

**Manual básico
Financiamento das ações
e serviços públicos de saúde**

2007

**Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo**



Manual básico
Financiamento das ações
e serviços públicos de saúde

2007



CONSELHEIROS

ANTONIO ROQUE CITADINI
Presidente

EDUARDO BITTENCOURT CARVALHO
Vice-presidente

EDGARD CAMARGO RODRIGUES
Corregedor

FULVIO JULIÃO BIAZZI
CLÁUDIO FERRAZ DE ALVARENGA
RENATO MARTINS COSTA
ROBSON MARINHO

2007

Supervisão

Sérgio Ciquera Rossi
Secretário-Diretor Geral

Coordenação

Pedro Issamu Tsuruda
Diretor do Departamento de Supervisão da Fiscalização I
Alexandre Teixeira Carsola
Diretor do Departamento de Supervisão da Fiscalização II

Elaboração

Andréia Albertino Rodrigues
Flávio C. de Toledo Júnior
Silvana de Rose

Primeira Revisão (2004)

Silvana de Rose

Segunda Revisão (2007)

Renno Gifoni
Silvana de Rose

Coordenação Gráfica

José Roberto F. Leão

apresentação

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo foi criado, em 1921, por Revisão Constitucional Decenal.

Após a extinção, em 1930, de todas as cortes de contas da Nação, aquele órgão do controle externo é reinstituído em 07 de janeiro de 1947, ocasião em que, na Carta Paulista do mesmo ano, ganha a condição de instituto constitucional.

Portanto, agora em 2007, este Tribunal completa 60 anos de ressurgimento institucional.

Por mim ora presidida, esta Casa tem sobre si a jurisdição de órgãos e entidades do governo estadual e dos 644 municípios do Estado, número que já exclui o da capital, por dispor este de Tribunal próprio.

À vista disso, todo ano, fiscalizamos, *in loco*, perto de 3.000 entidades governamentais, vindo isso a gerar o correspondente juízo por parte dos sete conselheiros que dirigem esta Casa.

Além desse exame anual de gestão financeira, o TCESP verifica, em separado, certos atos contratuais, admissões de pessoal, aposentadorias e pensões, repasses a entidades não-governamentais, além de determinar, se necessárias, modificações em editais licitatórios (exame prévio de edital).

Sabido e consabido que, a partir da década passada, iniciou-se, no Brasil, a chamada reforma do Estado, dinâmica que alcança a gestão responsável no uso do dinheiro público, o novo modelo de financiamento da previdência, da saúde e da educação, a agili-

zação eletrônica dos procedimentos licitatórios, as parcerias com segmentos privados da economia, entre outras significativas modificações no agir administrativo.

Nesse cenário, esta Casa não poderia se esquivar de sua função pedagógica, a qual, apesar de não lhe estar constitucionalmente determinada, é sempre escopo de todos os que buscam, sinceramente, aperfeiçoar a máquina governamental, melhorando, bem por isso, a oferta de serviços à população.

Para essa salutar missão pedagógica, o TCESP promove, anualmente, dezenas de encontros com agentes políticos e servidores do Estado e municípios jurisdicionados, produzindo, ademais, manuais básicos como o que ora se apresenta, destinados todos a melhor orientar os que militam na arrecadação e utilização do dinheiro recolhido compulsoriamente da sociedade.

Tais cartilhas de direito financeiro são, periodicamente, revistas e ampliadas à luz de mudanças no regramento legal e nos entendimentos jurisprudenciais, notadamente os daqui desta Corte e dos tribunais superiores da Nação.

Neste ponto, importante ressaltar que as posições aqui ditas não são, necessariamente, imutáveis, dogmáticas, permanentes. E nem poderia ser diferente, conquanto o aprofundamento da análise legal pode, em algum momento, indicar outros entendimentos.

Redigida em linguagem simples, clara e objetiva, a vertente terceira edição do Manual da Saúde, tenho certeza, será fonte de ágil consulta por parte de contabilistas, orçamentistas, procuradores, ordenadores de despesa e agentes do controle interno, externo e social.

ANTONIO ROQUE CITADINI

Presidente

Índice

1. VINCULAÇÃO CONSTITUCIONAL DE RECURSOS PARA A SAÚDE. BREVE HISTÓRICO	11
2. BASE DE CÁLCULO.....	11
2.1. Base de cálculo do Estado.....	11
2.1.1. Impostos diretamente arrecadados pelo Estado.....	11
2.1.2. Impostos transferidos pela União	12
2.2. Base de cálculo do Município.....	12
2.2.1. Impostos diretamente arrecadados pelo Município	12
2.2.2. Impostos transferidos pela União	12
2.2.3. Impostos transferidos pelo Estado.....	12
3. QUANTO É A PARCELA MÍNIMA QUE DEVE SER APLICADA?.....	13
3.1. Estados	13
3.2. Municípios	13
3.3. Possibilidade de incremento da receita própria municipal: O IPTU progressivo	13
4. RECEITAS ADICIONAIS DA SAÚDE. TRANSFERÊNCIAS DO SUS	14
4.1. SUS - Breve histórico.....	14
4.2. Habilitação dos municípios nas modalidades de gestão	15
4.2.1. Gestão plena da atenção básica	16
4.2.2. Gestão plena do sistema municipal	16
5. PRINCIPAIS PROGRAMAS DE SAÚDE	17
5.1. Agentes comunitários e a saúde da família.....	17
5.1.1. Princípios básicos do PSF	22

5.1.2. Rede de instituições de capacitação para os agentes comunitários	23
5.1.3. Atenção diferenciada.....	24
5.1.4. O terceiro setor e o PSF	25
5.1.5. As APAES e o PSF.....	26
5.1.6. Efeitos para a lei de responsabilidade fiscal.....	27
5.2. Ações de vigilância da Saúde Pública	28
5.2.1. Vigilância sanitária	28
5.2.2. Vigilância epidemiológica.....	29
6. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DA SAÚDE. METAS DA ASSISTÊNCIA. ÊXITO DA ADMINISTRAÇÃO.....	32
6.1. Elaborar um plano diretor de saúde	32
6.2. Cadastramento dos municípios	34
7. REPASSE FINANCEIRO DAS RECEITAS SUS	34
7.1. PAB – Piso de Atenção Básica (artigo 12 da NOB - 1/96).....	35
7.2. Fração Assistencial Especializada – FAE.....	35
7.3. Remuneração por serviços produzidos	36
8. OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS APLICÁVEIS NO SUS.....	37
8.1. Central de compra de medicamentos e materiais e concorrências públicas para registro de preços.....	37
8.2. Multas e taxas de vigilância sanitária.....	38
8.3. Financiamentos públicos destinados a hospitais.....	38
8.3.1. FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde.....	38
8.4. Acesso a projetos de saúde pela Internet	39
9. DESPESAS INTEGRADAS NAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	39
9.1. Ações e serviços públicos de Saúde	39
9.2. Ações e serviços públicos considerados na saúde.....	40
10. DESPESAS NÃO INTEGRANTES DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	41
11. OS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE	43
11.1. A gestão do trabalho no SUS.....	45
11.2. Visibilidade e publicidade	46
11.3. Formas de vinculação	46
11.4. Competência e responsabilidade de contratação	47
11.4.1. Plano geral.....	47

11.4.2. Reposição de trabalhadores vinculados a serviços descentralizados.....	47
11.4.3. Reposição de trabalhadores vinculados a serviços desconcentrados	48
11.5. Elaboração dos planos de carreira, cargos e salários – PCCS ...	48
11.5.1. Abrangência	48
11.5.2. Equidade.....	48
11.6. Carreira da saúde.....	49
11.6.1. Ingresso nos serviços de saúde do SUS e na carreira da saúde.....	49
11.6.2. Mobilidade	49
11.6.3. Qualidade	50
11.6.4. Flexibilidade	50
11.6.5. Incentivo à dedicação exclusiva e tempo integral	50
11.6.6. Cargos de livre provimento	50
11.7. Educação permanente	50
11.7.1. A quem dirigir a educação permanente	51
11.8. Rede de municípios colaboradores em educação permanente em saúde	52
11.8.1. Desenvolvimento de ferramentas e metodologias para educação permanente em saúde.....	53
11.8.2. Educação e desenvolvimento dos profissionais	54
11.8.3. Educação popular em saúde.....	55
12. FUNDOMUNICIPAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO OBRIGATÓRIO PARA A APLICAÇÃO DOS RECURSOS	55
12.1. Embasamento legal.....	55
12.2. Conceituação de fundos especiais.....	57
12.3. Características básicas	57
12.4. Personalidade jurídica	57
12.5. Previsão orçamentária	58
12.6. Movimentação financeira	58
12.7. Ordenador da despesa	59
12.8. Ordem cronológica dos pagamentos.....	59
12.9. Processamento da despesa.....	60
13. CONSÓRCIOS MUNICIPAIS	61
14. REPASSE PÚBLICO AO TERCEIRO SETOR ENVOLVENDO A ÁREA DA SAÚDE.....	62
14.1. Contrato de gestão com a OS qualificada.....	63
14.2. Termo de parceria com a OSCIP qualificada.....	63
14.3. Otimização dos recursos públicos aplicados pelo Terceiro Setor	64

14.3.1. Central de compras de medicamentos e materiais hospitalares	64
14.3.2. Financiamentos	65
14.3.3. Programa de Recuperação Fiscal – REFIS.....	65
14.3.4. Programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos.....	65
15. MPLEMENTAÇÃO, REGULAMENTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA EC 29.....	66
16. QUEM FISCALIZA AS RECEITAS ADICIONAIS DA SAÚDE?	67
17. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: PRINCIPAL MECANISMO DE CONTROLE DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS.....	68
17.1. Definição dos conselhos de saúde	69
17.2. Criação e reformulação dos conselhos de saúde.....	69
17.3. Organização dos conselhos de saúde	69
17.4. Estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde.....	72
17.5. Competência dos conselhos de saúde.....	73
17.6. Planejamento, fiscalização, aprovação e acompanhamento das ações e serviços de saúde por parte dos conselhos	78
17.7. Capacitação dos conselheiros de saúde	78
17.8. Prestação de contas trimestral: audiência pública.....	80
18. EMBARAÇOS PELA NÃO APLICAÇÃO DOS MÍNIMOS PREVISTOS NA EC 29	81
19. A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE	81
20. RELATÓRIOS DE GESTÃO.....	82
21. SSTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – SIOPS	83
22. AUDITORIA DO TRIBUNAL DE CONTAS SOBRE AS CONTAS MUNICIPAIS.....	84
22.1. Documentação exigida para prestação de contas	84
22.2. Utilização dos dados fornecidos pelos Municípios ao SIOPS... ..	87
22.3. Relatório da Auditoria	87
23. GLOSSÁRIO DE SIGLAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	88
24. BIBLIOGRAFIA	89
25. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, de 13/09/2000.....	91

1. VINCULAÇÃO CONSTITUCIONAL DE RECURSOS PARA A SAÚDE. BREVE HISTÓRICO

Tal qual já se fazia, desde 1934, com a manutenção e o desenvolvimento do Ensino Público, a Emenda Constitucional nº 29, de 12/09/2000 vinculou parte da receita de impostos, próprios e transferidos para a área da Saúde, visando, com isso, assegurar participação orçamentária de Estados e Municípios no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde.

2. BASE DE CÁLCULO

Os mínimos da Saúde serão apurados sobre a receita de impostos; os diretamente arrecadados pelo Estado ou Município e os recebidos, por força constitucional, de outro ente federado, como segue:

2.1. Base de cálculo do Estado

2.1.1. Impostos diretamente arrecadados pelo Estado

- Imposto sobre Circulação de Mercadorias – ICMS;
- Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA;
- Imposto sobre a transmissão *causa mortis* e doação de quaisquer bens ou direitos;

- Receita de multas, juros de mora e correção monetária dos impostos e
- Receita da Dívida Ativa de Impostos e multas, juros de mora e correção monetária respectivos.

2.1.2. Impostos transferidos pela União:

- Fundo de Participação dos Estados - FPE (21,5% do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados);
- 10% do Imposto sobre Produtos Industrializados, proporcionalmente ao valor das exportações de mercadorias por parte cada Estado da Federação;
- 100% do Imposto de Renda sobre rendimentos pagos pelo Estado e

2.2. Base de cálculo do Município

2.2.1. Impostos diretamente arrecadados pelo Município

- Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU;
- Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN;
- Imposto sobre Transmissão de Imóveis intervivos – ITBI;
- Receita de multas, juros de mora e correção monetária dos impostos e
- Receita da Dívida Ativa de Impostos e multas, juros de mora e correção monetária respectivos.

2.2.2. Impostos transferidos pela União

- Fundo de Participação dos Municípios – FPM (22,5% do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados);
- 100% do Imposto de Renda sobre rendimentos pagos pelo Município;
- 50% do Imposto Territorial Rural – ITR e

2.2.3. Impostos transferidos pelo Estado

- 25% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS;
- 50% do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA e
- 25% do Imposto sobre Produtos Industrializados/Exportação, transferido pela União ao Estado nos termos do artigo 159, II/CF

3. QUANTO É A PARCELA MÍNIMA QUE DEVE SER APLICADA?

Depreende-se do § 4º do artigo 77 acrescido ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que Lei Complementar Federal definirá o mínimo de recursos que a União, Estados e Municípios empregarão na Saúde. Enquanto isto não acontece a Emenda nº 29/00 estabelece determinadas condições:

3.1. Estados

12% dos impostos, ou fundo de impostos, enumerados no **item 2.1 deste Manual**

3.2. Municípios

A partir de **2004**, a aplicação deve alcançar não menos que 15% da receita resultante de impostos, listados no item 2.2 deste Manual.

3.3. Possibilidade de incremento da receita própria municipal: O IPTU progressivo

No propósito de assegurar maior fatia de recursos para a Saúde, o legislador da Emenda nº 29/00 regulamentou o § 1º do artigo 156 da Carta Magna, possibilitando a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU em razão do valor, localização e uso do imóvel.

Assim, poderão incidir alíquotas mais alentadas sobre terrenos, casas, apartamentos, galpões, desde que tais imóveis tenham maior valor relativo ou se localizem em áreas mais valorizadas do Município. Há, no entanto, condições para que isso ocorra, quais sejam:

- sinalização de tal intento na Lei de Diretrizes Orçamentárias¹ e
- autorização em lei específica aprovada em exercício anterior².

Aqui, nunca é demais lembrar: essa progressividade do IPTU nada tem a ver com a prevista em outro trecho da Constituição (artigo 182, § 4º, II), que almeja penalizar a subutilização de terrenos urbanos³.

¹ Artigo 165, § 2º/CF

² Artigo 150, I e III, b /CF

³ Regulamentada pela LF nº 10.257, de 10/07/2001.

4. RECEITAS ADICIONAIS DA SAÚDE. TRANSFERÊNCIAS DO SUS

4.1. SUS - Breve histórico

A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como garantias fundamentais do homem, imprimindo relevância pública às ações e serviços de saúde.

O mandamento constitucional estabelece que a *“saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”*⁴.

A análise histórica da concepção ao processo de implementação do SUS demonstra que desde os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária até esta fase atual, várias foram as iniciativas de se inserir um sistema de saúde na Lei Maior, o que sempre foi determinado pelos momentos institucionais do país.

Mas, sem dúvida, foi o atual texto constitucional que revelou a mais profunda e importante estruturação e organização do Sistema Único de Saúde, na medida em que dispôs sobre suas ações e serviços, definindo atribuições e competências ao Estado para o setor. Este dera ênfase na mudança do modelo assistencial, estabelecendo estratégias de atenção voltadas para a vigilância à saúde, entendida como um conjunto de práticas, tendo como resultado operações de promoção, prevenção e recuperação realizadas pelos serviços de saúde e por meio de ações intersetoriais, visando ao enfrentamento dos problemas da saúde nas múltiplas formas de manifestação.

