS**

100%
DA POPULAÇÃO USA
ALGUM SERVIÇO
DO **SUS**



O momento mais
importante foi para quem
trabalha em medicina
para regulamentar
os 20 estabelecimen-
tos de saúde, garan-
tindo a qualidade
dos serviços, avaliação e
atendimento ao público e nacional-
ização da Saúde.
O profissional único
de saúde e educação
para trabalhar em
sua realidade
é, com certeza, o
profissional nacional!



"No período de 7 a 11 de
abril de 2008, os deputados
Alexandre Caldeira e Flávio
Freixo foram designados
para monitorar o processo na
região a fim de coletar
evidências sobre a
regularidade de contratação
dos servidores. A equipe
passou por muitas e
dificuldades mas, bem pertinho
para chegar ao compromisso,
distância de 26 mil e
140 km de estrada."

Alexandre Caldeira

10/08/08

A EXPOSIÇÃO

As exposições desempenham um papel fundamental dos museus: estabelecer uma comunicação direta entre a instituição e o público. Utilizando conceitos formulados pela Museologia Social, as exposições permitem diferentes construções de narrativa e estimulam novas possibilidades de interpretação.

A partir dos direcionamentos do Secretário Geral de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde), Carlos Augusto de Melo Ferraz, e de sua equipe, definiu-se um recorte histórico voltado à trajetória histórica da Saúde no Brasil até os dias de hoje. Além das fontes documentais, outras informações importantes sobre as áreas de maior impacto ajudaram a registrar, em formato visual e didático, a contribuição do TCU na área da Saúde: seus processos, aplicabilidades, estratégias e inquietações.

Para alinhar a ampla gama de trabalhos da SecexSaúde à narrativa museológica, a mostra foi dividida em três temas: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Saúde Indígena.

THE EXHIBITION

The exhibitions play a fundamental role of museums: to establish a direct communication between the institution and the audience. Using concepts formulated by Social Museology, they allow different constructions of narratives and stimulate new possibilities of interpretation.

From the directions of the Secretary General of the Department of External Control – Health (SecexSaúde), Carlos Augusto de Melo Ferraz and of his team, a historical cutout was defined, focusing on the trajectory of Health Care in Brazil, until the present day. In addition to the documental sources, other important information on the areas of greatest impact helped register, in a visual and didactic format, the TCU's contribution to the Health sector: its processes, applicability, strategies and concerns.

To align the wide range of SecexSaúde's work with the museological narrative, the exhibition was divided in three themes: Primary Care, Medium and High Complexity and Indigenous Health.

A EXPOSIÇÃO

Essa seleção tornou necessária a busca por parcerias, uma vez que, para melhor abordar as três temáticas, é preciso dialogar com as pessoas que nelas atuam e com quem usufrui de seus produtos e serviços.

Relações foram estabelecidas tanto com instituições da área da Saúde – em especial o Ministério da Saúde, sua Biblioteca e Centro Cultural – como com instituições culturais que já trabalhavam com o que seria exposto, como o Memorial dos Povos Indígenas, a Secretaria de Cultura e Economia Criativa do Governo do Distrito Federal, conselhos e associações de instituições de saúde, museus e hospitais.

Nesse projeto, buscou-se unir a inovação à cultura para corrigir o equivocado conceito de que museus apenas guardam objetos antigos, apresentando-os como locais de descobertas, construções e experiências inovadoras.

THE EXHIBITION

This selection made the search for participants necessary, since, in order to better approach the three main themes, it is required to talk to the people who work with them and to those who make use of their products and services.

Relationships have been established both with institutions in the Health Care field – in particular the Ministry of Health, its Library and Cultural Center — and with cultural institutions that already worked with what would be exhibited, such as the Memorial of Indigenous Peoples, the Secretariat of Culture and Creative Economy of the Federal District Government, councils and associations of health institutions, museums and hospitals.

In this project, we sought to unite innovation and culture in order to correct the mistaken concept that museums only keep old objects, now presenting them as places of discoveries, constructions, and innovative experiences.

A EXPOSIÇÃO

Para idealizar, desenvolver e produzir uma exposição é necessário um empenho plural e coordenado. Na elaboração de Percursos da Saúde no Brasil, o Museu Min. Guido Mondin contou com sua equipe de profissionais especializados em história, museologia, educação, conservação e restauração, arquitetura e design. A exposição envolveu os seguintes trabalhos em ordem cronológica: pesquisa histórica, elaboração de projeto, criação de identidade visual, concepção de expografia, prospecção de acervo, formação de parcerias institucionais e produção expositiva. Paralelamente, foram conduzidas ações de conservação e restauro e desenvolvimento de programa educativo específico.

THE EXHIBITION

To conceive, develop and produce an exhibition requires a plural and coordinated effort. In the elaboration of "Health Care Paths in Brazil", the Museum Minister Guido Mondin relied on its team of professionals specialized in history, museology, education, conservation and restoration, architecture and design. The exhibition involved the following work in chronological order: historical research, project development, visual identity creation, exhibition design, collection prospection, creation of institutional partnerships, and exhibition production. In parallel, conservation and restoration actions were carried out, and a specific educational program was developed.

PESQUISA

Para se pesquisar história são utilizadas diversas técnicas e fontes variadas. Na composição da exposição “Percurso da Saúde no Brasil, a contribuição do TCU” a equipe de história do Museu do TCU Guido Mondin se debruçou sobre auditorias feitas pela casa com o tema da saúde. O resultado é uma exposição que narra, de forma interativa, os antecedentes e os precedentes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, além de destacar o impacto da atuação do Tribunal. Assim o museu se conecta de forma mais direta com o trabalho desenvolvido pelas áreas fim do Tribunal, oferecendo ao público uma chance de conhecer o TCU mais a fundo.

O processo de pesquisa foi iniciado com a delimitação dos temas considerados mais relevantes pela SecexSaúde. Essa parceria foi fundamental pois permitiu que a equipe da história ouvisse dos auditores que trabalham na área qual o foco que eles viam como fundamental. Com os principais temas delimitados partiu-se para um levantamento do material produzido pelo TCU que verse sobre os tópicos. Considerando a variedade de documentos, relatórios e demais artefatos

RESEARCH

Different techniques and sources are used to research history. When organizing the exhibition “Percurso da Saúde no Brasil, a contribuição do TCU” (The paths taken by healthcare in Brazil: the contribution of the TCU), the history team at the TCU Museum Guido Mondin focused on audits carried out by the Court in healthcare. The result is an exhibition that narrates, in an interactive way, the antecedents and precedents of the implementation of the Unified Health System (SUS) in the country, in addition to highlighting the impact of the Court’s performance. Thus, the museum connects more directly with the work developed on Court’s core business, offering the public a chance to get to know the TCU more deeply.

The research process started with the delimitation of the topics considered most relevant by the Department of External Control - Public Health (SecexSaúde). This partnership was fundamental because it allowed the history team to hear what areas the auditors considered were more essential to focus on. With the main themes outlined, we started to survey the material produced by the TCU that dealt with such topics. Considering the variety of documents, reports, and other written material

PESQUISA

escritos produzidos nos diversos tipos de fiscalização realizados pelo TCU foi necessário escolher um tipo de texto como principal fonte, e decidiu-se que auditorias seriam o mais apropriado.

Como qualquer fonte, as auditorias apresentavam desafios específicos. O linguajar pouco acessível para quem não trabalha com esse tipo de documento e a quantidade de material são algumas delas. Além disso, pelo seu caráter e objetivo, as auditorias nem sempre contém as informações que o historiador está buscando na pesquisa. O material é então complementado por artigos de jornais, revistas e entrevistas. Todo esse material forma um quebra-cabeças de informações que serão analisados e transformados em uma narrativa coesa pelos historiadores.

Em termos teóricos é possível relacionar a exposição do Museu com o campo de estudo denominado História Pública, que se caracteriza pela atuação de historiadores e do método histórico fora do ambiente acadêmico. Esta prática possibilita interações com públicos mais amplos. Entrelaçado a esse campo, a utilização de auditorias

RESEARCH

produced in the different types of inspection carried out by the TCU, it was necessary to choose a type of text as the main source, and it was decided that audits would be the most appropriate.

Like any source, audits posed specific challenges. The language, which is inaccessible for those who do not work with this type of document, and the amount of material are some of them. In addition, due to their character and purpose, audits do not always contain the information that the historian is looking for in research. The material is then complemented by articles from newspapers, magazines, and interviews. All this material forms a puzzle of information that will be analyzed and transformed into a cohesive narrative by historians.

In theoretical terms, it is possible to relate the Museum's exhibition to the field of study called Public History, which is characterized by the work of historians and of the historical method outside the academic environment. This practice enables interactions with wider audiences. Intertwined with this field, the use of recent audits as a historical source is part of the History of the Present Time,

PESQUISA

recentes como fonte histórica insere-se dentro da História do Tempo Presente pois, representa o estudo e a produção textual de acontecimentos que correspondem ao tempo de vida do historiador, além de trabalhar com testemunhas vivas e suas memórias sobre o período que está sendo relatado e analisado.

Um exemplo de como a questão da História do Tempo Presente funcionou na pesquisa para a exposição está na auditoria sobre o Programa Saúde da Família, de 2002. O documento resultante da auditoria serve como o ponto de partida da investigação. Temos os/as auditores/as como testemunhas vivas que interagiram com médicos e pacientes que, por sua vez, também são considerados testemunhas neste trabalho. Esse processo de escuta, análise e escrita realizada pelos auditores é registrado no relatório das auditorias. A partir desse registro historiadores realizam sua análise, buscando resgatar as informações registradas e aquelas que estão colocadas nas entrelinhas. Esse processo contribui para ampliar debates, compartilhar informações e reelaborar o sentido e a importância da própria auditoria e do trabalho realizado pelo TCU.

RESEARCH

since it represents the study and textual production of events that correspond to the life span of the historian, in addition to working with living witnesses and their memories about the period being reported and analyzed.

An example of how the History of the Present Time worked in the research for the exhibition is in the audit of the 2002 Family Health program (Saúde Família). The document resulting from the audit serves as the starting point of the investigation. We have auditors as living witnesses who interacted with doctors and patients who, in turn, are also considered witnesses in this work. This process of listening, analyzing, and writing performed by the auditors is recorded in the audit report. Based on this record, historians carry out their analysis, seeking to rescue information that is either registered or placed between the lines. This process contributes to broadening debates, sharing information and re-elaborating the meaning and importance of the audit itself and the work performed by the TCU.



COMO É TRABALHAR COM SAUDE NO TCU?

Após que você já sabe mais como funciona a situação do TCU na área da Saúde que tal ouvir um pouco sobre esse tema? Pergunte mais dos auditores que trabalham no dia-a-dia com a fiscalização e melhoria da saúde da população brasileira.

PROGRAMA EDUCATIVO

(...) temos que admitir mudanças profundas na forma de atuação de cada museu. Mudanças tão profundas quanto as mudanças da própria sociedade e que exigem naturalmente novas propostas museológicas, novos perfis dos animadores desses processos, pois lidar com pessoas é bem mais complexo do que lidar com coleções. Expor e defender idéias é bem mais difícil do que expor objetos. (COUTINHO, excerto da conferência apud CHAGAS, 2002, p. 7)

Os museus, galerias e centros culturais precisaram se adaptar em razão das mudanças da sociedade nas últimas décadas. No Brasil, desde a década de 1980, os museus iniciaram um processo de transição, onde o seu foco começa a ser direcionado às pessoas e não mais somente aos objetos. As ações de comunicação passam então a ocupar um novo patamar na relação de prioridades desses espaços. Dentre as ações de comunicação estão as atividades desenvolvidas pelo programa educativo das instituições culturais. O grande desafio do programa educativo é estabelecer uma comunicação possível, acolhedora e eficaz com o público.

EDUCATIONAL PROGRAM

(...) we must admit profound changes in the way each museum operates. Changes as profound as changes in society itself and which naturally require new museological proposals, new profiles of those who encourage these processes, since dealing with people is much more complex than dealing with collections. Exposing and defending ideas is much more difficult than exposing objects. (COUTINHO, excerpt from the conference apud CHAGAS, 2002, p. 7)

Museums, galleries, and cultural centers have had to adapt as a result of changes in society in recent decades. In Brazil, since the 1980s, museums have begun a process transition where their focus begins to be directed at people and not only to objects. Thus, communication actions proceed to occupy a new level in the relationship priorities of these spaces. Among them, there are the activities developed by the educational program of cultural institutions. The great challenge of the educational program is to establish a viable, welcoming, and effective communication with the public.

PROGRAMA EDUCATIVO

O programa educativo contribui para o que chamamos de educação não formal, que permite um aprendizado facilitado por outros setores de educação que não a escola, como o próprio centro cultural. Esse contato com instituições que fazem parte desse tipo de educação tem grande importância na formação dos cidadãos. O CCTCU, em especial, desempenha esse papel de forma marcante, tendo em vista que mostra e permite a experimentação e aproximação das expressões culturais e as práticas de cidadania e controle social¹.

A experiência do público vivenciada nos espaços do centro cultural depende do contexto espacial, social e pessoal do indivíduo com as exposições e atividades propostas. Nesse sentido a mediação assume um papel importante, sendo facilitadora da vivência, dos conhecimentos adquiridos e construídos a partir dos objetos e ideias apresentados.

¹ Segundo a Controladoria-Geral da União “o controle social pressupõe a efetiva participação da sociedade, não só na fiscalização da aplicação dos recursos públicos como também na formulação e no acompanhamento da implementação de políticas. Um controle social ativo e pulsante permite uma maior participação cidadã, o que contribui para a consolidação da democracia em nosso país.” Disponível em: <<https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/controle-social>>

EDUCATIONAL PROGRAM

The educational program contributes to what we call non-formal education, which allows learning to be provided by sectors of education other than the school, such as the cultural center itself. The contact with such institutions has great importance in educating citizens. The CCTCU (Cultural Center of the TCU), in particular, plays a prominent role in this area, since it adopts a perspective that shows and allows for experimentation and approach of cultural expressions as well as practice of citizenship and social control¹.

The experience the public has in the cultural center depends on the spatial, social, and personal context the individual undergoes with the exhibits and activities proposed. In this sense, mediation assumes an important role, facilitating the experience and the knowledge acquired and built from the objects and ideas presented.

