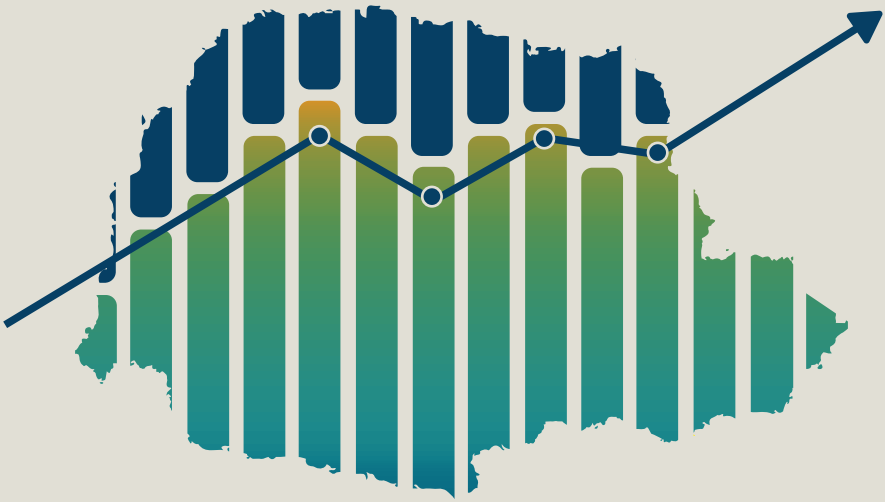
ENGENHO
DAS LETRAS

A GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE E O PAPEL DOS MUNICÍPIOS

Uma pesquisa-ação, a partir da educação permanente em saúde, em uma macrorregião do estado do Paraná



Talita Maria Bengozi Gozi
Organizadora

GestSUS
CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Talita Maria Bengozi Gozi
Organizadora

A GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE E O PAPEL DOS MUNICÍPIOS

Uma pesquisa-ação, a partir da educação permanente em saúde, em uma macrorregião do estado do Paraná

ENGENHO DAS LETRAS

2026

Direção editorial: Michele Christiane de Souza Bannwart
Capa: Maria Eduarda Araujo
Projeto gráfico e diagramação: Maria Eduarda Araujo
Número de páginas: 152

Conselho Editorial
Dr. Anton Lois Fernandez Alvarez – UniVigo/Espanha
Dr. Clodomiro José Bannwart Júnior – UEL/PR
Dr. Gilvan Luiz Hansen – UFF/RJ
Dr. Jairo Néia Lima – UENP/PR
Dr. Jonathan Michelson de Menezes – FTSA/PR
Dra. Karla Christina Martins Borges Furlaneto – ESPM/SP
Dra. Maria Cristina Muller – UEL/PR
Dr. Ricardo Lebbos Favoreto – UEL/PR
Dr. Tiago Gagliano Pinto Alberto – PUC/PR
Dra. Vanessa Vilela Berbel – IFPR/PR

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

A Gestão orçamentária da saúde e o papel dos municípios [livro eletrônico] : uma pesquisa-ação, a partir da educação permanente em saúde, em uma macrorregião do estado do Paraná / organizadora Talita Maria Bengozi Gozi. -- 1. ed. -- Londrina, PR : Engenho das Letras, 2026.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-81256-23-4

1. Administração municipal 2. Gestão pública 3. Orçamentos públicos - Leis e legislação - Brasil 4. Saúde pública 5. Serviços de saúde - Administração - Brasil I. Gozi, Talita Maria Bengozi.

26-408190.0 CDD-350.722

Índices para catálogo sistemático:

1. Orçamento público : Administração pública 350.722

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Nota: Esta obra ocupou-se de zelo e técnica para citar adequadamente e conferir os créditos a todos os detentores de direito autorais e dos materiais utilizados, observando a normalização e a coerência. No entanto, podem ocorrer erros de digitação, impressão e quaisquer outros erros ou omissões. Diante disso, a Engenho das Letras e o autor colocam-se à disposição para corrigir eventuais equívocos junto ao livro. Nem a Engenho das Letras, nem o autor assumem qualquer responsabilidade por eventuais danos ou perdas a pessoas ou bens, originados do uso dessa publicação. Direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19.2.1998. É proibida a reprodução total ou parcial sem autorização, por escrito, da editora.

1ª EDIÇÃO
Copyright @ 2026 ENGENHO DAS LETRAS
www.engenhodasletras.com.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 6

INTRODUÇÃO 10

REFERÊNCIAS 13

01 Introdução ao orçamento público e sua relação com o planejamento do SUS 17

Texto 1 — O Ente Municipal 21

Texto 2 — Instrumentos de planejamento da gestão pública 23

Texto 3 — Planejamento no SUS 31

REFERÊNCIAS 40

02 Financiamento da saúde e orçamento público 47

Texto 1 — Histórico do financiamento da saúde 50

Texto 2 — Financiamento municipal da saúde: Fundos especiais e o fundo municipal de saúde 56

Texto 3 — Regras gerais para aplicação e transferências de recursos 63

Texto 4 — Os recursoss do FNS 68

REFERÊNCIAS 71

03 Emendas parlamentares federais no orçamento das secretarias de saúde 76
Texto 1 — As emendas parlamentares no financiamento do SUS: Aspectos históricos e conceituais 80
Texto 2 — As implicações das emendas parlamentares para o financiamento do SUS 86
Texto 3 — Operacionalização das emendas parlamentares no âmbito municipal: da captação à prestação de contas dos recursos 93
REFERÊNCIAS 102

04 Contratos, Licitações e orçamento público 105
Texto 1 — Contrato ou contratualização? 108
Texto 2 — Planejamento das contratações 116
REFERÊNCIAS 120

05 Construindo orçamento municipal de saúde 123
Texto 1 — Orçamento Público 126
Texto 2 — Construindo orçamento público de saúde 137
ESTUDOS DE CASO 138
REFERÊNCIAS 143

Considerações Finais 146
Autores 149

APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto da tese de doutorado "A gestão orçamentária da saúde e o papel dos municípios: uma pesquisa-ação, a partir da educação permanente em saúde, em uma macrorregião do estado do Paraná".

A pesquisa surgiu em razão de minha atuação no planejamento da gestão municipal da saúde, em que se destacou o alto volume de recursos federais presentes nas contas bancárias do município. Isso despertou a necessidade de aprimorar os conhecimentos sobre as regras do financiamento e, consequentemente, a execução orçamentária dele.

Ano após ano, estudando e entendendo mais sobre financiamento, fomos adentrando o orçamento e definindo todas as execuções financeiras da saúde. Iniciamos em três pessoas nesse departamento e, atualmente, nove profissionais estão envolvidos nele.

A experiência foi tão exitosa, que havia o desejo de que mais municípios pudessem desenvolver esse trabalho e conquistar tal autonomia financeira na saúde de seus municípios. Foi quando, participando de uma oficina do Programa de Qualificação à Gestão (Progestão) promovido pela UEL, duas professoras me abordaram e convidaram para o programa de doutorado, a fim de trabalhar o tema de financiamento.

Assim, foi desenvolvida uma pesquisa-ação com objetivo de qualificar as equipes gestoras de saúde municipais. Para tal, oficinas de educação permanente sobre a temática principal orçamento público da saúde foram realizadas.

O livro apresenta as cinco oficinas desenvolvidas durante a pesquisa-ação aplicadas em equipes gestoras que atuavam diretamente com atividades de planejamento e financiamento nas secretarias e autarquias de saúde de municípios do norte do Paraná.

A Oficina 1, intitulada "Introdução ao orçamento público e sua relação com o planejamento do SUS", aborda os marcos legais e instrumentos de planejamento do SUS e suas interfaces com financiamento e orçamento.

Já a Oficina 2, "Financiamento da saúde e orçamento público", explora o histórico do financiamento, apresentando os sistemas de informações sobre financiamento e as regras de aplicação dos recursos da saúde.

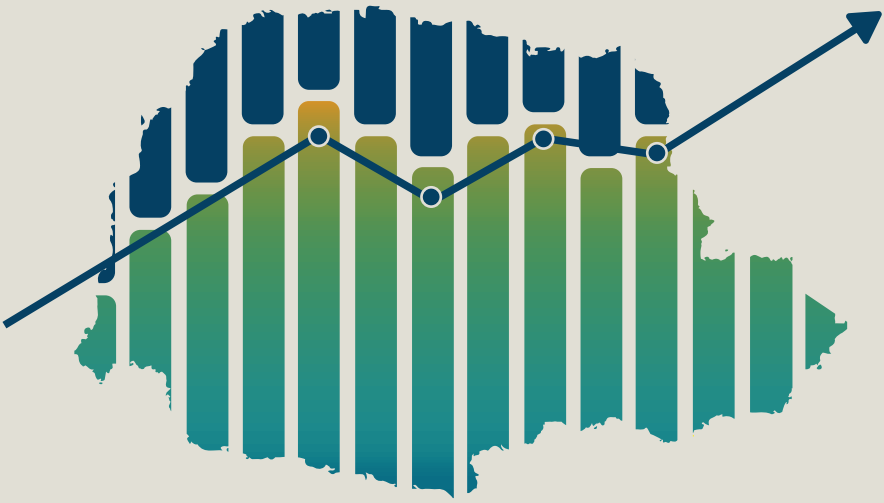
A Oficina 3, "Emendas parlamentares federais no orçamento das secretarias municipais de saúde", por sua vez, trata das emendas parlamentares no financiamento da saúde municipal, abordando seus fundamentos legais, os fluxos de indicação e execução dos recursos e sua articulação com o planejamento do SUS.

A Oficina 4, "Contratos, licitações e orçamento público", elucida a importância do planejamento e a definição do orçamento para contratações públicas. Também discute a nova lei de licitações, Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

Por fim, a Oficina 5, “Construindo o orçamento municipal de saúde”, apresenta os principais aspectos legais da construção e execução do orçamento, fornecendo exemplos práticos.

Espera-se que este material possa apoiar gestores e suas equipes na compreensão de financiamento e orçamento público, para que, de fato, atenda às necessidades da população com compromisso e segurança na execução orçamentária dos recursos da saúde.

Talita Maria Bengozi Gozi



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Fernanda de Freitas Mendonça

No campo da saúde pública, a valorização de atividades educativas teve destaque após a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 198. O propósito da iniciativa era fortalecer a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de qualificação e capacitação dos profissionais de saúde, promovendo o aprimoramento contínuo de suas competências com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população e à efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Mendonça et al., 2010). A EPS tem como elemento central o desenvolvimento de um processo de ensino-aprendizagem, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho. Em outras palavras, ela ocorre no trabalho, para o trabalho, a partir do trabalho e com o objetivo de promover mudanças no processo de trabalho (Ceccim, 2005).

Mais tarde, essa política passou por algumas redefinições (Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007), com o estabelecimento da transferência regular e automática dos recursos para a EPS do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, dentro do "bloco de Gestão do SUS" (Ferraz et al., 2013). Na sequência, as induções financeiras para adesão a essa prática no cotidiano do trabalho foram se tornando cada vez mais escassas. Contudo, isso não impediu a ampla difusão da EPS no território nacional – em que pesem

as diferenças regionais –, de modo que ela se tornou objeto de uma série de estudos que coadunam em afirmar que tal estratégia produziu melhorias e mudanças no trabalho em saúde, desde em espaços hospitalares até na Atenção Primária (Krug et al., 2021; Lima et al., 2021; Silva et al., 2020; Costa et al., 2018; Brito, Silva e Montenegro, 2012). Vale ressaltar que a EPS também se constituiu como importante estratégia para qualificação de trabalhadores de saúde durante a pandemia (Vieira et al., 2024).

As ações de EPS, entretanto, foram apontadas por Ferraz et al. (2022) como ainda incipientes no âmbito das equipes de gestão em saúde. Portanto, este livro se propõe a preencher essa lacuna e apresentar uma experiência de processo formativo voltado para as equipes municipais que atuam diretamente no planejamento, na elaboração e na execução do orçamento do SUS.

Cabe destacar que a promoção de um processo formativo voltado para essa temática é urgente e necessária. Apesar do subfinanciamento do SUS, um estudo recente realizado no Paraná revelou que os municípios com até 10 mil habitantes são os que têm maiores saldos em conta de recursos de transferência não executados (Mendonça; Castilho, 2024). Pode-se inferir que tal resultado esteja diretamente relacionado a limitações nos processos de elaboração do planejamento e de execução orçamentária do sistema de saúde em âmbito municipal.

Em tempos de supremacia do capital financeiro, o Brasil não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, o que impõe riscos à saúde universal. Constatam-se vários aspectos que vêm enfraquecendo a

capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando, por exemplo, o financiamento do SUS (Mendes, 2016). Em outras palavras, isso significa que o financiamento do SUS se mostra, cada vez mais, alvo de disputas frequentes de diferentes grupos: desde os que defendem o constrangimento de repasses e maiores flexibilizações – com a entrada gradualmente mais significativa do setor privado – e aqueles que lutam por um sistema amplamente público e robusto que disponha de recursos crescentes e regulares (Mendes, 2017).

Ora, tal disputa não está alheia a interesses de ordem política, econômica e cultural; portanto, as equipes gestoras têm papel de extrema relevância na forma como conduzem o financiamento da saúde em suas localidades. Assim, são atores essenciais e, por isso, precisam vivenciar processos que lhes permitam o desenvolvimento de consciência crítica e consequente capacidade de apropriação de sua realidade. Dessa forma, estarão aptos para lutar por uma transformação social.

Para Carnut et al. (2019), os trabalhadores do SUS carecem de uma formação política crítica, que se perdeu ao longo da trajetória de desenvolvimento da Saúde Coletiva. Nesse sentido, é fundamental ampliar essa perspectiva, além de retomar a ligação entre a interpretação marxista da política e os desafios da Saúde Pública. Com isso, alcança-se o objetivo de contribuir para que os profissionais – neste caso, aqueles que integram as equipes de gestão municipal – situem melhor suas atuações no mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf. Acesso em: 13 maio 2026.

BRITO Carlos Gabriel Neves Santana; SILVA Neiva Caldeira; MONTENEGRO, Lívia. Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista. **Revista Enfermagem Revista**, v. 16, n. 3, p. 317-326, 2012.

CARNUT, Leonardo *et al*. "Passei a entender a influência do capital na saúde pública.": formação política crítica dos trabalhadores do sistema único de saúde. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate,** v. 11, n. 1, p. 182-192, 2019.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

COSTA, Maria Antônia Ramos *et al*. Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado.

Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 10, n. 2, p. 558-564, 2018.

FERRAZ, Edinalva de Moura *et al*. A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras. **Saúde Debate**, v. 46, n. esp.6, p. 217-227, 2022.

FERRAZ, Fabiane *et al*. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1683-1693, 2013.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz *et al*. Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 31, n. 1, e310131, 2021.

LIMA, Ana Paula Freitas *et al*. Refletindo sobre a Educação Permanente em Saúde: potencialidades e limitações na terapia renal substitutiva. **Interface**, v. 25, e200494, 2021.

MENDES, Áquilas. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Futuros do Brasil: Textos para debate**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 1-7, jul. 2017.

MENDES, Áquilas. Os impasses dos direitos sociais trabalhistas e do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. *In:* SOUZA, Helton Saragor; MENDES, Áquilas (Org.). **Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo**: enfermagem em foco. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016. p. 15-41.

MENDONÇA, Fernanda Freitas; CASTILHO, Marcela. Execução financeira dos recursos públicos de saúde dos municípios do Estado do Paraná segundo saldos em conta. *In:* V Congresso Brasilei-

ro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, 2024, Fortaleza. **Anais do V Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**, 2024.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas *et al*. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2593-2602, 2010.

SILVA, Raíza Paula *et al*. A importância da educação permanente em saúde no âmbito da atenção primária: revisão integrativa. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 59, p. 4398-4407, 2020.

VIEIRA, Silvana Lima *et al*. Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1377-1386, 2024.

OFICINA 01

01

INTRODUÇÃO AO ORÇAMENTO PÚBLICO E SUA RELAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DO SUS

OFICINA 1

Introdução ao orçamento público e sua relação com o planejamento do SUS

Autores:
Talita Maria Bengozi Gozi
Brígida Gimenez Carvalho
João Felipe Marques da Silva
Fernanda Freitas Mendonça
Sônia Cristina Stefano Nicoletto

1° momento (30 min):
Acolhimento dos participantes

- Dar boas-vindas aos participantes e solicitar que façam uma rodada de apresentações (nome, cargo/função, tempo de atuação no campo da saúde);
- Pedir a eles que expressem as expectativas sobre o processo de educação pelo qual passarão durante o curso.
- Abordar mais especificamente o tema da Oficina 1, solicitando que indiquem como supõem que a temática poderá contribuir para a prática deles.

2° momento (10 min):
Apresentação dos objetivos

- Apresentar os marcos legais do planejamento da gestão pública;
- Revisar os instrumentos de planejamento;
- Demonstrar a importância da integração dos instrumentos de planejamento junto ao orçamento;
- Discutir como estão organizadas as equipes de planejamento e como ocorre a construção e avaliação/monitoramento dos instrumentos de planejamento da saúde.

3° momento (30 min):
Diálogo com os participantes

- Propor as seguintes questões norteadoras:
• Por que cabe ao município a execução das políticas de saúde?
• Como o município se organiza para o planejamento e execução dessas políticas (quem faz, como acompanha)?
• Com relação aos instrumentos de gestão orçamentária, existe alguém da saúde que os realiza e acompanha?

4° momento (30 min): Leitura do Texto 1, "O ente municipal"

- Solicitar a leitura do Texto 1 em conjunto, pedindo a cada um que leia um parágrafo.
- Na sequência, abrir a discussão baseada nas questões norteadoras:

- Considerando o federalismo tripartite, qual é o real papel dos municípios na área da saúde?
- Como você compreende o papel dos municípios enquanto executores de políticas de saúde?

- Propor uma discussão e encaminhar a síntese do conhecimento.