Estabeleceu-se, desta forma, a integralidade do homem com as práticas de saúde, de tal maneira que o estado de sanidade dos indivíduos e da população seja considerado como resultado das condições de vida.

Outras disposições de natureza infraconstitucional surgiram, tais como as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 de 19/09/90 e 8.142, de 28/12/90, que dispõem sobre a organização, funcionamento e participação da comunidade na gestão do Sistema

⁴ Título VIII -da Ordem Social, Cap.II da Seguridade Social, Seção II - da Saúde, artigo 196-CF/88.

Único de Saúde - SUS e visam atender ao reclamo constitucional, estabelecendo critérios a serem obedecidos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Temos também as Normas Operacionais Básicas (NOB's) e por último as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que são potentes instrumentos normativos de operacionalização do SUS para as três esferas de governo, estabelecendo o financiamento do sistema, as condições de habilitação para a gestão nos diferentes âmbitos do governo, a definição de suas competências e instâncias quanto às comissões intergestores (CIT/CIB), sendo suas resoluções submetidas ao Conselho Nacional de Saúde. E por fim, ainda no campo infralegal, temos as portarias Ministeriais e as deliberações do Conselho Nacional e das Conferências Nacionais da Saúde, todas formatando o atual arcabouço jurídico do Sistema.

Durante a última década ocorreram avanços significativos nos elementos constitutivos do SUS, tais como: a descentralização dos níveis de gestão, a eleição das bases para o financiamento e o controle social e a regionalização da assistência, buscando-se, desta forma, auferir ao Poder Público Municipal a função real e irreversível de gestores da atenção à saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território⁵. É claro que isto não exime os Poderes Estadual e Federal, sendo os mesmos co-responsáveis⁶ na ausência da função municipal. E também não exclui o papel da família, da comunidade e dos indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

4.2. Habilitação dos municípios nas modalidades de gestão

Um dos intuitos do Sistema Único de Saúde é fazer com que o Município assuma o papel de gestor da atenção à saúde dos seus municípios⁷. Para tanto, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica, NOB nº 1, de 1996 e a Instrução Normativa nº 01, de 02/01/1998.

Assim, o Município pode adotar uma das duas modalidades de gestão, quais sejam: A Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal.

⁵ artigo 30, VII/CF

⁶ artigo 23, II/CF

⁷ artigo 30, VII/CF

4.2.1. Gestão plena da atenção básica

É a primeira do Sistema, onde o Município, por meio de sua Secretaria ou Departamento de Saúde, é responsável pela gerência de toda e qualquer atividade de assistência ambulatorial básica, o que inclui consultas médicas em atividades básicas, atendimento odontológico básico, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias, dentre outros procedimentos.

Assim, nesse tipo de gestão, todas as unidades básicas de saúde instaladas no Município, sejam elas públicas ou contratadas, federais, estaduais ou municipais, subordinam-se à gerência operacional da Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde, instância que exerce, no nível local, a direção do SUS⁸.

Para habilitar-se à Gestão Plena da Atenção Básica o Município deve, entre outros requisitos da NOB 1/96, comprovar o funcionamento do Fundo⁹ e do Conselho Municipais de Saúde¹⁰ e apresentar o Plano Diretor de Saúde¹¹.

4.2.2. Gestão plena do sistema municipal

Nessa modalidade, o Município é responsável pelo comando operacional de todas as ações e serviços de saúde realizados em seu território¹², sejam ambulatoriais ou hospitalares. Nesse tipo de gerência todas as unidades de saúde, públicas ou contratadas, subordinam-se à gestão municipal; não só, portanto, as unidades que produzem serviços básicos, como no outro tipo de gestão.

Entre outros encargos os Municípios optantes pela Gestão Plena do Sistema Municipal estão aptos a remunerar os prestadores de serviços conveniados e/ou contratados.

No *site* **www.saude.sp.gov.br** mantido pela Secretaria Estadual de Saúde é possível saber em que condição de gerência SUS encontra-se cada Município paulista.

Ainda que os números à disposição do SUS sejam expressivos, estão longe de serem suficientes e isso exige uma alta análise da

⁸ Artigo 9º da Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90.

⁹ Artigo 33 da Lei Federal nº 8.080/90.

¹⁰ Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90.

¹¹ Artigo 36 da Lei Federal nº 8.080/90.

¹² Inciso I do artigo 198/CF.

relação custo x benefício com acentuada articulação gerencial e administrativa para se determinar a correta distribuição dos equipamentos e leitos – historicamente malconcentrada; em seguida, aprimorar a Atenção Básica – sem fechar hospitais, controlando as doenças da população e atrair os Municípios a gerenciar plenamente a saúde local.

Pretende-se alcançar, entre outros, o controle da tuberculose, hipertensão, diabetes, eliminação da hanseníase, saúde da criança, saúde bucal.

Para tanto, várias medidas devem ser cumpridas pelo Gestor local: alimentação regular do sistema de informações nacionais do SUS; desempenho dos indicadores de atenção básica; pactuação para o aceite das alterações no quadro de ações da saúde, evidenciando o grau de organização de seus serviços de saúde e sua capacidade para assumir as novas responsabilidades.

O Ministério da Saúde está num contínuo processo de acompanhamento e avaliação das necessidades prementes. Atualmente, requer dos Municípios o cadastramento de seus respectivos municípios, pois pretende emitir o “cartão SUS”, o que possibilitará, a médio prazo, a pesquisa de prontuários *on line* dos usuários.

Atualmente há no Brasil 44 municípios pilotos, com uma concentração de 13 milhões de habitantes e 2500 unidades de saúde sendo que 03 deles encontram-se no Estado de São Paulo (Santo André, São José dos Campos e Osasco) em diferentes estágios de implantação. O município de São José dos Campos é o mais exitoso dos pilotos encontrando-se em fase de conclusão da implantação e com funcionamento da maioria das soluções tecnológicas desenvolvidas, segundo informações divulgadas no *site* www.saude.sp.gov.br.

5. PRINCIPAIS PROGRAMAS DE SAÚDE

5.1. Agentes comunitários e a saúde da família

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

O Ministério da Saúde estimula a ampliação do número de equipes, mobilizando comunidades e Administradores Municipais, todos integrados no Programa de Saúde da Família, que já alcançou os seguintes resultados:

- redução dos índices de mortalidade infantil;
- decréscimo do número de mortes por doenças erradicáveis e
- diminuição das filas nos hospitais das redes pública e conveniada com o SUS.

Nos Municípios em que o PSF está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrados ao sistema municipal, o programa tem condições de solucionar até 85% dos casos dos problemas de saúde da população acompanhada.

Em 28 de março de 2006 foi editada a Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS), publicada no Diário Oficial da União em 29 de março de 2006. A citada Portaria estabeleceu que em até 180 dias o Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios deverão implantar novo fluxo de credenciamento e implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF), de Saúde Bucal (ESB) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Compete aos órgãos municipais gestores inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local, com vistas aos princípios e diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS.

Com doze anos de implantação, o PSF tem se evidenciado pela ampliação da quantidade de equipes instaladas nos Municípios.

Entretanto, a extensão desses benefícios requer condições especiais aliadas à decisão política e à capacidade técnica, já que a logística de incentivos do Ministério da Saúde ainda mostra-se insuficiente para alocação de recursos que proporcione a cobertura populacional definida pelo PSE.

Nesse contexto, vislumbramos o Programa de Saúde da Família como desafio ao intento de inversão da pirâmide do Sistema e do necessário fortalecimento da Atenção Básica, de modo que o PSE, se bem administrado, objetivada a Vigilância à Saúde, pode oferecer qualidade de vida à população e ser o elo entre os níveis de atenção do sistema municipal, garantindo a hierarquização da rede, vez que assume responsabilidades sociais junto aos indivíduos, na percepção do ser humano na sua integralidade e ao mesmo tempo como membro da família e célula do coletivo. Suas intervenções exigem prática interdisciplinar, estabelecendo vínculos de compromisso e co-responsabilidade na articulação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação e, em especial, de humanização da atenção à saúde.

Este processo se desenvolve a partir dos compromissos sociais estabelecidos na Agenda de Saúde Municipal. Diante da imprevisibilidade de suficiência de recursos, geralmente são definidos projetos prioritários de impacto na realidade epidemiológica local para investimento do PSE.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é reconhecido como parte da Saúde da Família. Nos Municípios onde há somente o PACS, este é considerado apenas programa de transição para a Saúde da Família. Os Agentes Comunitários, em relação à rede do SUS, se ainda não organizada na lógica da Saúde da Família, estão ligados à uma Unidade Básica de Saúde; quando já estruturada, estão dispostos em Unidades Básicas de Saúde da Família como membros de equipes multiprofissionais, como veremos no próximo subitem, presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em áreas urbanizadas e industrializadas.

A operacionalização dos serviços se inicia com o projeto de seleção, capacitação e educação permanente dos profissionais das equipes que compõem as Unidades Básicas de Saúde da Família. A seguir, a definição dos territórios específicos (bairros, distritos,

moradias etc) e o cadastramento das famílias realizado em parceria com as respectivas lideranças comunitárias. Em atuação conjunta com os Agentes Comunitários de Saúde as equipes devem diagnosticar as necessidades da comunidade, identificando-as quanto aos riscos de doença e morte a que está exposta. Quando se trata de necessidade de atenção é cediço que outras carências serão observadas nos diagnósticos, como educação, trabalho, meio ambiente e outros, que determinarão as já comentadas práticas interdisciplinares.

O Ministério da Saúde recomenda que seja estimulada a organização das comunidades que promova o exercício do controle social das ações e serviços de saúde; a utilização de sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; a atuação de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendam a especificidade do setor saúde e que tenham efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Implantar o PSF não significa criar novas Unidades de Saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas. O programa compreende substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a higiologia, a solução dos problemas de saúde, a prevenção e a promoção da qualidade de vida da população. A partir das necessidades prevalentes e situações de risco identificados é elaborado planejamento de atuação da equipe, com condições de solucionar até 85% das carências de saúde da população acompanhada.

A Unidade de Saúde da Família, que pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território de sua jurisdição, está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência e deve assegurar a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que a higidez do indivíduo assim exigir. Estas Unidades devem contar com equipamentos e instalações indispensáveis para garantir boa recepção à comunidade ou, em havendo a necessidade, o atendimento deve ser feito nos domicílios ou demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases

do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade, garantindo-se, ainda, o acompanhamento terapêutico dos usuários.

Nos grandes centros urbanos, a Portaria-MS nº 648/06 recomenda que uma Unidade Básica com Saúde da Família adote o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Pesquisas demonstram que o Programa com medicina profilática contribui para diminuir a mortalidade infantil e a internação hospitalar e aumenta a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto. Nas famílias assistidas há mais pessoas vacinadas; os casos de hipertensão e diabetes são diagnosticados e acompanhados. Doenças como tuberculose e hanseníase são identificadas e tratadas com proficiência. Muitos doentes que não chegam até as unidades de saúde ou estão sem assistência adequada são encontrados pelas equipes e até mesmo pessoas que não sabem estar doentes podem ser diagnosticadas e receber tratamento.

Outra ação merece destaque. Está sendo desenvolvido pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério, o PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação - Saúde da Família, com a finalidade, entre outros, de reforçar a política de recursos humanos para a implementação e o fortalecimento do modelo de Saúde da Família, em todos os Municípios com PSF implantados.

Sob o aspecto da gestão do trabalho, a profissão do ACS deve ser exercida exclusivamente no âmbito do SUS e vinculada ao gestor do Município onde atua. Mesmo após o reconhecimento da profissão¹³ persistem problemas decorrentes da informalidade ou terceirização do trabalho, que influenciam diretrizes operacionais do Programa, cuja solução pende da efetiva aplicação das normas em vigor. A questão preocupante culminou com a edição da Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (DOU de 06/10/2006), para regulamentar o § 5º do artigo 198 da CF, dispondo sobre o

¹³ LF nº 10.507, de 10/06/2002.

aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do artigo 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006.

O Novel Instituto Jurídico revogou a LF nº 10.507/02¹⁴ e estabeleceu requisitos para o exercício das atividades de ACS¹⁵, cuja admissão dependerá da realização de processo seletivo público¹⁶. Cabe ao gestor local do SUS dispor sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais¹⁷ e os admitidos submetem-se ao regime jurídico da CLT, salvo se, nas unidades federativas, lei local dispuser de forma diversa¹⁸. Observa-se, ainda, que são vedadas as contratações temporárias ou terceirizadas, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma de lei aplicável.

5.1.1. Princípios básicos do PSF

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios:

a. Caráter substitutivo

O PSF não significa a criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas. Implantar o PSF significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas sanitários, a prevenção de patologias e a promoção da qualidade de vida da população.

b. Integralidade e hierarquização

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade.

¹⁴ Artigo 21.

¹⁵ Artigo 6º.

¹⁶ Artigo 9º.

¹⁷ Artigo 14.

¹⁸ Artigo 8º.

c. Territorialidade e cadastramento da clientela

A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área.

d. Equipe multiprofissional

Os serviços são prestados por equipes multiprofissionais, compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários. Os esforços para extensão da cobertura concebem uma equipe ampliada para a Saúde Bucal. Nesses casos, a Equipe de Saúde Bucal contará com as instalações de um consultório odontológico e será composta por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência.

As equipes devem responder, no máximo, por 4.000 habitantes, sendo média recomendada a de 3.000 habitantes, assegurado o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte. Destacamos, neste mister, a inclusão na Portaria nº 648/06 da previsão de repasse de recursos aos Municípios cujos membros das ESF realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM.

5.1.2. Rede de instituições de capacitação para os agentes comunitários

Já estão formalmente constituídos vários **Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde de Família**, distribuídos em diversas unidades da Federação. Para criação destes Pólos as Secretarias dos Estados e Municípios associaram-se às

instituições de ensino superior formando uma rede comprometida com a integração educação/serviço necessária ao desenvolvimento do PSF. Os pólos realizam cursos de especialização, na expectativa de adequar a estrutura e a metodologia dos cursos de graduação e ampliar a oferta de estágios curriculares obrigatórios.

5.1.3. Atenção diferenciada

Os resultados do programa são devidos à forma de atendimento. Cada equipe do PSF é responsável pela população residente em um território definido, que pode ser um bairro ou parte de um bairro, e está vinculada a uma unidade de saúde. O trabalho começa com o cadastramento das famílias, realizado pelos agentes comunitários. Com base nas informações deste cadastramento cada equipe de Saúde da Família faz o diagnóstico local sobre as condições sociais, demográficas e epidemiológicas. A partir dos problemas de saúde prevalentes e situações de riscos identificados, é elaborado o planejamento da atuação da equipe, que contempla ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

A população é atendida nas unidades de Saúde da Família. Quando necessário, o atendimento é feito nos domicílios. As unidades de Saúde da Família contam com os equipamentos e instalações indispensáveis para garantir boa recepção à comunidade.

Sempre que possível, estão localizadas no mesmo endereço onde antes funcionavam os centros ou postos de saúde.

O Governo Federal tem aumentado consecutivamente os recursos para a atenção básica e considera o PSF uma proposta concreta na mudança do modelo assistencial tradicional, capaz de romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde, uma vez que o programa prioriza as ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde junto à comunidade, estabelece uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população assistida, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo dos problemas mais frequentes.

De fato, as tendências evidenciam que o Programa representa um importante avanço em direção aos princípios estabelecidos na Constituição Federal: amplo acesso aos serviços de saúde,

atenção integral, adequada às necessidades individuais e coletivas, se desenvolvidos com qualidade e alta resolutividade, para todos os brasileiros.

5.1.4. O terceiro setor e o PSF

Como não se cansam de ensinar os autores, o Estado é o Primeiro Setor, cabendo ao mercado o Segundo Setor e, por fim, à sociedade o Terceiro.