¹ According to the Office of the Comptroller General (CGU) “social control presupposes the effective participation of society, not only in monitoring the use of public resources, but also in elaborating and monitoring the implementation of policies. An active and vibrating social control allows for greater citizen participation, which contributes to consolidate democracy in our country”. Available at: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/controle-social>

PROGRAMA EDUCATIVO

Tendo em vista o contexto de pandemia do COVID-19 que assolou o mundo em 2020, os espaços culturais tiveram que expandir suas possibilidades em relação às suas ações educativas, para que fosse possível manter a comunicação com o público. O mundo virtual passa nesse momento a assumir um papel essencial, enquanto lives, exposições virtuais e até mediações virtuais chegaram até nossas casas de formas nunca tão exploradas. A oportunidade de utilização de novas mídias e ferramentas digitais se tornaram aliadas do programa educativo. A experiência física e em tempo real nunca poderá ser substituída e proporciona outro contato com os visitantes, mas também temos que admitir que proporcionar novas formas de interação são válidas e necessárias e podem também fazer parte da construção de conhecimento, suscitação de sentimentos e expressões que antes talvez não fossem acessíveis.

EDUCATIONAL PROGRAM

In view of the COVID-19 pandemic that struck the world in 2020, cultural spaces had to expand their possibilities in relation to their educational actions so that it was possible to maintain communication with the public. The virtual world now takes on an essential role, while livestreams, virtual exhibitions, and even virtual mediations have come to our homes in unprecedented ways. The opportunity to use new media and digital tools became allies of the educational program. Physical and real-time experience can never be replaced as they provide another contact with visitors, but we also have to admit that providing new forms of interaction are valid and necessary and can also be part of the construction of knowledge, raising feelings and expressions that might not have been accessible before.

PROGRAMA EDUCATIVO

A Exposição “Percurso da Saúde no Brasil - a contribuição do TCU” foi montada e inaugurada em nosso Museu quando a pandemia ainda não havia se instalado no país e, portanto, parte de nosso público teve a oportunidade de visitá-la de forma presencial. Após o fechamento temporário de nossos espaços por segurança da saúde de todos, o programa educativo, assim como outros setores do CCTCU iniciou uma busca pela melhor maneira de se manter conectado com o público. O Programa Educativo do Centro Cultural TCU atende hoje um diverso público externo, e também um público interno composto por servidores e colaboradores da Casa, cumprindo uma desafiadora tarefa de mediar objetos e narrativas às mais diversas faixas etárias e camadas sociais.

EDUCATIONAL PROGRAM

The exhibition “Percurso da Saúde no Brasil - a contribuição do TCU” (The paths taken by healthcare in Brazil: the contribution of the TCU) was set up and inaugurated in our Museum when the pandemic had not yet been installed in the country and , therefore, part of our public had the opportunity to visit it in person. After the temporary closure of our spaces for the safety of everyone’s health, the educational program, as well as other sectors of the CCTCU, started a search for the best way to stay connected with the public. The Educational Program of TCU’s Cultural Center currently serves a diverse external audience, as well as an internal audience composed of employees of the Court, fulfilling a challenging task of mediating objects and narratives to the most diverse age and social groups.

PROGRAMA EDUCATIVO

Nossa intenção não é trazer um discurso pronto ou explicação sobre os objetos e informações disponíveis, mas instigar o público a refletir, usar sua imaginação, e construir juntos novos horizontes. Dessa forma a Exposição passou a ter seu espaço virtual, que trouxe o espaço físico da maneira mais realista possível, possibilitando a experiência do caminhar dentro do espaço (inclusive com funcionalidades para a utilização de óculos de realidade virtual). Foram desenvolvidas também as mediações virtuais ao vivo, com os mediadores da instituição, sendo disponibilizadas e programadas para os diferentes públicos. Como complemento a equipe desenvolveu um livro-jogo, recurso educativo e extensão da exposição, que de maneira didática e linguajar acessível promove a reflexão sobre as informações presentes na exposição e ampliam o entendimento sobre o TCU, o SUS e as formas como, enquanto cidadãos, os indivíduos podem contribuir para o futuro as Saúde no Brasil.

EDUCATIONAL PROGRAM

Our intention is not to bring a standard speech or explanation about the objects and information available, but to encourage the audience to reflect, use their imagination, and build new horizons together. With that in mind, the Exhibition started to have its virtual space, which brought the physical space in the most realistic way possible, enabling the experience of walking inside the area (including features for using virtual reality glasses). Live virtual mediations were also developed with mediators of the institution, being available and programmed for different audiences. As a complement, the team has developed a game-book, an educational resource and extension of the exhibition, which in a didactic and accessible language promotes reflection on the information present in the exhibition and broadens the understanding of the TCU, SUS, and the ways in which, as citizens, individuals can contribute to the future of healthcare in Brazil.

núcleo 1: TCU



O TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO TCU

• O QUE É O TCU E QUAL A SUA ATUAÇÃO CIDADÃ

- Tribunal de Contas da União (TCU) é um órgão governamental com uma longa história. Criado em 1950 com o intuito de fiscalizar as receitas e as despesas da República, ele hoje desempenha a função de observar o correto gasto do dinheiro público. Além disso, o TCU busca soluções práticas e inovadoras para tornar a administração pública cada vez mais eficiente e construir um país melhor.

Dentre os muitos temas aos quais o TCU se dedica, a saúde sempre teve destaque, por meio de fiscalizações que visam a cobrir devios de recursos públicos e a aperfeiçoar a gestão de serviços e processos relacionados à saúde no Brasil em benefício da sociedade.

- A saúde é contemplada também nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), de iniciativa da ONU, que se encontram muito bem no trabalho do TCU.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ✓ www.tcu.gov.br
- ✓ 0800-644-1500, opção 1 Ouvidoria
- ✓ portal.tcu.gov.br

CONHEÇA O TCU POR DENTRO

Atualmente o TCU é formado por 9 Ministros:

- ✓ 6 indicados pelo Congresso Nacional;
- ✓ 2 escolhidos entre os Auditores e membros do Ministério Público que atuam junto com o TCU.

Existem ainda 4 **Ministros-Substitutos** que relatam processos, além de substituir os demais ministros quando necessário.

O Ministério Público é um órgão independente do TCU, mas atua de forma conjunta, defendendo a ordem jurídica, composto por:

- ✓ 1 Procurador-geral;
- ✓ 3 Procuradores-gerais; e
- ✓ 4 Procuradores.

O TCU é composto por 28 secretarias de controle externo que realizam fiscalizações em diversos temas.

Embora cada uma trate de temas de forma independente, muitos assuntos são compartilhados e, por isso, as secretarias podem atuar de forma conjunta.

core 1: TCU





O Tribunal de Contas da União (TCU) é um órgão governamental com uma longa história. Criado em 1890 com o intuito de fiscalizar as receitas e as despesas da República, até hoje desempenha a função de observar o correto gasto do dinheiro público. Tendo existido com maior ou menor poder durante o período republicano, o TCU passou por grandes transformações ao longo de sua trajetória. Atualmente o TCU busca soluções práticas e inovadoras para tornar a administração pública cada vez mais eficiente e construir um país melhor. Dentre os muitos temas aos quais o TCU se dedica, a saúde sempre teve destaque, por meio de fiscalizações que visam a coibir desvios de recursos públicos e a aperfeiçoar a gestão de serviços e processos relacionados a saúde no Brasil em benefício da sociedade.

Em 1890 o Tribunal contava com poucos funcionários. As responsabilidades do órgão também eram menos complexas. Atualmente, com as responsabilidades ampliadas, o TCU conta com mais de 2500 funcionários. A estrutura do tribunal segue a seguinte estrutura:

9 Ministros:

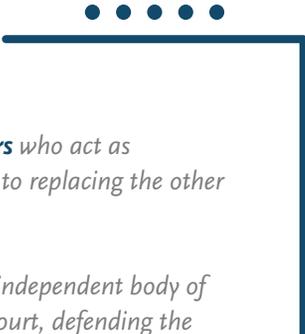
- 6 indicados pelo Congresso Nacional;
- 1 indicado pelo Presidente da República;
- 2 escolhidos entre os Auditores e Membros do Ministério Público.

The Federal Court of Accounts - Brazil (TCU) is a government agency with a long history. Created in 1890 with the aim of auditing the Republic's revenues and expenses, it still observes the correct spending of public money. Having existed with greater or lesser power during the republican period, the TCU has undergone major transformations along its trajectory. Currently, the Court seeks practical and innovative solutions to make public administration increasingly efficient and build a better country. Among the many themes the TCU is dedicated to, health has always stood out, through audits that aim to curb diversion of public resources and improve management of health-related services and processes in Brazil for the benefit of society.

In 1890 the Court had few employees. Its responsibilities were also less complex. Currently, with a broader scope of duties, the TCU has more than 2,500 employees. The court's structure is as follows:

9 Ministers:

- *6 appointed by the National Congress*
- *1 appointed by the President of the Republic*
- *2 chosen from Auditors and Members of the Public Prosecution Office within the TCU*



Existem ainda **4 ministros-substitutos** que relatam processos, além de substituir os demais ministros quando necessário.

O Ministério Público é um órgão independente do TCU, mas atua de forma conjunta, defendendo a ordem jurídica. Compõe-se de **1 Procurador-geral, 3 Subprocuradores-gerais e 4 Procuradores**.

Além da estrutura das câmaras o TCU é composto por **28 secretarias de controle externo**, que realizam fiscalizações em diversos temas. Embora cada uma trate de temas de forma independente, muitos assuntos são transversais e, por isso, as secretarias podem atuar de forma conjunta.

Os caminhos dos processos no TCU

Existem muitas formas de se avaliar se os recursos da União estão sendo bem empregados pelos gestores da administração pública. Dentro do TCU esses processos podem ter origens variadas, assim como variar de acordo com o seu tipo e complexidade. Ou seja, existem muitos caminhos pelos quais os processos seguem no Tribunal.

*There are also **4 substitute ministers** who act as rapporteurs in case files, in addition to replacing the other ministers when necessary.*

*The Public Prosecution Office is an independent body of the TCU, but acts jointly with the Court, defending the legal order. It consists of **one Prosecutor General, three Deputy Prosecutors General and four Prosecutors**.*

*In addition to the structure of the chambers, the TCU is composed of **28 departments of external control**, which carry out audits on various subjects. Although each one deals with subjects independently, many issues are transversal and, therefore, the departments can act together.*

The paths of case files in the TCU

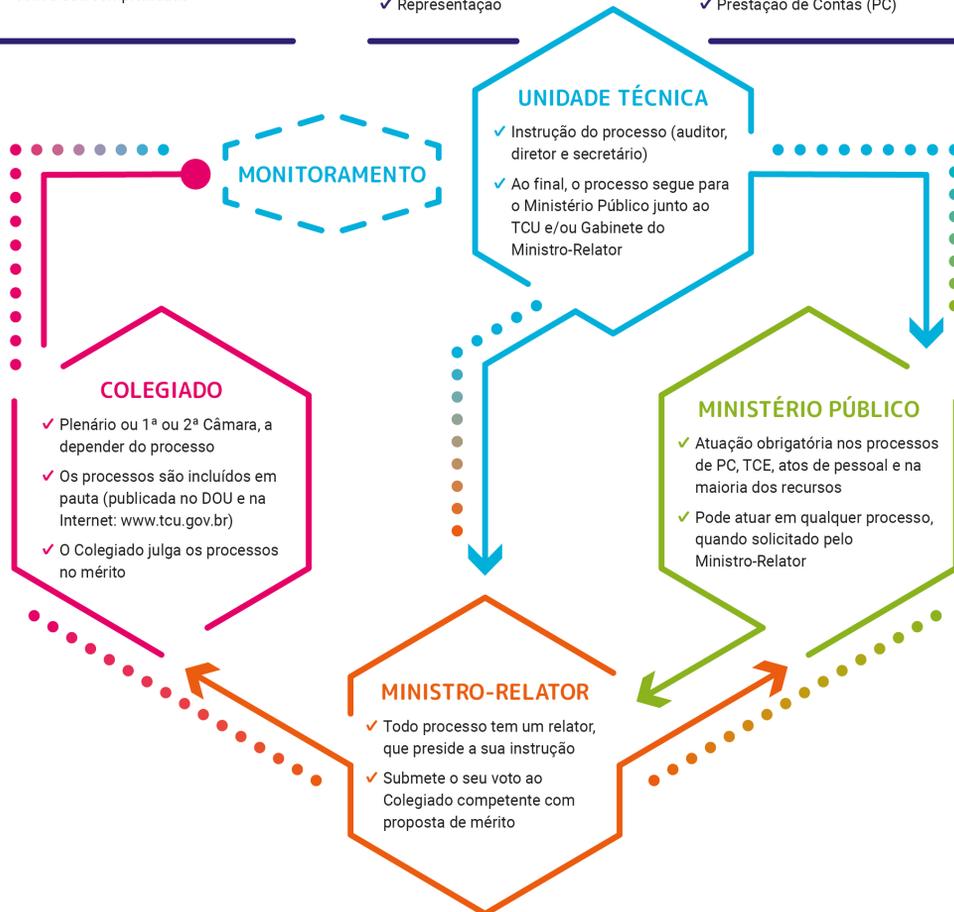
There are many ways to assess whether the Court's resources are being used properly by public administration managers. Within the TCU, case files can have varied origins, and they also vary according to their type and complexity. In other words, there are many paths which case files follow within the Court.