Se desejar saber mais sobre federalismo tripartite, acesse o link do vídeo Marta Arretche, disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=L5i_GAX-zpM0

5° momento (60min): Leitura do Texto 2, "Instrumentos de planejamento da gestão pública"

- Em grupos, propor a leitura do Texto 2.
- Pedir a cada grupo que apresente para o plenário as discussões feitas coletivamente dentro das equipes.
- Propor uma discussão e encaminhar a síntese do conhecimento.

Intervalo (tempo a definir conforme necessidade)

6° momento (1h30min): Leitura do Texto 3, "Planejamento no SUS"

- Após a leitura do Texto 3, propor a seguinte atividade prática:
- Suponha que um determinado município tenha o propósito de construir uma Unidade Básica de Saúde (UBS) nos próximos dois anos. Como essa ação deve ser operacionalizada no Plano Municipal de Saúde?

- Em grupos, discutir as seguintes questões:
- Como se dá o planejamento dessa construção, contemplando projeto, licitação, disponibilidade orçamentária?

- Para mobiliar e equipar a nova UBS, como ocorre o planejamento de tais aquisições? Quem mapeia as necessidades? Os quantitativos? Os descritivos? Os orçamentos? Os processos licitatórios? Esses dados foram colocados no Plano de Contratação Anual?

7° momento (15min): Orientação para a atividade de dispersão

- Propor os seguintes questionamentos:
- Existe revisão anual do Plano Municipal de Saúde?
- Após a finalização do Relatório Anual de Gestão, faz-se uma análise dos gastos, comparando com o planejamento do próximo ano?
- Quais serviços estão gastando mais? Quais precisam de mais investimentos no próximo exercício?

8° momento (30 min): Avaliação da Oficina

A avaliação das disciplinas foi realizada a partir do questionamento aos participantes sobre quais aspectos contribuíram para a sua prática e quais outros elementos poderiam ter sido explorados.

Texto 1

O ENTE MUNICIPAL

Desde a Proclamação da República, em 1889, nosso país se constitui como República Federativa. O federalismo é considerado uma organização político-administrativa que se justifica em grandes áreas territoriais e heterogêneas, como é o caso do Brasil.

Numa nação federalista, a soberania é compartilhada entre um governo central e seus entes subnacionais (estados, distrito federal e municípios), que dividem as responsabilidades e competências (Abrucio, 2003).

Outras características marcantes no federalismo são a divisão do poder e a descentralização – melhor dizendo, há garantia da distribuição de poder entre governo central e governos regionais. No Brasil, a descentralização foi marcada pela Constituição Federal (CF) de 1988, ainda que esse não tenha sido o marco exclusivo, uma vez que várias medidas e fatos anteriores à promulgação dela davam sinais de que esse processo era fato previsível na nova Constituinte. No entanto, esse foi também resultado de um novo regime democrático que se instalava, com o fim de um longo período ditatorial (Souza, 2002; Almeida, 2001).

Mais uma medida que merece destaque na CF é a inclusão dos municípios como entes federados, ao lado dos estados e do Distrito Federal, tornando o Brasil um país de triplo federalismo (Souza, 2019; Souza, 2013).

Ao passo que a descentralização proposta na CF ampliou a autonomia financeira e política dos municípios, também exigiu desses entes maior participação na implementação das políticas públicas – dentre elas a saúde, nosso caso em questão.

Os municípios, pela justificativa de estarem mais próximos da população, ficaram com a responsabilidade de executar, na prática, os serviços de saúde, conforme o artigo 30, inciso VII da CF (Brasil, 1988). Assim, são a esfera de contato mais direto com a população e estão encarregados da prestação direta de ações e serviços de Saúde, especialmente os Cuidados Primários e, de forma complementar, os de Média e Alta Complexidade.

Figuram entre suas principais atribuições a execução de serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; a implementação da política de insumos e dos equipamentos em saúde; o controle e a fiscalização dos procedimentos dos serviços privados de saúde; o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde (Brasil, 2016).

Para tanto, os municípios necessitam de recursos financeiros e demandam grande organização e planejamento orçamentário, visto que, legalmente, devem aplicar o mínimo de 15% de sua arrecadação fiscal em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) – sabe-se, porém, que, historicamente, têm aplicado muito além.

Texto 2

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA GESTÃO PÚBLICA

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. É um método para apoiar a tomada de decisão, visando otimizar os meios de trabalho e os recursos com vistas ao alcance do objetivo (Cardoso, 2013). Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias, as ações necessárias e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e as metas desejados e preestabelecidos. A figura 1 apresenta as fases iniciais do processo de planejamento.

A Constituição Federal (CF) de 1988 determina que o planejamento é dever do Estado, sendo determinante para o setor público e indicado para o privado:

> Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado (Brasil, 1988).

Pode-se afirmar que planejar resulta em maior eficiência, redução de erros, economia e ampliação da efetividade nos resultados. Na gestão pública, um dos grandes focos do planejamento está na aplicação eficiente dos recursos e na orientação dos investimentos. Segundo Machado (2004, p. 14):

> O planejamento está intimamente ligado ao moderno processo orçamentário: o primeiro passo para a elaboração da peça orçamentária é a discussão, dentro da própria Administração Pública, acerca das necessidades da sociedade, bem como o custo-benefício das possíveis ações governamentais para atender a essas necessidades.

Figura 1 – Fases iniciais do processo de Planejamento
Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.



Três instrumentos orçamentários, definidos na CF de 1988, são considerados ordenadores do planejamento na gestão pública: o Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) – de acordo com os artigos 165 a 169. Acrescenta-se a isso, ainda, a Lei Complemen-

tar nº 101, de 4 de maio de 2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal. Esse modelo é aplicado nas três esferas de governo: federal, estadual/distrital e municipal.

Quanto ao **PPA**, trata-se de um instrumento de planejamento estratégico das ações de governo, com vigência de quatro anos. Nele são previstas as despesas e definidas as diretrizes, os objetivos e as metas de médio prazo (quatro anos) da administração pública (Brasil, 2016).

As despesas podem ser (Rondônia, 2023):

- Relativas a programas de duração continuada: gastos para custear a manutenção e o funcionamento de políticas públicas e serviços essenciais, como saúde, educação e segurança pública;
- De capital e delas decorrentes: gastos destinados à formação ou aquisição de bens de capital. Incluem investimentos em infraestrutura (como obras, compra de equipamentos e instalações) e inversões financeiras.
- Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem ser incluído no Plano Plurianual.

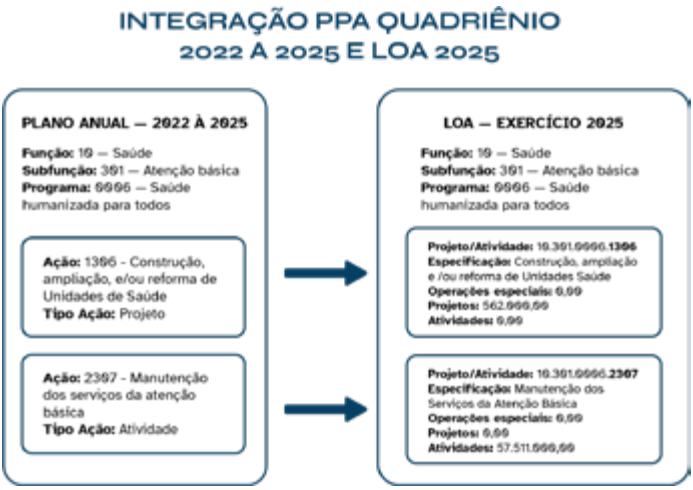
É um dos instrumentos do planejamento do setor público brasileiro que surgiu com a CF de 1988 e foi complementada, em termos de atributos, pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2016). Compreende as metas e prioridades da administração pública

federal, estabelece as diretrizes de política fiscal e as respectivas metas, em consonância com trajetória sustentável da dívida pública, orienta a elaboração da LOA, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

No que se refere à **LOA**, esta é elaborada pelo Poder Executivo e, seguindo os termos estabelecidos na Lei nº 4.320/64, estima a receita e fixa a despesa do exercício subsequente. Essa estimativa configura-se como uma etapa muito importante do processo de planejamento, especialmente durante a elaboração do Projeto de LOA, pois representa a capacidade de financiamento das políticas públicas de todas as áreas de governo: é o primeiro passo para a definição do detalhamento da despesa anual, de forma a garantir o equilíbrio das contas públicas (Brasil, 2016). Nessa Lei já se prevê qual porcentagem será aplicada na saúde. O orçamento passa pela negociação junto à sociedade, representada pelo Poder Legislativo, que pode propor emendas a ele, modificando as propriedades e, posteriormente, aprovando ou não a legislação.

A Figura 2, a seguir, traz um comparativo entre o PPA e a LOA, do quadriênio de 2022 a 2025, na cidade de Cambé, no Paraná.

Figura 2 – Planejamento de longo e curto prazo: PPA e LOA



Fonte: Cambé, 2022-2025.

A **Lei Complementar nº 101** (ou Lei de Responsabilidade Fiscal), criada em 2000, no governo Fernando Henrique Cardoso, destina-se a regulamentar a CF de 1988, no que diz respeito à tributação e ao orçamento. Essa legislação tem como principal objetivo "estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal", como está descrito em seu artigo 1º.

Dessa forma, a responsabilidade na gestão fiscal pode ser definida como:

- Ação planejada e transparente;
- Prevenção de riscos e correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas;

• Garantia de equilíbrio nas contas, via cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas, com limites e condições para a renúncia de receita e a geração de despesas com pessoal, seguridade, dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar (Brasil, 2011).

Com a legislação, foram criados limites para gastos com pessoas e endividamento público, além de medidas caso as contas saiam do controle. A lei também trouxe maior transparência para as contas públicas e responsabilização aos gestores frente ao não cumprimento das regras.

Portanto, a Lei de Responsabilidade Fiscal não se restringe a limitar o gasto de pessoal. Apesar disso, não é possível deixar de ponderar alguns efeitos perversos dela, dos quais se destaca um rol de restrições que geram impactos relevantes na prestação de serviços, na infraestrutura, na implementação de políticas públicas e na gestão pública em geral. Ao impor limites de gastos com pessoal e de endividamento, a lei reduz a capacidade do Estado de investir em áreas essenciais, como saúde, educação, infraestrutura e programas sociais, afetando especialmente os grupos mais vulneráveis.

Salienta-se também a intensificação da burocratização da gestão pública, com excesso de controles que atrasam decisões, projetos e obras, comprometendo a eficiência administrativa. Outro aspecto limitante consiste na rigidez na alocação de recursos, diminuindo a autonomia dos gestores e dificultando

a adaptação das políticas às necessidades regionais. A escassez de recursos humanos qualificados e a limitação de investimentos em tecnologia e inovação agravam esses problemas, o que resulta em serviços públicos defasados e infraestrutura degradada.

Por fim, a Lei de Responsabilidade Fiscal não deve ser tratada como solução única para os desafios fiscais e administrativos do Estado. É preciso haver aplicação equilibrada da lei, que considere as demandas sociais, os investimentos de longo prazo e o desenvolvimento socioeconômico, conciliando responsabilidade fiscal com efetividade das políticas públicas.

A figura 3 apresenta de forma gráfica a necessidade de articulação dos diferentes instrumentos de planejamento.

Figura 3 – Ciclo do planejamento orçamentário
Fonte: Elaborado pelos autores.



No Quadro 1, a seguir, é possível observar os conteúdos, os períodos e os prazos dos instrumentos de planejamento da gestão pública.

Quadro 1 – Instrumentos de planejamento da gestão pública: conteúdos, períodos e prazos

Instrumento	Conteúdo	Período/ validade	Prazo
PPA	Objetivos, diretrizes e metas; programas e ações.	Válido por quatro anos: do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente	Deve ser enviado ao Legislativo até 31 de agosto do primeiro ano do governo.
LDO	Diretrizes e metas prioritárias; alterações em leis tributárias e de pessoal; limites orçamentários; limites e critérios para empenho; normas para avaliação e controle; condições para transferências.	Validade de um ano, sendo seu objeto o ano subsequente à apresentação.	Deve ser enviado ao Legislativo até 15 de abril.
LOA	Ações a serem realizadas; receitas a serem mobilizadas; gastos autorizados.	Validade de um ano, sendo seu objeto o ano subsequente à apresentação.	Deve ser enviado ao Legislativo até 31 de agosto.

Fonte: Adaptado de Cosems, 2021.

Em síntese, pode-se dizer que os instrumentos de planejamento da gestão pública estão legalmente constituídos e precisam ser conhecidos e aplicados de maneira efetiva e transparente.

Texto 3

PLANEJAMENTO NO SUS

O Planejamento no SUS é responsabilidade conjunta das três esferas de governo. Cada ente – a União, os estados/o Distrito Federal e os municípios – planejam ações e atividades de acordo com as necessidades de seu território. No entanto, para que efetivamente se alcancem os resultados, não devem ser isoladas: em vez disso, é preciso que um nível governamental leve em conta as atividades dos outros.

Nesse sentido, os seguintes Atos Normativos são considerados marcos legais que regem a organização e planejamento no SUS:

• **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:** uma das leis orgânicas da saúde, estabelece os princípios do SUS e a ascendência do processo de planejamento e orçamento: do nível local até o federal, ouvidos os órgãos deliberativos e compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

• **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990:** define as Conferências de Saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente. Estabelece também

a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

• **Emenda Constitucional nº 29, de 2000:** institui a obrigatoriedade de aplicação, por parte dos três entes da Federação, de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS. Tais patamares deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.

• **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:** regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e estabelece que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde. Acrescenta que as necessidades das políticas de saúde devem ser compatibilizadas com a disponibilidade de recursos financeiros e serão efetuadas no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde.

• **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012:** regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal (CF) de 1988 e a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, definindo as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas

com o SUS dos três entes federativos. Determina o planejamento ascendente e o rateio como mecanismo de financiamento do SUS;

• **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, e Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017:** estabelecem diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS; definem o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelecem, ainda, que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do Plano Plurianual (PPA) de cada ente da Federação. Dispõem que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.

• **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Título IV, Capítulo I):** estabelece diretrizes para planejamento do SUS. Determina a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, sendo eles o PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão (Conasems, 2021; Brasil, 2015; Brasil, 2016).

Para além dos Atos Normativos, há sete princípios gerais que envolvem o planejamento governamental no SUS, conforme indica o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Os sete princípios gerais do planejamento governamental no SUS

1. O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua
O processo de planejamento em saúde é responsabilidade de cada ente federado e deve ser desenvolvido de forma contínua, articulada, ascendente, integrada e solidária entre as três esferas de governo, uma vez que visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde. O planejamento regular permite dotar os gestores de informações que possibilitem agir mais efetivamente sobre a realidade sanitária e redirecionar as ações com vistas a melhorar as condições de saúde da população.

2. O planejamento no SUS deve ser integrado ao planejamento governamental geral
Os instrumentos de planejamento da saúde – o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão – devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo: PPA, LDO e LOA, definidos pelo artigo 165 da CF. A Constituinte define a integração entre as funções de planejamento estatal e estabelece as de orçamentação como sendo o fundamento do modelo orçamentário brasileiro, definido pela necessidade de estabelecer conexão coerente entre os respectivos instrumentos adotados.

3. O planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite
No processo de planejamento no SUS, devem ser consideradas como essenciais as pactuações realizadas na Comissão Intergestores Regional (CIR), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), uma vez que esses espaços de governança têm a competência de discutir e pactuar de forma permanente a política de saúde e sua execução na construção da gestão compartilhada do SUS.

4. O planejamento deve ser articulado com monitoramento, avaliação e a gestão do SUS
O monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, pelos objetivos, pelas metas e pelos indicadores assumidos em cada esfera de gestão. O monitoramento compreende o acompanhamento regular de metas e indicadores, os quais expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em determinado período e o cotejamento deles com o planejado. A avaliação, por sua vez, envolve a apreciação dos resultados obtidos, considerando um conjunto amplo de fatores.

5. O planejamento deve ser ascendente e integrado
O planejamento ascendente e integrado na saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. É essencial que o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos em âmbito nacional seja empregado pelas três esferas de governo para o desenho de seus instrumentos de planejamento. Isso permitirá tanto criar uma ação sincronizada da administração pública em torno das grandes prioridades nacionais quanto uniformizar o formato e a linguagem do planejamento no país.

6. O planejamento engloba transparência e a visibilidade da gestão da Saúde
Dentre outras normativas, a Lei Complementar nº 141, de 2012, dá ênfase à transparência e à visibilidade da gestão da Saúde, demandando que os gestores da saúde divulguem amplamente – inclusive por meios eletrônicos de acesso público – as prestações de contas periódicas da saúde, para consulta e acesso da sociedade. Nesse sentido, a legislação sugere que a transparência e a visibilidade sejam asseguradas no processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão, devendo ser submetidos à apreciação do respectivo Conselho de Saúde e à realização de audiências públicas.

7. O planejamento deve se construir partindo das necessidades de saúde da população
O planejamento no SUS parte do reconhecimento das dinâmicas presentes no território que influenciam a saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios que compõem a Região de Saúde. A análise e o dimensionamento das necessidades relacionadas à área devem privilegiar um conceito mais amplo de saúde, entendendo essa como uma condição que transcende a mera ausência de doença e se caracteriza pela garantia da perspectiva do bem-estar tanto físico e afetivo quanto social e econômico.

Fonte: Brasil, 2016.

Considerando tudo o que foi discutido até o momento, cumpre ressaltar que os principais instrumentos de Planejamento do SUS são:

- Plano Municipal de Saúde (PMS);
- Programação Anual de Saúde (PAS);
- Relatório Anual de Gestão (RAG);
- Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDGA).

O Quadro 2 apresenta o conteúdo, a validade e o prazo para elaboração de cada um deles.