Assim, entende-se o Terceiro Setor como o conjunto das entidades da sociedade civil, devidamente organizadas, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público, com finalidades não lucrativas, cabendo um alerta: o interesse público não é monopólio do Estado. Ao Poder Público cabe, naturalmente, velar pela primazia, sempre, do interesse geral, mas este pode ser titularizado, também, por entidades não estatais, cujos objetivos refletem-se na execução de atividades meritórias e de alcance coletivo, muitas vezes inseridas no âmbito das políticas públicas e a cargo de uma esfera de Governo.

Trata-se de um mecanismo relativamente novo no Brasil, contra o qual se levantam muitas resistências, mas que já sinaliza a adesão nacional a um movimento de caráter universal.

A denominada Lei do Terceiro Setor teve Augusto Franco como responsável pela coordenação dos trabalhos de sua elaboração. Ele, com propriedade, afirma: *“Não é difícil entender as razões pelas quais ainda estamos engatinhando neste terreno. A primeira razão diz respeito à cultura estatista que predomina no chamado aparelho do Estado. A Lei nº 9.790/99 reconhece como tendo caráter público organizações não estatais. Isso é um escândalo para boa parte dos dirigentes e funcionários governamentais, que ainda pensam que o Estado não só detém por direito, como deve continuar mantendo de fato em suas mãos, eternamente, o monopólio do público”* (OSCIP – a Lei 9.790/99 como Alternativa para o Terceiro Setor, publicação do Conselho da Comunidade Solidária).

Por conseqüência, o Terceiro Setor apresenta-se como uma opção válida de parceria para o Poder Público poder desenvolver, a contento, os seus objetivos, reconhecendo a sua incapacidade de, por moto-próprio, realizar, na plenitude, o interesse público, em todos os seus matizes.

“O Poder Judiciário também reconhece que ante a deficiência do Estado na gerência da coisa pública e a crescente necessidade de redefinir sua estrutura, posição e forma de atividade, o Terceiro Setor compreende um forte segmento social que deve desenvolver sua capacidade de intervenção no Estado, colaborando para que se consiga proceder a uma legítima e verdadeira reforma administrativa e conseqüentemente implantar eficientes políticas públicas” (Antonio Silveira Ribeiro dos Santos, Juiz de Direito em Diadema – SP, Reforma Administrativa e Terceiro Setor, in Boletim de Direito Administrativo, janeiro de 2000, pág.32).

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo editou um manual específico para evidenciar essas formas alternativas de relacionamento entre o Primeiro e o Terceiro Setor¹⁹, que abrangem o Contrato de Gestão passível de ser firmado com Organizações Sociais, nos moldes da Lei nº 9.637, de 15/05/1998, onde são delineadas as condições de gerenciamento de atividades públicas; o Termo de Parceria, nos moldes da Lei nº 9.790/99, de 23/03/1999, por meio do qual é possível transferir recursos à entidade qualificada pelo Ministério da Justiça como OSCIP para o desenvolvimento de determinados programas governamentais e os já conhecidos convênios, firmados nos termos do artigo 116 da Lei Federal nº 8.666, de 21/06/1993.

No caso do desenvolvimento do Programa de Saúde da Família verifica-se a possibilidade da celebração de Convênios ou Termos de Parceria, todavia, além de todas as exigências legais específicas que os regem, no que tange aos Agentes Comunitários de Saúde prevalecem as disposições da LF nº 11.350/06, ou seja, pertencerão ao quadro permanente de pessoal do Poder e, em cláusulas específicas dos ajustes, poderá ser pactuada a cessão de tais servidores para a consecução do objeto do Convênio ou do Termo de Parceria.

5.1.5. As APAES e o PSF

Em sede de recurso ordinário decidiu o e. Plenário do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo manter o julgamento pela irre-

¹⁹ Repasses Públicos ao Terceiro Setor Manual Básico. TCE/SP.

gularidade do contrato firmado pela Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais daquele Município, que objetivava a prestação de serviços de implantação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, tendo em vista que os fins sociais da contratada não se amoldam ao objeto contratual. Naquele caso²⁰, houve inclusive alteração dos estatutos com propósitos de adaptação ao sobredito objeto contratual.

5.1.6. Efeitos para a Lei de Responsabilidade Fiscal

Como se sabe, a contratação direta pelo Poder Público, a qualquer título, importa em incidência dos limites estabelecidos pela Lei Complementar nº 101/2000, para as despesas com pessoal.

Todavia, as soluções antes comentadas não acarretam essa repercussão. De fato, como se trata de parcerias com entidades corresponsáveis pelo desenvolvimento de atividades ou programas têm entendido os órgãos de contas que essas despesas (o repasse da Prefeitura para a OSCIP ou para a Organização Social, p. ex.) não devem ser computadas para efeitos de onerar o limite das despesas de pessoal das Municipalidades.

O texto a seguir apresenta o posicionamento do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo relativo ao enquadramento dos gastos decorrentes de ajustes com entidades do Terceiro Setor às disposições da LRF.

TC-002149/006/02. Consulta.

Consulente: Henrique Lopes - Prefeito do Município de Patrocínio Paulista.

Assunto: Consulta sobre a possibilidade da Administração Pública firmar vínculo de cooperação com Organizações não Governamentais, com Organizações Sociais de Sociedade Civil de Caráter Público e com Associações para a operacionalização do PSF e do PACS, bem como da contabilização de seus gastos, após a edição da LRF.

CONSULTA: Possibilidade da contratação de Organizações Sociais, Organizações Sociais de Sociedade Civil de Caráter Público

²⁰ Processo TC-16609/026/02.

e Associações para a operacionalização do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desde que precedida de lei municipal disposta sobre a matéria e que sejam observados os respectivos procedimentos de seleção das entidades interessadas em celebrar contratos de gestão, termos de parceria e convênios ou contratos com a Prefeitura local. Gastos decorrentes dos ajustes não se enquadram nos limites estabelecidos pelo artigo 19 da LRF.

O Egrégio Plenário do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em sessão realizada em 05 de maio de 2004, pelo voto dos Conselheiros Edgard Camargo Rodrigues, Relator, Eduardo Bittencourt Carvalho, Fulvio Julião Biazzi, Cláudio Ferraz de Alvarenga, Robson Marinho, e do Substituto de Conselheiro Wallace de Oliveira Guirelli, deliberou responder às duas indagações constantes da consulta formulada, no seguinte sentido:

- a. É possível a contratação de Organizações Sociais, Organizações Sociais de Sociedade Civil de Caráter Público e Associações para a operacionalização do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desde que precedida de lei municipal disposta sobre a matéria e que sejam observados os respectivos procedimentos de seleção das entidades interessadas em celebrar contratos de gestão, termos de parceria e convênios ou contratos com a Prefeitura local e
- b. Pode-se afirmar que os gastos decorrentes dos mencionados ajustes não se enquadram nos limites estabelecidos pelo artigo 19 da LRF.

Publique-se.

São Paulo, 12 de maio de 2004.

Renato Martins Costa - Presidente

Edgard Camargo Rodrigues - Relator

Publicada no DOE de 15.5.2004.

5.2. Ações de vigilância da Saúde Pública

5.2.1. Vigilância sanitária

As atividades ligadas à vigilância sanitária foram estruturadas para evitar a propagação de doenças nos agrupamentos urbanos.

A concepção vigente de vigilância sanitária integral, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população, tendo, dessa forma – pelo exercício do poder de polícia – a missão de proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços.

Vigilância Sanitária é um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a medicamentos e correlatos, cosméticos, alimentos, saneantes, equipamentos e serviços de assistência à saúde, bem como quaisquer outras substâncias, materiais, serviços ou situações que possam, mesmo potencialmente, imprimir risco à saúde coletiva, atribuições descritas dentre as competências do SUS, consoante se infere do inciso I, alínea “a” do artigo 6º da Lei nº 8080/90.

As atividades da Vigilância Sanitária são multidisciplinares, normatizam e controlam as práticas de fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de interesse da Saúde Pública. Ela usa instrumentos legais punitivos para coibir práticas que coloquem em risco a saúde da população e é financiada com um montante de recursos denominado pelo Piso Básico de Vigilância Sanitária – PBVS, com valor definido na NOB nº 1/96, em especial, no seu item 13, que é transferido do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde.

5.2.2. Vigilância epidemiológica

O controle das doenças transmissíveis baseia-se em intervenções que, atuando sobre um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão, sejam capazes de vir a interrompê-la. Entretanto, a interação do homem com o meio ambiente é muito complexa, envolvendo fatores desconhecidos ou que podem ter se modificado no momento em que se desencadeia a ação. Assim sendo, os métodos de intervenção tendem a ser aprimorados ou substituídos, na medida em que novos conhecimentos são aportados, seja por descobertas científicas (terapêuticas,

fisio-patogênicas ou epidemiológicas), seja pela observação sistemática do comportamento dos procedimentos de prevenção e controle estabelecidos.

A evolução dos conhecimentos contribui, também, para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde, na contínua busca do seu aprimoramento.

Originalmente, a expressão vigilância epidemiológica significava “*a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos*”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva. Posteriormente, na vigência de campanhas de erradicação de doenças – como a malária e a varíola – a vigilância epidemiológica passou a ser referida como uma das etapas desses programas, na qual se buscava detectar, ativamente, a existência de casos da doença-alvo, com vistas ao desencadeamento de medidas urgentes, destinadas a bloquear a transmissão.

A estrutura operacional de vigilância, organizada para esse fim específico, devia ser desativada após a comprovação de que o risco de transmissão da doença havia sido eliminado, como resultado das ações do programa.

A vigilância epidemiológica foi evoluindo como um conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.

Um dos primeiros exemplos brasileiros coordenado pelo Ministério da Saúde foi a Campanha de Erradicação da Varíola - CEV (1966-73). A experiência da CEV motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização.

Por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE. Este sistema, formalizado através da Lei 6.259/1975 e Decreto 78.231, que a regulamentou, em 1976, incorporou o conjunto de

doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país.

A promulgação da Lei 8.080, que instituiu, em 1990, o Sistema Único de Saúde - SUS, teve importante desdobramento na área de vigilância epidemiológica. O texto legal manteve o SNVE, oficializando o conceito de vigilância epidemiológica como *“um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”*.

Embora essa definição não modifique a essência da concepção até então adotada pelo SNVE, ela faz parte de um contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, que prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde, e a consequente eliminação da dicotomia tradicional entre essas duas áreas que tanto dificultava as ações de vigilância.

Além disso, um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções, sob comando único em cada esfera de governo – federal, estadual, municipal, o que implica no direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica no país.

O desenvolvimento do SNVE estabelece, como prioridade, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica dotados de autonomia técnico-gerencial para focar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência. Espera-se, assim, que os recursos locais sejam direcionados para atender, prioritariamente, às ações demandadas pelas necessidades da área, em termos de doenças e agravos que lá sejam mais prevalentes.

Além dos programas de saúde ora identificados, destacamos outros:

- Prevenção, controle e assistência aos portadores de DST/AIDS;
- Brasil Sorridente;
- Doe Vida. Doe Órgãos;
- SAMU-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- Farmácia Popular;
- Pratique Saúde;
- HumanizaSUS.

6. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DA SAÚDE. METAS DA ASSISTÊNCIA. ÊXITO DA ADMINISTRAÇÃO

Nos termos da NOB 1/96 algumas providências devem ser adotadas pelo gestor da saúde para que o ente público tenha acesso às transferências, dentre as quais destacamos:

6.1. Elaborar um plano diretor de saúde

O plano deve informar o seu período de vigência, princípios orientadores, arcabouço jurídico, diretrizes nas quais se assenta, forma de elaboração e principais tópicos do documento. Deve descrever os aspectos demográficos (evolução populacional, nos últimos dez anos, sua distribuição urbana/rural; por faixa etária; sexo e outros); e os aspectos econômicos e sociais (escolaridade; atividade econômica; fontes de recursos financeiros e arrecadação; saneamento; habitação etc.) e analisar detalhadamente a situação do Município segundo os seguintes parâmetros: quanto aos modelos de gestão e atenção à saúde, financiamento (recursos orçamentários e financeiros), quanto aos recursos específicos ou estratégicos (situação dos recursos humanos, assistência farmacêutica, tecnologia sanitária).

O Plano Municipal de Saúde ou Plano Diretor será a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária²¹.

Ao pretender a alocação de recursos, o gestor municipal de saúde deverá observar que: “É vedado consignar na lei orçamentária crédito com finalidade imprecisa ou com dotação ilimitada. A lei orçamentária não consignará dotação para investimento com duração superior a um exercício financeiro que não esteja previsto no plano plurianual ou em lei que autorize a sua inclusão, conforme disposto no § 1º do artigo 167/CF”²².

Uma vez que o Plano Municipal de Saúde (PMS) está elaborado, pode-se fazer a programação. Enquanto o PMS é plurianual, a programação é anual, feita a partir do PMS. Definirá ações, metas, estratégias e prioridades de saúde do Município. A programação anual, a partir de agora, reveste-se de maior importância. Para

²¹ § 1º do artigo 36 da Lei nº 8.080/90.

²² LRF artigo 5º e parágrafos.

atender modelos recomendados, deverá obedecer valores estabelecidos e parâmetros detectados. Um bom roteiro para a elaboração da programação anual é conhecer os recursos e estabelecer as prioridades, as metas para alcançá-las e as ações que pretende desenvolver. Completam a programação anual o cronograma físico-financeiro e a sistemática de acompanhamento e avaliação como *feedback* de trabalho e subsídios ao Relatório de Gestão. Deverá ser incorporada à LDO, ser factível e estar coerente com as políticas definidas no PMS e com os recursos existentes, expostos no planejamento.

Efetuar uma Programação Pactuada e Integrada entre os gestores, denominada PPI (dá a dimensão da responsabilidade no atendimento da população residente e da referência dos outros Municípios; estabelece as ações, parâmetros e metas municipais). A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada Município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio Município, quer pelo encaminhamento a outros Municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual²³.

A Portaria MS nº 548, de 12/4/2001, foi expedida com o objetivo de dar orientações gerais para a elaboração e aplicação dos quatro principais instrumentos de gestão previstos na Legislação do SUS: Agenda de Saúde, Plano de Saúde, Quadro de Metas e Relatório de Gestão, a saber:

- A Agenda de Saúde se constitui na definição das prioridades que deverão ser atendidas, a partir da escolha dos Conselhos em conjunto com as Secretarias de Saúde.
- O Plano de Saúde define, com base nas realidades nacional, estadual e municipal, as ações e estratégias necessárias para enfrentar as prioridades definidas na Agenda de Saúde.

²³ Artigo 11.1 da NOB 1/96.

- O Quadro de Metas é o resumo do Plano de Saúde. Nele ficam claras as metas que devem ser cumpridas, em que prazos e que operações serão necessárias.
O orçamento é a explicitação das verbas destinadas à execução dessas operações.
- O Relatório de Gestão é a avaliação do cumprimento dos objetivos e das metas estabelecidas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de Governo, em cada exercício anual, sendo elaborado pelo gestor e submetido ao Conselho de Saúde e às Comissões Intergestores.

6.2. Cadastramento dos municípios

De acordo com a Portaria MS/GM nº 17, de 13 de fevereiro de 2001, o Ministério da Saúde instituiu o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamentou sua implantação. Referido documento destina-se aos usuários do Sistema Único de Saúde e será garantido por cadastro, constituído a partir do Cadastramento Domiciliar municipal, contendo itens de identificação do usuário; número e endereço, dentre outros. Maiores detalhes podem ser obtidos no *site* <http://dtr2001.saude.gov.br/cartao>.

7. REPASSE FINANCEIRO DAS RECEITAS SUS

Além da parcela anualmente progressiva calculada sobre a receita de impostos (**item 2 deste Manual**), o Município aplicará integralmente os recursos de custeio da esfera federal – 100% SUS, destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, os quais podem se verificar de duas formas:

- transferência regular e automática. É o chamado repasse Fundo a Fundo, ou seja, Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual/Municipal de Saúde e
- remuneração dos serviços de saúde efetivamente produzidos.