INFORMAÇÕES GERAIS

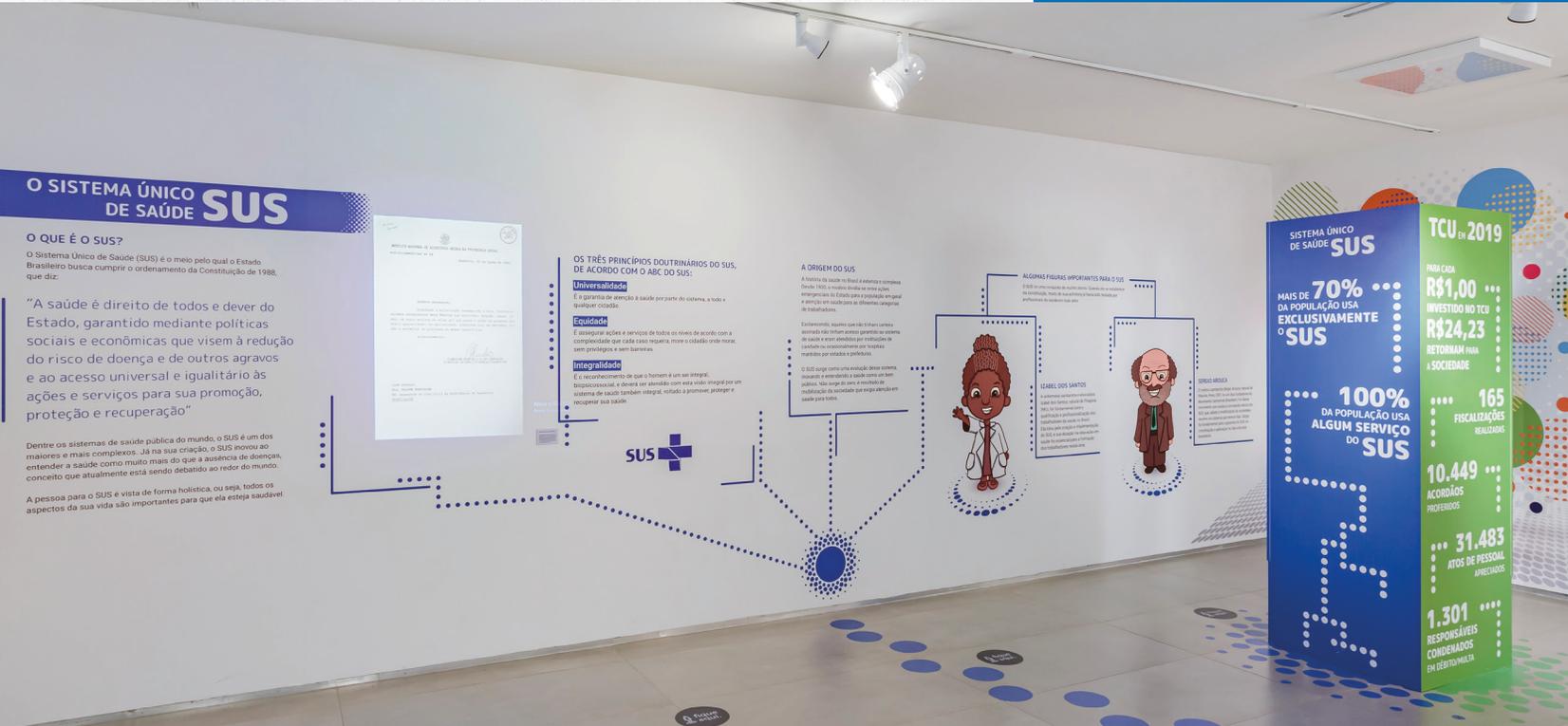
- ✓ Os processos podem ter origens variadas
- ✓ A duração dos processos varia de acordo com a sua complexidade

TIPOS DE PROCESSOS

- ✓ Solicitação do Congresso Nacional
- ✓ Fiscalização
- ✓ Representação
- ✓ Denúncia
- ✓ Tomada de Contas Especial (TCE)
- ✓ Prestação de Contas (PC)



núcleo 2: SUS



core 2: SUS

A SAÚDE É UM DIREITO E DEVERES. ESSA VIGILÂNCIA DA SAÚDE

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS

O QUE É O SUS?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a mais ampla rede de Estado Brasileiro baseada sempre e exclusivamente na Constituição de 1988, que diz:

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

Dentre os sistemas de saúde pública do mundo, o SUS é um dos maiores e mais completos. Já na sua criação, o SUS visava ao entender a saúde como muito mais do que a ausência de doença, conceito que atualmente está sendo debatido ao redor do mundo.

A gestão para o SUS é feita de forma híbrida, ou seja, todos os aspectos da saúde são compartilhados para que seja atingida qualidade.



OS TRÊS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS, DE ACORDO COM O ABC DO SUS:

- Universalidade**
É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.
- Equidade**
É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso require, mais e cuidado ainda maior, sem privilégios e sem barreiras.
- Integralidade**
É o reconhecimento de que os homens são um integral, biopsicossocial, e devem ser atendidos com esta visão integral por um Sistema de Saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.



A ORIGEM DO SUS

A história da saúde no Brasil é extensa e complexa. Desde 1905, o modelo de saúde se entre ações desenvolvidas pelo Estado para a população em geral e atenção em saúde para as diferentes categorias de trabalhadores.

Atualmente, aqueles que não tinham nenhuma assistência não tinham acesso garantido ao sistema de saúde e eram atendidos por instituições de caráter ou ocasionalmente por hospitais mantidos por associações e profissões.

O SUS surge assim como uma resposta a essas situações, inovando e entendendo a saúde como um bem público. Não surge de uma vez, mas através da mobilização da sociedade que impulsiona a criação em saúde para todos.



ALGUMAS FIGURAS IMPORTANTES PARA O SUS

O SUS foi uma conquista de muitos atores. Graças ao seu trabalho na construção, muito de sua estrutura já havia sido formada por profissionais da saúde em todo país.

IZABEL DOS SANTOS

A primeira sanitarista e epidemiologista criada no Brasil, Izaeta de Moraes dos Santos (Izaeta), foi fundamental para a qualificação e profissionalização dos trabalhadores da saúde no Brasil. Ela lutou pela criação e implementação do SUS. A sua atuação foi decisiva em cada fase essencial para a formação do trabalhador em saúde.

TCU EM 2019

PARA CADA

R\$1,00

INVESTIDO NO TCU

R\$24,23

RETORNAM PARA A SOCIEDADE

165 FISCALIZAÇÕES REALIZADAS

10.449 ACORDÕES PREFERIDOS

31.483 ATOS DE PESSOAL APRECIADOS

1.301 RESPONSABILIZADOS EM DÉBITO/MULTA

70% DA POPULAÇÃO USA EXCLUSIVAMENTE O SUS

100% DA POPULAÇÃO USA ALGUM SERVIÇO DO SUS



O Sistema Único de Saúde (SUS) é o meio pelo qual o Estado Brasileiro busca cumprir o ordenamento da Constituição de 1988, que diz:

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

Dentre os sistemas de saúde pública do mundo, o SUS é um dos maiores e mais complexos, já que atende uma população de mais de 209 milhões de indivíduos. De acordo com dados de Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) cerca de 70% dos brasileiros não possuem nenhum tipo de plano de saúde e dependem exclusivamente do SUS. Além disso, como você vai ver mais a frente, 100% dos brasileiros usam o SUS de alguma forma no seu dia a dia.

A saúde compreendida como direito e não como mercadoria faz parte de um longo processo que se desenvolveu principalmente durante o século 20. A própria concepção de que existem direitos fundamentais de todos os seres humanos faz parte dessa mudança

Brazil's Unified Health System (SUS) is the means through which the Brazilian State seeks to comply with the 1988 Constitution, which says:

“Health is the right of all and the duty of the State, guaranteed through social and economic policies aimed at reducing the risk of disease and other health risks and universal and equal access to actions and services for their promotion, protection, and recovery.”

Among the world's public health systems, SUS is one of the largest and most complex, as it serves a population of more than 209 million individuals. According to data from the National Federation of Supplementary Health (FenaSaúde), about 70% of Brazilians do not have any type of health insurance and depend exclusively on SUS. In addition, as you will see later, 100% of Brazilians use SUS in some way in their daily lives.

Health understood as a right and not as a commodity is part of a long process that was developed mainly during the 20th century. The very concept that all human beings have fundamental rights is part of this change in perspective that has been built in the last 100 years. The perception that there are fundamental



de perspectiva que se construiu nos últimos 100 anos. A percepção de que existem direitos fundamentais e o entendimento de que a saúde é um desses direitos fomentou o debate para a criação de sistemas universais de saúde ao redor do globo. Podemos destacar que em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou que saúde ia muito além da ausência de doenças e incluía o bem-estar físico, mental e social. Esse conceito ainda é aplicado pela maioria dos países, e é o conceito fundamental para se entender como o SUS funciona no Brasil.

Para que o SUS exista e atenda todo país, foram pensados princípios que regem o serviço. Esses princípios se dividem em dois tipos principais, os doutrinários e os organizativos. Os doutrinários regem o SUS de forma mais geral, e devem ser respeitados em todas as decisões tomadas sobre o serviço. São eles:

Os três princípios doutrinários do SUS, de acordo com o ABC do SUS:

Universalidade: É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.

Equidade: É assegurar ações e serviços de todos os

rights and the understanding that health is one of them has fueled the debate for the creation of universal health systems around the globe. We can highlight that in 1948 the World Health Organization (WHO) conceptualized that health went far beyond the absence of diseases and included physical, mental, and social well-being. This concept is still applied by most countries and it is the fundamental concept to understand how SUS works in Brazil.

For SUS to exist and serve the entire country, some principles have been designed to govern the service. These principles are divided into two main types, doctrinal and organizational. Doctrinal principals govern SUS more generally and must be respected in all decisions made about the service. They are as follows:

The three doctrinal principles of SUS, according to the ABC of SUS (Booklet of Doctrines and Principles):

Universality: *It is the guarantee of health care by the system, to each and every citizen.*

Equity: *It means to ensure actions and services at all levels according to the complexity that each case requires,*



níveis de acordo com a complexidade que cada caso queira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras.

Integralidade: É o reconhecimento de que o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Já os organizativos falam sobre questões mais práticas da organização do serviço. São eles:

Os cinco princípios organizativos do SUS:

Regionalização: é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos dentro de uma determinada área geográfica.

Hierarquização: é o que garante formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização: o poder e responsabilidade do SUS deve estar distribuído entre os três níveis de governo.

regardless of where the citizen lives, without privileges and without barriers.

Integrality: *It is the recognition that humans are integral, biopsychosocial beings, and must be attended to with this integral vision by a health system that is also integral, aimed at promoting, protecting, and recovering their health.*

The organizational principles talk about more practical issues of service organization. They are:

The five organizational principles of SUS:

Regionalization: *it is a process of articulation between the services that already exist, aiming at their unified command within a certain geographical area.*

Hierarchization: *is what guarantees forms of access to services that are part of the complexity required by the case, within the limits of the resources available in a given region.*

Decentralization: *the power and responsibility of SUS must be distributed among the three levels of government. As a result, a higher quality service and the guarantee of control and supervision by the citizens are*



Com isso é esperado um serviço de maior qualidade e a garantia do controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. A responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

Comando Único: segue a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

A origem do SUS

A história da saúde no Brasil é extensa e complexa. Desde 1900, a organização do serviço dividia-se entre dois modelos principais: ações emergenciais do Estado para a população em geral e atenção em saúde para as diferentes categorias de trabalhadores. Esclarecendo, o sistema de saúde era garantido para aqueles que

expected. Responsibility for health must be decentralized to the municipality, that is, management, technical, administrative, and financial conditions must be provided to the municipality to exercise this function.

Single Command: *follows the constitutional concept of single command, where each sphere of government is autonomous and sovereign in its decisions and activities, respecting the general principles and the society's participation.*

Popular Participation: *society must participate in the system's day-to-day activities. To achieve this, Health Councils and Conferences should be created, with the purpose of formulating strategies, controlling and evaluating the execution of health policy.*

The origin of SUS

The history of health in Brazil is extensive and complex. Since 1900, the organization of this service has been divided between two main models: emergency actions by the State for the general population and health care for different categories of employees. To clarify, the health system was guaranteed for those who had a fixed job and a formal contract. Those who did not



possuíam trabalho fixo e com carteira assinada. Já aqueles que não tinham carteira assinada não tinham acesso garantido ao sistema de saúde e eram atendidos por instituições de caridade ou ocasionalmente por hospitais mantidos por estados e prefeituras. Além disso o governo fazia campanhas emergenciais para lidar com algumas doenças.

Essas ações emergenciais do estado brasileiro se assemelhavam muito a campanhas militares. Quando uma doença estava ameaçando a população, especialmente das cidades, o governo fazia uma campanha de combate ao problema. Assim combatia a doença específica, mas nem sempre atacava todos os outros fatores que adoeciam a população. Portanto bem pouco era feito como medida de prevenção. Além do mais a população das áreas rurais costumava ficar sem atendimento, e muitas vezes as doenças que se espalhavam nessas regiões não eram consideradas ameaças. Vale também lembrar que a maior parte dos moradores de áreas rurais não tinha acesso a planos de saúde por categoria de trabalho, já que raramente tinham carteiras assinadas, e assim a maioria acabava sem acesso a serviços básicos de saúde.

O resultado desse tipo de política é que a população

have a formal contract did not have guaranteed access to the health system and were served by charities or occasionally by hospitals maintained by states and city halls. In addition, the government conducted emergency campaigns to deal with some diseases.

These emergency actions by the Brazilian state were very similar to military campaigns. When a disease was threatening the population, especially in cities, the government conducted a campaign to combat the problem. Thus, it fought the specific disease, but it did not always attack all the other factors that made the population sick. As a result, very little was done as a preventive measure. Furthermore, the population of rural areas used to be left without care, and often the diseases that spread in these regions were not considered threats. It is also worth mentioning that most rural residents did not have access to health insurance through job categories, since they rarely had formal contracts. Thus, most of them ended up without access to basic health services.

The result of this type of policy is that the general population ended up victim of preventable diseases and for which treatments were already known. An indicator that can be used to understand the health and socioeconomic development of a population is the infant



em geral acabava vítima de doenças evitáveis e para as quais já se conheciam tratamentos. Um indicativo que pode ser utilizado para perceber como está a saúde e o desenvolvimento socioeconômico de uma população é o índice de mortalidade infantil. Se observarmos os dados do IBGE sobre mortalidade infantil nos anos 80, antes da implementação do SUS, e dos anos 2000, com o SUS, vemos que há uma melhoria de 75% nos índices. De uma forma simplista esses dados apontam para uma melhoria da saúde da população em geral.

Já na sua criação, o SUS inovou ao seguir o entendimento da OMS de que a saúde vai além da ausência de doenças. Perceber a pessoa como muito mais do que partes doentes e saber que muitas condições dependem de fatores variados é um conceito que, embora já esteja sendo desenvolvido há décadas, atualmente está sendo debatido ao redor do mundo como um possível futuro para o atendimento médico. A pessoa para o SUS é vista de forma holística, ou seja, todos os aspectos da sua vida são importantes para que ela esteja saudável.