Quadro 2 – Instrumentos de Planejamento no SUS e seus prazos

Instrumento	Conteúdo	Validade	Prazo
PMS	Diagnóstico de saúde do município; diretrizes, objetivos, metas e indicadores.	Quadrianual	Em geral, até agosto do 1º ano de gestão.
PAS	Ações de saúde, para alcance das metas pactuadas no PMS; previsão e vinculação orçamentária.	Anual	Versão preliminar: até 15/04 do ano anterior. Versão final: dezembro do ano anterior.
RAG	Metas previstas e executadas pela PAS; resultados; prestação de contas (financeira) do montante aplicado em saúde; produção dos serviços.	Anual	Até 30/3 do ano subsequente.
RDQA	Resultados parciais da PAS; prestação de contas do período; mínimo constitucional aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS); auditorias no período; oferta e produção de serviços do período.	Quadrimestral	Maio, setembro e fevereiro.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Complementarmente, o sistema de informação DigiSUS foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, para estados e municípios. A iniciativa, proposta em substituição ao SargSUS, tem como objetivo auxiliar no planejamento do SUS em consonância com o ciclo de planejamento orçamentário. Foi criada na antiga Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, em parceria com o DataSUS, com foco no apoio à gestão municipal e estadual para elaboração dos instrumentos de planejamento, ampliando a transparência e o monitoramento dos planos e dos gastos no SUS.

Para acessar o DigiSUS, utilize o link: https://digisusgmp.saude.gov.br/.

Nessa toada, considerando o ciclo do planejamento e com base nos instrumentos, o sistema inicia com o preenchimento de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano de Saúde do ente federado para o período de quatro anos. Essas informações são apresentadas pelo sistema anualmente, de forma automática, no componente que recebe as respectivas PAS. A cada ano da PAS, os gestores devem inserir as metas anualizadas, assim como as respectivas ações para alcançá-las.

A funcionalidade da PAS também recebe algumas informações orçamentárias com o demonstrativo da programação de despesas com saúde por subfunção orçamentária, natureza e fonte. Esse preenchimento deve ser feito com base nas informações da LOA do ente.

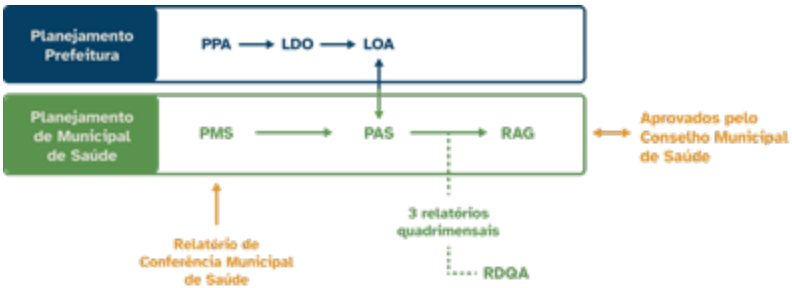
Para saber mais, acesse o manual do usuário, disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/manual-do-usuario-2025

e o Manual do Conselheiro, disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/manual-do-usuario-para-conselheiros.

De forma encadeada, tais conteúdos dos instrumentos do planejamento em saúde são disponibilizados pelo DigiSUS Módulo Planejamento (DGMP), respeitando a temporalidade de elaboração e execução de cada um deles e dando maior clareza à interrelação dos instrumentos. Após a inserção das informações do Plano de Saúde e das PAS, o sistema libera para elaboração, de acordo com o período adequado, os RDQA e RAG de cada PAS (Brasil, 2018). O Conselho Municipal de Saúde também possui acesso ao DigiSUS para tecer considerações e aprovar ou não o instrumento no sistema.

O planejamento na gestão pública municipal precisa ser desenvolvido conforme o ciclo de planejamento da Figura 1, a seguir.

Figura 1 – Ciclo dos instrumentos de planejamento no SUS aplicados no ente municipal



Fonte: Elaborado pelos autores.

A prefeitura desenvolve o PPA no primeiro ano de gestão, em consenso com o PMS, ambos instrumentos previstos para os próximos quatro anos. O

PMS precisa considerar as diretrizes definidas para a saúde na última Conferência Municipal de Saúde realizada, acatando os anseios da população. Tendo o PPA como base, a prefeitura anualmente encaminha a LDO ao Legislativo. E, partindo disso, será desenvolvida e aprovada a LOA (anual). A Saúde, considerando o PMS, produz a PAS (anual) e encaminha para aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) – lembrando que a PAS precisa estar acertada com a LOA.

Durante o ano, para análise de resultados e prestação de contas quadrimestralmente, é realizado o RDQA e, no início do próximo ano, consolidam-se os três RDQA no RAG, finalizando a análise dos resultados e prestação de contas do que foi proposto na PAS. Os prazos dos instrumentos de planejamento da saúde constam no Quadro 2.

Os instrumentos de gestão da Saúde são dinâmicos e precisam ser aprovados e estar sempre atualizados em concordância com o CMS. Assim, esse processo demanda permanente responsabilidade dos envolvidos para o planejamento e a execução da política pública de Saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando L. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, Maria Victoria et al. (Org.) **Reforma Política e Cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-243.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, v. 51, p. 13-34, 2001.

ANJOS, Karine Nepomuceno dos. Análise crítica da Lei Complementar 101: aspectos positivos e negativos. Revista FT: **Revista Científica de Alto Impacto**, v. 27, n. 128, 2023.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde apresenta sistema DigiSUS para nova gestão do CNS.** Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2256-ministerio-da-saude-apresenta-sistema-digisus-gestor-para-nova-gestao-do-cns. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS.** Brasília, DF: CONASS, 2011. 132 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-administrativa-e-financeira-no-sus/. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. **Manual do Usuário: módulo planejamento – DigiSUS Gestor.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/ogQCpzzyJ39cUgovoofBPaRPBqm0lGR9UbglxF2d.pdf. Acesso em: 11 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 107 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_financas_publicas_conselheiros_conselheiras_saude.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 20 maio 2026.

CARDOSO, Antônio José Costa. Planejamento em Saúde – Módulo I. *In:* **Curso de Planejamento e Avaliação em Saúde.** Brasília, DF: ENAP, 2013.

CONASEMS. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS – Diálogos do Cotidiano.** 2. ed. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 440 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf. Acesso em: 20 maio 2026.

MACHADO, Fernando Tavora Heitmann Ferreira. **Orçamento público e o planejamento no contexto dos municípios do estado de São Paulo a partir da Lei de Responsabilidade Fiscal.** 2004. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

RONDÔNIA. **Manual para elaboração e revisão do Plano Plurianual do Estado de Rondônia**. 6. ed. Porto Velho, RO: Governo do Estado de Rondônia, maio 2023. Disponível em: https://www.sepog.ro.gov.br/Conteudos/1387/manual-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-e-revis%C3%A3o-do-plano-plurianual-6%C2%AA-edi%C3%A7%C3%A3o-2023. Acesso em: 20 maio 2026.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. **Lei de Responsabilidade Fiscal.** São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/publicacoes/LRF.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

SOUZA, Celina Maria de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 35, supl. 2, e00046818, 2019.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

SOUZA, Celina. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. *In*: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (Org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 91-117.

OFICINA 02

02

FINANCIAMENTO DA SAÚDE E ORÇAMENTO PÚBLICO

OFICINA 2

Financiamento da saúde e orçamento público

Autores
Talita Maria Bengozi Gozi
Brígida Gimenez de Carvalho
João Felipe Marques da Silva
Karla Giovana Bavaresco Ulinski
Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade

1° momento (30 min): Retomada da atividade da Oficina 1 e apresentação dos objetivos da Oficina 2

- Retomar as discussões suscitadas na atividade de dispersão proposta na Oficina 1;
- Apresentar os objetivos da Oficina 2, a saber: revisar os principais marcadores do financiamento do SUS; identificar as fontes de financiamento municipal; conhecer e acessar sistemas de informações sobre financiamento, especificamente o Fundo Nacional de Saúde (FNS); discutir as regras gerais de aplicação dos recursos em Saúde.

2° momento (30 min):
Discussão com as equipes

- Propor as seguintes questões norteadoras:
• De onde vêm os recursos financeiros da Saúde?
• Por que são insuficientes para atender às necessidades de saúde da população?
• Qual é a importância de entender o financiamento do SUS?
• Como sabemos quais são o montante e o percentual aplicados na Saúde? Quanto o município recebe de recursos vinculados à Saúde?

3° momento (60 min): Leitura e discussão do Texto 1, "Histórico do financiamento da Saúde"

- Solicitar leitura do Texto 1, individualmente ou em grupos;
- Após a leitura, propor as seguintes questões norteadoras:
• Quais são os principais marcadores históricos que nortearam o financiamento do SUS?
• Ao analisarmos as mudanças ocorridas no financiamento da Saúde desde a criação do SUS, quais marcadores trouxeram avanços e quais trouxeram retrocessos para a política de Saúde no Brasil?

4° momento (60 min): Leitura e discussão do Texto 2, "Financiamento municipal da Saúde: Fundos Especiais e o Fundo Municipal da Saúde"

- Solicitar leitura do Texto 2, individualmente ou em grupos;

- Após a leitura, propor as seguintes questões norteadoras:
• Como podemos acompanhar as transferências de receitas da Saúde?
• Como classificar as receitas da Saúde no município?

Intervalo (tempo a definir conforme necessidade)

5° momento (60 min): Leitura e discussão do Texto 3, "Regras gerais para aplicação e transferências de recursos"

- Solicitar a leitura do Texto 3, individualmente ou em grupo;
- Após a leitura, discutir em grupo:
• Se conheciam as portarias citadas no texto;
• Quais as principais dúvidas e inseguranças frente as regras de repasses e aplicação dos recursos de transferências fundo a fundo.

6° momento (90 min): Leitura e discussão do Texto 4 e acesso ao site do FNS (momento prático)

- Solicitar leitura e discussão do Texto 4.
- Na sequência, propor que entrem no site do FNS e busquem pelo seu município os repasses consolidados por bloco;
- Pedir que acessem e explorem demais ferramentas do FNS.

7° momento (15 min): Orientação para a atividade de dispersão

- Propor a seguinte atividade prática:
• Identifique em seu município as receitas mensais de recursos vinculados no exercício atual e quantifique o total anual. Se possível, avalie se esses recursos estão sendo executados.

8° momento (15 min): Avaliação da Oficina

A avaliação das disciplinas foi realizada a partir do questionamento aos participantes sobre quais aspectos contribuíram para a sua prática e quais outros elementos poderiam ter sido explorados.

Texto 1

HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A Constituição Federal (CF) de 1988 inaugura um paradigma no campo da Saúde ao reconhecê-la como direito social fundamental e dever indelegável do Estado, rompendo com modelos assistencialistas e contributivos vigentes até então. Nos termos do artigo 196 (Brasil, 1988), a Saúde passa a ser:

> [...] direito de todos e dever do Estado, garantindo 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.

Para assegurar o provimento das ações e dos serviços de saúde à população, a CF de 1988 incluiu as ações e os serviços públicos de Saúde no âmbito da seguridade social, definindo como uma das suas fontes de financiamento as contribuições sociais. Além disso, estabeleceu que o Sistema Único de Saúde (SUS) seria financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes, conforme artigo 198, caput e § 1º da CF.

No Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), a Constituinte preliminar previu que, até a aprovação da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), no mínimo 30% do orçamento da seguridade social deveria ser destinado à Saúde. Essa norma visava conferir um piso inicial de vinculação de recursos à saúde no início da implementação do SUS. No entanto, esse percentual nunca foi efetivamente cumprido na prática orçamentária brasileira (Piola, 2023).

As Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) também tratam do financiamento do SUS. A Lei nº 8.080/1990 estabelece que o orçamento da seguridade social destinará ao SUS os recursos necessários à realização de suas finalidades, conforme

proposta elaborada pela direção nacional do sistema e em consonância com as metas e prioridades definidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Indica, ainda, que esses recursos serão depositados em conta especial em cada esfera de governo e geridos sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

É importante destacar que o artigo 51 da Lei nº 8.080/1990 foi vetado pelo então Presidente da República, Fernando Collor. Isso significou a retirada de dispositivos que tratavam de aspectos específicos de financiamento quando de sua edição. O dispositivo estabelecia, de forma inédita, mecanismos de proteção e ampliação progressiva dos recursos destinados à Saúde, ao vedar a redução dos valores reais alocados pelos entes federativos em relação à média dos cinco anos anteriores e ao determinar que, no prazo de cinco anos a partir da publicação da lei, o montante total de recursos destinados ao SUS deveria alcançar o patamar de 8% do Produto Interno Bruto (PIB).

O veto a esse artigo implicou supressão de um parâmetro objetivo de crescimento do financiamento do SUS e da garantia de não retrocesso orçamentário, retirando do texto legal uma tentativa explícita de assegurar previsibilidade, estabilidade e expansão do gasto público em Saúde. Como consequência, o sistema passou a operar, desde sua origem, sem um piso nacional de financiamento vinculado a indicadores macroeconômicos, o que contribuiu para a persistência de disputas orçamentárias e para a insuficiência estrutural de recursos ao longo de sua trajetória histórica.

A Lei nº 8.142/1990, por sua vez, complementa a Lei 8.080/1990 ao tratar da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios.

O financiamento tripartite do SUS passou a ser mais claramente delimitado com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu percentuais mínimos de aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Contudo, essa emenda somente foi regulamentada doze anos depois, por meio da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que definiu os critérios de cálculo, aplicação e fiscalização desses recursos.

Na sequência, a EC nº 86, de 17 de março de 2015, redefiniu a regra de aplicação mínima de recursos federais em ASPS, estabelecendo que, a partir do exercício de 2016, o montante mínimo a ser aplicado pela União deveria corresponder a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, vedada a aplicação de percentual inferior a esse patamar. A emenda também previu a atualização anual desses valores com base no crescimento do PIB, reforçando a vinculação do financiamento federal à dinâmica econômica do país.

Além de fixar o percentual mínimo de aplicação em saúde pela União, a EC nº 86/2015 instituiu a obrigatoriedade de execução das emendas parla-

mentares individuais, estabelecendo a destinação de 1,2% da Receita Corrente Líquida para esse fim. Determinou-se, ainda, que 50% desse montante fosse obrigatoriamente aplicado em SDPS, sendo expressamente vedada sua utilização para pagamento de despesas com pessoal ou encargos sociais.

Posteriormente, com a posse do novo governo federal sob a presidência de Michel Temer, o Congresso Nacional aprovou a EC nº 95, de dezembro de 2016, que instituiu o chamado "Novo Regime Fiscal", conhecido como "teto de gastos". Essa emenda estabeleceu o congelamento das despesas primárias da União por um período de vinte anos, limitando seu crescimento à variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Como consequência, a partir de 2018, as aplicações mínimas em ASPS passaram a ficar restritas ao valor mínimo aplicado no exercício anterior, corrigido apenas pela inflação. Isso levou ao impedimento da expansão real do gasto público em Saúde, independentemente do crescimento econômico ou das necessidades sanitárias da população.

O Quadro 1, a seguir, aponta os principais marcadores legais do financiamento do SUS desde os anos 2000 até a EC nº 95/2016.

Quadro 1 – Aplicação mínima em ASPS definida legalmente para cada ente no período de 2000 a 2018

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
Desde 2000	Desde 2000	De 2000 a 2015	A partir de 2016		2017		A partir de 2018
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015		EC 95/2016		EC 95/2016
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano	Base RCL	Ano	Base RCL	Base: gasto ano anterior
			2016	13,2%	2016	15,0%	Valor gasto no ano anterior + IPCA
			2017	13,7%	2017	15,0%	
			2018	14,1%	-	-	
			2019	14,5%	-	-	
			2020	15,0%	-	-	

Fonte: Conasems, 2021.

Dessa forma, o então denominado "novo regime fiscal" desconsiderou tanto as taxas de crescimento econômico quanto os processos de transição demográfica e epidemiológica da população, produzindo impactos significativos e adversos sobre as políticas sociais, em especial nas áreas de Saúde e Educação. Esses efeitos repercutiram negativamente na qualidade de vida da população ao longo de seu período de vigência (Mariano, 2017). A EC nº 95/2016 manteve-se efetivamente em vigor até dezembro de 2022, quando, após o processo eleitoral e no contexto da transição governamental, a equipe do governo eleito do presidente Luiz Inácio Lula da Silva apresentou ao Congresso Nacional uma proposta de EC conhecida como "PEC da Transição".

Essa iniciativa resultou na promulgação da EC nº 126, de 21 de dezembro de 2022, cuja finalidade central foi adequar o arcabouço fiscal brasileiro à

realidade econômica atual e às necessidades sociais do país, promovendo a transição entre o regime do teto de gastos e um regime fiscal mais sustentável, o qual foi posteriormente definido pela Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023.

Texto 2

FINANCIAMENTO MUNICIPAL DA SAÚDE: FUNDOS ESPECIAIS E O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Os recursos financeiros da saúde são geri-dos por meio dos Fundos de Saúde, que atuam como gestores financeiros dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito federal, essa função é exercida pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS); no nível estadual, pelos Fundos Estaduais de Saúde (FES); e, no âmbito municipal, pelos Fundos Municipais de Saúde (FMS).

O Fundo de Saúde (FS) constitui um mecanismo de gestão financeira dos recursos vinculados ou alocados às Secretarias de Saúde, destinado ao cum-

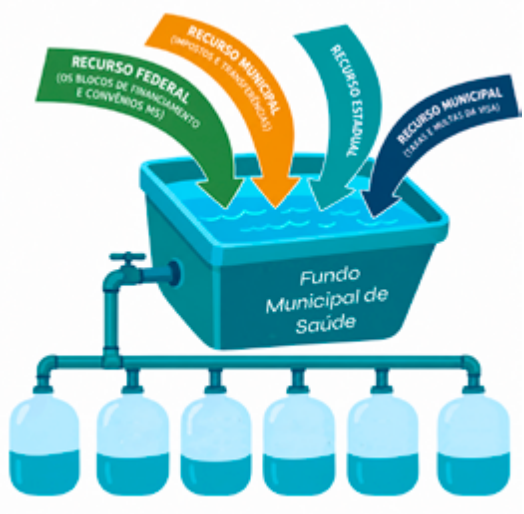
primento de programas, metas, projetos e atividades orçamentárias, conforme as diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde. Sua base legal encontra fundamento na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que estabelece normas gerais de Direito Financeiro, a qual, em seu artigo 71 define os Fundos Especiais como produto de receitas especificadas vinculadas, por lei, à realização de determinados objetivos ou serviços.