As transferências Fundo a Fundo independem de convênio ou instrumento congênere, segundo legislação específica, e podemos encontrá-las em algumas destas ações:

- PAB – Piso de Atenção Básica/parte fixa;
- PAB – Piso de Atenção Básica/parte variável;

- FAE – Fração de Atenção Especializada e
- Remuneração por Serviços Produzidos.

7.1. PAB – Piso de Atenção Básica (artigo 12 da NOB - 1/96)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de ações básicas de saúde, de responsabilidade tipicamente municipal.

É composto de duas partes: **fixa** e **variável**

Parte Fixa

Destinada à assistência básica: ex.: pronto atendimento, vacinação, consultas médicas em especialidades básicas, assistência pré-natal, pequenas cirurgias, atendimento odontológico básico.

Cálculo

É produto da multiplicação de um valor “*per capita*” anual, de acordo com a população de cada Município, a partir de dados fornecidos pelo IBGE.

Parte Variável

São valores agregados ao PAB Fixo que visam incentivar o desenvolvimento de programas tidos como essenciais no campo específico da atenção básica, objetivando a medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

A parte variável do PAB destina-se, principalmente, a incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde de Família (PSF) e de Combate às Carências Nutricionais (artigos 12.1.2 e 13 da NOB - 1/96), e outros posteriormente agregados e será definida com base em critérios técnicos específicos de cada programa.

Cálculo

Baseado no PAB fixo do Município. É um percentual extra que financia os programas acima relacionados.

7.2. Fração Assistencial Especializada – FAE

É um valor que remunera procedimentos ambulatoriais de média complexidade, assim como medicamentos caros, atendimentos de emergência, órteses e próteses. Tais valores constam de uma tabela de remuneração para os Municípios de gestão plena e para

os que permanecem sob gestão estadual. **Aliás, para tudo que não é PAB existe tabela.**

7.3. Remuneração por serviços produzidos

É o pagamento direto a prestadores de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, contratados e/ou conveniados. É o caso dos hospitais, laboratórios e clínicas de especialidades. Para isto, o prestador apresenta fatura dos serviços realizados, tudo conforme tabela do Ministério da Saúde e programação convencionada com o gestor público.

Referida remuneração pode ser encontrada nos dois tipos de modalidades de gestão (item 4), mas somente os Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal podem remunerar diretamente o prestador dos serviços laboratoriais e hospitalares. Demais Comunas não realizam tais pagamentos; dependem do Estado para tal mister.

Esclarecemos, outrossim, que não se pode confundir tal figura com a do Prestador de Serviços, sendo este último condição do Ente que não conseguir ou perder a habilitação (desabilitação), sendo-lhe facultada a remuneração dos serviços prestados mediante a apresentação de fatura à Secretaria Estadual ou ao Ministério da Saúde, conforme o caso, ou seja, cabe ao Estado gerenciar a política de saúde e servir como intermediário da União na entrega dos recursos SUS.

Por oportuno, salientamos que quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assume o conjunto de todas as ações assistenciais acima indicadas recebe um montante de recursos para financiá-las, denominado Teto Financeiro de Assistência ao Município (TFAM), o qual é transferido regular e automaticamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas pela NOB - 1/96 e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do Município.

Atendendo à Portaria do Ministério da Saúde nº 59, de 16/01/98, o Banco do Brasil providenciou a abertura automática de duas contas para cada Município brasileiro, nas mesmas agências onde este recebe as quotas do Fundo de Participação dos Municípios – FPM: FMS “Município” – PAB e FMS “Município” – MAC/AIH.

De sua parte, a conta MAC/AIH recebe os numerários relativos a procedimentos de média e alta complexidade e as autorizações de internação hospitalar. Apenas os Executivos Municipais habilitados na Gestão Plena do Sistema movimentam a conta MAC/AIH.

A entrega dos recursos tem início com o repasse, pelo Ministério da Saúde, do valor global a ser distribuído entre estados e Municípios. Tal montante é depositado no Banco do Brasil, Agência Três Poderes, Brasília-DF.

Em seguida, o Ministério da Saúde teletransmite ao Banco do Brasil arquivo informando as cifras a serem creditadas para cada Estado e Município habilitado. Depois, o sistema eletrônico gera aviso de crédito discriminando a origem do lançamento, seja ele o PAB fixo, cada um dos programas do PAB variável ou, se for o caso, os recursos da Gestão Plena do Sistema que remunerará os prestadores conveniados de serviço de saúde.

Conforme § 2º do artigo 32 da Lei Federal 8.080, de 19/09/90, todos esses dinheiros serão movimentados pela Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde, instância que, no âmbito do Município, exerce a direção do SUS²⁴.

8. OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS APLICÁVEIS NO SUS

8.1. Central de compra de medicamentos e materiais e concorrências públicas para registro de preços

Esses mecanismos apresentam-se como alternativas de redução dos custos hospitalares e ambulatoriais. Em geral, a maioria dos Municípios não alcança boas compras, quer pela falta de negociador com expertise; pelo pequeno volume de compras; a localização geográfica distante dos fabricantes ou a intermediação de distribuidores regionais.

Por vezes, o fornecedor quer vender seus medicamentos ao médico e não ao hospital. Assim, a central de compras e a realização de concorrência para registro de preços podem resolver muitos desses problemas. Várias pesquisas dão conta dos resultados econômicos positivos envolvidos.

²⁴ conforme inciso II do artigo 9º do dispositivo enfocado.

8.2. Multas e taxas de vigilância sanitária

Destacamos, neste item, uma das disposições consolidadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, em dezembro/2000, que diz respeito à garantia de que os recursos arrecadados com taxas e multas de Vigilância Sanitária na esfera municipal devem ser alocados no respectivo fundo de saúde, e que estes *não sejam incorporados* ao percentual de aplicação da receita própria.

8.3. Financiamentos públicos destinados a hospitais

8.3.1. FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde.

Eis aqui um fator que incentiva o ensino e a pesquisa nos hospitais objetivando a formação de recursos humanos para a consolidação e aperfeiçoamento do SUS.

Dentre a ampla regulamentação editada pelos Ministérios, destacam-se:

- Portaria GM/MEC 375, 4/3/91 – traz o conceito de Hospital de Ensino: 1. Hospital Universitário; 2. Hospital-Escola e 3. Hospital Auxiliar de Ensino;
- Portaria Conjunta SES/MEC e SAS/MS 1, 16/8/94 – estabelece o adicional de 25%, 50% ou 75% sobre as receitas das internações, conforme o nível de classificação alcançado;
- Portaria GM/MS 779, de 29/12/99 – instituiu a minuta do Contrato de Metas, podendo ser adaptada à realidade de cada Gestor/Hospital;
- Outras portarias podem ser consultadas no *site* **<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps>**

O acesso se dá pela solicitação à Coordenação do Comitê Executivo do Programa de Integração Ensino-Serviço (PIES), da divisão de Hospitais de Ensino e Residência Médica, do Ministério da Educação.

Para tanto, é necessário anexar parecer emitido pelo Gestor Municipal ou Estadual do Sistema Único de Saúde – SUS, favorável à concessão do FIDEPS, considerando a prestação de serviços na área de:

- Atenção Básica de Saúde;

- Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Programa de Saúde da Família e
- Internação domiciliar.

8.4. Acesso a projetos de saúde pela Internet

O Ministério da Saúde utiliza novas tecnologias de comunicação para trazer mais transparência a sua administração. Os gestores municipais e estaduais podem utilizar a internet para acompanhar o andamento de seus projetos no Fundo Nacional de Saúde (FNS). Basta acessar o portal do ministério – **www.fns.saude.gov.br** para obter essas informações. Os dados são constantemente atualizados no portal, permitindo que governadores, prefeitos e secretários estaduais e municipais de Saúde possam saber, com segurança, se as verbas dos convênios firmados com o Ministério da Saúde foram liberadas.

Recomenda-se ainda consultas ao portal nacional da saúde, **www.saude.gov.br**, com vasto conteúdo, onde gestores poderão se atualizar sobre todas as normas relativas ao Sistema Único de Saúde. Além disso, podem ser visualizados o orçamento do órgão federal, os repasses dos fundos mês a mês, os contratos firmados pelo Programa de Profissionalização em Enfermagem (PROFAE), entre outros. Além de autoridades estaduais e municipais, a população também pode obter essas informações no portal e ajudar na fiscalização dos recursos repassados a estados e Municípios.

9. DESPESAS INTEGRADAS NAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, em 08/5/2003, Diretrizes acerca da aplicação da EC 29/00, por meio da Resolução nº 322. Dentre elas, para esse contexto, destacamos a Quinta e Sexta.

9.1. Ações e serviços públicos de saúde

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de Saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de cus-

teio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na LF nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

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

Parágrafo Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de Saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do artigo 77, § 3º do ADCT.

9.2. Ações e serviços públicos considerados na Saúde

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de Saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da Saúde, incluindo:

- I. vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II. vigilância sanitária;
- III. vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV. educação para a Saúde;
- V. Saúde do trabalhador;
- VI. assistência à Saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII. assistência farmacêutica;
- VIII. atenção à Saúde dos povos indígenas;
- IX. capacitação de recursos humanos do SUS;

- x. pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde, promovidos por entidades do SUS;
- xi. produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e equipamentos;
- xii. saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- xiii. serviços de Saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de Saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;
- xiv. atenção especial aos portadores de deficiência;
- xv. ações administrativas realizadas pelos órgãos de Saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

§ 1º No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de Saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito, contratadas para essa finalidade, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 01/01/2000 para custear ações e serviços públicos de Saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

10. DESPESAS NÃO INTEGRANTES DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Da mesma Resolução CNS nº 322/2003 provêm a Sétima Diretriz que exclui das Ações e Serviços Públicos de Saúde as seguintes atividades:

Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de Saúde as relativas a:

- I. pagamento de aposentadorias e pensões;
- II. assistência à Saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
- III. merenda escolar;
- IV. saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
- V. limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- VI. preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não-governamentais;
- VII. ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;
- VIII. ações e serviços públicos de Saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

§ 1º No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de Saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de Saúde financiados com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

Observações importantes:

A Integralidade da atenção de saúde (diretriz constitucional) é a forte capacidade de impacto sobre a saúde da população, essencial

para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento; vínculo entre usuários e equipes; responsabilização; desenvolvimento da autonomia dos usuários; resolutividade da atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde envolve: a compreensão da clínica ampliada; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (dengue, tuberculose, hanseníase e malária, por exemplo).

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS porque propicia a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

Segundo colocação da professora Silvia Porto, da Escola Nacional de Saúde Pública, presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, o conceito de equidade não está claro na legislação brasileira e particularmente na da saúde. Os critérios vigentes no artigo 35 da Lei 8.080/90 mostraram-se de difícil aplicação ao longo da década de 90. Dessa forma, os dois artigos devem apoiar-se num conjunto de necessidades desiguais dos estados e dos Municípios. Para tanto, a professora sugere – ancorada em pesquisas realizadas há mais de 6 anos – que a distribuição de recursos ocorra segundo critérios de: perfil demográfico; perfil sócio-econômico e perfil epidemiológico.

11. OS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões sobre sua gestão têm sido freqüentemente realçadas como fundamentais para a sua

implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social, e os recursos humanos.

Das quatro questões, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação, dentro da política de reforma do Estado, no País, é a dos Recursos Humanos.

Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS convivem no mesmo local de trabalho, com problemas como direitos diferenciados; falta de estímulo profissional; desvios de funções; dupla ou tripla jornadas de trabalho; submetidos a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão da lei e ainda, com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores.

Observa-se que, em nome de práticas “anti-engessamento da máquina pública” pratica-se a “lei da selva”, na gestão do trabalho na área da saúde.

Os Recursos Humanos no setor Saúde são a base para a viabilização e implementação dos projetos e dos serviços e ações de Saúde disponíveis à população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirão a atuação de um profissional de Saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Nesse sentido, desde a sua promulgação, a Carta Magna atribuiu como sendo uma das competências do SUS a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema²⁵, necessitando, ainda, de norma complementar para a sua efetivação.

O artigo 27 da Lei nº 8.080/90 dispõe que a política de Recursos Humanos, na área de Saúde, será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas do Governo.

A Lei nº 8.142/90 ao estabelecer os critérios para o recebimento, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, de recursos financeiros da União para o SUS condiciona, no seu artigo 4o, a existência de comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários, estabelecendo um prazo previsto de dois anos para a sua implantação.

²⁵ inciso III do artigo 200.

Atualmente o Ministério conta com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde²⁶ para atuar em políticas de regulação, restando-nos recomendar consultas ao *site* **<http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/default.cfm>**

Diante do exposto, a partir das análises dos fundamentos legais, das resoluções e dos atos normativos do SUS, constata-se que há muito ainda por fazer na implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS e que muitos dispositivos inseridos nas normas, infelizmente, ainda permanecem como letras mortas. Essa política é absolutamente necessária, não somente porque já existe a base legal para a sua implementação, mas também pelo fato de que as ações e os serviços de saúde têm especificidades não encontradas em outras atividades da Administração Pública.

11.1. A Gestão do trabalho no SUS

Considera-se gestão do trabalho no SUS a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à Saúde de seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento.

O “Trabalho no SUS” refere-se àquele que é exercido pelos trabalhadores dos serviços públicos e privados (contratados ou conveniados); diz respeito às relações de trabalho de caráter permanente e precárias, desde que exercidas no interior do Sistema Único de Saúde.

No âmbito do SUS, fica entendido como “desenvolvimento do trabalhador”, as atitudes, circunstâncias e ações que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização e a prestação de serviços de qualidade à população usuária do Sistema. O “desenvolvimento do trabalhador” terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania. Estes podem fazer parte dos três níveis de Governo (Administração Pública Direta

²⁶ Artigo 20 do Decr.Federal nº 5.841, de 13/07/06.

e Indireta, incluindo as Agências Executivas e as Organizações Sociais, onde houver, também os Consórcios Intermunicipais de Saúde); os trabalhadores de entidades privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de Saúde ao SUS; e, os trabalhadores dos órgãos públicos e privados de ensino e pesquisa na área da Saúde.

11.2. Visibilidade e publicidade

Os acordos e os atos administrativos, referentes aos trabalhadores do SUS do Setor Público (Administração Direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde) e do Setor Privado (filantrópico e lucrativo) serão publicados em órgãos de divulgação oficial, garantindo total e permanente clareza sobre os instrumentos e mecanismos utilizados na Gestão do Trabalho no SUS, inclusive nas relações com os seus trabalhadores.

11.3. Formas de vinculação

Nos Serviços Públicos (Administração Direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde) o recrutamento de pessoal deve ocorrer para o preenchimento de cargos vagos, criados por lei, para suprir as necessidades dos serviços, conforme as atribuições e competências de cada âmbito de gestão, compatibilizadas com seus respectivos planos de saúde (nacional, estaduais e municipais). A vinculação do servidor aos respectivos órgãos deve ocorrer através de nomeação por concurso público.

Nos Serviços Privados (filantrópicos e lucrativos) conveniados ou contratados para prestarem serviços de saúde junto ao Sistema Único de Saúde, a contratação de trabalhadores deve ocorrer, no mínimo, para o cumprimento das obrigações definidas em cláusulas conveniais ou contratuais junto às instâncias gestoras do SUS, à partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços. A contratação de pessoal dar-se-á através de seleção pública de trabalhadores, cuja vinculação com a instituição empregadora deve seguir os preceitos da legislação brasileira.

11.4. Competência e responsabilidade de contratação

11.4.1. Plano geral

De acordo com as atribuições dos diferentes âmbitos de Gestão do SUS, definidas nas Leis Orgânicas da Saúde e nas Normas Operacionais Básicas, compete a cada um deles contratar e manter o quadro de pessoal necessário à execução da gestão e das ações e serviços de Saúde conforme a necessidade da população e a habilitação da instância de gestão, definida por Normas Operacionais Básicas, observadas as normas do Direito Público e Administrativo. Assegurar no respectivo Plano de Saúde a previsão do quadro de Recursos Humanos necessários à sua implementação e mecanismos de controle de contratação e tipo de vínculo.