Muitos atores participaram para que um conceito tão inovador fosse adotado pela constituição brasileira. Uma movimentação mais incisiva para garantir que toda a população tivesse acesso a saúde se constituiu

mortality rate. If we look at data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) on infant mortality in the 1980s, before SUS is implemented, and in the 2000s, after SUS, we see that there is a 75% improvement in the rates. In a simplistic way, these data point to an improvement in the health of the general population.

Upon its creation, SUS brought signs of innovation by following WHO's understanding that health goes beyond the absence of disease. Perceiving the person as much more than sick parts and knowing that many conditions depend on varied factors is a concept that, although it has been developed for decades, is currently being debated around the world as a possible future for medical care. SUS has a holistic approach towards human beings, that is, all aspects of life are important for the person to be healthy.

Many actors participated so that such an innovative concept could be adopted by the Brazilian constitution. A more incisive move to ensure that the entire population had access to health was constituted mainly in the late 60s and 70s in Brazil. Thus, the understanding that health went beyond disease and that Brazilian health should be treated as a social and political issue was formed by



principalmente no final dos anos 60 e anos 70 no Brasil. Assim a compreensão de que a saúde ia além da doença e de que a saúde brasileira deveria ser tratada como uma questão social e política foi formada por profissionais da saúde, sindicatos, universidades, intelectuais e pessoas comuns. A saúde deixava de ser compreendida como um problema individual a ser resolvido por meio dos serviços médicos, e começava a ser debatida em conjunto pela sociedade.

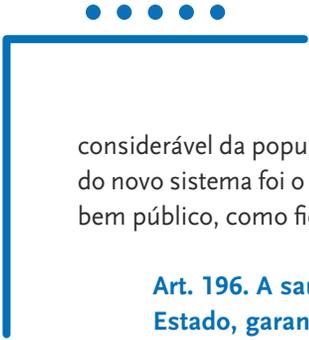
Parte dessas questões foram elaboradas pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (1979), entidades que participaram ativamente na construção do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil. Esse trabalho teórico e prático resultou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a primeira conferência nacional com ampla participação popular. Nesse evento representantes de diversos segmentos da sociedade civil discutiram e elaboraram o que viria a ser a base para o texto constitucional de 1988 na questão da saúde e para a formulação do SUS.

Por isso, e vários outros fatores, podemos dizer que o SUS surge através da luta da sociedade civil e como uma evolução de um sistema de saúde que excluía parte

health professionals, unions, universities, intellectuals, and ordinary people. Health was no longer understood as an individual problem to be solved through medical services and began to be discussed jointly by society.

Part of these questions were elaborated by the Brazilian Center for Health Studies - Cebes (1976) and the Brazilian Association of Graduate Studies in Public Health – ABRASCO (1979), entities that actively participated in creating the movement for Health Reform in Brazil. This theoretical and practical work resulted in the 8th National Health Conference in 1986, the first national conference with wide popular participation. At this event, representatives of different segments of civil society discussed and elaborated what would become the basis for the 1988 constitutional text on health and the creation of SUS.

For this reason, and several other factors, we can say that SUS arises through the struggle of civil society and as an evolution of a health system that excluded a considerable part of the population. One of the greatest innovations of the new system was the understanding of health as a public good, as is clear from the Constitution:



considerável da população. Uma das maiores inovações do novo sistema foi o entendimento que saúde como um bem público, como fica claro pelo texto da constituição:

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

Assim a saúde deixa de ser responsabilidade exclusivamente individual, dependente de carteira assinada e outras burocracias, mas passa a ser responsabilidade clara do estado. Só que essa mudança toda não surge do nada. Podemos dizer que foi o resultado de mobilização da sociedade que exigia atenção em saúde para todos, e de intelectuais que debatiam e pesquisavam qual a melhor solução para atender a população brasileira.

Algumas figuras importantes para o SUS

O SUS foi uma conquista de muitos atores. Quando ele se estabelece na constituição, muito de sua estrutura já havia sido testada por profissionais da saúde em todo

Art. 196. Health is the right of all and the duty of the State, guaranteed through social and economic policies aimed at reducing the risk of disease and other health risks and offering universal and equal access to actions and services for its promotion, protection, and recovery.

Thus, health is no longer exclusively an individual responsibility, dependent on a formal contract and other bureaucracies, but rather a clear responsibility of the state. However, this whole change does not come out of nowhere. We can say that it was the result of the mobilization of society that demanded health care for all, and of intellectuals who debated and researched the best solution to serve the Brazilian population.

Some important figures for SUS

SUS was an achievement of many actors. When it was established in the Constitution, much of its structure had already been tested by health professionals across the country. Among these many people who argued, researched, discussed, and fought, we will highlight the participation of two who were fundamental.

país. Dentre essas muitas pessoas que reclamaram, pesquisaram, conversaram e lutaram, vamos destacar a participação de duas pessoas que foram fundamentais.

Izabel dos Santos

A enfermeira sanitarista e educadora Izabel dos Santos, natural de Pirapora (MG), foi fundamental para a qualificação e profissionalização dos trabalhadores da saúde no Brasil. Ela lutou pela criação e implementação do SUS, e sua atuação na educação em saúde foi essencial para a formação dos trabalhadores nessa área.

Izabel dos Santos

The health nurse and educator Izabel dos Santos, born in Pirapora (MG), was instrumental in the qualification and professionalization of health workers in Brazil. She fought for the creation and implementation of SUS, and her performance in health education was essential for the training of workers in this area.



Izabel dos Santos



Sérgio Arouca

O médico sanitарista Sérgio Arouca, natural de Ribeirão Preto (SP), foi um dos fundadores do Movimento Sanitarista Brasileiro. Foi desse movimento que surgiu a concepção teórica do SUS, que, aliada à mobilização da sociedade, resultou no sistema que temos hoje. Sérgio foi fundamental para a garantia do SUS na constituição e aplicação no dia-a-dia dos brasileiros.

Sérgio Arouca

Sanitary doctor Sérgio Arouca, a native of Ribeirão Preto (SP), was one of the founders of the Brazilian Sanitary Movement. This movement was the one to boost SUS's theoretical concept, which, along with the mobilization of society, resulted in the system we have today. Sérgio was instrumental in guaranteeing the existence of SUS in the Constitution and its application in the daily lives of Brazilians.



Sérgio Arouca

núcleo 3: O SUS na sua vida

O SUS NA SUA VIDA

O PLURAL É FUNDAMENTAL

Existem muitas realidades no Brasil, e um dos desafios do SUS é permitir que os habitantes de todas elas sejam atendidos e acessem os mesmos direitos, respeitando o princípio da equidade.

DIFERENÇAS ENTRE MEDICINA CURATIVA, PREVENTIVA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Medicina curativa

Mais praticada no Brasil até o fim dos anos 80, espera a doença ocorrer para depois tratá-la. A saúde é entendida como ausência de doenças.

Medicina preventiva

Busca evitar que a doença se instale para assim não precisar curá-la. A saúde é entendida como a ausência de doenças.

Promoção da saúde

Cria condições para que as pessoas sejam saudáveis, não apenas evitando doenças, mas promovendo ações para o bem-estar geral. A saúde é entendida como qualidade de vida.

POR QUE O CONCEITO FOI AMPLIADO?

É mais econômico para a sociedade promover a saúde do que tratar a doença. É verdade que algumas doenças sempre vão existir, mas a prioridade do sistema de saúde é, no limite dos recursos disponíveis, fazer com que o conjunto da população viva mais, com mais qualidade de vida. Uma população mais saudável tem mais condições de produzir e colaborar com o crescimento do país.

VOCÊ SABIA QUE TODOS OS BRASILEIROS USAM O SUS?

Ache no caça-palavras serviços do SUS que você usa da lista ao lado:



- ✓ Água potável
- ✓ Ambulância
- ✓ Controle de hemoderivados
- ✓ Controle de medicamentos
- ✓ Fiscalização de planos de saúde
- ✓ Medicamentos alto custo
- ✓ SAMU
- ✓ Saneamento básico
- ✓ Transplantes
- ✓ Tratamento HIV
- ✓ Vacinação
- ✓ Vigilância sanitária



CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DA PESSOA USUÁRIA DA SAÚDE



O QUE É O SUS?

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pelo qual o Estado Brasileiro assumiu o compromisso de garantir a saúde para todos.

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

Dentro do universo de saúde pública no mundo, o SUS é um dos maiores e mais completos. Além da criação, o SUS tornou-se um modelo de saúde pública que se tornou referência de políticas públicas em saúde em todo o mundo.

A pessoa que usa o SUS é vista de forma positiva, ou seja, todos os esforços são feitos para garantir que ela seja saudável.

core 3: SUS in your life



Quando pensamos no Brasil temos uma certeza: o plural é fundamental. Existem muitas realidades no país, e um dos desafios do SUS é permitir que os habitantes de todas elas sejam atendidos e acessem os mesmos direitos, respeitando assim o princípio da equidade.

Com um país tão grande é um assombro pensar que 100% da população usa o SUS. Você não leu errado, todos usamos, mas usamos o sistema de formas muito diferentes. Assim te convidamos a conhecer um pouco mais daquilo que você já usa e talvez não soubesse que era parte do SUS.

Além disso, dados de 2019 apontam que 70% de todos os brasileiros dependem exclusivamente do SUS para todas as questões relacionadas a saúde. O restante da população também usa o SUS, mas para muitas questões médico-hospitalares dependem também de planos privados de saúde. E assim temos a impressão de que essas pessoas não usam o SUS, mas o próprio sistema de planos privados de saúde é fiscalizado pelo SUS. Além disso serviços básicos como água potável e o próprio SAMU são também responsabilidades do SUS:

- **Controle de medicamentos**
- **Controle de hemoderivados**

When we think of Brazil, we have a certainty: the plural aspect is fundamental. There are many realities in the country and one of the challenges of SUS is to allow all inhabitants to be served and have access to the same rights, thus respecting the principle of equity.

With such a big country it is a wonder to think that 100% of the population uses SUS. You didn't read it wrong, we all use it, but we use the system in very different ways. So, we invite you to know a little more about what you already use and maybe had no idea it was part of SUS.

In addition, data from 2019 indicate that 70% of all Brazilians depend exclusively on SUS for all health-related issues. The rest of the population also uses SUS, but for many medical and hospital issues they also depend on private health plans. Therefore, we have the impression that these people do not use SUS, but the system of private health plans is supervised by SUS. In addition, basic services such as drinking water and the Mobile Emergency Care Service (SAMU) are also the responsibility of SUS:

- **Medication control**
- **Control of blood derivatives**

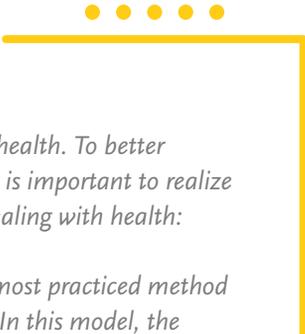


- Saneamento básico
- Água potável
- Vigilância sanitária
- Vacinação
- Ambulância
- SAMU
- Transplantes
- Tratamento HIV
- Fiscalização de planos de saúde
- Medicamentos alto custo

O principal motivo para o SUS englobar tantos aspectos está na sua criação. O sistema trouxe uma grande inovação para a saúde brasileira, uma perspectiva que está sendo debatida nos maiores grupos de especialistas em saúde do mundo só agora, mais de 30 anos depois. Essa grande mudança aconteceu na base do sistema, na

- *Basic sanitation*
- *Potable water*
- *Health surveillance*
- *Vaccination*
- *Ambulance*
- *SAMU*
- *Transplants*
- *HIV treatment*
- *Inspection of health plans*
- *High cost medicines*

The main reason for SUS to encompass so many aspects is its creation. The system has brought great innovation to Brazilian health, a perspective that only now, more than 30 years later, is being debated in the largest groups of health experts around the world. This major change took place at the base of the system, in the way the government



forma como o governo entendia que devia lidar com a saúde. Para entender melhor o que foi essa mudança é importante perceber que existem três formas principais de se tratar a saúde:

A medicina curativa, que foi a mais praticada no Brasil até o fim dos anos 80. Nesse modelo o governo espera a doença ocorrer para depois tratá-la. Aqui o exemplo da Revolta da Vacina se faz útil. Em 1904 já existia no Rio de Janeiro um problema de saúde pública e um surto de varíola. Nesse momento o governo fez a campanha de vacinação obrigatória. Assim o governo agiu depois que a doença já estava instalada para tentar resolver a situação. Além da forma como trata as doenças, nesse modelo a saúde é entendida como ausência de doenças. Ou seja, uma pessoa saudável é aquela que não tem doenças.

A medicina preventiva tenta evitar que a doença se instale para assim não precisar curá-la. Nesse modelo o governo não espera que a doença aconteça para lidar com o problema, mas cria estratégias para que a doença não se instale. Nesse modelo a saúde também pode ser entendida como a ausência de doenças, mas pode-se pensar em uma ampliação desse conceito.

A promoção da saúde cria condições para que as pessoas

understood that it should deal with health. To better understand what this change was, it is important to realize that there are three main ways of dealing with health:

***Curative medicine**, which was the most practiced method in Brazil until the end of the 1980s. In this model, the government waits until the disease occurs and then decides to treat it. Here the example of the Revolta da Vacina episode is useful. In 1904 there was already a public health problem in Rio de Janeiro and an outbreak of smallpox. At that time, the government carried out the mandatory vaccination campaign. Thus, the government acted after the disease was already installed to try to resolve the situation. In addition to the the disease is treated, in this model, health is understood as the absence of diseases. That is, a healthy person is one who has no diseases.*

***Preventive medicine** tries to prevent the disease from spreading so as not to need to cure it. In this model, the government does not wait until the disease occurs in order to deal with the problem, but it creates strategies so that the disease does not install itself. In this model, health can also be understood as the absence of diseases, but an expansion of this concept can be considered.*

***Health promotion** creates conditions for people to be*



sejam saudáveis, não apenas evitando doenças, mas promovendo ações para o bem-estar geral. Assim não basta não ter doenças, mas é preciso estar feliz, calmo e etc. Nesse modelo a saúde é entendida como qualidade de vida.