Nesse sentido, o FS é a unidade investida de competência para gerir recursos orçamentários e financeiros, sejam eles próprios, sejam descentralizados. Além disso, configura-se como um Fundo Especial, dotado de finalidade específica, assegurando a vinculação, a transparência e o controle da aplicação dos recursos destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, o FS configura-se como unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ASPS, com exceção daqueles repassados diretamente às unidades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Enquanto unidade orçamentária, o FS integra a administração direta e recebe dotações específicas consignadas na Lei Orçamentária, destinadas à execução de seus programas de trabalho, sobre as quais exerce poder de disposição. Assim, no âmbito municipal, o FMS detém autonomia para administrar seus recursos e executar as dotações que lhe são atribuídas, podendo ser compreendido, ainda, como uma forma de gestão não jurídica, cuja natureza é essencialmente financeira e contábil (Santos, 2012).

A gestão de todos os recursos e de todas as despesas da Saúde ocorre por intermédio do FMS, o que torna imprescindível o acompanhamento contínuo de suas operações pelo gestor máximo e pelo ordenador da despesa. Essa supervisão sistemática é fundamental para o planejamento adequado, bem como para o reordenamento da aplicação dos recursos, sempre que necessário, assegurando eficiência, legalidade e aderência às prioridades da política de saúde. A Figura 1, a seguir, ilustra esse processo.

Figura 1 – Fundo Municipal de Saúde



Fonte: Conasems, 2023, adaptado por Maria Eduarda Araujo.

Assim, para que a efetiva aplicação dos recursos aconteça, a gestão precisa conhecer detalhadamente a composição das suas fontes de recursos: i) valores provenientes dos repasses dos FS da União e do estado e ii) valores provenientes da receita municipal (Conasems, 2021).

Os Quadros 2 e 3, a seguir, apresentam a origem da receita utilizada para a base de cálculo para aplicação mínima legal, que financia as ASPS dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e define a formação da receita dos governos municipais.

Quadro 2 – Origem da receita para base de cálculo para aplicação em ASPS para estados e municípios

	ESTADOS/DISTRITO FEDERAL	MUNICÍPIOS
Mínimo Obrigatório	12%	15%
Total das receitas de impostos de arrecadação próprio	Impostos sem transmissão "causa mortis" e Doação - ITCMD Imposto de circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU; Imposto sobre a transmissão de bens imóveis - ITBI
(+) Receitas de transferências da União:	Fundo de Participação dos Estados – FPE Cota – parte IPI Exportação Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)	Fundo de Participação dos Municípios – FPM Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - ITR Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)
(+) Receitas de transferências do Estado		Quota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA Quota-Parte do Imposto sobre produtos industrializados - IPI – Exportação
	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF
(+) Outras Receitas Correntes:	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
	BASE DE CÁLCULO ESTADUAL	BASE CÁLCULO MUNICIPAL

Fonte: Brasil, 1988 apud Conasems, 2021.

Quadro 3 – Formação da receita dos governos municipais

Estágios da formação da receita disponível dos governos municipais		
1. Arrecadação própria	Recursos arrecadados pelo governo a partir das bases tributáveis sob sua competência	
(+) Tranferências devolutivas	Cotas-partes do ICMS, IPVA, IOF-Ouro e ITR e IRRF dos servidores municipais	Critérios de repartição entre os municípios vinculados principalmente às bases econômicas locais: · Origem do ato gerador - localidade em que foi licenciado o veículo (IPVA), produzido o ouro (IOF-Ouro), da propriedade rural (ITR) e em que houve retenção do imposto sobre a folha dos servidores públicos municipais (IRRF); · Predominantemente a origem da produção, mensurada pelo valor adicionado no município (ICMS, IPI-Exportação, Lei Kandir, FEX e repasses estaduais de royalties do petróleo); e · localização ou confrontação com áreas de exploração de recursos naturais
(+) Transferências compensatórias: desonerações das exportações	Cota-parte do IPI-Exportação, Lei Kandir e FEX	
(+) Transferências compensatórias: exploração de recursos naturais	Royalties e participações especiais do petróleo e gás natural e dos recursos hídricos e naturais	
2. Receita própria	Recursos que o governo recebe derivados das bases econômicas locais, independentemente da esfera de governo que efetuou a arrecadação	
(+) Transferências redistributivas: fundos de participação	Cotas-partes do FPM e FEP e AFM	Critérios de repartição sem vínculo com as bases econômicas locais, principalmente: . critério populacional com faixas que privilegiam os municípios de pequeno porte (FPM, FEP, AFM e Cide); e · predominantemente população ou número de beneficiários (alunos matriculados, número de atendimentos etc.) e/ou valor per capita definido nacionalmente (salário-educação, FUNDEB(EF), FNDE e pisos básicos do FNAS e FNS)
(+) Transferências redistributivas: vinculadas às políticas setoriais	Cotas-partes da Cide e do salário-educação, FUNDEB(EF) e transferências legais do FNDE, FNAS e FNS	
3. Receita disponível	Recursos que o governo recebe por exercer as competências tributárias locais e pela atuação do sistema legal de transferências	

Fonte: Conasems, 2021, adaptado por Maria Eduarda Araujo.

Nesse sentido, identificar as receitas correntes e entender suas regras de aplicação são os primeiros passos para a aplicação adequada e segura dos recursos. Assim, monitorar mensalmente os recursos provindos do FNS, considerados recursos vinculados, ou seja, que seguem as mesmas regras de aplicação, possibilita ao gestor a apropriação de suas receitas e o conhecimento quanto às regras de aplicação. Com o passar do tempo, isso trará segurança para aplicação dos recursos sem medo. Realizando o monitoramento mês a mês, garante-se o conhecimento das receitas ordinárias e de suas oscilações e daqueles recursos vinculados à indicadores ou ao cadastro das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Essa atividade constante possibilita também a identificação de receitas extraordinárias, que necessitam, muitas vezes, da busca das informações em Portarias, ou Resoluções que trazem as regras de aplicação e prestação de contas dos recursos. Além disso, as apoiadoras e os apoiadores do Cosems e a troca de informações com colegas dos demais municípios se tornam importantes ferramentas para o processo de acompanhamento desses recursos.



CURIOSIDADE!

Segundo a notícia do site Poder360 de 2021, a maior parte dos municípios brasileiros têm alta dependência das transferências de recursos da União e Estados, conforme a Figura 2, a seguir.

De acordo com essa fonte, para 2.698 cidades, 90% ou mais da receita corrente de 2020 veio de repasses da União, de estados ou de outras instituições públicas. Isso significa que, nesses municípios, a arrecadação própria de impostos como o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS) corresponde a menos de 10% do total da receita. Outras 1.642 cidades têm de 80% a 90% da receita oriunda de transferências de outros entes da federação.

Figura 2 — Percentual da receita municipal proveniente do governo federal.



Fonte: Mali, 2021.

Texto 3

REGRAS GERAIS PARA APLICAÇÃO E TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS

A Nota Técnica do Conasems, publicada em 18 de setembro de 2023, referente às regras gerais para o financiamento e as transferências dos recursos federais destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), sistematiza os principais dispositivos estabelecidos nas seguintes normativas infralegais: i) Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017; ii) Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020; iii) Portaria GM/MS nº 885, de 4 de maio de 2021; e iv) Portaria GM/MS nº 1.063 de 8 de agosto de 2023.

Entre essas normativas, destaca-se a Portaria GM/MS nº 1.063/2023, recente alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais aos demais entes federativos, destinados à execução das ASPS. Ressalta-se que, anteriormente, a Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, já havia promovido modificações relevantes na Portaria GM/MS nº 6/2017, ao redefinir critérios e modalidades de repasse dos recursos federais, conforme indica o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Principais mudanças ocorridas, segundo as publicações de Portarias Ministeriais acerca do financiamento e das transferências de recursos federais aos demais entes

PORTARIA	PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
Portaria nº 3992/2017 – Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017, para dispor sobre o financiamento transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de Saúde do Sistema Único de Saúde.	- Altera os blocos de financiamento fundo a fundo para apenas dois: Bloco de custeio das ASPS e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde; - Rendimentos das aplicações financeiras de que trata o § 4º serão aplicados na execução de ASPS relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento.
Portaria nº 828/2020 – Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde.	- Altera os blocos de financiamento fundo a fundo para: Bloco de Manutenção das ASPS e Bloco de Estruturação na Rede de Serviços Públicos de Saúde; Recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção destinar-se-ão à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ASPS, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, nos termos da classificação de serviço de terceiro. - Recursos financeiros referentes ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços de Saúde destinar-se-ão a obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes, obras de reforma de imóveis já existentes. - Vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Estruturação em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas. - As citações ao Bloco de Custeio das ASPS e ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, feitas nos atos normativos anteriores à data de publicação desta Portaria, devem ser interpretadas, como referências ao Bloco de Manutenção das ASPS e ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde

Portaria nº 1063/2023 – Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos.	- Os rendimentos das aplicações financeiras de que trata o § 4º serão: 1 - aplicados, na execução de ASPS relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, devendo ser identificados e incluídos na Tomada de Contas Anual apresentada ao Tribunal de Contas respectivo, bem como no Relatório Anual de Gestão - RAG; e II - considerados recursos federais, não podendo ser computados como contrapartida do respectivo ente federativo. - Os recursos federais vinculados aos fundos de Saúde estaduais, municipais ou do Distrito Federal mantidos nas instituições financeiras oficiais federais de que trata o art. 1.122 desta Portaria serão nelas executados, vedada a transferência para outras contas do ente federado. E a movimentação destas contas se dará exclusivamente de forma eletrônica. - Fica vedado o depósito de recursos de origem estadual, o recebimento de recursos federais na modalidade fundo a fundo. - Recursos federais da assistência financeira complementar destinada ao pagamento dos pisos salariais de que trata a Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022, serão transferidos para a conta-corrente específica, segregada da conta para transferência dos demais recursos do Bloco de Manutenção de ASPS.

Fonte: Elaborado pelos autores.

No que se refere aos recursos federais destinados à assistência financeira complementar para o pagamento do piso salarial dos profissionais de Enfermagem, a Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda editou a Portaria STN/MF nº 688, de 6 de julho de 2023, a qual estabelece orientações para a classificação orçamentária e contábil desses recursos por fonte ou destinação.

A norma determina que tal classificação produza efeitos a partir do exercício financeiro de 2023, assegurando identificação, controle e rastreabilidade das transferências realizadas pela União com a finalidade específica de complementar o custeio dos pisos salariais nacionais da Enfermagem, conforme o Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Fonte referente à assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pisos salariais para profissionais da Enfermagem

Fonte 605	Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pisos salariais para profissionais da enfermagem.	Controle dos recursos transferidos pela União, a título de assistência financeira complementar, para o cumprimento dos pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, conforme estabelecido pela CF/88, art. 198, §§12 a 15.

Fonte: Brasil, 2023.

Importa, ainda, mencionar três instrumentos:

- **Portaria GM/MS nº 885, de 4 de maio de 2021:** regulamenta o art. 23 do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, para dispor sobre os procedimentos de cobrança administrativa e de instauração de tomada de contas especial para recomposição ao erário de valores transferidos na

modalidade fundo a fundo, no âmbito do Ministério da Saúde. Regulamenta os casos de desvio de objeto, desvio de finalidade, dano ou prejuízo ao erário, recebimento irregular, e cobranças administrativas e instauração de tomada de contas especial pelo Tribunal de Contas.

- **Acórdão nº 847, de 28 de novembro de 2019 – TCU – Plenário:** recomendação do TCU para a alteração da nomenclatura dos blocos de financiamento definida nos incisos I e II do art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017, de forma a evitar que os termos "custeio" e "investimento" sejam confundidos com agregadores que tratam exclusivamente de categorias econômicas da receita e da despesa (correntes ou de capital).

- **Nota técnica conjunta nº 11/2018/CCONF-SUCON/FNS-MS - Assunto:** esclarecimentos sobre a operacionalização e contabilização dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Texto 4

OS RECURSOS DO FNS

Os recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, destinados ao financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), são organizados e repassados por meio dos seguintes blocos de financiamento:

- Bloco de manutenção das ASPS;
- Bloco de estruturação da rede de serviços públicos de Saúde.

Esses recursos são transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, para contas correntes específicas e exclusivas por bloco, assegurando maior controle, rastreabilidade e transparência na aplicação dos recursos.

Cada bloco é estruturado em Grupos de Identificação das Transferências, os quais se relacionam ao nível de atenção ou à finalidade da despesa em saúde, conforme orientação do Conasems (2023), abrangendo, entre outros, os seguintes eixos: i) Atenção Primária; ii) Atenção Especializada; iii) Assistência Farmacêutica; iv) Vigilância em Saúde e, v) Gestão do SUS.

Na sequência, faremos uma navegação orientada pelo site do FNS, com o objetivo de compreender como as informações relativas aos recursos financeiros estão organizadas e disponibilizadas ao público.

Para isso, siga o passo a passo indicado adiante:

1. Acesse a página inicial do Portal FNS, disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/.

2. Role a tela até chegar à página "Ambientes".

3. Na sequência, clique em "Consultas e repasses".

4. Você encontrará os seguintes hiperlinks:



5. Ao acessar o último, “Painéis de Informações do FNS”, você encontrará os dados do InvestSUS e todos os valores repassados para a Saúde.



O acompanhamento mensal dos repasses possibilita um planejamento mais eficiente da execução dos recursos, evitando que permaneçam “parados” em conta-corrente. Além disso, permite estimar a receita dos recursos vinculados, com base no histórico de recebimentos de exercícios anteriores, subsidiando a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do exercício subsequente.

Dessa forma, assegura-se a adequada vinculação orçamentária e a efetiva aplicação desses recursos no exercício seguinte, em conformidade com as finalidades legais estabelecidas e com as necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1º fev. 2026.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022**. Altera a Constituição Federal para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc126.htm. Acesso em: 1º fev. 2026.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, estabelecendo percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 1º fev. 2026.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.** Altera o art. 166 da Constituição Federal, tornando obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e redefinindo o piso federal da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 1º fev. 2026

.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, definindo os critérios de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 1º fev. 2026.

BRASIL**. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023.** Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 ago. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm. Acesso em: 1º fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 1º fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 1º fev. 2026.

BRASIL. **Mensagem de veto nº 680, de 19 de setembro de 1990.** Veto presidencial a dispositivos da Lei nº 8.080/1990, incluindo o

art. 51. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/anterior_98/Vep680-L8080-90.pdf. Acesso em: 1º fev. 2026.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS:** diálogos no cotidiano. 2. ed. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 23 mar. 2023.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Nota Técnica Conasems:** regras gerais para financiamento e transferências dos recursos federais para ações e serviços públicos em saúde. Brasília, DF, set. 2023. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/6155_nota-tecnica-sobre-as-regras-gerais-para-financiamento-e-transferencia-dos-recursos-federais-para-acoes-e-servicos-publicos--em-saude. Acesso em: 10 dez. 2023.

MALI, Tiago. Quase metade das cidades brasileiras dependem 90% ou mais de repasses. **Poder 360**, 18 out. 2021. Disponível em: https://www.poder360.com.br/economia/quase-metade-das--cidades-brasileiras-dependem-90-ou-mais-de-repasses/. Acesso em: 10 dez. 2023.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259–281, jan. 2017.

PIOLA, Sérgio Francisco. **Financiamento do Sistema Único de Saúde:** análise do impacto financeiro de propostas legislativas para aumentar os recursos federais alocados ao sistema. Texto para

Discussão, n. 2937. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2023. Disponível em: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/285059/1/TD2937.pdf. Acesso em: 1º fev. 2026.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. 3. ed. Campinas: Saberes Editora, 2012.

OFICINA 03

03

EMENDAS PARLAMENTARES FEDERAIS NO ORÇAMENTO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

OFICINA 3

Emendas parlamentares federais no orçamento das secretarias de saúde

Autores:
Karla Giovana Bavaresco Ulinski
Talita Maria Bengozi Gozi
Brígida Gimenez de Carvalho
Fernanda de Freitas Mendonça
João Felipe Marques da Silva

1° momento (30 min): Retomada da atividade da Oficina 2 e apresentação dos objetivos da Oficina 3

- Retomar as discussões suscitadas na atividade de dispersão proposta na Oficina 2;
- Apresentar os objetivos da Oficina 3, a saber: conhecer o marco regulatório que orienta as emendas parlamentares (EPs) no orçamento da saúde; apoiar o cadastramento de propostas de EPs, considerando o planejamento municipal e os instrumentos de gestão do SUS; apresentar o fluxo completo das EPs, desde a captação e execução até a prestação de contas dos

recursos; analisar as implicações das EPs no financiamento do SUS e debater perspectivas futuras dessa forma de alocação orçamentária.

2° momento (30 min): Discussão sobre a percepção dos participantes acerca das emendas parlamentares

- Propor as seguintes questões norteadoras:
• O que as EPs federais representam para o financiamento da saúde no seu município?
• Quais benefícios e desafios as emendas parlamentares trazem para a gestão da saúde municipal?
• Na sua experiência, como as emendas parlamentares se relacionam com o planejamento das ações e serviços de saúde?