Os Gestores (federal, estaduais e municipais) ao firmarem ato de descentralização de serviços de Saúde, deverão firmar “Termo de Descentralização”, negociado nas respectivas Mesas de Negociações, incluindo a cessão do patrimônio (bens imóveis e equipamentos) e dos Recursos Humanos, no qual devem estar fixadas as responsabilidades de todos os gestores, incluindo-se entre outros: direitos e deveres; a competência do Gestor que recebe os serviços, para estabelecer procedimentos disciplinares; jornada de trabalho; vantagens e benefícios; formas de movimentação; complementação salarial se for o caso, respeitando-se as realidades estaduais e municipais.

11.4.2. Reposição de trabalhadores vinculados a serviços descentralizados

A gestão do trabalho é de responsabilidade do Gestor que recebe os serviços de Saúde. O Gestor Federal e os Gestores Estaduais manterão um sistema de comunicação e negociação com as instâncias de gestão dos recursos humanos descentralizados referentes a afastamentos, demissões, transferências ou substituições, repassando automaticamente, aos mesmos, através dos respectivos Fundos de Saúde, os valores financeiros equivalentes ao custo global dos contratos (remuneração e custos sociais) dos servidores afastados, demitidos ou transferidos.

11.4.3. Reposição de trabalhadores vinculados a serviços desconcentrados

A contratação e a reposição de trabalhadores que executam as ações de Saúde desconcentradas, como no caso da Saúde dos povos indígenas (Distritos Sanitários Especiais Indígenas), de responsabilidade do Gestor Federal, devem ser feitas por este Gestor. Da mesma forma, os Estados devem assumir as contratações e reposições de servidores que executam funções desconcentradas próprias dos mesmos, incluindo aqui as ações não assumidas pelos Municípios, nos processos de habilitação.

11.5. Elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários – PCCS

11.5.1. Abrangência

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários abrangem todos os trabalhadores que participam dos processos de trabalho do SUS, desenvolvidos pelos Órgãos Gestores e Executores de ações e serviços de Saúde da Administração Pública Direta e Indireta, dos três níveis de Governo, incluindo-se as Agências Executivas e os Consórcios Intermunicipais de Saúde; os trabalhadores de Entidades Privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de Saúde ao SUS; e, os trabalhadores dos órgãos públicos e privados de ensino e pesquisa na área da Saúde. Os Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS podem ou não ser únicos em cada âmbito de gestão, incluindo-se os prestadores de serviços de Saúde, na dependência, em cada local, da capacidade de articulação política dos atores sociais envolvidos.

11.5.2. Equidade

Para efeito da elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários – PCCS, na área da Saúde, as categorias profissionais devem ser consideradas, para classificação, em Grupos de Cargos, na observância da qualificação profissional e da complexidade exigidas para o desenvolvimento das atividades e ações, que, por sua vez, desdobram-se em Classes que devem ser organizadas considerando-se a rotina das tarefas; o nível de conhecimento e experiências exigidos; a responsabilidade por tomada de decisões e suas conseqüências e o grau de supervisão prestada ou recebida.

No âmbito de cada Gestor do SUS (União, Estados e Municípios) será assegurado o tratamento isonômico, inclusive de piso salarial, para os trabalhadores com funções assemelhadas pelo nível de escolaridade, entendida a isonomia como a igualdade de direitos, obrigações e deveres, independentemente do tipo ou regime de vínculo empregatício.

As Programações Pactuadas Integradas - PPI, no nível das regiões e estados deverão ser estendidas à gestão do trabalho (incluindo os trabalhadores da gestão e da assistência), especialmente quanto a pactuação de pisos salariais regionais e fatores de diferenciação inter-regionais.

11.6. Carreira da saúde

Os servidores públicos (da Administração Pública Direta e Indireta, incluindo-se as Agências Executivas e os Consórcios Intermunicipais de Saúde dos três âmbitos de Gestão da Saúde) bem como, os trabalhadores do Setor Privado (filantrópico e lucrativo), das diferentes áreas de atuação da Saúde: promoção, proteção, recuperação, ensino, pesquisa e gestão (planejamento e administração), fazem parte de princípios e diretrizes únicos da carreira, multiprofissional e transdisciplinar da Saúde.

A evolução do servidor na Carreira, quando da elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários – PCCS, dar-se-á mediante a capacitação, a avaliação de desempenho com indicadores e critérios objetivos, a titulação e a formação profissional.

11.6.1. Ingresso nos serviços de saúde do SUS e na carreira da saúde

O Concurso Público ou Processo Seletivo são as únicas formas de ingresso nos Serviços e na Carreira da Saúde no serviço público²⁷.

11.6.2. Mobilidade

Deve ser assegurada a mobilidade dos Trabalhadores do SUS na Carreira, entre as diferentes áreas de atuação (gestão, promoção, proteção e recuperação da Saúde) e o acesso dos mesmos a Cargos

²⁷ Inciso II, artigo 37/CF.

e Classes de melhor posicionamento na tabela salarial, com critérios claramente definidos;

11.6.3. Qualidade

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS possibilitarão o constante aperfeiçoamento, qualificação e formação profissionais, no sentido de melhorar a resolutividade das ações e serviços de Saúde e permitir a evolução ininterrupta dos Trabalhadores do SUS na Carreira;

11.6.4. Flexibilidade

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS adequar-se-ão periodicamente às necessidades e à dinâmica e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

11.6.5. Incentivo à dedicação exclusiva e tempo integral

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS incluirão mecanismos legítimos de estímulo, propiciando vantagens financeiras, entre outras, aos trabalhadores com dedicação em tempo integral ou dedicação exclusiva para a realização do seu trabalho, na área de abrangência do plano;

11.6.6. Cargos de livre provimento

Para o exercício das funções de direção os cargos de livre provimento devem ser previstos, reduzindo-se ao mínimo para atenderem, exclusivamente, à estrutura organizacional de gestão e gerência do Sistema Único de Saúde, em cada âmbito de governo.

11.7. Educação permanente

Ao colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS por meio da construção da educação permanente, pede-se propor a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente é o de aceitar que formação e desenvolvimento devem-se fazer de modo:

- descentralizado;
- ascendente e

- transdisciplinar.

Possa propiciar:

- a democratização institucional;
- o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- o trabalho em equipes matriciais;
- a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde e
- a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças:

- nas relações;
- nos processos;
- nos atos de saúde e
- nas pessoas.

São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. Para ser possível, a educação permanente requer ações no âmbito:

- da formação técnica, de graduação e de pós-graduação;
- da organização do trabalho;
- da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e
- do controle social neste setor.

A gestão da educação permanente em saúde será feita por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde.

11.7.1. A quem Dirigir a Educação Permanente

Considerando os princípios e diretrizes do SUS e sua implementação, tornam-se prioridades no processo de educação permanente em saúde:

- as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolva a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde;
- as equipes de urgência e emergência;
- as equipes de atenção e internação domiciliar;
- as equipes de reabilitação psicossocial;
- o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal;

- os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel nos ensino, e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema;
- o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde e
- as capacitações pontuais resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do Conselho de Saúde.

Especial atenção local é necessária para a formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção e disseminação do conhecimento nos espaços locais e no conjunto da rede de atenção à saúde. Por isso, novos mecanismos de planejamento e gestão precisam ser implantados, debatendo e buscando a melhor e mais adequada ação, para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem.

11.8. Rede de municípios colaboradores em educação permanente em saúde

Além da atribuição específica dos Estados de constituir a rede de gestão e de atenção em saúde como redes-escola, os Municípios devem também ocupar um lugar de destaque na construção das políticas de educação permanente no SUS. Duas razões são fundamentais: é no espaço dos Municípios que se concretiza a maior parte das ações de saúde e o trabalho das equipes de saúde e é nesse território também que se inserem docentes e estudantes para as práticas de ensino-aprendizagem.

De acordo com a Constituição, as ações e serviços de saúde são atribuição dos Municípios²⁸ e a gestão deve ser descentralizada para cada esfera de Governo²⁹, resultando central a vinculação municipal, ainda que com base em arranjos regionalizados entre Municípios.

Por todas essas razões os Municípios devem cumprir um papel fundamental na mudança da formação profissional e um papel

²⁸ Artigo 30.

²⁹ Artigo 198.

ativo na identificação de necessidades de formação e desenvolvimento (conteúdo e metodologias) e na formulação de demandas para a produção e disseminação de conhecimento.

Esse papel ativo dos Municípios no campo da educação para o SUS, no entanto, tem que ser construído e/ou aprimorado. Há Municípios que desenvolveram importante capacidade própria no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde; outros desenvolveram capacidade de educação permanente, mediante intenso processo de cooperação com as universidades e outros, ainda, têm pouco acúmulo no campo.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde elaborou o documento “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, aprovado na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em Brasília em 18 de setembro 2003, propondo, entre outros, a articulação de uma rede cooperativa de Municípios para a educação permanente como ação estratégica de fortalecimento da construção do Município como ator/formulador ativo dessa política.

Aquela Secretaria está contando com apoio para a consolidação de algumas experiências municipais significativas e para o desenvolvimento de ação cooperativa junto a outros Municípios, para o fortalecimento do trabalho no campo da formação e do desenvolvimento.

11.8.1. Desenvolvimento de ferramentas e metodologias para educação permanente em saúde

a. Eixos de Ação

Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;

- Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente e
- Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

b. Atividades

- Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente em saúde;

- Estruturação de recursos e programas de educação à distância e
- Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

11.8.2. Educação e desenvolvimento dos profissionais

(clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família)

a. Eixos de Ação

- Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas ou de difícil acesso;
- Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
- Residências Integradas em Saúde;
- Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;
- Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;
- Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);
- Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência e
- Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização; continuidade e integralidade da atenção e de investigações sobre temas relevantes ao Sistema de Saúde.

b. Atividades

- Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;
- Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;
- Implantação de Programa de Qualificação Básica e Formação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Atendentes de Consultório Dentário (ACD);

- Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento, incluindo agravos epidemiologicamente relevantes como hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias, urgência e emergência, saúde bucal, saúde mental e saúde ambiental;
- Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência;
- Formação de outros técnicos em saúde.

11.8.3. Educação popular em saúde

Tópico de relevante valor que também integra o documento do Ministério sobre educação permanente é o que trata do estabelecimento de relações com os movimentos que fazem a “mediação pedagógica” com a população, tais como os setoriais de saúde do Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra, Confederação dos Trabalhadores da Agricultura, Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais e Confederação Nacional das Associações de Moradores, dentre outros; os movimentos de portadores de patologias; as organizações de comunicação popular, de etnia e gênero ou de cultura popular e os centros de assessoramento e educação popular por saúde, fomentando a participação social na formulação e gestão de políticas públicas na saúde.

Com certeza, essa articulação pode trazer subsídios para a produção de material educativo e informacional coerente com a cultura dos movimentos e grupos populacionais, propiciando a eficácia da educação e comunicação em saúde.

12. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: INSTRUMENTO OBRIGATÓRIO PARA A APLICAÇÃO DOS RECURSOS

12.1. Embasamento legal

Todos os dinheiros da Saúde serão aplicados por meio de um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde - FMS; não somente os recebidos da União ou do Estado (repasses SUS) mas, de igual modo, os recursos que se apartam da receita resultante de

impostos. É isso o que determina o § 3º do artigo 7º da Emenda Constitucional n.º 29, de 13/9/2000.

Essa fundamentação produziu poucas alterações ao estatuído nos artigos 71 a 74 da Lei Federal n.º 4320, de 17/3/64, que trata dos fundos especiais e na legislação concernente ao Sistema Único de Saúde - SUS, conforme sintetizamos a seguir.

O destaque fica por conta da supressão da primeira parte do artigo 73 da LF n.º 4320/64 que permitia disposição na lei de criação de um fundo sobre a restituição aos cofres gerais do Município, ao final de cada exercício, dos eventuais saldos positivos nele apurados.

A Emenda Constitucional n.º 29/00 tornou obrigatória a movimentação financeira desses recursos por intermédio de um fundo especial, corroborando as disposições contidas na Lei que criou o SUS³⁰, onde se vê a determinação para que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde sejam depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados **sob fiscalização** dos respectivos Conselhos de Saúde³¹, transferidos automaticamente a partir da distribuição da receita efetivamente arrecadada, que ingressa no Fundo Nacional de Saúde - FNS³², para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios³³.

Importa ainda destacar que as transferências do SUS são condicionadas, entre outros, à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Município, agora incrementados pelo percentual mínimo da receita própria de impostos disciplinada na EC n.º 29/00.

Assim, o Fundo Municipal de Saúde é o braço financeiro de toda e qualquer política de saúde que se desenvolva no Município. Nesse cenário, importante estudar um pouco mais as características desses fundos que a Lei n.º 4.320/64 prevê nos artigos 71 a 74:

³⁰ LF n.º 8.080/90.

³¹ Artigo 33.

³² Artigo 34.

³³ Inciso IV do artigo 2º da LF n.º 8142/90.

12.2. Conceituação de fundos especiais

Na dinâmica da Administração Pública, alguns programas de trabalho apresentam-se munidos de importância vital, e, por isso mesmo, necessitam de um fluxo contínuo de recursos financeiros que lhes garantam desenvolvimento integral e ininterrupto.

Nesse sentido, a Administração, através de lei, vincula, associa, “*amarra*” determinadas receitas públicas a atividades tidas como especiais.

Enquanto que para outro setor da atividade pública não importa a origem dos recursos que lhe financia as ações (impostos próprios, impostos transferidos, aluguel do patrimônio físico, dentre outros), o Fundo dispõe de receitas definidas, marcadas, “*carimbadas*”. Aconteça o que acontecer, tais rendas devem ser repassadas aos Fundos, sob pena de descumprimento de lei.

12.3. Características básicas

De um modo geral, esses fundos têm os seguintes pressupostos:

- instituem-se através de lei, que é sempre de iniciativa do Poder Executivo³⁴;
- financiam-se mediante receitas especificadas na lei de criação; daí sua autonomia financeira;
- vinculam-se estreitamente a atividades públicas para o atendimento das quais foram eles criados;
- dispõem de orçamento próprio, denominado plano de aplicação;
- transferem para o exercício seguinte eventual saldo positivo apurado em sua movimentação financeira anual (o parágrafo único do artigo 8º da Lei de Responsabilidade Fiscal confirma tal pressuposto) e
- contam com normas especiais de controle e prestação de contas.

12.4. Personalidade jurídica

O Fundo especial indis põe de personalidade jurídica. É ele parte da política de desconcentração promovida no seio da Administração direta. Diferente, pois, da política de descentralização, onde o ente

³⁴ Inciso IX do artigo 167/CF

central transfere a execução dos serviços públicos a outra pessoa jurídica (autarquias, fundações, empresas públicas etc.).

Dessa maneira, o Fundo não tem CNPJ próprio, não realiza diretamente empréstimos, convênios e outros ajustes; tudo é feito em nome do Município, pois só este tem existência jurídica autônoma, representado que é pelo Prefeito.

Em assim sendo, compromissos assumidos e danos provocados por esse instrumento orçamentário são, os dois, de responsabilidade do Prefeito, não obstante o presidente do Conselho de Saúde responder, circunstancialmente, por esses atos.

12.5. Previsão orçamentária

Na peça orçamentária o fundo especial comparece sob a forma de uma atividade funcional-programática ou de uma unidade orçamentária, ambas relacionadas a um órgão de primeiro escalão existente na estrutura da Administração Pública Centralizada (Secretaria ou Departamento de Saúde da Prefeitura).

Tendo em conta que a EC nº 29/00 determina que todos os recursos da Saúde sejam aplicados por meio do fundo específico, entendemos que o FMS deve figurar na Lei Orçamentária no mesmo nível da unidade que gerencia o Sistema de Saúde local (Ex.: Secretaria Municipal de Saúde/FMS).