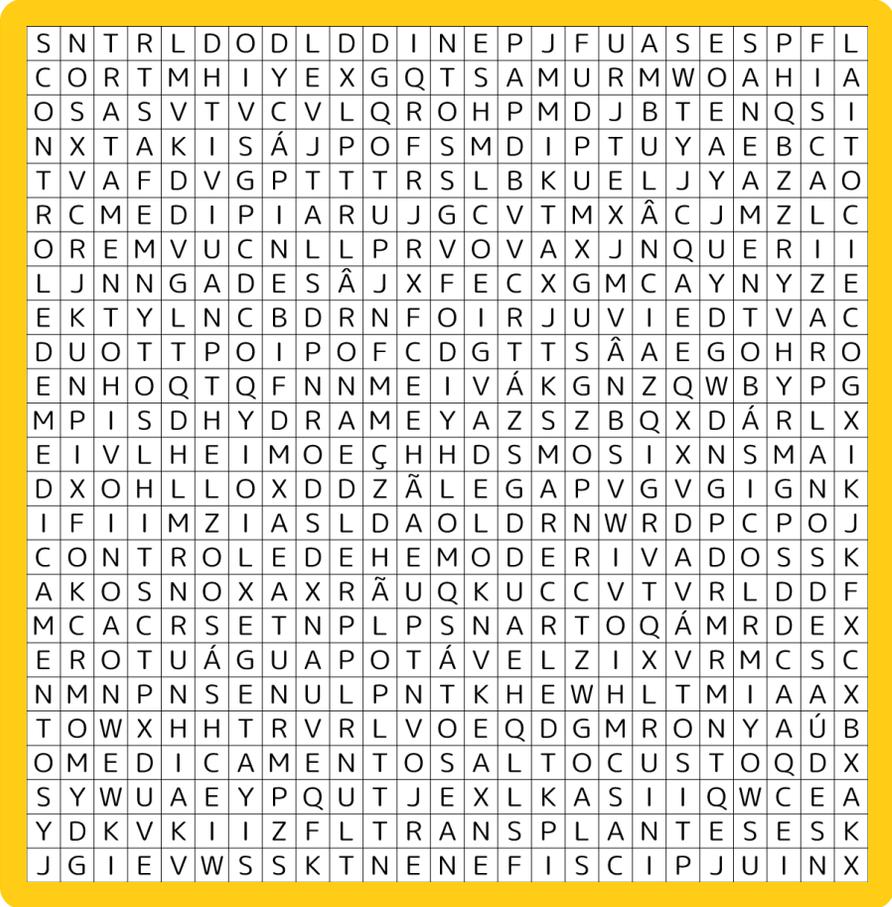
Dessas três formas o governo brasileiro, até a década de 1980, se focou principalmente no modelo da medicina curativa. As ações eram feitas depois que já havia um problema detectado. Existiam algumas ações preventivas, mas não era o padrão. Foi só com a implementação do SUS que esse cenário foi modificado. E por que mudar a lógica do sistema?

Um dos principais motivos é o fato de ser mais econômico para a sociedade promover a saúde do que tratar a doença. Assim o governo gasta menos com saúde quando a população não tem doenças do que quando as doenças precisam ser tratadas. E mais do que simplesmente prevenir as doenças, é importante agir para que a população viva bem. Agora, é verdade que algumas doenças sempre vão existir, mas a prioridade do sistema de saúde é, no limite dos recursos disponíveis, fazer com que o conjunto da população viva mais, com mais qualidade de vida. Uma população mais saudável tem mais condições de produzir e colaborar com o crescimento do país.

healthy, not only avoiding diseases, but promoting actions for general well-being. Therefore, it is not enough not to have diseases, but you also need to be happy, calm, etc. In this model, health is understood as quality of life.

Out of these three forms, the Brazilian government, until the 1980s, focused mainly on the curative medicine model. Actions were taken after a problem was detected. There were some preventive actions, but it was not the standard. It was only with the implementation of SUS that this scenario was modified. And why change the logic of the system?

One of the main reasons is that it is more economical for society to promote health than to treat the disease. As a result, the government spends less on health when the population has no disease than when the disease needs to be treated. And more than just preventing disease, it is important to act so that the population lives well. It is true that some diseases will always exist, but the priority of the health system is, within the limits of available resources, to make the population as a whole live longer, with a better quality of life. A healthier population is better able to produce and collaborate with the country's growth.



- Controle de medicamentos
- Controle de hemoderivados
- Saneamento básico
- Água potável
- Vigilância sanitária
- Vacinação
- Ambulância
- SAMU
- Transplantes
- Tratamento HIV
- Fiscalização de planos de saúde
- Medicamentos alto custo



Desde sua fundação o tema da saúde foi importante para o TCU, mas nem sempre a organização do tribunal foi temática. Seguindo o modelo adotado no país as ações relacionadas a saúde praticadas pelo TCU também se pautavam por atitudes mais pontuais e emergenciais. Até o final de 2012, a 4ª Secretaria de Controle Externo (4ª Secex), cuidava, entre outros temas, da função saúde. Com as mudanças que ocorreram na estrutura do governo federal durante o último século o papel do TCU frente a saúde foi se alterando e se adaptando.

A criação da Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) permitiu ganhos de aprendizado sobre a área e a realização de trabalhos cada vez mais profundos sobre o tema. Atualmente, a SecexSaúde conta com 52 profissionais especializados.

Mesmo os processos e auditorias tem questões inusitadas. Certa feita, ao ser investigado, o prefeito de Pirambu (SE) apresentou defesa ao TCU em forma de versos. Ao ver tão inusitada defesa, o auditor Evaldo José da Silva Araújo fez uma análise do processo também em versos. O cordel não constou no processo, mas nos mostra como a linguagem técnica pode ser transformada em poesia. Veja como ficou:

Since its foundation, the topic of health has been important for the TCU, but the organization of the court has not always been thematic. Following the model adopted in the country, health-related actions practiced by the TCU were also guided by more punctual and emergency attitudes. Until the end of 2012, the 4th Department for External Control (4th Secex) took care of, among other topics, health matters. Due to the changes that occurred in the structure of the federal government during the last century, the TCU's role towards health has also been through changes and adaptations.

The creation of the Department of External Control - Public Health (SecexSaúde) brought more knowledge on the area and more in-depth works on the topic. Currently, SecexSaúde has 52 specialized professionals.

Even the case files and audits have unusual issues. Once, when he was under investigation, the mayor of the municipality of Pirambu (SE) presented his defense to the TCU in the form of verses. Seeing such an unusual defense, the auditor Evaldo José da Silva Araújo made an analysis of the case in verse as well. The poem was not part of the file, but it shows us how technical language can be transformed into poetry. See as follows:



Permita Senhor Ministro
O modo de relatar
As alegações vêm em verso
Eu também vou versejar
Para instruir os autos
E o Senhor puder julgar

As contas aqui tratadas
São de Vladimir Bonfim
Prefeito de Pirambu
E quando chegam pra mim
Já passaram 15 anos
Que o convênio teve fim

O Ministro do Interior
Repassou pra Prefeitura
Recurso de pouca monta
Para comprar uma viatura
Exigindo do Prefeito
Que fizesse uma pintura

Não exigiu o Ministro
Tamanho de letra ou cor
Apenas firmou no termo
Que o Prefeito iria pôr
Na lateral da ambulância
“Ministério do Interior”

Alega o Senhor Prefeito
A prescrição quinquenária
Mas não prospera o seu pleito
Nesta casa centenária
Que firmou em seus julgados
A prescrição decenária

Mesmo com mais de 10 anos
Que aconteceu a questão
Os atos não estão prescritos
Ante a nova legislação
Pois os mesmos se enquadram
Na regra de transição

Fotos trazidas aos autos
Demonstram de modo certo
Que o carro foi comprado
Que o rito foi correto
Não restando a menor dúvida
Foi cumprido o objeto

O Ministério perdeu
Do convênio os documentos
Não havendo o responsável
Dado a perda cabimento
Motivo pelo qual pede
Das contas o trancamento

Demonstrado nestes autos
Que houve a aquisição
O trancamento das contas
Não é a melhor solução
Pois o Prefeito merece
Receber a quitação

A ausência da pintura
É uma falha formal
Porque não foi respeitada
Uma cláusula convenial
O que ressalvará as contas
No julgamento final

Ante o acima exposto
O nosso encaminhamento
É o envio ao Parquet
Pra seu pronunciamento
Em respeito ao artigo
Meia dois do Regimento

Considerando que a ambulância
Foi entregue à população
O julgamento que proponho
Para presente questão:
Regulares com ressalva
E ao Prefeito Quitação



*If you excuse, Minister
The way I do this report
The allegations came in verse
Thus, I shall also apply verses
To inform the case file
For you to decide*

*The accounts discussed herein
Are from Vladimir Bonfim
Mayor of Pirambu
And when they came to me
It had been 15 years
That the agreement had ended*

*The Minister of the Interior
Transferred to the City Hall
Resources of low value
To buy a vehicle
Demanding from the Mayor
To apply some paint on it*

*The Minister did not require
Any font size or color
Just signed in the term
That the Mayor would put
On the side of the ambulance
“Interior Ministry”*

*The Mayor alleges
The five-year limitation period
But his claim is not sustained
At this centennial court
That has determined in its
decisions
The ten-year limitation*

*Even with over 10 years
That the matter has occurred
Acts are not prescribed
In face of the new legislation
Because they fall
Into the transition rule*

*Photos brought to the file
Demonstrate in a certain way
That the car was bought
And that the rite was correct
There is no doubt
The object was fulfilled*

*The Ministry lost
The documents of the agreement
The responsible part has not
Given rise to the loss
Reason why he asks
The accounts to be dismissed*

*As demonstrated in these files
The acquisition did occur
Thus, the dismissal of accounts
Is not the best solution
It's the reason why the Mayor
deserves
The discharge of accounts*

*The absence of painting
Is a clerical error
Because it was not respected
An agreed clause
Reason why to approve the
accounts with reservations
At the final decision*

*In view of the above
Our message
Is sending it to the Parquet
For your pronouncement
In respect of article
Sixty-two of the Bylaws*

*Since the ambulance
Was handed over to the
population
The decision I propose
For this question:
Regular with reservation
And to the Mayor, the discharge*

núcleo 5: Atenção básica no SUS



core 5: Basic healthcare in SUS



A organização estrutural e a filosofia do SUS é um conhecimento construído por e pela demanda da população brasileira. Influenciados pelo Relatório de Dawson, o Sistema Único de Saúde possui a Atenção Primária à Saúde, ou melhor, a Atenção Básica (AB) como base de organização do seu sistema. Dentro do SUS, a AB é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O próprio conceito de saúde organizada a partir da Atenção Primária a Saúde (APS) foi apresentado formalmente pela primeira vez em 1920 pelo governo inglês, no que ficou conhecido como Relatório de Dawson. Nele ficaram estabelecidos o uso e os paradigmas das políticas de APS. Dentre as inovações propostas por esse relatório destacam-se a integralidade, a regionalização e a hierarquização dos níveis de atenção à saúde como características básicas de um sistema de saúde organizado a partir da atenção primária. Nos 100 anos que se passaram o conceito foi sendo lapidado e desenvolvido de diversas formas por diferentes países. A ideia de uma saúde pensada através da prevenção e da promoção da saúde faz parte das bases do SUS.

The structural organization and philosophy of SUS is knowledge built as a result of the demand of the Brazilian population. Influenced by the Dawson Report, the Unified Health System has Primary Health Care, or rather, Basic Care (AB) as the basis for organizing its system. Within SUS, the AB is made up of Basic Health Units (UBS), Community Health Agents (ACS), the Family Health Teams (ESF) and the Nucleus to Support Family Health (NASF).

The concept of health organized from the standpoint of Primary Health Care (PHC) was formally presented for the first time in 1920 by the English government, in what became known as the Dawson Report. It established the use and paradigms of PHC policies. Among the innovations proposed by this report, comprehensiveness, regionalization, and hierarchy of healthcare levels stand out as basic characteristics of a health system organized based on primary care. Over the past 100 years, the concept has been polished and developed in different ways by different countries. The idea of health thought from the perspective of prevention and health promotion is on the basis of SUS.



Os debates sobre como a questão da saúde deveria ser encarada pelos governos foi se aprofundando ao longo dos anos e em 1978, na conferência de Alma Ata, se estabelece com mais clareza as ações necessárias para que o sistema de APS seja implementado. As ações citadas são: educação em saúde com enfoque em proteção e prevenção; nutrição e distribuição de alimentos apropriada; tratamento da água e saneamento; planejamento familiar; saúde materno-infantil; imunização; controle e prevenção de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; valorização da medicina tradicional.

A concepção de Atenção Primária à Saúde e o impacto causado pelas metas de Alma-Ata contribuíram para a reivindicação de uma Reforma Sanitária no Brasil, debate que também se intensificava durante a década de 1970. Esta reforma focava os esforços nos conceitos de Saúde e Democracia e deve ser interpretada como resposta a ditadura cívico-militar e suas políticas de austeridade, uma vez que as verbas voltadas para a saúde representavam apenas 1% do orçamento geral da União.

Sendo assim, instituído o SUS em 1988, a atenção primária passou a ser o primeiro contato que os

The debates on how health issues should be viewed by governments have deepened over the years and in 1978, at the Alma Ata conference, the necessary actions for the PHC system to be implemented are more clearly established. The actions mentioned are: health education with a focus on protection and prevention; proper nutrition and food distribution; water treatment and sanitation; family planning; maternal and child health; immunization; control and prevention of endemic diseases; treatment of common illnesses and injuries; provision of essential medicines; valorization of traditional medicine.

The concept of Primary Health Care and the impact caused by the goals of Alma Ata contributed to the demand for a Health Reform in Brazil, a debate that also intensified during the 1970s. This reform focused efforts on Health concepts and Democracy and should be interpreted as a response to the civic-military dictatorship and its austerity policies, since the targeted funding for health accounted for only 1% of the general budget of the county.

Thus, with SUS being instituted in 1988, primary care became the first contact that patients have with Basic Health Units (UBS), where the highest priority is to guarantee access to quality health through preventive actions, healing, and health promotion. In addition to



pacientes têm com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a maior prioridade é garantir o acesso à uma saúde de qualidade através de ações preventivas, curativas, e de promoção à saúde. Além de orientar sobre a prevenção de doenças e solucionar possíveis casos de agravos, também direciona os quadros mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A Atenção Básica é a unidade capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde. Para que funcione corretamente a AB precisa seguir princípios como acessibilidade, cuidado, vínculo, continuidade e integralidade ao desenvolver as ações que irão atender os usuários.