3° momento (50 min): Leitura e discussão do Texto 1, "As emendas parlamentares no financiamento do SUS: aspectos históricos e conceituais"

- Solicitar leitura do Texto 1, individualmente ou em grupos;
- Após a leitura, propor a seguinte
questão norteadora:
• Que mudanças o orçamento impositivo trouxe para o financiamento do SUS? Busque abordar as implicações da mudança de um orçamento autorizativo para impositivo, os efeitos da maior participação parlamentar na alocação dos recursos e, se possível, as diferenças observadas entre o período anterior e posterior à EC n° 86/2015.

4° momento (50 min): Leitura do Texto 2, "As implicações das emendas parlamentares para o financiamento do SUS"

- Solicitar a leitura do Texto 1 em grupos e orientar que cada grupo eleja um relator para apresentar uma síntese da discussão sobre a seguinte questão norteadora:
• Como os municípios podem integrar as EPs ao planejamento do município?

Intervalo (15 min)

5° momento (40 min): Leitura e discussão do caso de Bela Esperança, que faz parte do Texto 2

- Problematizar se situações semelhantes ocorrem ou ocorreram nos respectivos municípios. Nos casos negativos, investigar como se dá o processo para que isso não ocorra.

6° momento (1h50 min): Leitura guiada do Texto 3, "Operacionalização das EPs no âmbito municipal: da captação à prestação de contas dos recursos" e acesso aos sistemas indicados, com tira-dúvidas

- Compreender o fluxo operacional das emendas parlamentares federais destinadas à saúde e desenvolver habilidades para acompanhamento da execução dos recursos.

7° momento (15 min): Orientação para a atividade de dispersão

- Como atividade de dispersão, os participantes deverão identificar as emendas pagas nos últimos 3 anos, observando os seguintes aspectos: Os valores recebidos anualmente - total, por área (Ex.: APS, MAC...) e per capita - e analisar: Os valores se mantiveram ou oscilaram? Qual o montante destinado por área, em cada ano? Existem saldos de emendas em conta ou foram totalmente executadas?

8° momento (20 min): Avaliação da Oficina

- A avaliação da oficina será realizada por meio de um momento de reflexão com os participantes, buscando identificar quais conteúdos e discussões contribuíram para sua prática profissional, bem como quais temas ou aspectos poderiam ser aprofundados ou incorporados em futuras atividades

Texto 1

AS EMENDAS PARLAMENTARES NO FINANCIAMENTO DO SUS: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

No âmbito dos entes federativos brasileiros – União, estados e municípios –, o processo orçamentário é o principal instrumento de planejamento governamental. Por meio dele, orienta-se a execução das políticas públicas, uma vez que prevê como os recursos serão arrecadados e utilizados ao longo do ano. Ele é composto do Plano Plurianual (PPA), que estabelece metas de médio prazo; da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que orienta a elaboração do orçamento anual; e do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), que detalha as receitas previstas e as despesas fixadas para o exercício seguinte. Dentre esses instrumentos, o PLOA tornou-se o de maior interesse para o Legislativo Federal, considerando sua relevância política ao conferir-lhe possibilidade de alocar recursos em áreas específicas.

No caso da União, o PLOA é elaborado pelo Poder Executivo e, em seguida, encaminhado ao Congresso Nacional, onde é analisado pela Comissão Mista

de Planos, Orçamento Público e Fiscalização (CMO), formada por trinta deputados federais e dez senadores. Durante a apreciação do PLOA pelo Congresso Nacional, deputados e senadores podem apresentar emendas parlamentares com o objetivo de incluir, alterar ou remanejar dotações orçamentárias, observados os limites estabelecidos pela Constituição Federal e pela legislação orçamentária.

Figura 1 – Fluxo simplificado das EPs federais



Fonte: Portal da Transparência, [2025].

As EPs foram instituídas pela Constituição Federal de 1988, no contexto de redemocratização, como um mecanismo para fortalecer a participação do Congresso Nacional na definição das prioridades orçamentárias. A criação desses instrumentos esteve associada à ideia de que os parlamentares, por sua proximidade com os municípios e suas bases eleitorais, teriam maior capacidade de identificar demandas regionais e locais do

que os órgãos centrais da administração federal. Assim, em tese, esse mecanismo seria uma forma de os parlamentares destinarem recursos a áreas estratégicas, como Saúde, Educação e Infraestrutura, aproximando a execução orçamentária das realidades territoriais.

Ao longo do tempo, as EPs passaram a ocupar papel estratégico na relação entre o Executivo e o Legislativo, configurando-se como importantes instrumentos de articulação política. Essa dinâmica associa-se ao modelo de organização política conhecido como "presidencialismo de coalizão", conceito formulado por Sérgio Abranches (1988) para descrever o funcionamento do sistema político brasileiro. Nesse arranjo, embora o presidente da República seja eleito diretamente e concentre amplas prerrogativas institucionais, a efetiva governabilidade depende da formação de alianças com um Parlamento caracterizado pela fragmentação partidária. Nesse contexto, as EPs influenciam tanto a distribuição de recursos públicos quanto a construção de consensos políticos necessários à condução da agenda governamental.

Assim, elas podem ser classificadas conforme a autoria e a forma de destinação dos recursos, sendo agrupadas, de modo geral, em:

- Emendas individuais: correspondem às indicações feitas por cada parlamentar. Destaca-se ainda a modalidade de transferência especial, conhecida como "emenda Pix", caracterizada pelo repasse direto de recursos aos entes federativos;
- Emendas de bancada: são propostas coletivas apresentadas pelas representações estaduais;

- Emendas de comissão: decorrem das deliberações das comissões temáticas do Congresso;
- Emendas de relator: resultam de ajustes realizados durante o processo de consolidação do orçamento.

Até 2014, as EPs eram caracterizadas pelo caráter autorizativo, o que significava que o governo federal podia decidir sobre sua execução conforme critérios de prioridade política e disponibilidade orçamentária. Esse modelo reforçava a centralidade do Poder Executivo na gestão do orçamento e tornava os parlamentares dependentes das decisões dos ministérios para a liberação dos recursos indicados. Como consequência, era frequente o não cumprimento das programações previstas, em razão dos contingenciamentos orçamentários, o que impactava diretamente os compromissos assumidos pelos parlamentares junto às respectivas bases eleitorais.

A partir da LDO de 2014, iniciou-se a obrigatoriedade de execução das EPs individuais, posteriormente consolidada pela Emenda Constitucional (EC) nº 86, de 17 de março de 2015. Essa norma tornou compulsória a execução de tais emendas e estabeleceu que, no mínimo, 50% de seus recursos fossem destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Nos anos seguintes, a impositividade foi estendida a outras modalidades de emendas, ampliando a participação do Poder Legislativo na definição da alocação dos recursos orçamentários.

Entre 2015 e 2025, observou-se crescimento expressivo da participação das EPs no orçamento federal da Saúde, passando de menos de 1% para aproxi-

madamente 11% do total dos recursos. Essa mudança produziu impactos relevantes sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), historicamente estruturado por transferências regulares e programáticas. Para apoiar a compreensão desse processo, o Quadro 1, a seguir, apresenta uma síntese das modalidades de EPs e de suas regras e principais características.

Quadro 1 — Tipos de EPs ao Orçamento da União

TIPO	SUBTIPO	QUEM PROPÕE	CARÁTER DE EXECUÇÃO (MARCO LEGAL)
Individuais	Com finalidade definida	Cada deputado(a) ou senador(a)	Impositivas (EC nº 86/2015 e EC nº 126/2022)
	Sem finalidade definida – Transferências Especiais (Ou Pix)	Cada deputado(a) ou senador(a)	Impositivas (EC nº 105/2019, com mudanças posteriores)
Coletivas	Bancada Estadual	Conjunto de parlamentares de um mesmo estado	Impositivas (EC nº 100/2019)
	Comissão	Comissões permanentes da Câmara, do Senado ou das Mesas Diretoras	Autorizativas
Relatoria	Relator-Geral (RP9)	Relator-Geral e relatores setoriais do Orçamento	Autorizativas

VINCULAÇÃO À SAÚDE	DESCRIÇÃO E OBSERVAÇÕES
Obrigatório destinar 50% para ASPS	Permitem a indicação de recursos para estados, municípios ou entidades. No início (EC nº 86/2015), correspondiam a 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) do exercício anterior, distribuídas igualmente entre os parlamentares. A partir da EC nº 126/2022, passaram a corresponder a 2% da RCL.
Não há vinculação obrigatória	Até o início de 2025, permitiam o repasse de recursos da União a estados e municípios sem destinação específica. Contudo, após questionamentos do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a transparência desses repasses, novas regras passaram a exigir a apresentação de plano de trabalho que comprove a finalidade e destinação dos valores.
Não há vinculação obrigatória	Representam o consenso das bancadas estaduais, buscando atender demandas regionais estratégicas. Cada bancada pode apresentar número limitado de emendas ao PLOA.
Obrigatório destinar 50% para ASPS, a partir da LC 210/2024	Direcionam recursos para áreas relacionadas ao tema da comissão (exemplo: Saúde, Educação). Sua execução depende de decisão do Executivo.
Não há vinculação obrigatória	Criadas para ajustes técnicos e legais no Orçamento. O uso ampliado dessas emendas (RP9), conhecido como “orçamento secreto”, foi considerado inconstitucional pelo STF em 2022. Desde 2024, estão sujeitas a regras mais rígidas de transparência e rastreabilidade.

Fonte: Elaborado pelos autores

Texto 2

AS IMPLICAÇÕES DAS EMENDAS PARLAMENTARES PARA O FINANCIAMENTO DO SUS

As Emendas Parlamentares (EPs), embora re-metam à possibilidade de os municípios agregarem recursos aos seus orçamentos, também impõem desafios para a gestão local do Sistema Único de Saúde (SUS). A chegada de recursos de forma pontual e não prevista no orçamento municipal pode gerar desequilíbrios, sobreposição de ações ou investimentos desalinhados às reais necessidades locais. Se por um lado podem ser percebidas como fonte adicional de financiamento, por outro trazem desafios ao planejamento e à equidade, uma vez que sua alocação é prerrogativa dos parlamentares – o que nem sempre coincide com as prioridades definidas de forma pactuada nas instâncias de gestão do SUS.

Estudos recentes apontam que a lógica de distribuição dos recursos federais por meio das EPs tem produzido efeitos relevantes ligados à organização do financiamento do SUS. Os achados apontaram que municípios de pequeno porte populacional tendem

a receber, proporcionalmente, volumes mais elevados de recursos por habitante quando comparados aos municípios mais populosos, especialmente para o custeio de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (Piola; Vieira, 2019 e Ulinski et al., 2024).

Essa situação, por si só, não configuraria necessariamente um problema, considerando que os pequenos municípios são comumente caracterizados pela fragilidade econômica. Contudo, ao desconsiderar os indicadores epidemiológicos e as necessidades de Saúde da população, essa modalidade de alocação dos recursos federais tem contribuído para o agravamento das assimetrias entre os entes municipais (Baião; Couto; Oliveira, 2020 e Vieira; Lima, 2023).

Outro aspecto crítico diz respeito à dificuldade de planejamento e programação da oferta de serviços, uma vez que os valores transferidos variam significativamente de um ano para outro, comprometendo a previsibilidade orçamentária (Silva et al., 2024). Por fim, essa dinâmica fragiliza o planejamento regional da atenção especializada, em um cenário marcado pela escassez de recursos e pela presença de extensos vazios assistenciais no território nacional (Vieira, 2025).

Diante desse cenário, o planejamento em Saúde assume papel estratégico como principal resposta a essas implicações. É por meio dele que os gestores conseguem articular as EPs às metas pactuadas nos instrumentos de gestão – como o Plano Municipal de Saúde (PMS) e a Programação Anual de Saúde (PAS) –, assegurando coerência técnica, sustentabilidade e

maior impacto nas políticas públicas. Planejar, portanto, não se limita a cumprir determinada exigência normativa, mas apresenta-se como condição essencial para qualificar a alocação das EPs, tendo em vista a consolidação dos princípios do SUS no território.

As EPs destinadas à área da Saúde podem ser alocadas tanto para a estruturação dos serviços (recursos para investimentos) quanto para manutenção deles (recursos para custeio), abrangendo diferentes subfunções, como Atenção Primária à Saúde (APS), Média e Alta Complexidade (MAC), Vigilância em Saúde, Suporte Profilático e Terapêutico, entre outras. O Quadro 1, a seguir, detalha os principais grupos de objetos passíveis de financiamento por EPs no ano de 2025, considerando os Grupos de Natureza da Despesa (GND) 3 – Outras Despesas Correntes (que correspondem às ações de manutenção/custeio) e 4 – Investimentos (que correspondem às ações para estruturação dos serviços).

Quadro 1 – Definição dos objetos financiáveis por EPs por GND

OBJETO	DEFINIÇÃO	GND
Construção	Execução de projeto para formação de novo estabelecimento de saúde.	4
Ampliação	Execução de projeto para ampliação da área de uma construção existente, mantendo-se as características.	4
Reforma	Execução de um projeto de manutenção ou substituição de materiais sem acréscimo de área.	3
Serviço	Conjunto de atividades contratadas ou executadas pela Administração Pública destinadas à implantação, à execução, ao apoio e ao fortalecimento das políticas públicas, incluindo ações de promoção, prevenção, assistência e capacitação de profissionais.	3
Material de consumo	Materiais que perdem identidade física ou têm duração inferior a dois anos.	3
Estudo e Pesquisa	Desenvolvimento e aprimoramento de conhecimentos e soluções científicas e tecnológicas para o fortalecimento do SUS.	3
Equipamento	Bens permanentes utilizados na assistência e no diagnóstico em saúde.	4
Material permanente	Materiais com durabilidade superior a dois anos.	4
Custeio temporário APS (PAP)	Incremento temporário para manutenção da APS.	3
Custeio temporário MAC	Incremento temporário para manutenção da Atenção Especializada.	3
Custeio ao Programa Agora Tem Especialistas	Tendo em vista induzir o financiamento do Programa Agora Tem Especialista, foi aberta essa modalidade de indicação.	3

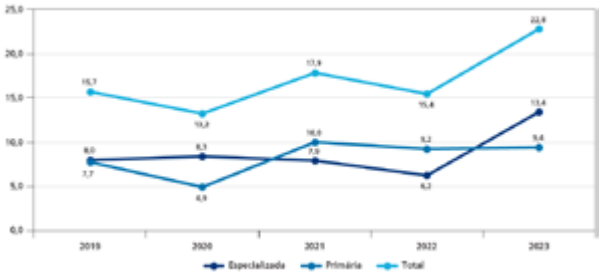
Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Brasil, 2025.

Na análise da trajetória das EPs, observa-se que determinadas subfunções podem receber maior ou menor volume de recursos, a depender das prioridades definidas pelo Ministério da Saúde. Desde 2015 até 2022, na modalidade transferência aos municípios, a área que mais recebeu transferências por EPs foi a APS, dada sua capilaridade, apresentando linha de repasse para a totalidade dos entes federativos.

Já a partir de 2023, os valores destinados a MAC sobressaíram-se, muito devido à indução do financiamento ao Programa Agora Tem Especialistas e aos repasses para as entidades privadas sem fins lucrativos.

O Gráfico 1, a seguir, ilustra a evolução da alocação por emendas à Atenção Especializada e à APS, no período de 2019 a 2023, ano em que houve a inversão no padrão de repasses na APS e AE. Os valores estão indicados em R$1 bilhão.

Gráfico 1 – Despesas em ASPS por EPs, para a atenção especializada e APS (2019-2023)



Fonte: Vieira, 2024.

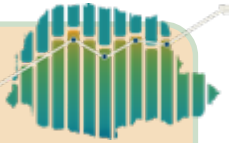
Além disso, há a indução do financiamento considerando o GND das EPS. Estudos na área indicam que, até 2015, predominavam as emendas classificadas na GND 4, destinadas a investimentos. Após esse período, as EPs alocadas na GND 3, de custeio, passaram a concentrar a maior parte das transferências, especialmente por meio das EPs de incremento aos pisos da Atenção Básica, depois denominada Atenção Primária (PAB/PAP) e da MAC, representando, em 2024, cerca de 90% do total das EPs destinadas ao SUS, conforme o Gráfico 2 (no qual os valores estão indicados em R$ 1 bilhão).

Essa dinâmica foi influenciada pela inflexão econômica ocorrida a partir da década de 2010, marcada pela adoção de políticas de austeridade fiscal e pela reorientação do papel do Estado na provisão de políticas sociais. Nesse contexto, as EPs passaram a cumprir, de forma crescente, a função de sustentar a capacidade instalada do SUS, em detrimento da expansão e da estruturação dos serviços de Saúde (Vieira, 2024).

Gráfico 2 – Despesas em ASPS por EPs segundo GNDs (2014-2024)



Fonte: Vieira, 2025.



O CASO BELA ESPERANÇA

Durante o período de indicação de EPs, Lúcia, técnica responsável pelo cadastramento de propostas no município de Bela Esperança, identificou no InvestSUS a indicação de uma EP no valor de R$ 250 mil, na modalidade “Aquisição de Equipamento e Material Permanente para Unidade Básica de Saúde”. Animada com a possibilidade de finalmente equipar as duas UBS em fase de conclusão, levou a notícia ao secretário de Saúde, Luís, que reagiu com preocupação.

— Nossa, Luís, achei que a notícia seria bem-vinda, dada a nossa dificuldade em equipar as duas UBS que estão finalizando as reformas — disse Lúcia.

— O problema, Lúcia, é que esse recurso não é para as UBS. Foi um acordo entre o deputado e o prefeito, para comprarmos um micro-ônibus. Ele até já mencionou quem gostaria que fosse o motorista... — Luís revelou.

— Um micro-ônibus? Nós não precisamos de um... No máximo, uma van. E ainda por cima o valor não cobre o custo total. Vamos precisar de contrapartida, e o orçamento já está apertado! — Lúcia rebateu, inconformada.