12.6. Movimentação financeira

Os montantes financeiros do FMS devem figurar, um a um, separados do Caixa Geral, assim como determina o inciso I do artigo 50, da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Com relação ao total da receita própria de impostos, a entrega dos recursos pertencentes ao Fundo acontece mediante simples repasse de tesouraria para a conta vinculada do Fundo, o que reflete a real transparência no cumprimento da EC 29/00.

Trata-se, portanto, de simples movimento entre contas do Ativo Financeiro; isto, claro, não é despesa, dispensa emissão de empenho, que só se materializa quando o Fundo realiza, de fato, suas próprias despesas.

Já para recepcionar os recursos SUS transferidos pela União ou Estado, o Município mantém as demais contas no Banco do Brasil, sob o controle orçamentário e financeiro do Fundo:

Fundo Municipal de Saúde – FMS “Município” – PAB;
Fundo Municipal de Saúde – FMS “Município” – MAC/AIH;
Fundo Municipal de Saúde – FMS “Município”, desdobrada nos PABs Variáveis (PSE, PACs, Vigilância Sanitária etc).

Fundo Municipal de Saúde – FMS “Município” – outros convênios, conforme o caso.

Observação importante: todos os pagamentos devem ser efetuados diretamente por meio de ordem de pagamento bancária, a crédito nas contas acima citadas.

12.7. Ordenador da despesa

Segundo conceitua o artigo 80 do ainda válido Decreto-lei nº 200/67, a emissão dos empenhos e autorizações de pagamento são atos emanados do *ordenador de despesa*.

Esse agente público deve, necessariamente, compor o Conselho a que se vincula o Fundo. Na qualidade de gestora local do SUS³⁵, a Secretaria Municipal de Saúde é o órgão que deve movimentar os recursos vinculados ao setor. Assim, secretário ou diretor municipal de saúde, preferencialmente estes, devem ordenar a despesa do Fundo Municipal de Saúde.

12.8. Ordem cronológica dos pagamentos

Conforme o artigo 5º da Lei 8.666, de 21/6/1993, o instituto da ordem cronológica de pagamentos tem como marco divisor a “*fonte diferenciada de recursos*”.

Fonte de recursos tem a ver com o destino do dinheiro público. **Vinculado** é o recurso “carimbado”, atrelado a certos programas governamentais. É o caso dos convênios financiados por transferências voluntárias da União ou do Estado. A finalidade é sempre determinada e precisa. Ex.: construção de uma escola ou de um pronto-socorro, compra de alimentos para a merenda escolar, etc. **Não vinculados** são os demais recursos orçamentários, de aplicação inespecífica; sua origem perde identidade ao diluir-se no Caixa Geral do Município.

³⁵ Artigo 9o da Lei no 8080/90.

Dessa forma, o Fundo Municipal de Saúde constitui fonte diferenciada de recursos e, por isso, tem programação própria de desembolsos. Além do mais, como visto, o ordenador da despesa do FMS não pode ser o mesmo agente público que determina os demais pagamentos da Prefeitura.

Estas condições devem também ser levadas ao cumprimento das disposições contidas nos artigos 24 a 27 das Instruções Consolidadas TCESP nº 2, de 2002, ou seja, as Prefeituras devem enviar ao Tribunal, até o dia 30 do mês subsequente ao encerramento do semestre, relação das exigibilidades de pagamentos (independentemente de terem sido pagas ou não) referentes ao semestre anterior das obrigações (cujo valor total seja igual ou superior ao estipulado para a modalidade tomada de preços – compras e serviços) relativas ao fornecimento de bens, locações, realização de obras e prestação de serviços, obedecida a estrita ordem cronológica das datas de suas exigibilidades, fazendo uma relação para cada fonte diferenciada de recursos, acompanhada de cópia das publicações das justificativas de alterações que, eventualmente, tenham sido feitas na ordem cronológica dos pagamentos.

12.9. Processamento da despesa

A despesa do Fundo realiza-se como qualquer outra despesa pública. Integrante da Administração Centralizada, não há porque o Fundo dispor de uma estrutura própria para processamento de sua despesa, exceto nos casos em que o alto volume de recursos justifique tal especialização.

Nesse passo, não há porque o Fundo dispor de contabilidade própria, visto que toda a sua movimentação orçamentária e patrimonial será incorporada à Contabilidade Geral do Município, sem embargo de que esta produza relatórios individualizados que demonstrem, todo mês, a origem e a aplicação dos dinheiros movimentados pelo Fundo, advindos do SUS e mais aqueles apartados das receitas de impostos, além de demonstrativos operacionais, visando aprovação do respectivo Conselho, de modo a comprovar que as metas estabelecidas nos planos diretores e aprovadas nas peças orçamentárias estejam sendo atingidas.

Corroborando nossas assertivas o artigo 5º, da Portaria nº 059/GM, de 16/01/1998, ao determinar que os registros contábeis e os de-

monstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados às contas do FMS ficarão, permanentemente, à disposição do Conselho responsável pelo seu acompanhamento, e da fiscalização no âmbito dos Municípios e dos órgãos de controle interno e externo.

Assim, o Fundo Municipal de Saúde, por exemplo, deve apresentar ao respectivo Conselho, e, em **audiência pública** na Câmara dos Vereadores, relatório financeiro trimestral das atividades do setor. É o que determina o artigo 12 da Lei federal 8.689, de 27/7/1993, como veremos no item a seguir.

Importante destacar, ainda, que o Ministério da Saúde, com o fito de oferecer aos gestores da saúde elementos hábeis para suas administrações, elaborou, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, um *Guia de Referências para Criação e Organização de um Fundo Municipal de Saúde*, que indica a legislação pertinente, os primeiros passos para sua implantação, como o seu controle social deve ser exercido e propostas de lei de criação adaptáveis à situação político-econômico-social de cada Município, dentre outras referências.

Observação importante: como a maioria das leis de criação dos fundos de Saúde foi editada antes da EC 29, é necessário rever os seus conteúdos para fazer cumprir as novas disposições. Da mesma forma, registramos a necessidade de um processo de revisão desses textos legais a fim de atualizar o seu formato de gerenciamento, atribuição de responsabilidades, mecanismos de controle financeiro, registros contábeis e prestação de contas, enfim, para que a Lei do Fundo atenda aos preceitos constitucionais (EC 29) e legais (LF 4320/64, LF 8080 e 8142/90 e a LRF, LC 101/2000) e estabeleça regras operacionais que mais adequadamente possam ser colocadas em prática para as efetivas condições de financiamento das ações e serviços públicos de Saúde.

13. CONSÓRCIOS MUNICIPAIS

Os consórcios administrativos são acordos firmados entre entidades estatais, autárquicas ou paraestatais, sempre da mesma espécie, para a realização de objetivos de interesse comum dos partícipes.

No caso da saúde, o que se requer é que suas ações atendam e ao mesmo tempo possam fiscalizar as ações e serviços contidos no Plano Municipal de Saúde, integrando-se às atividades previstas na Programação Pactuada e Integrada Estadual e sujeitas ao controle e avaliação do Sistema Nacional de Auditoria.

Destacamos da Lei 8.080/90, os seus artigos 10 e 18, que prevêem a constituição de consórcios municipais:

“Artigo 10 – Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

(...)

Artigo 18 – À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

(...)

VII – formar consórcios administrativos intermunicipais”

Todavia, é importante ressaltar que atualmente a formação de consórcios encontra-se sob a égide da Lei Federal nº 11.107, de 06/04/2005.

Os artigos 178 a 197 das Instruções Consolidadas nº 2/2002 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo disciplinam sobre a prestação de contas anual e toda a documentação que os Consórcios existentes até a edição da sobredita LF nº 11.107/05 devem preparar para entregar ao Tribunal e/ou colocar à disposição das equipes de auditoria, bem como o Aditamento nº 03/05 regulamenta a prestação de contas decorrente deste novel diploma.

14. REPASSE PÚBLICO AO TERCEIRO SETOR ENVOLVENDO A ÁREA DA SAÚDE

No **item 5 deste Manual** identificamos os principais programas de saúde, com destaque para o de Agentes Comunitários e Saúde da Família. Em seus tópicos trouxemos uma das formas alternativas regulamentadas pelo Governo Federal em 23/03/99, com a edição da Lei nº 9790, para estabelecer a possibilidade de o Setor

Público repassar recursos a entidades do Terceiro Setor, qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, por meio de Termo de Parceria. Todavia, menos de um ano antes, o Governo aprovava uma outra Lei, a de nº 9637, de 15/05/1998, prevendo também a possibilidade de os entes públicos qualificarem entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais e com elas firmar Contratos de Gestão, traduzindo-se assim em mais uma das alternativas de financiamento do Terceiro Setor para a realização de atividades de caráter público.

As duas Leis possuem especificidades e foram estudadas no Manual editado por este Tribunal intitulado “Repasse Públicos ao Terceiro Setor”, cabendo-nos aqui, sinteticamente, distinguir seus objetivos, senão vejamos:

14.1. Contrato de gestão com a OS qualificada

Para celebrar Contrato de Gestão, o Poder contratante e a OS Qualificada estão condicionados inicialmente à transferência e ao aceite da execução de serviços públicos preexistentes, previstos em Lei.

Em resumo, tal ajuste destina-se a transferir a gestão de função, órgão ou entidade pública para a iniciativa privada, porém apenas para entes que possuam capacitação aprovada pela Administração Pública, com diretrizes que evidenciem a ênfase no atendimento do cidadão-cliente, nos resultados qualitativos e quantitativos, nos prazos pactuados e no controle social das atividades desenvolvidas³⁶ e sejam ainda reconhecidos e qualificados nos termos da Lei específica.

14.2. Termo de parceria com a OSCIP qualificada

Em contraposição ao Contrato de Gestão, constata-se que para o Poder Público firmar Termos de Parceria é necessário que a OSCIP esteja qualificada pelo Ministério da Justiça e que execute, de modo permanente, os serviços ou atividades assemelhados aos realizados pelo Governo.

A parceria contratada, embora se revista das mesmas diretrizes estabelecidas para os Contratos de Gestão, tem a **singularidade**

³⁶ Artigo 20, incisos I a III da LF 9637/98.

de complementar trabalhos já desenvolvidos pelo Primeiro Setor, além da promoção de ações setoriais básicas, como é o caso da educação e da saúde³⁷.

Em qualquer dos casos é importante destacar que a decisão do Administrador em optar pela “delegação” da execução de atividades públicas ao Terceiro Setor implica na necessidade de prévia aprovação legal específica, tanto para justificar a previsão e o dimensionamento dos recursos necessários delimitados nas peças de planejamento do Poder Executivo (PPA, LDO e LOA), quanto para definir as condições, forma, critérios e metas desses relacionamentos, pois, ao final de cada exercício, dentre as comprovações regularmente exigidas, deverá o Poder Público contratante/parceiro atestar, por meio de parecer conclusivo, no mínimo:

- o cumprimento das cláusulas do(s) ajuste(s);
- a perfeita contabilização das transações envolvidas;
- a conformidade com a regulamentação que rege a matéria;
- o cumprimento das metas estabelecidas;
- a regularidade dos gastos efetuados;
- as sanções aplicadas na eventual falta de cumprimento de cláusulas;
- a economicidade dos resultados atingidos em face dos objetivos da Política de Governo relacionados ao ajuste e
- outras informações julgadas oportunas.

14.3. Otimização dos recursos públicos aplicados pelo Terceiro Setor

14.3.1. Central de compras de medicamentos e materiais hospitalares

Como dissemos no **item 8 deste Manual** a central de compras é uma das saídas para otimizar os recursos SUS.

Dados divulgados por José Luiz Spigolon indicam que a Confederação das Santas Casas de Misericórdias, Hospitais e Entidades Beneficentes idealizou e terceirizou uma Central de

³⁷ Incisos III e IV do artigo 3º da Lei 9790/99.

Compras, que está localizada em Goiânia (GO), com mais de 350 hospitais integrados (aproximadamente 43.000 leitos). Em 1999 já se registrava uma economia média de 34%.

14.3.2. Financiamentos

Programa de Reestruturação Financeira e Modernização das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos integrantes do SUS. (BNDES/ Caixa Econômica Federal).

14.3.3. Programa de recuperação fiscal – REFIS

Este Programa tem por finalidade a regularização de créditos da União, decorrentes de débitos de pessoas jurídicas, relativos a tributos e contribuições, administrados pela Secretaria da Receita Federal (SRF) e pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com vencimento até 29 de fevereiro de 2000, constituído ou não, inscritos ou não em dívida ativa, ajuizados ou a ajuizar, com exigibilidade suspensa ou não, incluídos os decorrentes de falta de recolhimento de valores retidos.

14.3.4. Programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos

O Ministério da Saúde, considerando a importância e a participação do setor filantrópico no Sistema Único de Saúde-SUS e a crise que atualmente atravessam os hospitais filantrópicos (a exemplo das Santas Casas de Misericórdia), determinada por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial e de gestão dessas unidades hospitalares bem como a necessidade de inseri-las ao processo do sistema localregional de saúde, instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização que oferece alternativas de apoio gerencial para saneamento financeiro dentro da política reformulada para o setor hospitalar. O conjunto de medidas estratégicas para a qualificação da gestão, do processo de descentralização e de atenção à saúde está disposto nas Portarias GM/MS n°s 1721, de 21/09/2005 e 3123, de 07/12/2006, por meio do qual os hospitais filantrópicos aderem ao Programa, possibilitando o incremento dos repasses de recursos (Incentivo de Adesão à Contratualização-IAC) e a contratualização, que é o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar por meio de convênio.

Nesse passo, o convênio³⁸ é o instrumento orientador da relação e dos compromissos entre o gestor e prestador de serviços, acompanhado do necessário plano operativo³⁹ onde são especificadas as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação⁴⁰, com destaque para as políticas prioritárias do Ministério da Saúde, relacionadas às políticas de saúde para as áreas de sangue, transplantes, urgência e emergência, AIDS, humanização, saúde da mulher e da criança, terapia intensiva, pesquisa e gestão do trabalho e da educação para o SUS.

Importante ressaltar que estas entidades devem possuir o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos referido no inciso IV do artigo 18 da Lei Federal nº 8.742, de 07/12/1993, cuja concessão está regulamentada pelo Decreto Federal nº 2.536, de 06/04/1998 e suas alterações.

15. IMPLEMENTAÇÃO, REGULAMENTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA EC 29

O parágrafo terceiro do artigo 198 da Constituição Federal prevê a elaboração de Lei Complementar para disciplinar os dispositivos da Emenda Constitucional 29/00 que vinculou os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de Saúde.

O projeto da mencionada lei encontra-se em trâmite no Congresso Nacional e tem sido objeto de diversas discussões realizadas por, dentre outros, técnicos do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, dos Conselhos de Saúde de todos os níveis, Câmara dos Deputados, Senado Federal, Tribunais de Contas e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas - ATRICON.

³⁸ Modelo anexo à Portaria GM/MS nº 3123/06.

³⁹ Modelo anexo à Portaria GM/MS nº 3123/06.

⁴⁰ Sistema de avaliação de metas, incluindo-se os parâmetros e a valorização adotada com relação ao cumprimento destas metas e seu respectivo impacto financeiro, com validade máxima de 12 (doze) meses.

16. QUEM FISCALIZA AS RECEITAS ADICIONAIS DA SAÚDE?

Fundamentado no inciso VI, do artigo 71 da Constituição, cabe ao Tribunal de Contas da União – TCU fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pelo Governo Federal mediante convênio, acordo, ajuste ou instrumento congênere. Essa ajuda financeira tipifica a chamada transferência voluntária que é o repasse entre esferas de governo sem que para tal exista ordem constitucional ou legal; daí o adjetivo voluntário.