Temos como exemplo de programas e ações desenvolvidas pelo SUS para melhorar o acesso à Atenção Básica: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa Mais Médicos, atualmente conhecido como Médicos pelo Brasil; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades, as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar etc.

providing guidance on disease prevention and solving possible cases of illness, it also directs the most serious cases to higher levels of care in complexity. Primary Care is the unit capable of organizing the flow of services in health networks. For it to work properly the AB must follow principles such as accessibility, care, connection, continuity, and integrity to develop actions that will serve users.

The following are examples of programs and actions developed by SUS to improve access to Primary Care: the Family Health Strategy (ESF), the Family Health Program (PSF), the More Doctors program (PMM), currently known as Doctors Throughout Brazil (Médicos pelo Brasil); the Smiling Brazil program (Brasil Sorridente), for oral health; the Community Health Agents program (PACS), which seeks alternatives to improve health conditions of communities involved, the Teams of Street Medicine program (Equipes de Consultórios de Rua), which assists people living on the streets; the Better at Home program (Melhor em Casa), which offers home care, etc.



O Tribunal de Contas da União, por intermédio da Secretaria de Controle Externo (Secex Saúde), e ainda junto às Secretarias Estaduais de Saúde realizou auditorias para averiguar a eficácia de alguns programas, os quais atendem as diversas necessidades de saúde dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa forma de fiscalização permite identificar os pontos positivos, as falhas, propor mudanças, além de verificar se o dinheiro público está sendo usado corretamente.

TCU e a avaliação do Programa Saúde da Família (ESF)

O Programa Saúde da Família (PSF), conhecido também como Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui método central do processo de reorganização do SUS, dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, sendo responsáveis pelo primeiro nível de atendimento do sistema, o qual visa a humanização do serviço, resolutividade dos problemas e prover continuidade das consultas.

A auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União em 2002 foi relatada pelo ministro Marcos Vilaça. O principal objetivo foi verificar as evidências de alteração do vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao SUS e aos beneficiários do Programa.

The Federal Court of Accounts, through the Department for External Control (Secex Saúde), and also on a joint work with the State Health Departments, carried out audits to ascertain the effectiveness of some programs, which meet the diverse health needs of users of Basic Units of Health (UBS). This form of examination allows to identify the positive points, the flaws, to propose changes, in addition to checking if public money is being used correctly.

The TCU and the evaluation of the Family Health Strategy (ESF)

The Family Health Program (PSF), also known as the Family Health Strategy (ESF), is a central method of SUS's reorganization process, a dynamic of activities within the Basic Health Units, being responsible for the first level of service in the system, which aims to humanize the service, solve problems, and provide continuity of consultations.

Minister Marcos Vilaça was the rapporteur of the audit carried out by the Federal Court of Accounts in 2002. The main goal was to verify the evidence of change in the co-responsibility bond between health professionals within SUS and the beneficiaries of the Program. To this



Para tanto se avaliou a implementação e atuação das Equipes de Saúde da Família, assim como ao acompanhamento, supervisão e avaliação do programa pela esfera estadual. Também foi incluído na análise indicadores de morbidade e mortalidade.

A fiscalização do TCU ocorreu durante o período de 24/09/2001 a 05/10/2001 em quatro estados e dezesseis municípios do Nordeste, uma vez que essa região recebia, à época, 47% dos recursos do PSF e possuía o maior número de ESF instaladas. A metodologia utilizada para tal avaliação foi o estudo de caso, através de observação direta, entrevistas e questionários;

Resultados da auditoria

Alta rotatividade, dificuldade na contratação dos médicos das ESF, excesso de atendimentos, dificuldade de acesso ao local de trabalho, as falhas no sistema de referência e contrarreferência, falta de fiscalização rotineira, ausência de treinamento para os gestores do programa, falta de informações sobre o programa, dificultando o acompanhamento, falta de medicamentos são os principais problemas encontrados e que têm prejudicado o desempenho da Estratégia de Saúde da Família. Esses fatores contribuem para o estabelecimento de um

end, the implementation and performance of the Teams of Street Medicine program was evaluated, as well as the monitoring, supervision, and evaluation of the program at the state level. Morbidity and mortality indicators were also included in the analysis.

The TCU audit took place from 9/24/2001 to 10/5/2001 in four states and sixteen municipalities in the Northeast region, since it was the place that had received, at the time, 47% of PSF's resources and had gotten the largest number of ESFs. The methodology used for this evaluation was the case study, by means of direct observation, interviews, and questionnaires;

Audit results

High staff turnover, difficulty in hiring ESF doctors, overload of consultations, difficulty in accessing the workplace, failures in the referral and counter-referral system, lack of routine inspection, lack of training for program managers, lack of information about the program, which makes monitoring difficult, and lack of medication are the main problems encountered and which have hampered the performance of the Family Health Strategy. These factors contribute to establish a negative relationship between professionals and



vínculo negativo entre os profissionais e a população.

No entanto, apesar dos pontos negativos mencionados na auditoria, há contribuições grandiosas para o funcionamento - criativo e humanizado - do programa em municípios de Fortaleza/CE. Iniciativas como discussões sobre a questão salarial, uniformização da contratação dos profissionais das ESF/PSF pela Associação dos Municípios Alagoanos; e, ainda, a utilização de plantas medicinais - fitoterapia - são pontos positivos que refletem a possibilidade de pensar a saúde de acordo com os princípios que regem a Atenção Básica.

Recomendações do TCU

Com o objetivo de colaborar para que o desempenho da ESF seja o melhor possível e que sua filosofia e princípios sejam seguidos adequadamente, o TCU elaborou recomendações ao Ministério da Saúde. Seguem algumas dessas recomendações:

- Proposição de um percentual mínimo dos recursos, que devam ser transferidos pelos estados aos municípios para a área de saúde a ser investidos no PSF;

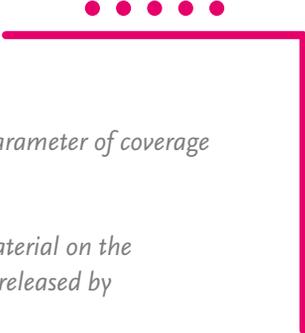
the population.

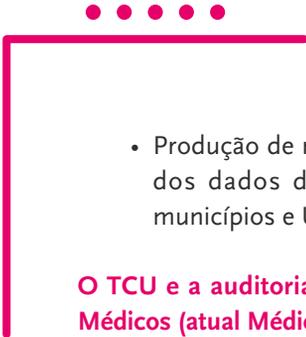
However, despite the negative points mentioned in the audit, there are great contributions to the functioning - creative and humanized - of the program in cities in Fortaleza/CE. Initiatives such as discussions on the salary issue, standardization of the hiring process of ESF/PSF professionals by the Municipalities of Alagoas Association, and, also, the use of medicinal plants - phytotherapy - are positive points that reflect the possibility of approaching health according to the principles that govern Primary Care.

TCU recommendations

In order to collaborate so that the ESF performs as best possible and that its philosophy and principles are properly complied with, the TCU issued recommendations to the Ministry of Health. Here are some of those recommendations:

- *Proposition of a minimum percentage of resources, which should be transferred by the states to the municipalities for the health area and be invested in the PSF;*

- 
- Estudo de novo parâmetro máximo de cobertura de pessoas para cada ESF;
 - Elaboração de material ilustrativo sobre a filosofia do PSF, a ser divulgado pelos Agentes Comunitários de Saúde;
 - Divulgação, junto à população usuária do Programa, sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde;
 - Orientação das Secretarias Municipais de Saúde, para que promovam a reterritorialização a fim de evitar a sobrecarga de trabalho dos agentes comunitários;
 - Uniformização da sistemática de referência e, se possível, criar centrais de marcação de consultas pelas SMS;
 - Fomento à conscientização dos gestores municipais e estaduais sobre a importância da informatização das Unidades de Saúde da Família (USF) e da realização permanente de treinamentos voltados à operação e manutenção do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
- *Study of a new maximum parameter of coverage of people for each ESF;*
 - *Elaboration of illustrative material on the philosophy of the PSF, to be released by Community Health Agents;*
 - *Dissemination, to the population that uses the Program, of the role of the Community Health Agent;*
 - *Guidance from the Municipal Health Departments in order to promote the reterritorialization in order to avoid the work overload of community agents;*
 - *Standardization of the referral dynamic and, if possible, creation of centers for appointment scheduling by the Municipal Health Departments (SMS);*
 - *Raise of awareness to municipal and state managers about the importance of computerizing Family Health Units (USF) and establishing permanent training aimed at operating and maintaining the Primary Care Information System (SIAB);*

- 
- Produção de rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB para uso dos estados, municípios e USF.

O TCU e a auditoria operacional no programa Mais Médicos (atual Médicos Pelo Brasil)

O Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871/2013 é uma outra política governamental que visa contribuir para a ampliação dos serviços referentes à Atenção Básica através de três frentes estratégicas:

- I** - Mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em novas diretrizes curriculares;
- II** - Investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde;
- III** - Provisão de médicos brasileiros e estrangeiros;

O projeto possui a redução de desigualdades regionais em saúde e a diminuição da carência de médicos no país como objetivo principal. Uma das ações promovidas por essa política é o Programa Mais Médicos, atualmente Médicos pelo Brasil, que tem o intuito de promover nas

- *Production of standardized routines to analyze SIAB data for the use by states, municipalities, and the USF.*

The TCU and the performance audit in the More Doctors Program (currently called Doctors Throughout Brazil)

The More Doctors Program, instituted by Act 12.871/2013, is another government policy that aims to contribute to the expansion of services related to Primary Care through three strategic approaches:

- I** - More vacancies and new medical courses based on new curricular guidelines;*
- II** - Investments in the construction of Basic Health Units;*
- III** - Hiring of Brazilian and foreign doctors;*

The project's main objective is to diminish regional inequalities in health and reduce the shortage of doctors in the country. One of the actions promoted by this policy is the More Doctors program, currently known as Doctors Throughout Brazil, which aims to promote, in the regions that are most vulnerable and considered priorities for



regiões mais vulneráveis e consideradas prioritárias para o SUS, o aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em Saúde através da integração ensino-serviço. Isto posto, é perceptível que a falta de acesso à atenção primária em localidades longínquas e nas periferias das grandes cidades, perpassadas por questões de raça, gênero e classe, desencadeiam mortalidades e a perpetuação de desigualdades.

É relevante destacar que as Equipes de Saúde da Família (ESF) integram o referido programa ao fortalecer e expandir a capacidade da adoção de um modelo de atenção que abranja as diferentes demandas de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento. A implementação do Programa Mais Médicos se dá através do envolvimento entre o Ministério da Saúde com o Ministério da Educação (MEC), as instituições de ensino superior, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), essa sendo responsável pelo provimento de médicos cubanos ao programa.

Nesse sentido, o Tribunal de Contas da União avaliou o impacto do Programa Mais Médicos para o Brasil por meio de uma auditoria operacional executada sob forma de Fiscalização de Orientação Centralizada

SUS, the improvement of doctors in Primary Health Care through the integration of teaching and service. That said, it is noticeable that the lack of access to primary care in remote locations and on the outskirts of large cities, permeated by issues of race, gender, and class, triggers mortality and the perpetuation of inequalities.

It is important to highlight that the Family Health Teams (ESF) take part in this program by strengthening and expanding the capacity to adopt a care model that covers the different demands of health promotion, prevention, diagnosis, and treatment. The More Doctors program is implemented through the cooperation between the Ministry of Health with the Ministry of Education (MEC), higher education institutions, the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH), and the Pan American Health Organization (PAHO), the latter being responsible for the provision of Cuban doctors to the program.

In this sense, the TCU assessed the impact of the More Doctors program on the country by carrying out a performance audit in the form of a Centralized Guidance Audit (FOC) from June 2013 to March 2014, through case studies and data analysis. Coordinated by the Department of External Control - Public Health (Secex



(FOC) durante o período de junho de 2013 a março de 2014, por meio de estudos de caso e análises de dados. Coordenado pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (Secex Saúde) e com o apoio das Secretarias de Controle Externo dos Estados da Bahia, Maranhão, Pará, Rio Grande do Norte e de São Paulo, a fiscalização decorreu da Proposta de Ação de Controle formulada pela Secex Saúde, em que através da coletividade buscaram avaliar a eficácia do programa.

Para avaliar todos esses elementos foi necessário que houvesse uma fiscalização presencial por meio de entrevistas. Dessa maneira, foram visitados 130 UBS em 41 municípios, em que foi possível entrevistar 149 médicos, 102 servidores responsáveis pelas UBS, 446 profissionais das equipes de saúde da família, 315 pacientes, 17 tutores e 40 supervisores.

Saúde) and with the support of the Departments of External Control of the States of Bahia, Maranhão, Pará, Rio Grande do Norte, and São Paulo, the audit was a result of the Control Action Proposal formulated by Secex Saúde, in which collectively they sought to evaluate the program's effectiveness.

To assess all these elements, the audit was carried out in person by means of interviews. Thus, 130 UBS were visited in 41 municipalities, where it was possible to interview 149 doctors, 102 civil servants responsible for the UBS, 446 professionals from the family health teams, 315 patients, 17 tutors, and 40 supervisors.

Resultados da auditoria

Até o encerramento da auditoria, haviam sido alocados 13.790 médicos em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Indígenas (DSEI), ampliando o acesso a consultas, visitas domiciliares etc. A alocação de médicos em lugares mais distantes como as zonas rurais é uma demanda antiga, portanto ter essa quantificação foi considerado um ponto positivo. No entanto, foi averiguado que as medidas criadas para atingir os objetivos do Programa Mais Médicos precisavam de aperfeiçoamento, temos como exemplo:

- A falha na supervisão de médicos, ou seja, muitos não possuíam supervisores e estes exerciam outras atividades de elevada carga semanal;
- Excesso de médicos em localidades com menor necessidade;
- Problemas no acolhimento dos médicos intercambistas, no monitoramento e avaliação do projeto, e ainda o não fornecimento de moradia e alimentação aos médicos em alguns municípios.