Luís explicou que, diante do parlamentar, não conseguiu se posicionar tecnicamente e que o prefeito determinou o cadastramento da proposta para atender ao pedido político. O episódio gerou tensões internas na equipe de gestão, abrindo espaço para uma reflexão importante: Como equilibrar as pressões políticas e o atendimento às necessidades reais da população?

Texto 3

OPERACIONALIZAÇÃO DAS EMENDAS PARLAMENTARES NO ÂMBITO MUNICIPAL: DA CAPTAÇÃO À PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS RECURSOS

Pode-se dizer que o ciclo das Emendas Parla-mentares (EPs), do ponto de vista da gestão municipal, compreende quatro grandes fases:

- Captação;
- Cadastramento;
- Execução;
- Prestação de contas.

Cada uma delas, que serão detalhadas na sequência, exige atenção aos prazos e às exigências legais, além de articulação entre os diferentes níveis de gestão do SUS.

1. Captação

Etapa inicial, em que há busca pelo recurso junto aos parlamentares. Nesse momento, é fundamental que o município tenha clareza sobre suas necessidades, com base em um diagnóstico situacional atualizado –

instrumento essencial para subsidiar o planejamento em Saúde e fundamentar as propostas apresentadas. Considerando as demandas locais, a gestão deve elaborar projetos compatíveis com o Plano Municipal de Saúde (PMS) e a Programação Anual de Saúde (PAS).

A mesma lógica deve ser aplicada aos recursos provenientes de indicações espontâneas dos parlamentares. Quando esse processo ocorre em um contexto de planejamento robusto, as demandas são atendidas de forma estruturada, fortalecendo a execução de prioridades. Em contrapartida, a ausência de planejamento tende a gerar decisões impulsivas, pulverizando recursos e resultando em uma gestão improvisada e imediatista.

Durante esse período, é essencial acompanhar o calendário do orçamento federal, os prazos de indicação das emendas e o cadastramento das propostas no InvestSUS. Propostas tecnicamente consistentes e alinhadas aos instrumentos de planejamento têm maior probabilidade de aprovação, melhor desempenho na execução e mais possibilidades de resultados sustentáveis para o sistema municipal de Saúde. O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza algumas ferramentas que podem auxiliar os gestores no processo de planejamento, sendo eles:

- Cartilhas de emendas parlamentares: publicadas anualmente no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), reúnem informações essenciais sobre programas prioritários do MS, trazendo orientações para a proposição e execu-

ção das emendas individuais de acordo com o regramento de cada exercício financeiro. A de 2025 está disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Cartilha-Ploa-2025-internet-7-1.pdf.

• Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (Renem): permite que os gestores pesquisem os itens que podem ser indicados nas propostas das EPs, por ambiente. Está disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/renem/.

• SomaSUS: ainda em desenvolvimento, será uma ferramenta para auxiliar gestores a planejar investimentos, trazendo informações como custos para a estruturação dos serviços de saúde. Pode ser consultada em: https://somasus.saude.gov.br/.

2. Cadastramento

Tendo o recurso sido indicado pelo parlamentar, o cadastramento das propostas ocorrerá no **Invest-SUS** (disponível em: https://autorizador.saude.gov.br/login), sistema oficial do MS para gestão de transferências e investimentos.

A partir de 2025, algumas alterações passaram a constar nesta etapa: é o caso da necessidade de preparar um **Plano de Trabalho** para cada EP cadastrada. De acordo com a Portaria GM/MS nº 6.904, de 28 de abril de 2025, esse documento deve conter:

- Descrição do objeto;
- Justificativa;
- Descrição das metas;
- Descrição da aplicação das despesas.

Para cada um deles, vale destacar a necessidade de justificativa.

3. Execução

Após a aprovação do Plano de Trabalho e o cumprimento dos requisitos formais pelo ente federativo, ocorre a transferência dos recursos financeiros na modalidade Fundo a Fundo (FAF), na qual o repasse é realizado diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Desse momento em diante, o município assume integralmente a responsabilidade pela execução do objeto, incluindo os processos de licitação, contratação, pagamento, acompanhamento e controle da despesa, conforme estabelece a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Embora o cadastro do Plano de Trabalho seja o maior guia para a execução do objeto da EP, cumpre destacar que a utilização dos recursos das EPs para despesas com pessoal e para transferências a terceiros está submetida a regras específicas, que variam conforme o tipo de emenda e a natureza do gasto. É, portanto, indispensável a observância das normas constitucionais e infralegais vigentes.

No que se refere às **emendas individuais**, os recursos oriundos delas não podem ser empregados para o pagamento de servidores do quadro permanente do município nem para o custeio de encargos sociais vinculados a esses vínculos. Essa restrição decorre da vedação constitucional ao uso desse tipo de emenda para despesas continuadas com pessoal, preservando o caráter pontual e específico desse instrumento de financiamento, conforme o artigo 166, inciso 10, da Constituição Federal de 1988.

Já no caso das **emendas coletivas**, admite-se, de forma excepcional e com cautela, a utilização dos recursos para o pagamento de pessoal ativo da saúde. Essa possibilidade foi ampliada por decisões recentes dos órgãos de controle – a Nota Conjunta nº 01/2025, do MS, do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – e por normativas do Congresso Nacional, desde que o ente federativo observe rigorosamente os limites de responsabilidade fiscal. Além disso, tal despesa deve estar prevista no Plano de Trabalho aprovado, não podendo configurar substituição permanente das fontes regulares de financiamento do sistema de saúde.

Independentemente da modalidade da emenda, é vedada a transferência de recursos para entidades privadas com fins lucrativos. Os valores devem ser aplicados exclusivamente em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), conforme o objeto pactuado, sendo proibido qualquer desvio de finalidade. Essas restrições buscam assegurar que os recursos públi-

cos mantenham sua natureza pública e contribuam diretamente para o fortalecimento do SUS, de acordo com os artigos 21 e 25 da Portaria GM/MS nº 6.904, de 28 de abril de 2025.

Entre as alterações ocorridas por determinação do STF, está a necessidade de abertura de uma conta específica para cada emenda paga. A situação de cada ente pode ser verificada on-line, inserindo as informações solicitadas por meio do link disponibilizado pelo FNS.

Ainda, nos casos em que a emenda tenha sido indicada para alguma obra – de construção, ampliação ou reforma –, o InvestSUS direcionará o usuário para o Sistema de Monitoramento de Obras do MS, o SISMOB, disponível em: https://sismob.saude.gov.br/sismob2/#.

Por fim, salienta-se a necessidade de que o gestor e sua equipe técnica mantenham-se atualizados. Periodicamente, dentro do ciclo orçamentário, o FNS divulga informações para apoiar a gestão dos recursos em sua página oficial, que pode ser acessada em: https://portalfns.saude.gov.br/.

4. Prestação de Contas

Concluída a execução, o ente beneficiário é responsável por comprovar a correta aplicação dos recursos. A prestação de contas deve ocorrer no Relatório Anual de Gestão (RAG), de forma que demonstre o cumprimento do objeto e a conformidade com o Plano de Trabalho previamente proposto. Além de uma exigência legal,

a prestação de contas é um instrumento de transparência, controle social e de fortalecimento da gestão pública, pois permite avaliar resultados, identificar gargalos e subsidiar novas propostas no ciclo seguinte.

Orienta-se, ainda, que qualquer alteração necessária do que foi previamente planejado e aprovado seja comunicada formalmente à equipe técnica de referência no MS. Recomenda-se também, é claro, a manutenção de um contato estreito junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Recomenda-se, portanto, que situações como utilização de saldos remanescentes, realocação de equipamentos ou outras relacionadas à utilização dos recursos de EPs só sejam efetuadas se houver ciência e, se possível, deliberação do CMS.

Na sequência, algumas sugestões de como apresentar a prestação de contas no RAG:

a) Recursos de custeio:

- Nº EP:
- Área da alocação do recurso: (Se APS, MAC...)
- Valor:
- Indicação (Nome do parlamentar):
- Data do depósito:
- Número da conta-corrente:

N° Empenho	Objeto	Valor
Saldo em 31/12/20xx		

b) Recursos de Investimento – Equipamentos e material permanente:

- N° EP:
- Área da alocação do recurso: (Se APS, MAC...)
- Valor:
- Indicação (Nome do parlamentar):
- Data do depósito:
- Número da conta-corrente:

Objeto	Empenho	Patrimônio	Valor
Saldo em 31/12/20xx			

c) Recursos de Investimento – Obras:

- N° EP:
- Objeto:
- Área da alocação do recurso: (Se APS, MAC...)
- Valor:
- Indicação (Nome do parlamentar):
- Data do depósito:
- Número da conta-corrente:

Medição	Data	% Execução	Empenho	Valor pago
1				
2				
3...				
Saldo em 31/12/20xx				

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Sérgio Henrique Hudson de. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Revista Dados**, v. 31, n. 1, p. 5-34, 1988.

BAIÃO, Alexandre Lima; COUTO, Cláudio Gonçalves; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 27, n. 71, p. 1-21, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Cartilha de Emendas Parlamentares PLOA** 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. 216 p.

GIACOMONI, James. **Orçamento governamental:** teoria, sistema, processo. São Paulo: Atlas, 2019.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde.** Texto para discussão, n. 2497. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil:** um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. Texto para Discussão, n. 3010. Brasília, DF: Ipea, 2024.

SILVA, André Schmidt et al. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, p. 1-12, jul. 2024.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; LIMA, Luciana Dias de. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 123, jan. 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde**. Brasília, DF: Ipea, out. 2024. 52 p. : il. (Texto para Discussão, n. 3048). DOI: http://dx.doi. org/10.38116/td3048-port

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Emendas parlamentares ao orçamento federal do Sistema Único de Saúde**: 2014-2024. 32 p. Rio de Janeiro: Ipea, 2025. (Relatório de Pesquisa).

ULINSKI, Karla Giovana Bavaresco et al. Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 40, n. 3, 2024.

OFICINA 04

04

CONTRATOS, LICITAÇÕES E ORÇAMENTO PÚBLICO

OFICINA 4

Contratos, Licitações e orçamento público

Autores:
Talita Maria Bengozi Gozi
Cláudia Elisa da Cunha Réa
João Felipe Marques da Silva
Brígida Gimenez de Carvalho
Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti

1° momento (30 min):
Retomada a atividade da Oficina 3 e apresentação dos objetivos da Oficina 4

- Retomar as discussões suscitadas na atividade de dispersão proposta na Oficina 3;
- Apresentar os objetivos da Oficina 4, a saber: discutir como as contratações públicas acontecem nos municípios e a participação dos técnicos da Saúde nesse processo; estimular a reflexão sobre o planejamento das contratações públicas e a necessidade territorial; entender como ocorre a definição do orçamento para as contratações; discutir as implicações da Lei nº 14.133/2021 (Lei de Licitações) e da Lei nº 15.210/2025.

2° momento (30 min):
Discussão com as equipes

- Realizar um *brainstorm* com os grupos, pautando-se nas seguintes questões norteadoras:
• Como estão organizados os processos licitatórios em sua secretaria/autarquia?
• Como são definidas as contratações públicas? Existe algum planejamento anual e como ocorre?
• Como é definido o orçamento para abertura das licitações? Há um planejamento prévio das contratações X orçamento?

3° momento (30 min):
Leitura do Texto 1, "Contrato ou contratualização?" e discussão em grupos

- Solicitar leitura do Texto 1;
- Após a leitura, propor as seguintes questões norteadoras:
• De que contrato estamos falando?
• Qual é a relação dele com a legislação do SUS?

4° momento (2 h): Aula expositiva dialogada

- Proporcionar aos participantes uma aula expositiva baseada na Lei nº 14.133/2021, a Lei de Licitações.

Intervalo (1 h 30 min)

5° momento (60 min): Leitura do Texto 2, "Planejamento das contratações"

- Solicitar leitura do Texto 2, individualmente ou em grupos;
- Após a leitura, propor as seguintes questões norteadoras:
• Como os municípios podem integrar as EPs ao planejamento em Saúde do município?
• As mudanças suscitadas pela nova Lei de Licitações impactaram de alguma forma o processo de trabalho da equipe gestora da secretaria de Saúde?
• Como está acontecendo a construção e a execução do Plano de Contratações Anual (PCA) em seu município?

6° momento (60 min): Roda de conversa sobre desafios nas contratações públicas

- Promover uma discussão guiada sobre o caso da APAC da licitação de insumos médico hospitalares de Santa Teresinha dos Contratos, de 2023;
- Definir orçamento para as contratações;
- Explicar o papel do fiscal de contrato;
- Expor os riscos para o gestor nas contratações públicas.

7° momento (15 min): Atividade de dispersão

- Propor a seguinte atividade prática:
• Identifique em seu município o PCA e avalie como está ocorrendo. Se não tiver PCA, identifique no orçamento como estão previstas as compras.

8° momento (15 min): Avaliação da Oficina

A avaliação das disciplinas foi realizada a partir do questionamento aos participantes sobre quais aspectos contribuíram para a sua prática e quais outros elementos poderiam ter sido explorados.

Texto 1

CONTRATO OU CONTRATUALIZAÇÃO?

Para iniciar o debate que confronta contrato ou **contratualização**, é necessário ter clareza sobre o que estamos comprando. É um item de consumo, um medicamento, um equipamento, um conjunto de procedimentos ou um serviço de saúde, como uma unidade hospitalar?

Serviço de saúde é o conjunto de ações e estabelecimentos que oferecem à população cuidados relacionados à medicina, à odontologia e à enfermagem: hospitais, clínicas e postos de saúde, por exemplo.

Compreender os marcos normativos que orientam a contratualização é essencial para que gestores municipais e regionais implementem corretamente esse processo. Dominar tais normas é fundamental, pois todo estabelecimento de saúde – público ou privado – deve formalizar contratos para a prestação de serviços. A contratualização, portanto, antecede a oferta do serviço e assegura tanto a regularidade jurídica quanto a qualidade assistencial envolvida nas relações entre gestores e prestadores.

Na Administração Pública, a aquisição de bens e serviços segue os princípios e regras da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, conhecida como a nova Lei de Licitações. Contudo, essa legislação não aborda de forma específica a contratação de serviços de saúde, o que torna necessário recorrer a normativas complementares que regem as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Em muitos casos, esses serviços não se enquadram nos modelos tradicionais de licitação, que privilegiam critérios como o menor preço, mas não consideram aspectos de continuidade assistencial, qualidade técnica ou necessidade territorial.

Diversas portarias do Ministério da Saúde definem diretrizes específicas para a contratualização de serviços no SUS, especialmente na área hospitalar, embora iniciativas semelhantes já existam em outros níveis de atenção, como na contratualização por leito ou por procedimento. Entre os principais, destacam-se:

Quadro 1 – Principais marcos da contratualização de serviços de saúde

Ano	Norma	Principais diretrizes
2004	Portaria nº 1.044/GM/MS – PNHPP	Contratualização de hospitais de pequeno porte e incentivo à cooperação intergovernamental.
2005	Portaria nº 1.721/GM/MS	Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos (IAC).
2010	Portaria nº 1.034/GM/MS	Complementação de serviços do SUS por instituições privadas sem fins lucrativos (revogada pela Lei nº 2.567/2016).

2013	Portarias nº 3.390 e 3.410/GM/MS	Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e suas diretrizes de contratualização.
2016	Portaria nº 2.567/GM/MS	Regulamenta o credenciamento de prestadores e o uso do Documento Descritivo.

Essas normas consolidam o caminho da contratualização como instrumento estratégico de gestão e fortalecimento da rede de atenção.

Compreender as normas que regem a contratualização é essencial para implementar corretamente o processo em âmbito municipal e regional.

Dominar esses instrumentos, por sua vez, garante segurança jurídica, eficiência administrativa e qualidade assistencial na relação entre gestores e prestadores.

Atualmente, a contratualização de serviços complementares à rede pública deve seguir simultaneamente as normas da Lei nº 14.133/2021 e as orientações da Portaria nº 2.567/2016, garantindo que todo o processo observe os princípios da legalidade, transparência e eficiência.

Para que o processo de contratualização no SUS seja efetivo, é indispensável que o gestor conheça profundamente o território sob sua responsabilidade. Esse entendimento permite identificar as necessidades reais de saúde da população e planejar a oferta de serviços de forma integrada e coerente com as políticas públicas.

O desempenho exitoso da gestão depende de um conjunto articulado de saberes e práticas, que envolvem planejamento, regulação, contratualização e avaliação das ações e serviços de saúde. A oferta de serviços é uma das funções centrais do gestor, pois traduz o papel essencial do ente público na organização da rede assistencial. É para essa função que convergem os instrumentos de planejamento, finan-

ciamento, coordenação e regulação, garantindo que as respostas do sistema correspondam às demandas concretas dos usuários (Souza, 2002).

Após analisar e compreender as características do território, o gestor deve direcionar esforços para implantar ações e serviços que respondam às necessidades identificadas, considerando os diferentes níveis de atenção. Nesse processo, a Atenção Básica ocupa papel estratégico: por estar mais próxima da população e ser a principal porta de entrada do sistema, é o nível de atenção com maior sensibilidade para captar as demandas locais e orientar a contratualização de serviços especializados – ambulatoriais e hospitalares.

Em termos operacionais, a contratualização deve partir da sequência lógica que conecta:



Essa lógica garante que o processo seja orientado pelas necessidades reais do território, e não apenas pela oferta disponível dos prestadores. No entanto, ainda é comum observar processos invertidos, nos quais a contratualização se baseia no que o prestador está disposto a ofertar – e não no que a população efetivamente precisa. Essa inversão fragiliza a gestão e pode gerar ineficiências e iniquidades.

Além da contratualização com prestadores externos, alguns municípios implementam processos internos, aplicados às próprias unidades de Saúde. Nesses casos, são definidos indicadores e metas específicas para monitorar os resultados e o acesso, funcionando como instrumentos de gestão do desempenho e da qualidade dentro da rede pública. Essa prática fortalece a cultura de avaliação e contribui para o aprimoramento contínuo da atenção prestada à população.