A Lei de Responsabilidade Fiscal, de sua parte, qualifica os repasses SUS como *transferência não-voluntária*, compulsória, portanto⁴¹. Tais recursos pertencem ao Município sendo por ele arrecadados e cabendo, à priori, aos Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios o respectivo controle.

De todo modo, importante destacar, que essa questão não é pacífica. Por isso, prevalece, para todos os efeitos, no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, o Comunicado SDG que, em 25/02/2000, determinou que a prestação de contas de todo e qualquer repasse da União deve ser preparada e mantida na origem, não merecendo, até segunda ordem, exame da Auditoria; para tanto, baseou-se aquele Comunicado em medida liminar obtida pelo TCU contra dispositivos legais que obrigavam os TCE e TCM a fiscalizar repasses à conta do Fundo Nacional de Assistência Social.

No que tange às ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria⁴² para controlar a execução, em conformidade com os padrões estabelecidos; avaliar a estrutura dos processos aplicados e dos resultados alcançados e auditar os procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial. Destaca-se, nesse contexto, sua competência no plano municipal⁴³:

- As ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
- Os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados e

⁴¹ Artigo 25.

⁴² Decreto nº 1651, de 28/09/95.

⁴³ Artigo 5º, III, DF nº 1651/95.

- As ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

17. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: PRINCIPAL MECANISMO DE CONTROLE DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS

A criação dos Conselhos de Saúde atende ao mandamento constitucional que, em princípio, considera publicamente relevantes as ações e serviços de Saúde⁴⁴, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre a sua regulamentação e operacionalidade. Os Conselhos têm caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e estão distribuídos nas três esferas de Governo onde exercem as mesmas funções⁴⁵.

No âmbito do Município temos o Conselho Municipal de Saúde, constituído e formalizado em Lei de iniciativa do Prefeito, aprovada pela Câmara de Vereadores.

Observada a prescrição do artigo 5º, inciso II da CF c.c. os dispositivos da Lei Federal 8142/90 c.c. Decreto 99438/90⁴⁶, nota-se que as atividades do Conselheiro de Saúde têm, no atual ordenamento jurídico, características importantes e essenciais para a utilidade e interesses públicos, sendo, por isso, consideradas gratuitas e não remuneradas pelo Estado.

A organização e o funcionamento dos Conselhos de Saúde devem estar especificados no seu Regimento Interno, que é elaborado pelos Conselheiros e aprovado em reunião plenária do Conselho, em consonância com a legislação vigente e as portarias e resoluções emanadas do Ministério da Saúde. Qualquer alteração deve seguir o mesmo procedimento.

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, por meio da **Resolução - CNS Nº 333**, de 4 de novembro de 2003, **Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde**.

A seguir, transcrevemos as **Diretrizes** da mencionada **Resolução**:

⁴⁴ Artigo 197 da CF/88.

⁴⁵ Artigo 1º, § 2º da LF 8.142, de 28/12/90.

⁴⁶ Artigo 2º, § 5º.

17.1. Definição dos conselhos de saúde

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90.

O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único: Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

17.2. Criação e reformulação dos conselhos de saúde

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de Saúde.

17.3. Organização dos conselhos de saúde

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de Saúde, do governo e de prestadores de servi-

ços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

- I. O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.
- II. Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:
 - a. 50% de entidades de usuários;
 - b. 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
 - c. 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.
- III. A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:
 - a. de associações de portadores de patologias;
 - b. de associações de portadores de deficiências;
 - c. de entidades indígenas;
 - d. de movimentos sociais e populares organizados;
 - e. movimentos organizados de mulheres, em Saúde;
 - f. de entidades de aposentados e pensionistas;
 - g. de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
 - h. de entidades de defesa do consumidor;
 - i. de organizações de moradores.
 - j. de entidades ambientalistas;
 - k. de organizações religiosas;
 - l. de trabalhadores da área de Saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
 - m. da comunidade científica;

- n.** de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
 - o.** entidades patronais;
 - p.** de entidades dos prestadores de serviço de Saúde e
 - q.** de Governo.
- IV.** Os representantes do Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos/entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.
- V.** O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações.
- VI.** A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do Conselheiro.
- VII.** A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.
- VIII.** Quando não houver Conselho de Saúde em determinado Município caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao Executivo Municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.
- IX.** Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).
- X.** A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o Conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

17.4. Estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

- I. O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.
- II. As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, o que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.
- III. A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.
- IV. O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.
- V. O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.
- VI. O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.
- VII. O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

- VIII. As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo da metade mais um de seus integrantes.
- IX. Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.
- X. A cada três meses deverá constar das pautas e ser assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo, dentre outros, andamento da agenda de Saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei nº 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.
- XI. Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.
- XII. O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

17.5. Competência dos conselhos de saúde

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências defi-

nidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

- I. Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.
- II. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.
- III. Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.
- IV. Atuar na formulação e no controle da execução da política de Saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.
- V. Definir diretrizes para elaboração dos planos de Saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.
- VI. Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.
- VII. Proceder à revisão periódica dos planos de Saúde.
- VIII. Deliberar sobre os programas de Saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.
- IX. Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de Saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.
- X. Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

- XI. Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.
- XII. Aprovar a proposta orçamentária anual da Saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias⁴⁷, observado o princípio do processo de planejamento e orçamentos ascendentes⁴⁸.
- XIII. Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.
- XIV. Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.
- XV. Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.
- XVI. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de Saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.
- XVII. Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de Saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.
- XVIII. Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de Saúde.
- XIX. Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

⁴⁷ Artigo 195, § 2º da Constituição Federal.

⁴⁸ Artigo 36 da Lei nº 8.080/90.

- xx. Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de Saúde, pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).
- xxi. Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em Saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.
- xxii. Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da Saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de Saúde, orçamento e financiamento.
- xxiii. Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.
- xxiv. Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de Saúde.

Observação importante: As normas acima expostas, com texto auto-explicativo, trazem o que sugerimos sejam utilizados como parâmetros para proposta de revisão/atualização das leis de Criação dos Conselhos Municipais de Saúde, em idêntica situação à que foi apontada em relação às Leis de criação dos Fundos de Saúde, ou seja, na maioria das vezes o processo de habilitação do Município ocorreu há vários anos e as regras de composição, atribuições e operacionalização dos Conselhos podem não estar adequadas às realidades municipais atuais.

Até aqui vimos que não faltam parâmetros para regular a boa atuação de um Conselho de Saúde; todavia, uma questão pode provocar dúvidas entre membros do Conselho que é a relação de autonomia desse colegiado com a Secretaria Municipal de Saúde.

O Conselho de Saúde é um colegiado que tem sua organização e atuação garantidas por Lei, mas só será legítimo e representativo se atuar com autonomia pois, o primeiro compromisso do Conselho é com o segmento da sociedade que está sendo representado.

O Conselheiro não tem função executiva, ou seja, ele não é um executivo na realização de ações que visem implantar a política de

Saúde ou agilizá-la. Deve sim, participar da formulação da política de Saúde, acompanhar e fiscalizar a sua implantação, incluindo-se aí o encaminhamento das denúncias, quando for o caso.

As denúncias que são apresentadas aos Conselheiros devem ser encaminhadas ao Conselho para discussão e deliberação, cabendo a este repassá-las, por intermédio de seu Presidente, aos órgãos competentes quando for o caso. Se o Presidente do colegiado não o fizer por qualquer razão, os Conselheiros deverão encontrar solução em reunião plenária do Conselho.

Não são poucos os casos em que as Secretarias Municipais de Saúde procuram criar Conselhos manipuláveis de modo a escapar do Controle Social. Isso só acontece em lugares onde a organização popular não é forte o bastante para fazer cumprir a Lei. Em geral, o que se espera dos Conselhos de Saúde é a imparcialidade, a perseverança e livre exercício do poder de decisão no que diz respeito a suas atribuições. Assim, o Conselheiro não pode se intimidar diante de conflitos com o Poder Público, porque seu mandato e conseqüente atuação são garantidos por Lei.

Quando a decisão do Conselho não for acatada pela Municipalidade, como acontece várias vezes e em tantas situações de desrespeito ao interesse público, cabe apelação a instâncias como o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e, principalmente, o Ministério Público, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário e os órgãos de defesa do consumidor.

Por isso é preciso que o Conselheiro conheça bem esses órgãos, sejam eles do Poder Executivo, Legislativo, Judiciário ou o Ministério Público. Não é função de membros do Conselho, embora alguns ainda façam esse tipo de confusão, o encaminhamento individual de demandas aos serviços de Saúde ou a tentativa de resolvê-las.

Observação importante: é sempre recomendável consultar, fazer uso dos documentos auxiliares que o Ministério da Saúde edita. Mencionamos, mais uma vez, o Guia do Conselheiro, integrante de uma série elaborada para o Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde – Comunicação e Educação em Saúde (Série “F”). Nesse caso, destacamos os modelos nele contidos para Estatutos, Atas, Pautas de Reunião, Resoluções, Moções, Recomendações e Deliberações, cuja elaboração é atribuída ao Conselho de Saúde, como resultado de sua competente atuação.

17.6. Planejamento, fiscalização, aprovação e acompanhamento das ações e serviços de saúde por parte dos conselhos

A Portaria MS nº 548, de 12/4/2001, foi expedida com o objetivo de dar orientações gerais para a elaboração e aplicação dos quatro principais instrumentos de gestão previstos na Legislação do SUS: Agenda de Saúde, Plano de Saúde, Quadro de Metas e Relatório de Gestão (indicados no **item 6 deste Manual**).

Considerando a importância daqueles documentos, destacamos que o Conselho Municipal de Saúde deliberará acerca do planejamento das ações e a ele cabe propor critérios para:

- programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhamento da movimentação e destinação dos recursos;
- fiscalização e controle dos gastos;
- análise, discussão e aprovação do relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras e
- fiscalização e acompanhamento das ações e dos serviços de Saúde.

17.7. Capacitação dos conselheiros de saúde

É notório que o desempenho do Conselho de Saúde – espaço de consolidação da cidadania – está relacionado à maneira como seus integrantes se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades de seus segmentos em demandas e projetos de interesse público e como participam da deliberação das políticas locais de saúde.

Diante da relevância pública dessas atividades, comprometidas com a garantia dos direitos sociais, deve-se ressaltar a necessidade da capacitação *contínua* e permanente dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde.

O Ministério da Saúde entende que a capacitação dos Conselheiros de Saúde é de responsabilidade intransferível dos próprios Conselhos, devendo estar voltada para a socialização de informações e conhecimentos e a efetividade do controle social.

A definição dos conteúdos básicos da capacitação deve ser objeto de deliberação pelos plenários dos Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas governamentais, em processos autôno-

mos, de acordo com a realidade local, com a criação de instrumentos de acompanhamento e avaliação dos resultados dessas atividades, tendo em vista que o quê se requer desses Conselhos é a uma dinâmica de funcionamento que varie em conformidade com as relações que se estabelecem entre usuários, gestores, prestadores e trabalhadores de saúde e apresente resultados que contemplem a diferença de interesses de cada segmento, garantindo, ao mesmo tempo, a transparência de relação entre os distintos grupos que o constituem.

Para tanto, a capacitação deve contemplar, dentre outros, os seguintes objetivos-alvo:

- compreensão da estrutura e funcionamento do SUS;
- compreensão ampliada de saúde;
- articulação intersetorial e
- formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida.

Todo esse processo pode ser desenvolvido contando-se com a colaboração de diversas entidades, tais como: Universidades, Núcleos de Saúde, Escolas de Saúde Pública, UNICEF, UNESCO, CEPAM etc., e deve dar conta da intensa renovação de Conselheiros, seja pelo final dos mandatos, seja por decisão da instituição ou entidade quanto à substituição do seu representante. Isto requer, no mínimo, a oferta de material básico informativo e a garantia de mecanismos que ofereçam informações aos Conselheiros recém-empossados.

O Ministério da Saúde, num esforço conjunto com instituições oficiais de ensino, tem enfatizado a necessária capacitação dos membros dos Conselhos de Saúde. Além disso, qualquer Conselho deve criar mecanismos próprios para obtenção e troca de informações, inclusive para a formação de multiplicadores e de arquivos documentais que permitam aos Conselheiros efetivos, suplentes e a seus sucessores estarem conscientes de suas fontes informativas e de suas possibilidades para o pleno exercício de suas funções. As Auditorias realizadas nos Municípios têm freqüentemente constatado a **urgente necessidade de aprimoramento no nível de informação** posto à disposição dos Conselheiros Municipais da Saúde.

Por isso mesmo, nunca é demais lembrar a existência de materiais informativos que se encontram disponíveis para consulta e download na Internet, voltados à difusão dos mecanismos de aprimoramento do SUS e disponíveis no Portal Nacional da Saúde: <http://www.saude.gov.br>. Outras fontes, informatizadas no site <http://www.cns.gov.br> podem ser obtidas, como as seguintes:

- **Guia do Conselheiro.** Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2002;
- **O Guia do Monitor.** Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde;
- **Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde.** Série J. Cadernos Técnicos;
- **A Prática do Controle Social:** Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Série I. História da Saúde no Brasil e O CNS e a Construção do SUS:- referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à Saúde.

17.8. Prestação de Contas Trimestral: Audiência Pública

Segundo o artigo 12 da Lei Federal nº 8.689/93, a Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde, enquanto gestora local do SUS deve, a cada três meses, e, em audiência pública na Câmara dos Vereadores, apresentar relatório sobre o financiamento das ações de saúde, nele demonstradas as fontes dos recursos aplicados, seja os constitucionais da EC 29/00 ou os recebidos da União (SUS).

Dada a importância desse artigo 12, passaremos a reproduzi-lo:

“Artigo 12 – O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública na câmara dos vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e a produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.”

18. EMBARAÇOS PELA NÃO APLICAÇÃO DOS MÍNIMOS PREVISTOS NA EC 29

O Município que não aplicar o percentual mínimo indicado no item 2 deste Manual estará sujeito às seguintes punições:

- intervenção do Estado, conforme o inciso III do artigo 35 da Constituição, já alterada pela Emenda 29;
- retenção de repasses constitucionais da União (FPM, ITR) e do Estado (ICMS, IPVA, IPI/Exportação), tal qual prescreve o inciso II do parágrafo único do artigo 160 da Constituição, já alterada pela Emenda 29 e
- não-recebimento de transferências voluntárias da União ou do Estado, assim como determina a alínea “b” do § 1º do artigo 25 da Lei de Responsabilidade Fiscal.

19. A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Publicada em 05/05/2000, a Lei Federal Complementar nº 101 repercute intensamente sobre as finanças públicas mas, tendo em conta sua relevância social, o setor saúde foi poupado, em boa parte, das medidas fiscais de contenção. Senão vejamos:

- A compensação financeira para despesas obrigatórias continuadas⁴⁹ não se faz necessária quando o Município expande, quantitativamente, suas ações e serviços de saúde⁵⁰;
- Caso as metas fiscais estejam comprometidas e, por isso, o Município precise limitar despesas, as da Saúde não podem sofrer qualquer restrição, visto que derivam de obrigação constitucional (EC nº 29) e legal (legislação SUS); tudo isso conforme o § 3º do artigo 9º da LRF;
- Os recursos da Saúde, de natureza vinculada que são, não podem ser utilizados em outra finalidade, mesmo após o encerramento do exercício em que foram arrecadados⁵¹;
- Nos 180 dias que ultimam o mandato do Prefeito, pode acontecer a contratação de servidores temporários para o

⁴⁹ Artigo 17.

⁵⁰ Artigo 24, § 1º, II.

⁵¹ Parágrafo único do artigo 8º.