Audit results

By the end of the audit, 13,790 doctors had been allocated in 3,756 municipalities and in 33 Indigenous Health Districts (DSEI), expanding access to medical consultations, home visits, etc. The allocation of doctors in more distant places such as rural areas is an ancient demand, so having this quantification was considered a positive point. However, it was found that the measures created to achieve the objectives of the More Doctors program needed improvement, as an example:

- *Failure to supervise doctors, that is, many doctors did not have supervisors and they performed other activities with a high weekly load;*
- *Too many doctors in places with less need;*
- *Problems in the reception of exchange students, in the monitoring and evaluation of the project, as well as lack of housing and food for doctors in some municipalities.*



Recomendações do TCU

- Priorizar, nos novos ciclos do Projeto, os municípios que ainda não tenham sido contemplados adequadamente com médicos;
- Criar indicadores para avaliar o impacto e a efetividade do Projeto;
- Estudar forma de vincular a homologação do resultado final das convocações de médicos participantes do projeto à aprovação no módulo de acolhimento;
- Estabelecer um canal de comunicação que possibilite aos médicos participantes encaminhar denúncias ou reclamações, especialmente em relação ao cumprimento das obrigações municipais.

TCU recommendations

- *Prioritize, in the new Project cycles, municipalities that have not yet been adequately covered with doctors;*
- *Create indicators to assess the impact and effectiveness of the Project;*
- *Study how to connect the approval of the final result of the call for doctors participating in the project to their admission in the Reception Stage (Módulo de Acolhimento);*
- *Establish a communication channel that allows participating physicians to forward complaints or claims, especially regarding compliance with municipal obligations.*

núcleo 6: Média e alta complexidade no SUS

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUS

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUS

A média complexidade ambulatorial consiste em ações que demandem a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para tratamento e diagnóstico clínico.

Já a alta complexidade ambulatorial envolve o tratamento de patologias cujos procedimentos envolvem alta tecnologia e alto custo, a exemplo da oncologia, cardiologia intervencionista, assistência à otologia, entre outras áreas clínicas.



? VOCÊ CONHECE ALGUÉM QUE FOI TRATADO PELO SUS?

AUDITORIA

Relator: Ministro José Jorge

O TCU realizou em 2009 auditoria sobre o uso de mamógrafos no país. O objetivo foi avaliar se a disponibilidade de equipamentos, insumos e profissionais para realização de mamografias estaria adequada ao atendimento da população nacional.

Verificou-se que a quantidade de mamógrafos existentes no país seria suficiente para suprir a demanda populacional, embora estejam mal distribuídos, com aparelhos faltando particularmente na região norte do país. Além disso, a falta de manutenção e a falta de pessoal especializado faz com que os equipamentos sejam subutilizados.

DELIBERAÇÕES DO TCU

- ✓ Realização de ações, junto às Secretarias Estaduais de Saúde, para possibilitar o funcionamento dos equipamentos que não se encontram em uso;
- ✓ Disseminação de boas práticas de gestão verificadas nos estabelecimentos públicos nos quais se verifica um uso mais produtivo dos equipamentos de mamografia.

BENEFÍCIOS ESPERADOS E MONITORAMENTO

Espera-se, a partir do diagnóstico traçado na auditoria e das medidas expedidas pelo tribunal, a melhoria do processo de aquisição de mamógrafos e da gestão de informações sobre a efetiva quantidade de equipamentos disponíveis para o SUS, favorecendo o adequado planejamento da política pública de saúde e diminuição da ociosidade dos mamógrafos existentes, em benefício da população.

INCA

A história do Instituto Nacional do Câncer se inicia em 1937, com a criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar. Esse foi o passo fundamental para o desenvolvimento de uma política nacional de controle do câncer, que se desenvolveu nos anos 40 e se consolidou com a criação do hospital-instituto que existe ainda hoje.

Nos anos 80, o INCA ganhou projeção nacional como centro de referência para a política de controle do câncer no Brasil.



MÁRIO KRÖEFF

Mário Kröeff foi um dos defensores da luta contra o câncer no Brasil. Ao longo de sua trajetória, permeada por obstáculos e conquistas, angariou bastante visibilidade na imprensa através de seus feitos cirúrgicos, sendo considerado um guardião da prevenção e do tratamento do câncer no Brasil.

core 6: Medium and high complexity in SUS

Os procedimentos que não podem ser resolvidos nas UBS's são classificados de acordo com a sua complexidade e tratados de acordo. A média complexidade ambulatorial consiste em ações que demandem a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para tratamento e diagnóstico clínico. Já a alta complexidade ambulatorial envolve o tratamento de patologias cujos procedimentos envolvem alta tecnologia e alto custo, a exemplo da oncologia, cardiologia intervencionista, assistência à otologia, entre outras áreas clínicas.

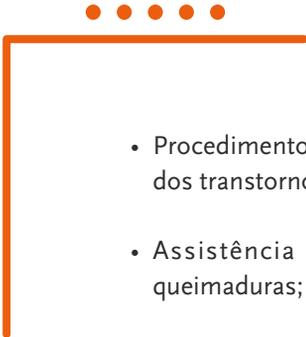
As principais áreas que compõem o que é classificado como alta complexidade no SUS são:

- Assistência ao paciente oncológico;
- Próteses e órteses;
- Anestesia
- Cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- Cirurgia reprodutiva;

The procedures that cannot be solved in the UBS are classified according to their complexity and treated accordingly. The medium outpatient complexity consists of actions that require the availability of specialized professionals and the use of technological resources for treatment and clinical diagnosis. High outpatient complexity comprises the treatment of pathologies whose procedures involve high technology and high cost, such as oncology, interventional cardiology, otology assistance, among other clinical areas.

The main areas that make up what is classified as high complexity in SUS are:

- *Assistance to oncological patients;*
- *Prostheses and orthoses;*
- *Anesthesia*
- *Cardiovascular surgery; vascular surgery; pediatric cardiovascular surgery;*
- *Reproductive surgery;*
- *Procedures for the evaluation and treatment of*

- 
- Procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
 - Assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
 - Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
 - Cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
 - Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático.

Não se deve esquecer também que o conceito de alta complexidade é dinâmico no tempo. O equipamento de raios X já foi tecnologia de ponta. Hoje é a ressonância magnética e a tomografia computadorizada que têm esse status. O transplante de córnea, quando introduzido no Brasil na segunda metade do século passado, era limitado a poucos centros oftalmológicos localizados no eixo sul/sudeste. Hoje não só é uma tecnologia ambulatorial oferecida pelo SUS em quase todos os estados, como está ao alcance de qualquer oftalmologista qualificado.

respiratory sleep disorders;

- *Assistance to patients with burns;*
- *Assistance to patients with obesity (bariatric surgery);*
- *Surgery of the upper airways and cervical region;*
- *Prosthetic and functional rehabilitation of diseases of the cranial vault, the face, and the stomatognathic system.*

It should also not be forgotten that the concept of high complexity is dynamic over time. The X-ray equipment was once the latest technology. Today, magnetic resonance imaging and computed tomography are the ones to have this status. Corneal transplantation, when introduced in Brazil in the second half of the last century, was limited to a few ophthalmic centers located on the south/southeast axis. Today, not only is it an outpatient technology offered by SUS in almost all states, but it is available to any qualified ophthalmologist as well.



Por serem parte integrante do SUS todas essas podem ser auditadas pelo TCU. Dentre as muitas especialidades de média e alta complexidades escolhemos nos debruçar sobre auditoria realizada em 2009 em um tema que é próximo para muitos brasileiros, a disponibilidade de mamógrafos. Esses aparelhos são fundamentais para o diagnóstico do câncer de mama, que atinge milhares de brasileiras e brasileiros todos os anos.

Auditoria

Relator: Ministro José Jorge

O TCU realizou em 2009 auditoria sobre o uso de mamógrafos no país. O objetivo foi avaliar se a disponibilidade de equipamentos, insumos e profissionais para realização de mamografias estaria adequada ao atendimento da população nacional.

Verificou-se que a quantidade de mamógrafos existentes no país seria suficiente para suprir a demanda populacional, embora estejam mal distribuídos, com aparelhos faltando particularmente na região norte do país. Além disso, a falta de manutenção e a falta de pessoal especializado faz com que os equipamentos sejam subutilizados.

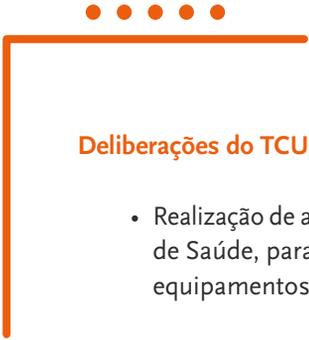
As they are an integral part of SUS, all of them can be audited by the TCU. Among the many specialties of medium and high complexity, we chose to focus on an audit carried out in 2009 on a topic that is close to many Brazilians, the availability of mammography devices. These devices are essential for the diagnosis of breast cancer, which affects thousands of Brazilians every year.

Audit

Rapporteur: Minister José Jorge

In 2009, the TCU carried out an audit on the use of mammography devices in the country. The objective was to assess whether the availability of equipment, supplies, and professionals for mammograms would be adequate to serve the national population.

It was found that the number of mammography devices existing in the country would be enough to supply the population demand, however they are poorly distributed, with devices missing particularly in the northern region of the country. In addition, the lack of maintenance and specialized personnel mean that the equipment is underutilized.



Deliberações do TCU

- Realização de ações, junto às Secretarias Estaduais de Saúde, para possibilitar o funcionamento dos equipamentos que não se encontram em uso;
- Disseminação de boas práticas de gestão verificadas nos estabelecimentos públicos nos quais se verifica um uso mais produtivo dos equipamentos de mamografia.

Benefícios esperados e monitoramento

Espera-se, a partir do diagnóstico traçado na auditoria e das medidas expedidas pelo tribunal, a melhoria do processo de aquisição de mamógrafos e da gestão de informações sobre a efetiva quantidade de equipamentos disponíveis para o SUS, favorecendo o adequado planejamento da política pública de saúde e diminuição da ociosidade dos mamógrafos existentes, em benefício da população.

TCU's decisions

- *Actions taken jointly with the State Health Departments to enable the operation of equipment that is not in use;*
- *Dissemination of good management practices verified in public establishments where there is a more productive use of mammography equipment.*

Expected benefits and monitoring

Based on the diagnosis outlined in the audit and the measures issued by the court, the expectation is to improve the process of acquiring mammography devices and the management of information on the effective amount of equipment available to SUS. As a result, it will favor the adequate planning of public health policy and the reduction of idle mammographs, for the benefit of the population.

Instituto Nacional do Câncer – INCA

As Primeiras iniciativas para o controle do câncer no Brasil remontam ao início do século XX, orientadas quase que exclusivamente para o diagnóstico tratamento. Pouca ênfase era dada à prevenção, pela escassez de conhecimento sobre a etiologia da doença.

A história do Instituto Nacional do Câncer se inicia em 1937, com a criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar. Esse foi o passo fundamental para o desenvolvimento de uma política nacional de controle do câncer, que se desenvolveu nos anos 40 e se consolidou com a criação do hospital-instituto que existe ainda hoje.

Nos anos 80, o INCA ganhou projeção nacional como centro de referência para a política de controle do câncer no Brasil.

Mário Kröeff

Mário Kröeff foi um dos defensores na luta contra o câncer no Brasil. Ao longo da sua trajetória, permeada por obstáculos e conquistas, angariou bastante visibilidade na imprensa com seus feitos cirúrgicos,

National Cancer Institute – INCA

The first cancer control initiatives in Brazil date back to the beginning of the 20th century, oriented almost exclusively towards diagnosis and treatment. Little emphasis was placed on prevention, due to the lack of knowledge about the etiology of the disease.

The history of the National Cancer Institute begins in 1937, with the creation of the Cancer Treatment Center in the Hospital Assistance Service. This was the fundamental step towards the development of a national cancer control policy, which was developed in the 1940s and was consolidated with the creation of the hospital-institute that still exists today.

In the 1980s, INCA gained national prominence as a reference center for cancer control policy in Brazil.

Mário Kröeff

Mário Kröeff was one of the defenders in the fight against cancer in Brazil. Throughout his trajectory, permeated by obstacles and achievements, he gained considerable visibility in the press with his surgical achievements, being considered a guardian of cancer prevention and treatment in Brazil.



sendo considerado um guardião da prevenção e do tratamento do câncer no Brasil.

Mário Kröeff: “deveria haver um órgão que, administrativamente, seria chamado Instituto Nacional de Câncer, órgão técnico encarregado do diagnóstico e tratamento dos doentes, e que instruisse outros médicos”. Como acontece até hoje.

Mário Kröeff: “ there should be a body that, administratively, would be called the National Cancer Institute, a technical body in charge of diagnosing and treating patients and instructing other doctors”. As is the case today.



Mário Kröeff

núcleo 7: Saúde Indígena

O QUE É SAÚDE INDÍGENA?

A saúde não é um processo isolado e pessoal, mas está conectada a tudo a sua volta. Pode-se pensar o planeta como um organismo, e nele todos os seres vivos são pequenas partes.

Cada povo do mundo tem a sua forma de cuidar da saúde, de acordo com a sua tradição e seus conhecimentos milenares. A saúde também se relaciona com o território, englobando noções como água limpa nos rios e floresta viva.

Ter saúde é poder alimentar o corpo e o espírito, ter liberdade para andar, sonhar, dançar, sorrir, pescar, fazer roça e caçar.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

Atualmente existem mais de 300 povos indígenas no Brasil. Cada um possui costumes próprios, tradições milenares diferentes, línguas e histórias particulares. Não existe uma forma genérica de se referir a todos.

Essas especificidades tornam fundamental a existência do subsistema de saúde indígena, com profissionais capacitados para entender e respeitar todos. O desafio que ainda não foi plenamente alcançado é garantir o acesso à saúde, seja para indígenas habitantes das cidades ou não.



COMO INTEGRAR A MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA E A MEDICINA NÃO-INDÍGENA?

AUDITORIA SOBRE SAÚDE INDÍGENA DA FUNASA

Relator: Ministro José Jorge

Em 2009, notícias sobre a alta mortalidade infantil em áreas indígenas geraram comoção nacional e pressão por atitudes do Congresso Nacional. O TCU foi acionado e realizou uma auditoria operacional na FUNASA, para verificar a efetividade na aplicação de recursos federais em ações assistenciais e de saúde aos povos indígenas nos DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas).

Foram constatados problemas na função da União como principal executor das ações do Subsistema de Saúde Indígena. Foram realizadas determinações detalhadas e recomendações para fortalecer o papel principal da União na assistência à saúde dos indígenas brasileiros, de modo a aumentar a efetividade do programa e da ação objeto da auditoria.

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES DO TCU

- ✓ Distribuir os recursos de forma mais equânime entre os DSEIs;
- ✓ Adotar medidas para garantir que toda a equipe multidisciplinar tenha, dentro do possível, um médico, odontólogos e técnicos em saúde bucal, em número suficiente para a quantidade de indígenas da comunidade a ser atendida;
- ✓ Adotar as medidas necessárias para viabilizar o transporte e a comunicação, a fim de garantir o acesso das comunidades indígenas às ações de nível primário, secundário e terciário do SUS;
- ✓ Avaliar a conveniência e oportunidade de transformar os DSEIs em unidades gestoras, mediante análise do Ministério da Saúde, e dotá-los de estrutura administrativa.

core 7: Indigenous Health

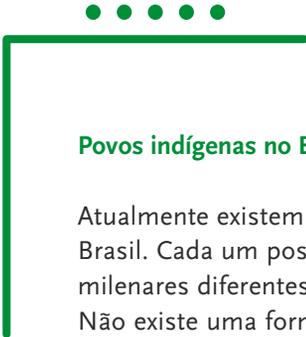
O que é saúde indígena?

A saúde não é um processo isolado e pessoal, mas está conectado a tudo a sua volta. Pode-se pensar o planeta como um organismo, e nele todos os seres vivos são pequenas partes. Cada povo do mundo tem a sua forma de cuidar da saúde, de acordo com a sua tradição e seus conhecimentos milenares. A saúde também se relaciona com o território, englobando noções como água limpa nos rios e floresta viva. Ter saúde é poder alimentar o corpo e o espírito, ter liberdade para andar, sonhar, dançar, sorrir, pescar, fazer roça e caçar. A constituição garante aos indígenas brasileiros o mesmo acesso a saúde que qualquer outro brasileiro. E se pensarmos nos três princípios do SUS que falamos mais cedo, garantir a saúde indígena não é nada mais do que seguir os preceitos já estabelecidos. O acesso a saúde significa que medidas diferenciadas terão que ser tomadas para atender essa população, uma vez que só assim se garante o acesso a saúde. Além disso a constituição garante aos povos indígenas o respeito por suas leis e regras próprias, assim o atendimento que promova a saúde dessas populações precisa levar em conta a peculiaridade do contexto. Mas afinal, quem são os povos indígenas do Brasil?

What is indigenous health?

Health is not an isolated and personal process, but it is connected to everything around you. You can think of the planet as an organism, and within it all living things are small parts. Each group of people in the world has their own way of taking care of their health, according to their tradition and ancient knowledge. Health also relates to the territory, encompassing notions such as clean water in rivers and live forest. Being healthy is to be able to feed the body and the spirit, to be free to walk, dream, dance, smile, fish, farm, and hunt.

The constitution guarantees Brazilian indigenous people the same access to health as any other Brazilian. And if we think about the three SUS principles we talked about earlier, guaranteeing indigenous health is nothing more than following the precepts already established. Access to health means that differentiated measures will have to be taken to serve this population, since this is the only way to guarantee access to health. In addition, the constitution guarantees indigenous peoples respect for their own laws and rules. Therefore, the service that promotes the health of this population must consider the peculiarity of the context. But after all, who are Brazil's indigenous population?



Povos indígenas no Brasil

Atualmente existem mais de 300 povos indígenas no Brasil. Cada um possui costumes próprios, tradições milenares diferentes, línguas e histórias particulares. Não existe uma forma genérica de se referir a todos. Essas especificidades tornam fundamental a existência do subsistema de saúde indígena, com profissionais capacitados para entender e respeitar todos. O desafio que ainda não foi plenamente alcançado é garantir o acesso à saúde, seja para indígenas habitantes das cidades ou não. Falamos aqui de cidades pois de acordo com o IBGE 47% da população indígena brasileira vive em cidades. Isso significa que muitas vezes essa pessoa tem acesso mais direto a estrutura de saúde que já atende as cidades. Ainda assim é garantido a essas pessoas que tenham atendimento condizente com a sua cultura. Se pensarmos na estratégia principal do governo para a saúde básica, a estratégia de saúde da família, significa que a equipe interdisciplinar que atende esse indígena na cidade deve estar consciente da cultura diferente e cumprir a lei que estabelece que essa cultura deve ser respeitada.

Indigenous peoples in Brazil

There are currently more than 300 indigenous peoples in Brazil. Each has their own customs, different ancient traditions, languages, and particular stories. There is no generic way to refer to everyone. These specificities make the existence of the indigenous health subsystem fundamental, with professionals trained to understand and respect everyone. The challenge that has not yet been fully achieved is to guarantee access to health, whether for indigenous inhabitants of cities or not.

We speak here of cities because according to the IBGE, 47% of the Brazilian indigenous population live in cities. This means that often this person has more direct access to the health structure that already serves the cities. Even so, these people are entitled to have a service consistent with their culture. If we think about the government's main strategy for basic health, the family health strategy, it means that the interdisciplinary team that serves this indigenous person in the city must be aware of the different culture involved and comply with the law that establishes that this culture must be respected.



Auditoria sobre saúde indígena e a atuação da FUNASA

Relator: Ministro José Jorge

Em 2009, notícias sobre a alta mortalidade infantil em áreas indígenas geraram comoção nacional e pressão por atitudes do Congresso Nacional. O TCU foi acionado e realizou uma auditoria operacional na FUNASA, para verificar a efetividade na aplicação de recursos federais em ações assistenciais e de saúde aos povos indígenas nos DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas). Foram constatados problemas na função da União como principal executor das ações do Subsistema de Saúde Indígena. Foram realizadas determinações detalhadas e recomendações para fortalecer o papel principal da União na assistência à saúde dos indígenas brasileiros, de modo a aumentar a efetividade do programa e da ação objeto da auditoria.

• Principais recomendações do TCU

- Distribuir os recursos de forma mais equânime entre os DSEIs;
- Adotar medidas para garantir que toda a equipe multidisciplinar tenha, dentro do possível, um médico, odontólogos e técnicos em saúde bucal,

Audit on indigenous health and the role of FUNASA

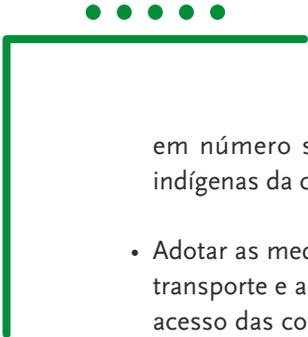
Rapporteur: Minister José Jorge

In 2009, news about high infant mortality in indigenous areas generated national commotion and pressure for attitudes from the National Congress. The TCU was called upon and carried out a performance audit in FUNASA (National Health Foundation) to verify the effectiveness of how federal resources were being applied in assistance and health actions to indigenous people within the DSEIs (Special Indigenous Sanitary Districts).

The TCU found problems concerning the Federal Government's role as being the main agent in charge of actions within the Indigenous Health Subsystem. Detailed determinations and recommendations were issued to strengthen this role in health care for indigenous Brazilians, in order to increase the effectiveness of the program and the object of the audit.

TCU's main recommendations

- *Distribute resources more evenly among the DSEIs;*
- *Adopt measures to ensure that the entire multidisciplinary team has, whenever possible,*



em número suficiente para a quantidade de indígenas da comunidade a ser atendida;

- Adotar as medidas necessárias para viabilizar o transporte e a comunicação, a fim de garantir o acesso das comunidades indígenas às ações de nível primário, secundário e terciário do SUS;
- Avaliar a conveniência e oportunidade de transformar os DSEIs em unidades gestoras, mediante análise do Ministério da Saúde, e dotá-los de estrutura administrativa.

Depois dessa auditoria foi alterado o sistema em que a saúde indígena era gerenciada, com o dinheiro passando pelas mãos de menos pessoas e menos ongs atuando em área indígena. Alguns anos depois o TCU fez nova auditoria no sistema, constatando que problemas novos surgiram. Esse processo de checagem é fundamental para o aperfeiçoamento constante da administração pública. Nenhuma solução é perfeita, nenhuma solução vai resolver todos os problemas, e por isso a reavaliação constante é fundamental.

O panorama atual da saúde indígena ainda está muito longe do ideal.

a doctor, odontologists, and technicians in oral health in sufficient number to serve the indigenous community;

- *Adopt the necessary measures to make transportation and communication feasible, in order to guarantee the access of indigenous communities to SUS primary, secondary, and tertiary actions;*
- *Assess the convenience and opportunity to transform the DSEIs into management units, upon analysis by the Ministry of Health, and provide them with an administrative structure.*

After this audit, the system in which indigenous health was managed was changed. The financial resources started to involve less people and there was a smaller number of NGOs working in the indigenous area. A few years later, the TCU performed a new audit on the system, noting that new problems arose. This monitoring process is fundamental for the constant improvement of public administration. No solution is perfect, no solution will solve all problems, and that is why constant reevaluation is essential.

The current panorama of indigenous health is still far from ideal.

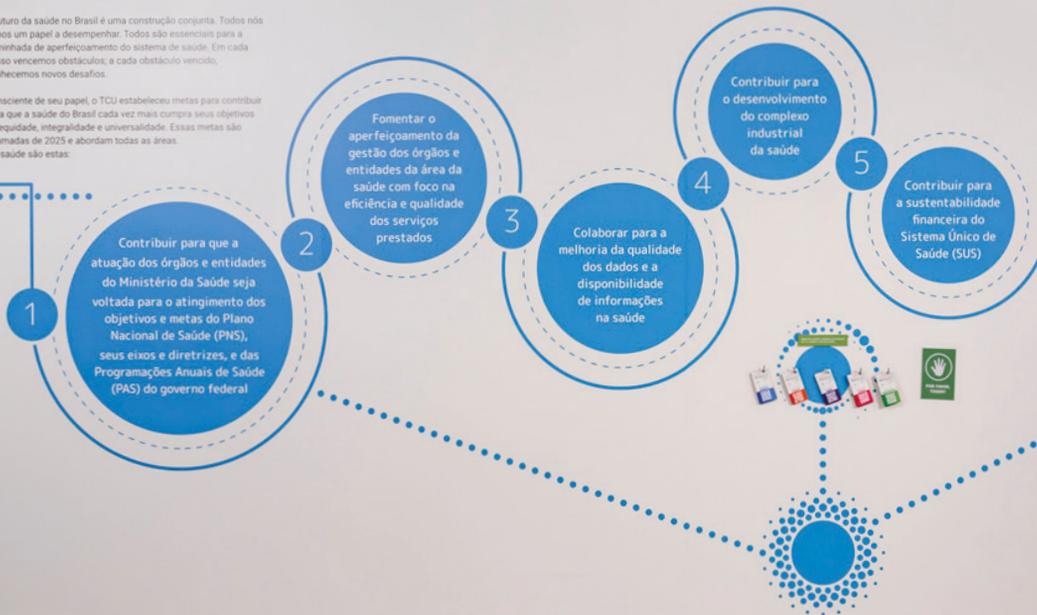
núcleo 8: Futuro

FUTURO

O futuro da saúde no Brasil é uma construção conjunta. Todos nós temos um papel a desempenhar. Todos são essenciais para a caminhada de aperfeiçoamento do sistema de saúde. Em cada passo vencemos obstáculos; a cada obstáculo vencido, conhecemos novos desafios.

Consciente de seu papel, o TCU estabeleceu metas para contribuir para que a saúde do Brasil cada vez mais cumpra seus objetivos de equidade, integralidade e universalidade. Essas metas são chamadas de 2025 e abordam todas as áreas.

Na saúde são estas:



QUAL O SUS QUE

Contribua você escolhendo abaixo, aqueles que você essa construção.

core 8: Future



O futuro da saúde no Brasil é uma construção conjunta. Todos nós temos um papel a desempenhar. Todos são essenciais para a caminhada de aperfeiçoamento do sistema de saúde. Em cada passo vencemos obstáculos; a cada obstáculo vencido, conhecemos novos desafios. Consciente de seu papel, o TCU estabeleceu metas para contribuir para que a saúde do Brasil cada vez mais cumpra seus objetivos de equidade, integralidade e universalidade. Essas metas são chamadas de 2025 e abordam todas as áreas. Na saúde são estas:

1. Contribuir para que a atuação dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde seja voltada para o atingimento dos objetivos e metas do Plano Nacional de Saúde (PNS), seus eixos e diretrizes, e das Programações Anuais de Saúde (PAS) do governo federal.
2. Fomentar o aperfeiçoamento da gestão dos órgãos e entidades da área da saúde com foco na eficiência e qualidade dos serviços prestados.
3. Colaborar para a melhoria da qualidade dos dados e a disponibilidade de informações na saúde.

The future of health in Brazil is a joint effort. We all have a role to play. Everyone is essential for the improvement of the health system. Obstacles are overcome with each step we take; every surpassed obstacle brings us new challenges. Aware of its role, the TCU established goals to help Brazilian health fulfill its objectives of equity, integrality, and universality. These goals are called “2025” and they cover all areas. Here are the ones regarding health:

1. *Contribute so that the activities of the bodies and entities of the Ministry of Health are geared towards achieving the objectives and goals of the National Health Plan (PNS), its core elements and guidelines, and of the Federal Government’s Annual Health Programs (PAS).*
2. *Encourage the improvement of how health agencies and entities are managed, focusing on the efficiency and quality of the services provided.*
3. *Collaborate to improve data quality and the availability of health information.*



4. Contribuir para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde.
5. Contribuir para a sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mas como qualquer futuro, o da saúde ainda está sendo preparado e as possibilidades estão abertas. Cada cidadão tem a obrigação de contribuir para que o futuro seja aquilo que se sonha e deseja.

4. *Contribute to the development of the health industrial complex.*
5. *Contribute to the financial sustainability of the Unified Health System (SUS).*

However, the future of health care, as is the case of any future, is still being prepared and the possibilities are open. Each citizen has an obligation to contribute so that the future is what one dreams and desires.

Responsabilidade pelo conteúdo

Museu do TCU Ministro Guido Mondin

Responsabilidade editorial

Secretaria-Geral da Presidência

Instituto Serzedello Corrêa

Centro de Promoção de Cultura e Inovação

Serviço de Inovação e Cultura

Projeto gráfico, diagramação e capa

Núcleo de Comunicação – NCom

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Instituto Serzedello Corrêa

Centro Cultural do TCU

Setor de Clubes Esportivos Sul, SCES

Trecho 3, Lote 3

Brasília – DF, CEP 70.200-003

Informações: (61) 3316 5381

museutcu@tcu.gov.br

Ouvidoria

0800 644 1500

ouvidoria@tcu.gov.br