Em síntese, compreender o território é o ponto de partida para uma contratualização que seja, de fato, coerente, equitativa e alinhada ao planejamento ascendente do SUS. É na escuta ativa das demandas locais e na articulação entre os níveis de atenção que se constrói uma rede mais integrada, resolutiva e comprometida com as necessidades dos cidadãos.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a contratualização pode ocorrer em duas modalidades:

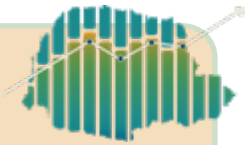
- Interna: quando envolve órgãos e entidades dentro da própria administração pública;
- Externa: quando o Estado firma acordos com instituições privadas.

Neste último caso, a administração pública pode recorrer à iniciativa privada para complementar a oferta de serviços, priorizando as entidades filantrópicas. É possível que isso ocorra sempre que a rede pública não for suficiente para garantir o atendimento à população. Essa participação suplementar dos prestadores privados deve ser formalizada por con-

trato ou convênio, em conformidade com as normas de direito público estabelecidas pelo artigo 24 da Lei nº 8.080/1990.

Ao tratar da contratualização no SUS, é essencial retomar o princípio da direção única, que assegura a cada ente federativo – União, estados e municípios – a autonomia na gestão de seu território, conforme suas competências.

Dentro dessa lógica, cabe ao gestor municipal realizar a contratualização dos serviços localizados em seu território. Contudo, nem todos os municípios têm gestão plena dos recursos destinados à Média e Alta Complexidade (MAC). Isso significa que alguns não recebem diretamente em seu fundo municipal a parcela federal destinada a esse financiamento. Nesses casos, quando os recursos municipais não forem suficientes, a responsabilidade pelo custeio dos serviços de MAC recai sobre o ente estadual.



E quem é o gestor do teto MAC?

Municípios com gestão plena do teto da MAC são aqueles que assumiram a responsabilidade pela gestão e serviços do SUS em seu território, incluindo os de MAC, o que antes era denominado gestão plena. Nessa situação, o município se torna responsável pela contratualização dos prestadores de sua área. Para estabelecer essa relação com prestadores

hospitalares, é necessário considerar a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que será abordada adiante, e os preceitos legais da Lei nº 14.133/2021.

Municípios sem gestão orçamentária do teto da MAC, por sua vez, são aqueles que não assumiram a gestão plena do sistema municipal de saúde, incluindo a gestão da MAC, a gestão dos estabelecimentos de seu território sob responsabilidade do Estado. Nesse caso, é o Estado que firma contratos com os prestadores hospitalares, considerando a PNHOSP e as normativas de licitação pública.

Para operacionalizar essa cooperação, utiliza-se o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP). Esse instrumento viabiliza a contratação quando uma unidade de saúde (hospital, ambulatório, centro especializado) está localizada em determinado município, mas é administrada por outro ente federativo.

Tal configuração, entretanto, gera situações em que um mesmo hospital é contratado simultaneamente por dois ou mais entes, prática que viola o princípio da direção única e resulta em contratos duplicados – ou seja, para o mesmo objeto, com fontes e regras de financiamento distintas.

Gestores municipais frequentemente justificam essa duplicidade pela insuficiência dos contratos estaduais já firmados. Contudo, tais arranjos acabam sendo executados à margem das normas do SUS e do direito administrativo. Para além disso, agravam as desigualdades na oferta e nos valores contratados.



Fonte: Adaptado de Conasems, 2024.

Para saber mais sobre regulação e contratualização no SUS, acesse o link disponível em: https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2023/03/Regulacao-e-Contratualizacao-no-SUS-atualizado-2023.pdf.

Texto 2

PLANEJAMENTO DAS CONTRATAÇÕES

O Plano de Contratações Anual (PCA) é o ins-trumento que consolida todas as contratações e/ou aquisições que a administração pública pretende realizar ou prorrogar para o próximo exercício (Brasil, 2021).

O PCA, que deve ser elaborado até a segunda quinzena de maio de cada exercício, nada mais é que o planejamento de todas as contratações vinculadas a prazos de execução e orçamento. E o planejamento é um princípio fundamental da administração pública, assim como descrito no Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.

Segundo a Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, o PCA tem por objetivo racionalizar as contratações e subsidiar o planejamento orçamentário:

> VII - a partir de documentos de formalização de demandas, os órgãos responsáveis pelo planejamento de cada ente federativo poderão, na forma de regulamento, elaborar plano de contratações anual, com o objetivo de racionalizar as contratações dos órgãos e entidades sob sua competência, garantir o alinhamento com o seu planejamento estratégico e subsidiar a elaboração das respectivas leis orçamentárias.

> § 1º O plano de contratações anual de que trata o inciso VII do **caput** deste artigo deverá ser divulgado e mantido à disposição do público em sítio eletrônico oficial e será observado pelo ente federativo na realização de licitações e na execução dos contratos (Brasil, 2021).

Já o Decreto nº 10.947, de 25 de janeiro de 2022, postula que:

> Regulamenta o inciso VII do **caput** do art. 12 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, para dispor sobre o plano de contratações anual e instituir o Sistema de Planejamento e Gerenciamento de Contratações no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Assim, segundo o artigo 5º desse Decreto, o PCA tem como objetivo:

> I - racionalizar as contratações das unidades administrativas de sua competência, por meio da promoção de contratações centralizadas e compartilhadas, a fim de obter economia de escala, padronização de produtos e serviços e redução de custos processuais;
> II - garantir o alinhamento com o planejamento estratégico, o plano diretor de logística sustentável e outros instrumentos de governança existentes;
> III - subsidiar a elaboração das leis orçamentárias;
> IV - evitar o fracionamento de despesas; e
> V - sinalizar intenções ao mercado fornecedor, de forma a aumentar o diálogo potencial com o mercado e incrementar a competitividade (Brasil, 2022).

Para elaboração do PCA o requisitante deverá preencher o documento de formalização de demanda com as seguintes informações, indicadas no artigo 8 do Decreto:

> I - justificativa da necessidade da contratação;
> II - descrição sucinta do objeto;
> III - quantidade a ser contratada, quando couber, considerada a expectativa de consumo anual;
> IV - estimativa preliminar do valor da contratação, por meio de procedimento simplificado, de acordo com as orientações da Secretaria de Gestão da Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia;
> V - indicação da data pretendida para a conclusão da contratação, a fim de não gerar prejuízos ou descontinuidade das atividades do órgão ou da entidade;
> VI - grau de prioridade da compra ou da contratação em baixo, médio ou alto, de acordo com a metodologia estabelecida pelo órgão ou pela entidade contratante;
> VII - indicação de vinculação ou dependência com o objeto de outro documento de formalização de demanda para a sua execução, com vistas a determinar a sequência em que as contratações serão realizadas; e
> VIII - nome da área requisitante ou técnica com a identificação do responsável (Brasil, 2022).

As informações geradas pelos documentos de formalização de demandas devem ser consolidadas pelo setor de contratações e incluídas no PCA, que tem de ser concluído até 30 de abril do ano de sua elaboração. Além disso, é imprescindível que seja aprovado pela

autoridade competente. O PCA atualizado e aprovado pela autoridade competente deverá ser publicado no Portal Nacional de Contratações Públicas.

Durante o ano de sua elaboração, o PCA poderá ser alterado por meio de inclusões, exclusões ou redimensionamento de itens no período de 15 de setembro a 15 de novembro e na quinzena posterior à publicação da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Já durante o ano de sua execução, o PCA poderá ser alterado, mediante justificativa aprovada pela autoridade competente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021**. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União: edição extra, Brasília, DF, n. 61-F, p. 2, 1 abr. 2021. Seção 1 extra.

BRASIL. **Lei nº 15.210, de 16 de setembro de 2025.** Altera a Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos), para estabelecer requisitos para a compra de equipamentos destinados a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 set. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, suplemento, Brasília, DF, p. 47, 27 fev. 1967.

BRASIL. **Decreto nº 10.947, de 25 de janeiro de 2022**. Regulamenta o inciso VII do caput do art. 12 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, para dispor sobre o plano de contratações anual e instituir o Sistema de Planejamento e Gerenciamento de Contratações no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 18, p. 1, 26 jan. 2022.

CARVALHO, Brígida Gimenez *et al*. **Curso Ser Gestor SUS**: 2025: fascículo 26: contratualização de serviços de saúde. 1. ed. Brasília, DF: CONASEMS, 2024. Livro eletrônico.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS:** a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.044, de 1º de junho de 2004.** Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.721, de 21 de setembro de 2005.** Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.567, de 25 de novembro de 2016.** Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

OFICINA 05

05

CONSTRUINDO ORÇAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

OFICINA 5

Construindo orçamento municipal de saúde

Autores:
Talita Maria Bengozi Gozi
João Felipe Marques da Silva
Brígida Gimenez de Carvalho
Jorge Luís Fortunato

1° momento (30 min):
Retomada da atividade da Oficina 4 e apresentação dos objetivos da Oficina 5

- Retomar as discussões suscitadas na atividade de dispersão proposta na Oficina 4;
- Apresentar os objetivos da Oficina 5, a saber: rever a legislação referente ao orçamento público; conhecer termos técnicos do orçamento; compreender a execução orçamentária; elaborar uma proposta de orçamento para a área da Saúde que seja aplicável ao município.

2° momento (30 min): Discussão com as equipes

- Propor as seguintes questões norteadoras:
• Como é construído o orçamento da Saúde?
• Como é a participação da equipe de Saúde nesse processo?
• Como são definidas as contratações públicas? Existe algum planejamento anual e, se sim, como ocorre?
• Como é definido o orçamento para abertura das licitações? Há um planejamento prévio das contratações × orçamento?

3° momento (60 min):
Leitura e discussão do Texto 1,
"Orçamento público"

- Propor leitura dialogada do Texto 1;
- Durante a leitura, propor as seguintes questões norteadoras:
• Qual conceito de orçamento público?
• Qual é a relação entre as categorias de despesa – custeio e capital, a categorização dada pela Portaria 448/12 entre material de custeio e material permanente e, os blocos de financiamento da Saúde – manutenção e estruturação?

4° momento (60 min):
Leitura e discussão do Texto 2, "Construindo orçamento municipal de Saúde"

- Propor leitura dialogada do Texto 2;

- Durante a leitura, propor as seguintes questões norteadoras:
• Quais atores devem participar da construção do orçamento da Saúde?
• Quais informações devem ser levantadas previamente à construção do orçamento?

Intervalo (tempo a definir conforme necessidade)

5° momento (90 min):
Discussão em pequenos grupos sobre os estudos de casos

- Discutir, em grupos, os estudos de casos;
- Sintetizar os principais pontos de cada caso e apresentá-los em plenária.

6° momento (1h e 15min):
Roda de conversa sobre desafios para construção do orçamento da Saúde

- Dividir-se em grupos de acordo com o município a que pertencem e discutir quais são as maiores fragilidades identificadas no orçamento;
- Propor mudanças para que o orçamento seja mais bem executado;
- Apresentar propostas que tentarão levar ao município, visando melhorar a execução orçamentária atual, frente ao que foi discutido nesta oficina.

7° momento (15 min): Avaliação da Oficina

A avaliação das disciplinas foi realizada a partir do questionamento aos participantes sobre quais aspectos contribuíram para a sua prática e quais outros elementos poderiam ter sido explorados.

Texto 1

ORÇAMENTO PÚBLICO

O orçamento público é constituído pela previsão de todas as receitas e de toda a aplicação (despesa), de acordo com as ações e programas. Toda despesa – ou seja, todo gasto com alguma atividade – deve estar previsto no orçamento anual da administração pública. Não se pode "gastar" o dinheiro público, executar uma despesa se ela não estiver prevista/fixada no orçamento (Brasil, 1964).

É importante relembrar os três instrumentos orçamentários, definidos na Constituição Federal de 1988, que são considerados ordenadores do planejamento na gestão pública: **o Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei do Orçamento Anual (LOA),** de acordo com os artigos 165 a 169, acrescida ainda a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio 2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). A Figura 1, a seguir, demonstra a relação entre os três instrumentos orçamentários e a periodicidade de sua elaboração.

Figura 1 – Ciclo do planejamento orçamentário



Fonte: Elaborado pelos autores.

A Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Em seu artigo 2º, traz:

> **Art. 2º A Lei do Orçamento conterá a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica-financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade.**

A Lei do Orçamento deverá ser acompanhada de quadros demonstrativos da receita e de planos de aplicação dos fundos especiais; quadros demonstrativos da despesa e quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do Governo, em termos de realização de obras e prestação de serviço (art. 2°, § 2° da Lei n° 4.320/1964).

§ 1° Integrarão a Lei de Orçamento:
I - Sumário geral da receita por fontes e da despesa por funções do Governo;
II - Quadro demonstrativo da Receita e Despesa segundo as Categorias Econômicas, na forma do Anexo n° 1;
III - Quadro discriminativo da receita por fontes e respectiva legislação;
IV - Quadro das dotações por órgãos do Governo e da Administração (Brasil, 1964).

Essa mesma legislação ainda prevê que os créditos adicionais, que são autorizações de despesas não computadas ou insuficientemente dotadas na Lei de Orçamento, podem ser classificados em:

- **Suplementares:** destinados à reforço de dotação orçamentária;

- **Especiais:** destinados às despesas às quais não haja dotação orçamentária específica relacionada;

- **Extraordinários:** destinados às despesas urgentes e imprevistas, em caso de guerra, comoção interna ou calamidade pública.

Os créditos suplementares e especiais deverão ser autorizados por lei e abertos por decreto do Executivo. Já os extraordinários serão abertos somente por decreto do Executivo.

São considerados créditos suplementares e especiais:

- Os decorrentes de superávit financeiro apurado no balanço do exercício anterior;
- Os provenientes de excesso de arrecadação;
- Os resultantes de anulação parcial ou total de dotações orçamentárias ou de créditos adicionais, autorizados em Lei.

EXCESSO DE ARRECADAÇÃO é o saldo positivo das diferenças acumuladas mês a mês, entre a arrecadação prevista e a realizada, considerando-se, ainda, a tendência do exercício (art. 41, § 3º da Lei nº 4.320/1964).

SUPERÁVIT FINANCEIRO é a diferença positiva entre o ativo financeiro e o passivo financeiro, conjugando-se, ainda, os saldos dos créditos adicionais transferidos e as operações de crédito a eles vinculadas (art. 41, § 2º da Lei nº 4.320/1964).

No que se refere à **receita** (Figura 2), a legislação afirma:

> Art. 9º Tributo é a receita derivada instituída pelas entidades de direito público, compreendendo os impostos, as taxas e contribuições nos termos da Constituição e das leis vigentes em matéria financeira, destinando-se o seu produto ao custeio de atividades gerais ou específicas exercidas por essas entidades (Brasil, 1964).

Figura 2 – Receita municipal

Arrecadação Própria	Transferências devolutivas	Transferências compensatórias	Transferências redistributivas (constitucionais)	Transferências redistributivas (setoriais)
IPTU	Cota-parte do ICMS	Desoneração das exportações	FPE	FNDE
ISS	Cota-parte do IPVA	Exploração dos recursos naturais	FPM	FUNDEB (EF)
ITBI	IRRF dos servidores municipais			FNS
Contribuições previdenciárias, taxas e outras contribuições				OUTROS

Fonte: Lima, 2022, adaptado por Maria Eduarda Araujo.

Geralmente, os recursos transferidos fundo a fundo (receita de transferências redistributivas setoriais) são também chamados de **recursos vinculados**. Já os que são aplicados na Saúde recebem o nome de **recursos próprios,** sendo muitas vezes erroneamente chamados de **recursos livres**.

É importante distingui-los. Os recursos próprios correspondem a toda receita proveniente de impostos: municipais, transferências constitucionais, devolutivas, compensatórias ou redistributivas. Desta forma, para serem assim considerados, devem decorrer do esforço próprio de órgãos e entidades da administração pública (Brasil, 2024). Já os recursos ordinários ou livres não estão vinculados a nenhum órgão ou programação e, na verdade, estão disponíveis para livre aplicação.

A mesma legislação (Brasil, 1964) pontua, ainda, que a despesa será classificada nas seguintes categorias econômicas: correntes e de capital. Quanto às correntes, subdividem-se em:

- **Despesas de custeio:** dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis. Contemplam:
  - — Pessoa civil;
  - — Pessoal militar;
  - — Material de consumo;
  - — Serviços de terceiros;
  - — Encargos diversos.

- **Transferências correntes:** dotações para despesas às quais não corresponda contraprestação direta em bens ou serviços, inclusive subvenções para manutenção de outras entidades de direito público ou privado. Contemplam:
  - — Subvenções sociais;
  - — Subvenções econômicas;
  - — Inativos;
  - — Pensionistas;
  - — Salário família e abono familiar;
  - — Juros da dívida pública;
  - — Contribuições de previdência social;
  - — Diversas transferências correntes.

As despesas de capital, por sua vez, se organizam em:

- I**nvestimentos:** dotações para o planejamento e a execução de obras, inclusive as destinadas à aquisição de imóveis, equipamentos e material permanente.

- **Inversões financeiras:** destinadas a aquisição de imóveis; participação em constituição ou aumento de capital de empresas ou entidades comerciais ou financeiras; aquisição de títulos representativos de capital de empresa em funcionamento; constituição de fundos rotativos; concessão de empréstimos e diversas inversões financeiras.

- **Transferências de capital:** são as dotações para investimentos ou inversões financeiras que outras pessoas de direito público ou privado devam realizar, independentemente de contraprestação direta em bens ou serviços, constituindo essas transferências auxílios ou contribuições, segundo derivem diretamente da Lei de Orçamento ou de lei especial anterior, bem como as dotações para amortização da dívida pública. Ou seja, são aquelas destinadas a amortização da dívida pública; auxílios para obras públicas; auxílios para equipamentos e instalações; auxílios para inversões financeiras e outras contribuições.