Programa de Saúde da Família ou dos Agentes Comunitários da Saúde, desde que o respectivo convênio tenha sido celebrado em época anterior. Assim, a vedação do parágrafo único do artigo 21 da Lei Fiscal não alcança tais admissões que advêm, na verdade, de obrigação assumida, mediante convênio com a União, antes dos tais 180 dias. No caso, o convênio é o instrumento que, de fato, materializa a geração da despesa. Ademais, o gasto em destaque estará amparado por recursos suplementares, o que pode manter a despesa de pessoal na mesma posição relativa, isto frente à receita corrente líquida, o denominador comum da LRF;

- O corte de transferências voluntárias para o setor Saúde não pode ser utilizado como punição a transgressões fiscais⁵²;
- O Município que deixar de aplicar o mínimo constitucional da Saúde não receberá transferência voluntária da União ou do Estado⁵³ e
- O Município não habilitado às gestões SUS precisa de autorização específica na lei de diretrizes orçamentárias e em convênio, no intento de custear parte ou toda a despesa de manutenção de próprios federais ou estaduais (hospitais, prontos-socorros, postos de saúde)⁵⁴.

20. RELATÓRIOS DE GESTÃO

Embora tenhamos explorado no item 6 deste Manual o documento “Relatório de Gestão”, que é peça integrante do Plano Municipal de Saúde, entendemos de bom alvitre ressaltá-lo mais uma vez em item próprio, tendo em vista sua significativa importância. Referido relatório traduz os resultados financeiros e operacionais alcançados no período e deve ser elaborado pelo Gestor de Saúde, nos termos da Portaria MS/GM 548/2001. Sua função é primordial para avaliação do cumprimento dos objetivos do Quadro de Metas e da aplicação dos recursos em cada exercício anual pela esfera governamental, submetido e referendado junto ao Conselho de Saúde.

⁵² Artigo 25, § 3º.

⁵³ Artigo 25, § 1º, III, b.

⁵⁴ Artigo 62, I e II.

Esse Relatório, elaborado a partir da matriz de informações constituída pelo Quadro de Metas da Saúde, destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS às suas instâncias formais e ao Legislativo, ao Ministério Público e à Sociedade como um todo. Este instrumento deve possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada. Esse relatório proporciona ainda subsídios para avaliação e para a confecção das Agendas de Saúde e, subseqüentemente, dos Planos de Saúde.

Com a mesma periodicidade dos Quadros de Metas, a formulação do Relatório também é anual.

Os elementos típicos do Relatório de Gestão são:

- Diagnóstico situacional, ao qual se agregam às prioridades estabelecidas;
- Análise estratégica com a elaboração de um quadro-síntese das metas e da programação em Saúde, de modo que se possa comparar o previsto no Quadro de Metas com os recursos financeiros aplicados.

O acompanhamento orçamentário-financeiro do Relatório de Gestão também deve ser realizado por meio das planilhas e indicadores disponibilizados pelo SIOPS, um sistema eletrônico de processamento de dados que será objeto de comentário, a seguir.

21. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – SIOPS

Criado pela Portaria Interministerial nº 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, divulga as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembléias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Trata-se de um sistema eletrônico de processamento de dados a ser alimentado periodicamente pelo Município, estando disponí-

vel para *download* no endereço <http://www.datasus.gov.br/siops>, com o objetivo de informar as receitas municipais e as despesas realizadas na área da Saúde e saneamento.

Destacamos que, com os dados alimentados, é possível emitir duas cartas, uma dirigida ao Prefeito e outra ao Conselho de Saúde, onde são apresentados os principais percentuais de aplicação de recursos na Saúde (próprios e transferidos pelo SUS) apurados pelo programa.

As Instruções Consolidadas nº 2/2002 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo determinam que, juntamente com a prestação de contas anual do Município, seja encaminhada cópia do protocolo da remessa eletrônica dessas informações ao Ministério, que deve vir acompanhada pela cópia da carta dirigida aos Conselhos de Saúde, devidamente vistada por seus membros. Chamamos a atenção para essa determinação pois considerando que os membros do Conselho exercem a fiscalização dos recursos precedentemente ao Tribunal de Contas, supõe-se que a assinatura naquela carta traduza fielmente o acompanhamento e o controle dos resultados nela indicados, fruto das informações prestadas pelo Município como consequência da execução orçamentária e financeira dos recursos da Saúde.

Na mesma lógica agiu o TCESP ao determinar também que integrem as prestações de contas anuais dos Municípios cópias dos resumos das Folhas de Pagamento da área da Saúde, vistadas pelos membros dos seus Conselhos.

22. AUDITORIA DO TRIBUNAL DE CONTAS SOBRE AS CONTAS MUNICIPAIS

22.1. Documentação exigida para prestação de contas

As Instruções Consolidadas 02/2002 do TCESP solicitam ao Município, em seu artigo 1º, vários documentos para evidenciação da origem e a da aplicação de recursos na Saúde, a saber:

INSTRUÇÕES Nº 02/2002 ÁREA MUNICIPAL

CAPÍTULO I DAS PREFEITURAS SEÇÃO I

Das Contas

Artigo 1º - Para fins de fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, quanto à legalidade, legitimidade e economicidade, exercida por meio do controle externo, e emissão de parecer prévio sobre as contas anuais das prefeituras, bem como apreciação dos atos praticados por seus ordenadores de despesa, administradores, gestores e demais responsáveis por bens e valores públicos, deverá ser encaminhada a este Tribunal, até o dia 31 (trinta e um) de março, a seguinte documentação, relativa ao exercício anterior:

(...)

- XVI. cópia do boletim de caixa e bancos de 31 (trinta e um) de dezembro e respectiva conciliação bancária, identificando as contas de depósito:
 - a. na área da Saúde:
 - 1. dos recursos próprios;
 - 2. dos recursos do Sistema Único de Saúde - SUS;
 - 3. dos demais recursos.
- XVII. relação de restos a pagar, identificando os valores processados e os não processados, destacando separadamente:
 - a. na área da Saúde:
 - 1. empenhados com recursos próprios;
 - 2. empenhados com recursos do SUS;
 - 3. empenhados com outros recursos.
- XVIII. cópia dos balancetes da receita e da despesa de dezembro, inclusive extra-orçamentária, abrangendo os fundos especiais;
- XXI. relação das licitações realizadas, separadas por modalidade, constando nº do processo, nº da licitação, data da abertura, objeto, vencedor(es), valor e data de eventual contrato, identificando as pertinentes à Saúde e ao Ensino;
- XXII. relação das despesas efetuadas com dispensa ou inexistência de licitação, nos casos enquadrados na exigência de ratificação do ato (artigo 26 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações), constando número do processo, data da abertura, objeto, valor, fornecedor e data

- da publicação da ratificação, identificando as pertinentes à Saúde e ao Ensino;
- XXIII. relação dos contratos, inclusive aditamentos, convênios e operações de crédito firmados no exercício, mencionando nº do ajuste, data, interessado, objeto, valor, modalidade da licitação ou fundamento da dispensa ou inexigibilidade;
 - XXVII. relação dos auxílios, subvenções e contribuições recebidos do Estado, constando órgão concessor, objeto, valor e data do recebimento;
 - XXVIII. relação dos auxílios, subvenções e contribuições recebidos da União para a área da Saúde, constando: órgão concessor, objeto, valor e data do recebimento, quando couber;
 - XLII. cópia do Plano Municipal de Saúde e sua respectiva aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS;
 - XLIII. cópia da lei de criação do Fundo Municipal de Saúde - FMS;
 - XLIV. cópia da lei de criação do CMS;
 - XLV. cópia da portaria que habilitou o Município no modelo de atenção e da gestão do SUS;
 - XLVI. protocolo de entrega da Programação Pactuada Integrada - PPI;
 - XLVII. certidão contendo a composição do CMS, bem como sua respectiva representatividade distribuída entre usuários, trabalhadores de Saúde e prestadores de serviços;
 - XLVIII. cópia dos pareceres do CMS sobre as fiscalizações e acompanhamento do desenvolvimento das ações e serviços da Saúde;
 - XLIX. resumo anual da folha de pagamento da Saúde vistada pelos membros do CMS;
 - L. declaração expedida pelo CMS indicando se foram apreçadas eventuais denúncias, consultas sobre assuntos pertinentes às ações e serviços de Saúde;
 - LI. cópia das atas das audiências públicas trimestrais realizadas na câmara municipal para apreciação dos relatórios financeiros e operacionais da Saúde;

- LII. cópia do protocolo de entrega dos relatórios do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos SIOPS, enviados ao Ministério da Saúde e
- LIII. carta dirigida ao CMS, devidamente assinada por seus membros.

Além disso, deve o Poder atentar às disposições do Aditamento nº 4/05 às Instruções 1 e 2, de 2002 que, a partir de 1º de janeiro de 2006, passaram a reger a prestação de contas de todo e qualquer repasse efetuado a entidades privadas sem fins lucrativos.

22.2. Utilização dos dados fornecidos pelos Municípios ao SIOPS

Conforme mencionamos no **subitem anterior**, as Instruções do TCE/SP requerem o comprovante de entrega municipal dos relatórios do SIOPS junto à prestação de contas anual. A Diretoria de Tecnologia da Informação deste Tribunal recebe do DATASUS arquivos contendo parte dos dados enviados pelos Municípios para disponibilizar às equipes de auditoria uma planilha de cada Poder Executivo, que é utilizada como parâmetro de cálculos dos valores respectivamente destinados ao financiamento das ações e serviços públicos em saúde e que vem sendo juntada ao processo de prestação de contas anual como subsídio do relatório da auditoria.

22.3. Relatório da auditoria

É atribuição das equipes de Auditoria do nosso Tribunal incluir no Relatório das Contas Anuais do Executivo um item específico sobre os recursos destinados à Saúde. Os trabalhos de fiscalização, em síntese, buscam evidenciar:

- O percentual de aplicação das Receitas e Transferências de Impostos e
 - O percentual aplicado das receitas adicionais (SUS).
- Além disso, o Relatório tece considerações sobre:
- O Plano Municipal de Saúde;
 - A remessa de dados ao Ministério da Saúde (SIOPS);
 - Eventuais glosas;
 - Controle dos recursos por meio do Fundo Municipal de Saúde;
 - Composição e Atribuições do Conselho Municipal de Saúde.

23. GLOSSÁRIO DE SIGLAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

AIH	Autorização de Internações Hospitalares
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo/complexidade
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
FAE	Fração Assistencial Especializada
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GTS	Gasto Total com Saúde
GTM	Gasto Total do Município
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICRS	Índice de Comprometimento da Receita SUS
IGM	Índice do Gasto com Medicamentos
IGMS	Índice de Gasto Municipal com Saúde
IGPS	Índice do Gasto Com Pessoal em Saúde
IVH-E	Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
IVR	Índice de Valorização de Resultados
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDAVS	Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRM	Participação das Receitas Municipais no SUS
PSF	Programa de Saúde da Família
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapêutica
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos e Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIPNASS	Sistema do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos em Saúde
SISVAN	Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFA	Teto Financeiro de Assistência
TFAE	Teto Financeiro de Assistência do Estado
TFAM	Teto Financeiro de Assistência do Município
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFGM	Teto Financeiro Global do Município
TFVS	Teto Financeiro para Vigilância Sanitária
WHO	World Health Organization

24. BIBLIOGRAFIA

- BRASIL: Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. *Missão, Valores e Visão*. Vigilância Sanitária, Brasília-DF.
- BRASIL: Banco do Brasil. *Repasse de Recursos a Estados e Municípios*. 1999.
- BRASIL: Ministério da Saúde. *Carta Final da 11ª Conferência nacional de Saúde*. Internet.
- BRASIL: Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde On-line*. O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde. www.datasus.gov.br.
- BRASIL: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2002. *A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS*. Série I. História da Saúde no Brasil nº 1.
- BRASIL: Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde*. Série J. Cadernos Técnicos no 6/ Conselho Nacional de Saúde, Fevereiro/2002.

- BRASIL: Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde*. Série Cadernos Técnicos do Conselho Nacional de Saúde maio/2000. 2ª edição Brasília.
- BRASIL: Ministério da Saúde. Fundo Municipal de Saúde. *Guia de referências para sua criação e organização*. Secretaria de Assistência à Saúde
- BRASIL: Ministério da Saúde. *Guia do Conselheiro. Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2002.
- BRASIL: Ministério da Saúde. Guia do Monitor. *Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2002.
- BRASIL: Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, 1999. 3ª Edição.
- BRASIL: Ministério da Saúde. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite.
- BRASIL: Ministério da Saúde. O Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil.
- BRASIL: Ministério da Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS* → Caminhos para a Educação Permanente em Saúde → Pólos de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Setembro de 2003.
- BRASIL: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2002. *XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde*. Manual do Participante. Série D. Reuniões e Conferências
- BRASIL: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2003. *O CNS e a Construção do SUS. Referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à Saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- BRASIL: Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde. *Normas de financiamento de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios*. Orientações Técnicas 2001/2002. 4ª Edição. Série A, nº 74.
- BRASIL: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2002.
- CAETANO, Walter Penninck Caetano e outros. *Saúde Gestão Municipal*. CONAM, outubro de 1998.
- II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde Tema 8. *Operacionalização da NOB/96: participação dos Conselhos de Saúde*.
- JR., J. Teixeira Machado e REIS, Heraldo da Costa. *A Lei 4.320 Comentada*, 2000.

MENDES, Áquilas. *A Saúde na Emenda Constitucional 29*. Artigo publicado na Resenha Econômica do CEPAM Fundação Prefeito Faria Lima, nº 44, outubro de 2000.

PACS/PSF www.portalnacional.com.br.

PEC da SAÚDE www.conselho.saude.gov.br.

Portaria MS nº 548, de 12/04/2001 aprova o documento Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS.

Recursos Humanos e Saúde www.conselho.saude.gov.br.

Relatório das Plenárias e Conferências Estaduais de Saúde para a 11ª Conferência Nacional de Saúde Brasília, dezembro 2000.

Resenha Econômica CEPAM ano 4, nº 44 outubro de 2000.

Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 322, de 08/05/2003 aprova Diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional 29.

Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 333, de 04/11/2003 aprova Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Saúde Gestão Municipal. Consultoria em Administração Municipal – CONAM, 1998.

SPIGOLON, José Luiz. A Filantropia no 3º Milênio. 2º Fórum Nacional de Debates.

Vigilância Sanitária Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

VIIIª Conferência Nacional de Saúde Princípios e Diretrizes Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - MG. www.conselho.saude.gov.br.

25. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, de 13/09/2000

Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do artigo 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Artigo 1º A alínea e do inciso VII do artigo 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 34.....”

“VII-.....”

“e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.” (NR)

Artigo 2º O inciso III do artigo 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 35.....”

“III não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;” (NR)

Artigo 3º O § 1º do artigo 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 156.....”

“§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o artigo 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:” (NR)

“I ser progressivo em razão do valor do imóvel; e” (AC)

“II ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel.” (AC)

“.....”

Artigo 4º O parágrafo único do artigo 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 160.....”

“Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:” (NR)

“I ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;” (AC)

“II ao cumprimento do disposto no artigo 198, § 2º, incisos II e III.” (AC)

Artigo 5º O inciso IV do artigo 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 167.....”

“IV a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os artigos 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção

e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos artigos 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no artigo 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

"....."

Artigo 6º O artigo 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Artigo 198....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Artigo 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte artigo 77:

"Artigo 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

“I no caso da União:” (AC)

“a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;” (AC)

“b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto PIB;” (AC)

“II no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e” (AC)

“III no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.” (AC)

“§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.” (AC)

“§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.” (AC)

“§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no artigo 74 da Constituição Federal.” (AC)

“§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o artigo 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.” (AC)

Artigo 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

imprensaoficial

IMPrensa OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO

projeto gráfico e capa

Guen Yokoyama

editoração gráfica

Fatima Consales

Fernanda Buccelli

Marli Santos de Jesus

Vanessa Merizzi

formato 160 x 230 cm

tipologia Din 1451 Std, Perpetua e Utopia

papel miolo Offset 90 g/m²

papel capa Cartão Triplex 250 g/m²

número de páginas 96

tiragem 3000

editoração, ctp, impressão e acabamento

imprensaoficial

Rua da Mooca, 1921 São Paulo SP
Fones: 6099-9800 - 0800 0123401
www.imprensaoficial.com.br

apoio gráfico

Imprensa oficial