Uma vez que os **materiais de consumo** aparecem como despesas **correntes** (de custeio) e os **materiais permanentes**, como despesas de **capital** (investimentos), é relevante diferenciá-los, de acordo com a

Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002. Para efeito dela, entende-se como material de consumo e material permanente:

> I - Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;
> II - Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos (Brasil, 2002).

Em relação à discriminação da despesa, a Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, estabelece os conceitos de função e subfunção, a saber:

- **Função:** maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.

- **Subfunção:** partição da função, objetivando agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.

Essa portaria também estabelece o detalhamento das subfunções por área. Na Saúde, a codificação das subfunções está detalhada no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Codificação da despesa por função e subfunção

FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO
10 - SAÚDE	301 – ATENÇÃO BÁSICA
	302 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
	303 – SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO
	304 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA
	305 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
	306 – ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Fonte: Brasil, 1999.

Para efeito do orçamento (Figura 3), existe ainda a necessidade da classificação programática, distinguindo:

> I - Programa, o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual;
>
> II - Atividade, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação de governo;
>
> III - Projeto, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou aperfeiçoamento da ação de governo (Brasil, 1999).

Figura 3 – Classificação orçamentária



Fonte: Brasil, 1964, adaptado po Maria Eduarda Araujo.

Informações importantes na execução orçamentária

• **Fonte:** a classificação por fontes ou destinações de recursos objetiva agrupar receitas que tenham as mesmas normas de aplicação na despesa. A fonte é instrumento de gestão da receita e da despesa, pois tem como objetivo assegurar que determinadas receitas financiem determinadas despesas em conformidade com as leis que regem o tema;

• **Empenho de despesa:** ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição;

• **Liquidação da despesa:** consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito;

• **É vedada a realização de despesa sem prévio empenho;**

• **É vedado aos municípios empenhar, no último mês do mandato do Prefeito, mais do que o duodécimo da despesa prevista no orçamento vigente;**

• O **regime de adiantamento** é aplicável aos casos de despesas expressamente definidos em lei e consiste na entrega de numerário a servidor, sempre precedida de empenho na dotação própria para o fim de realizar despesas, que não possam se subordinar ao processo normal de aplicação.

Texto 2

CONSTRUINDO ORÇAMENTO PÚBLICO DE SAÚDE

Um orçamento municipal da Saúde é realizado em conjunto com os departamentos de Contabilidade, Orçamento, Controle Interno e Saúde propriamente dita. Somam-se a esse grupo o gestor municipal e o secretário de Saúde (ou que responde pela função).

Para construí-lo, primeiramente se faz necessário conhecer todas as receitas de transferências regulares, chamadas de "fundo a fundo", e a provável arrecadação do ano subsequente. Também é preciso se familiarizar com a estrutura da Lei Orçamentária Anual (LOA) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) – que vai nortear a construção do orçamento e realizar o levantamento de todas as despesas do ano anterior e possíveis novas despesas, como ampliação de contratações e realização de obras.

É importante fazer levantamento das despesas que aconteceram no ano anterior, principalmente as fixas (de custeio), para projetar, reduzir ou ampliá-las para o ano subsequente. Se há intenção de criar programas, ampliar contratação de profissionais, realizar mutirões que necessitem de compra de serviços, também é necessário prever esses custos.

Nesse sentido, é fundamental que o orçamento seja realizado também com base no Plano Purianual (PPA), Plano Municipal de Saúde (PMS) e Plano de Compras Anual (PCA), para que não frustre o planejamento construído a médio prazo e alcance as metas estabelecidas nestes instrumentos.

ESTUDOS DE CASO

CASO 1

Iniciou-se o ano. Várias solicitações de empenho chegaram para classificação. Constatou-se que há saldo nas fontes de recurso do ano anterior. Como utilizá-lo?

É preciso verificar, nas portarias e resoluções correspondentes, características, subfunção e demais aspectos que definem o repasse do recurso.

Após essa análise, deve-se solicitar ao Departamento de Planejamento Orçamentário a abertura de superávit financeiro para utilização do recurso na Lei Orçamentária Anual (LOA) vigente, indicando o projeto/a atividade, o elemento de despesa e a fonte de recurso.

A operação de abertura de superávit é realizada por meio de decreto municipal, não havendo necessidade de legislação específica, conforme disposto na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.

CASO 2

A tesouraria informou que ocorreu entrada de um crédito na conta bancária vinculada à fonte 494.1, mas que não corresponde às receitas previstas na LOA. Foi identificado, no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e portaria que a receita é uma emenda parlamentar de custeio para atenção primária. O que fazer?

Informar à Tesouraria e à Contabilidade sobre a entrada do recurso financeiro, encaminhando as informações necessárias para a criação do código de receita, da fonte de recurso e, quando aplicável, do convênio.

Após essas providências, solicitar ao Departamento de Planejamento Orçamentário a abertura de excesso de arrecadação na LOA vigente, por meio de decreto municipal, indicando no que o recurso será executado (projeto/atividade e elemento de despesa), conforme o plano de trabalho aprovado no InvestSUS.

CASO 3

Chegou um pedido de solicitação de empenho no valor de R$ 100.000,00 de contrato de prestação de serviço. Ao consultar a LOA, verificou-se a existência de saldos disponíveis nas fontes de recurso vinculados ao projeto atividade e elemento de despesa no valor de R$ 50.000,00. O que fazer? É possível realizar o empenho?

Não. Diante da indisponibilidade de dotação orçamentária suficiente, é necessário complementar o orçamento por meio de suplementação orçamentária.

Primeiro, deve-se verificar a disponibilidade de saldo na LOA, observando o planejamento e os instrumentos de gestão que preveem as despesas para o exercício vigente (LOA, PCA e PPA), a fonte de recurso e suas características.

Identificada a dotação a ser utilizada, solicitar ao setor responsável pelo Planejamento Orçamentário que, por decreto municipal, realize o cancelamento de dotações orçamentárias de projetos/atividades e elementos de despesa que não serão executados, e proceda à suplementação no projeto/atividade e elemento de despesa necessários ao empenho.

O cancelamento demonstra que a despesa originalmente prevista na LOA não se realizará. Caso, posteriormente, a dotação seja suplementada novamente no mesmo projeto/atividade, elemento de despesa e fonte de recurso em que houve o cancelamento, essa operação será contabilizada para o índice de cancelamento da LOA.

CASO 4

Verificando o relatório da conta bancária de recursos de manutenção federal, consta um saldo de R$ 20.000,00. Não se sabe quando houve a entrada da receita na conta bancária. Como descobrir a origem do recurso?

É preciso buscar informações nos canais oficiais do Ministério da Saúde, especialmente:

- Portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS), acessível em: https://portalfns.saude.gov.br/consultas/, nas opções “Consulta Detalhada de Pagamento” ou “Consulta de Pagamento Consolidado”;

- Sistema InvestSUS;

- Portarias publicadas no Diário Oficial da União.

Na sequência, relacionar a data da entrada do recurso, os valores e a conta bancária com os registros de transferências realizadas pelo FNS ao Fundo Municipal.

Caso não seja possível identificar a origem do recurso, solicitar auxílio do apoiador do Cosems.

CASO 5

É necessário empenhar a compra de um equipamento no valor de R$ 10.000,00 para uma UBS. Há orçamento disponível de investimento no projeto atividade, da origem do referido equipamento. Verificando as demais fontes, foi identificado que a fonte 395, emenda parlamentar da AB, tem saldo. Mas, por se tratar de um recurso de custeio, é possível utilizar para empenhar o equipamento? O que é possível fazer?

Não é possível utilizar recurso de custeio para empenhar um bem permanente (investimento).

Diante da disponibilidade de saldo orçamentário de custeio, é possível reorganizar o orçamento existente, observando as solicitações de compras ou serviços já empenhados com fonte livre do município (geralmente fonte 303 – Recursos Próprios) vinculadas à subfunção 301 – Atenção Básica, com a mesma finalidade da destinação das emendas que ainda não foram executadas.

Identificados esses empenhos, verifica-se a possibilidade de substituição de fonte de recurso, realizando:

- **Cancelamento** do empenho na fonte livre;

- **Reempenho** na fonte vinculada (emenda).

Assim, libera-se saldo orçamentário na **fonte livre municipal**, que poderá ser utilizado para o empenho da despesa de capital (equipamento).

Para utilização desse saldo, é necessário realizar **cancelamento e suplementação orçamentária,** conforme descrito no **Caso 3.**

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.** Dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, suplemento, Brasília, DF, p. 47, 27 fev. 1967.

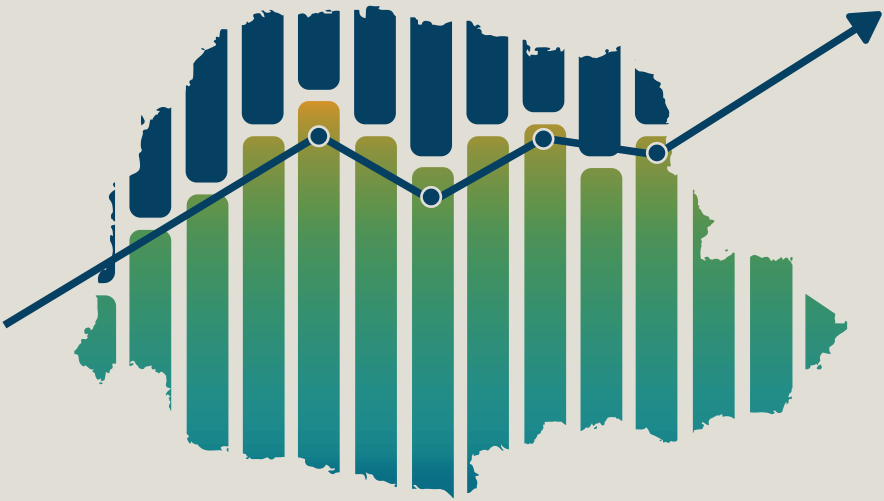
BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002**. Divulga o detalhamento das naturezas de despesas 339030, 339036, 339039 e 449052. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 set. 2002. Disponível em: https://legislacaofinanceira.fazenda.sp.gov.br/Federal/Portaria%20STN%20448-02.pdf. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 107 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_financas_publicas_conselheiros_conselheiras_saude.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999.** Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Disponível em: https://transparencia.pb.gov.br/orcamento/normas-orcamentarias/portarias/portaria-no-42-de-14-de-abril-de-1999/view. Acesso em: 5 nov. 2025.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional (STN). **Manual Técnico de Orçamento** – MTO 2025. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2024. Disponível em: https://www1.siop.planejamento.gov.br/mto/lib/exe/fetch.php/mto2025:mto2025.pdf. Acesso em: 5 nov. 2025.

LIMA, Luciana Dias; SILVA, André Schimidt. Federalismo, relações intergovernamentais e política de saúde no Brasil. **Apresentação Sessão 12:** Federalismo fiscal e implicações para o financiamento das políticas públicas e do SUS. 2022.



Considerações finais

Considerações Finais

A proposta de adotar as oficinas de Educação Permanente em Saúde (EPS) da tese de doutorada sobre gestão orçamentária da saúde, de revisá-las, de propor novos conteúdos e transformá-las neste Ebook partiu do desejo de contribuir com a educação das equipes gestoras da saúde que desenvolvem em seus municípios o planejamento e a execução orçamentário-financeiro.

O ineditismo do Ebook está em ser relacionado à gestão orçamentária municipal, pois pouco se tem organizado neste tema como modalidade de EPS.

A primeira aplicação das oficinas durante a pesquisa-ação da tese trouxe argumentos que sustentam o esforço de publicar o Ebook. As avaliações das oficinas foram positivas e demonstraram ser possível sua replicação e ampliação para mais municípios, proporcionando aprendizado significativo e mudança no processo de trabalho das equipes gestoras.

Também houve reconhecimento que é preciso de forma constante a apropriação dos conhecimentos relacionados ao financiamento e da gestão orçamentária, afinal, a saúde detém um dos orçamentos mais robustos da administração pública e requer a real atenção e responsabilidade que a execução dos recursos públicos merece.

Os gestores municipais de saúde, por ocuparem um cargo político, muitas vezes não possuem formação na área técnica e desconhecem as políticas públicas de saúde. Assim, formar estes gestores quando assumem o cargo e ter e manter nos municípios equipes que façam a gestão financeira e orçamentária dentro das responsabilidades estabelecidas e com efetividade nos gastos pode proporcionar maior qualidade do sistema público de saúde oferecido aos munícipes.

Os municípios brasileiros são muito heterogêneos e desiguais entre si, o que dificulta que as mesmas regras sejam impostas e seguidas por todos. Os municípios de pequeno porte (MPP) de modo especial, pelo baixo poder de arrecadação e pelas pequenas equipes de gestão, muitas vezes não conseguem acompanhar e executar todo regramento imposto pela organização administrativa pública exigida. Em MPP a aplicação deste Ebook poderá trazer potencialidades nos processos financeiros e orçamentários.

Muitos municípios têm executado até o dobro em recursos próprios na saúde, muitas vezes justificado por não conseguirem executar recursos de transferências intergovernamentais, pela insegurança frente às regras de aplicação.

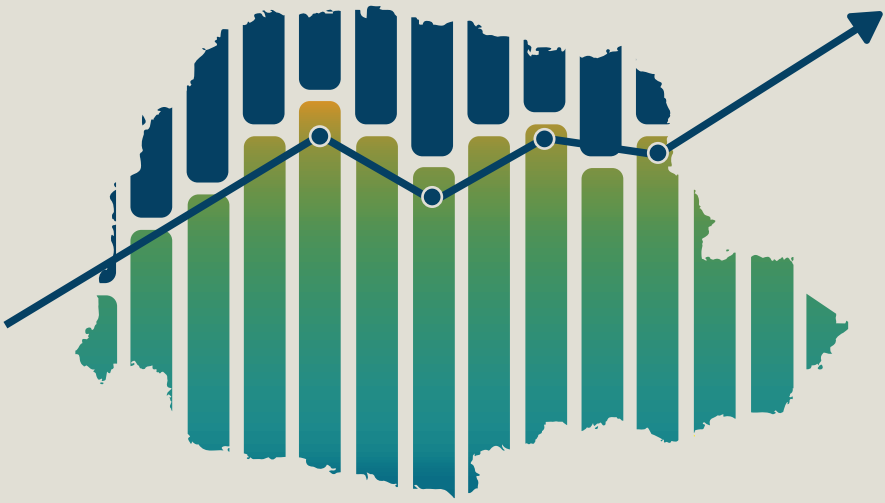
Nesse sentido, a gestão orçamentária, por mais complexa que seja, por meio de processos de EPS pode permitir que as equipes gestoras se apropriarem, com segurança para gerirem seus próprios recursos e orçamento, e assim, minimizar os medos pela responsabilização da aplicação inadequada dos

recursos. Otimizando a aplicação dos recursos com objetivo de melhorar a atenção e assistência prestada aos usuários do SUS.

As oficinas deste Ebook podem também ser ofertadas para as equipes de contabilidade e financiamento das prefeituras para que se alcance maior integração entre as equipes e consequentemente maior qualidade na execução dos recursos.

Enfim, este Ebook é uma proposta de conteúdo e método para a qualificação da gestão em saúde, mas que demandará atualizações conforme houver alterações na legislação e normas que regem o financiamento e orçamento na saúde.

O entusiasmo e esforço dos organizadores para publicar e disponibilizar este Ebook está alicerçado no desejo de contribuir com o nosso SUS, um patrimônio de todos os brasileiros.



AUTORES



João Felipe Marques da Silva

Autor

Doutor e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina. Docente da Faculdade de Tecnologia do Vale do Ivaí (FATEC PR) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL. Assessor técnico do COSEMS-PR.



Fernanda de Freitas Mendonça

Autora

Pós-doutora em Saúde Pública pela Fiocruz, docente associada no departamento de saúde coletiva e docente permanente do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina, líder do grupo de pesquisa GestSus.



Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti

Autora

Enfermeira e Sanitarista, especialista em Regulação em Saúde no SUS/FSL, Mestre e doutoranda de Saúde Coletiva/UEL. Docente de Saúde Coletiva/Unicesumar; Assessora Técnica Rede Conasems Cosems/BP; Consultora Nacional IFF/FIOCRUZ



Karla Giovana Bavaresco Ulinski

Autora

Cirurgiã-dentista, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Mestre em Odontologia Preventiva e Restauradora e especialista em Saúde da Família. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia (PR), com trajetória na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e atuação em planejamento e gestão em saúde.



Talita M. Bengozi Gozi

Autora e organizadora

Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialização em Preceptoria do SUS pelo Sírio Libanês e Ministério da Saúde. Mestre em Enfermagem pela UEL. Residência em Enfermagem Neonatal pela UEL. Docente da Universidade Filadélfia Londrina (Unifil). Servidora da Prefeitura Municipal de Saúde de Cambé (PR). Membro do grupo de pesquisa GestSus do programa de pós graduação em Saúde Coletiva da UEL.



Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade

Autora

Sanitarista
Mestre e Doutora em Saúde Coletiva
Docente no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina



Sônia Cristina Stefano Nicoletto

Autora

Enfermeira e Sanitarista, especialista em Regulação em Saúde no SUS/FSL, Mestre e doutoranda de Saúde Coletiva/UEL.
Docente de Saúde Coletiva/Unicesumar; Assessora Técnica Rede Conasems Cosems/BP; Consultora Nacional IFF/FIOCRUZ



Jorge Luís Fortunato

Autor

Servidor da secretaria municipal de saúde de Cambé, com atuação na área da técnica da gestão orçamentaria e financeira. Com formação em Administração.



Brígida G. Carvalho

Autora

Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva (UEL) e doutora em Ciências pelo Programa de Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professora aposentada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e membro do grupo de pesquisa GestSUS vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL.



Cláudia Elisa da Cunha Réa

Autor

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 2011, e servidora pública municipal desde 2013. Atualmente exerce a função de Diretora do Departamento de Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé.