



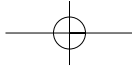
**TRIBUNAL DE CONTAS
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Guia de orientação
aos membros do
Conselho Municipal
de Saúde

apoio gráfico

imprensaoficial

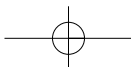
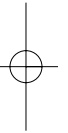
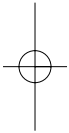
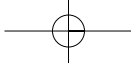
MANUAL BÁSICO 2004

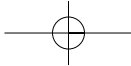


MANUAL BÁSICO

GUIA DE ORIENTAÇÃO AOS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

2004





CONSELHEIROS

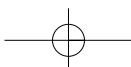
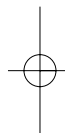
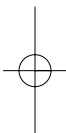
RENATO MARTINS COSTA
Presidente

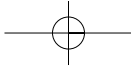
CLÁUDIO FERRAZ DE ALVARENGA
Vice-Presidente

ROBSON RIEDEL MARINHO
Corregedor

ANTONIO ROQUE CITADINI
EDUARDO BITTENCOURT CARVALHO
EDGARD CAMARGO RODRIGUES
FULVIO JULIÃO BIAZZI

2004





SUPERVISÃO

SÉRGIO CIQUERA ROSSI
Secretário-Diretor-Geral

COORDENAÇÃO

PEDRO ISSAMU TSURUDA
Diretor-Técnico do DSF - I
ALEXANDRE TEIXEIRA CARSOLO
Diretor-Técnico do DSF - II

ELABORAÇÃO

SILVANA DE ROSE

COLABORAÇÃO

RENNO GIFONI
JOSÉ ROBERTO F. LEÃO
HERLY S. DE ANDRADE GALLI

JULHO DE 2004

APOIO GRÁFICO

imprensaoficial

PROJETO GRÁFICO

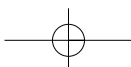
EDSON LUIZ MODENA

CAPA

SOLANGE A. C. BRIANTI

EDITORAÇÃO GRÁFICA

MARLI SANTOS DE JESUS



APRESENTAÇÃO

A sociedade está integrada à filosofia implantada no texto constitucional de 1988 pela criação do Sistema Único de Saúde-SUS, regulamentado pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, que disciplinam e criam Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias agregadas ao Sistema.

Observa-se, nas normas vigentes, que a atividade comunitária no SUS tem sido ampliada pela participação dos Conselhos Municipais no controle social do desenvolvimento das ações e serviços públicos de Saúde, quer seja pelos movimentos organizados ou pela proposição, definição, fiscalização e avaliação da política sanitária em sua esfera e de forma permanente. Tal fato evidencia que a democratização da assistência médica só será possível como resultante das ações objetivas e concretas deflagradas pelas intervenções oriundas da própria área social.

O Controle Social deve ser exercido pelos Conselhos de Saúde, de forma responsável, visando a melhor qualidade das ações de saúde e otimização dos recursos aplicados, com a publicidade, moralidade e economicidade exigidas pela Constituição Federal. Esses objetivos serão atingidos a partir do conhecimento do processo orçamentário no Setor Público, constituído pelas fases ou momentos seguintes:

- No primeiro ano de mandato do Chefe do Executivo é preciso elaborar, discutir e aprovar o Plano Plurianual-PPA, com encaminhamento até 31/08 ao Poder Legislativo. O PPA define as linhas mestras da governabilidade;
- Encaminhamento da proposta da Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO ao Legislativo para aplicação no ano seguinte. A LDO é um detalhamento do PPA;
- Elaboração da proposta orçamentária para o ano seguinte, com base em regras já definidas na LDO. A proposta orçamentária, a ser discutida e aprovada pelo Poder Legislativo, deve atender às necessidades de todos os órgãos setoriais, incluídos os da Saúde, cujas reivindicações foram previamente referendadas pelos Conselheiros Municipais de Saúde;
- O acolhimento da proposta orçamentária pelo Legislativo transforma-se em Lei Orçamentária Anual, pela sanção do Executivo, com ou sem vetos, sendo que em caso de veto cabe novamente ao Poder Legislativo apreciá-la, derrubá-la ou mantê-la. Encerrada essa etapa, o Orçamento definitivamente aprovado será executado pelos Órgãos Públicos e suas Unidades correspondentes;
- Gerido o Orçamento Anual descrito na respectiva Lei de Meios ou Lei Orçamentária, temos a seguir episódios de prestações de contas sob responsabilidade das autoridades municipais às instâncias de Controle Social identificáveis, exemplarmente, pelos Tribunais de Contas, Poder Legislativo, Conselhos de Saúde e outros colegiados estabelecidos pela ordem jurídica.

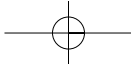
Os Conselhos de Saúde são órgãos de caráter permanente, deliberativos e fiscalizadores da execução da política de Saúde, inclusive sob os aspectos econômico e financeiro. Seus integrantes precisam participar de todas as etapas, de modo a poder influir, criticar e acompanhar a execução do Planejamento de Saúde de seu Município.

O Conselheiro da Saúde, ao trazer para seu colegiado toda a sua experiência pessoal, respeitadas as diferenças e especificidades próprias de cada comunidade, deverá reunir esforços e conhecimento para solucionar fatos transitórios ocorrentes no modelo de atendimento da Saúde, tais como:

- fracionamento exagerado e injustificado da integralidade das ações e serviços de Saúde em várias atividades com financiamentos específicos;
- exacerbações normativas e controlistas pela emissão contínua de inúmeras resoluções, portarias, decretos reguladores;
- atenção, cuidados e perseverança na aplicação das normas e regulamentos já existentes e considerados eficientes e eficazes;
- ênfase na importância do estabelecimento do custo/benefício apurado nas ações de Saúde, pela inter-relação de valores dos repasses, conjugados ao custo das ações, a qualidade dos serviços prestados e a pronta resolutividade do Setor;
- avaliação correta da profundidade e abrangência dos compromissos pactuados em razão dos tetos financeiros previstos e realmente obtidos;
- estrutura racional da oferta de serviços possível, a começar dos Serviços Ambulatoriais, subordinada às necessidades da população local e da captada junto aos Municípios limítrofes e com acentuada carência. As necessidades regionais serão satisfeitas, a seu tempo, por iniciativas estabelecidas pela política nacional de Saúde;
- estabelecimento de ações de informação, educação e comunicação em Saúde e divulgação das funções e competências do Conselho Municipal de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação possíveis e existentes, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;
- apoio e promoção da educação para o Controle Social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos básicos e teóricos da Saúde; a situação epidemiológica; a organização do SUS e o funcionamento dos seus serviços; as atividades e competências dos Conselhos de Saúde; a legislação vigente e seus reflexos sobre as políticas sanitárias, os orçamentos públicos e as formas de financiamento.

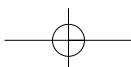
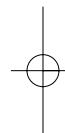
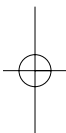
Ao apresentarmos este inédito *Guia de Orientação aos Membros do Conselho Municipal de Saúde*, visamos contribuir construtivamente para a plena implantação das ações e serviços de Saúde promovidos pela intensa participação da Sociedade brasileira. Os conceitos ora reunidos e emitidos são adequados à legislação vigente e aos princípios da Administração Pública moderna.

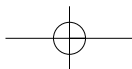
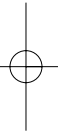
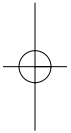
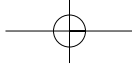
RENATO MARTINS COSTA
Presidente



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	09
TIPOS DE GESTÃO DO SUS	10
FUNDO DE SAÚDE: O CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO	11
O que é um Fundo Especial?	12
Quais as suas características básicas?	12
O Fundo de Saúde possui personalidade jurídica?	13
Qual a constituição orçamentária do Fundo de Saúde?	13
Como deve ser a movimentação financeira do Fundo de Saúde?	13
Quem é o ordenador das despesas realizadas com recursos do Fundo de Saúde?	14
Há uma ordem cronológica para o pagamento dos compromissos assumidos com recursos do Fundo de Saúde?	14
Como são registradas as despesas do Fundo de Saúde?	15
IMPLEMENTAÇÃO, REGULAMENTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29	16
Qual é a base de cálculo municipal para os fins da EC 29?	16
Qual é a parcela mínima que deve ser aplicada?	17
O que são ações e serviços públicos de Saúde?	18
Que ações e serviços públicos devem ser considerados na Saúde?	19
Que ações e serviços públicos NÃO devem ser considerados na Saúde?	20
CONSELHO DE SAÚDE: O PRINCIPAL MECANISMO DE CONTROLE DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS	21
Da definição dos Conselhos de Saúde	21
Da criação e reformulação dos Conselhos de Saúde	22
Da organização dos Conselhos de Saúde	22
Da estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde	24
Da competência dos Conselhos de Saúde	26
Organização dos Conselhos de Saúde (Terceira Diretriz, Item V): Elaboração do Regimento Interno	29
Estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde (Quarta Diretriz, Item X): Realização de Audiência Pública	32
Competência dos Conselhos de Saúde (Quinta Diretriz, Itens XI a XVI): Planejamento, fiscalização, aprovação e acompanhamento das Ações e dos Serviços de Saúde	32
CAPACITAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE	33
CONSIDERAÇÕES SOBRE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO, CONTROLE E PRESTAÇÃO DE CONTAS	34
Relatório de Gestão	34
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde – SIOPS	34
Hipóteses de descumprimento da EC 29	35
Auditoria do Tribunal de Contas	35
I – Documentação exigida para prestação de contas	35
II – Relatório da Auditoria	38
REFERÊNCIAS LEGAIS E BIBLIOGRÁFICAS	38







INTRODUÇÃO

A Constituição Federal reservou um capítulo para a Seguridade Social e reconheceu, no artigo 194, que a sociedade deve participar no desenvolvimento de ações, juntamente com o Poder Público, para assegurar os direitos relativos à Saúde, dentre outros.

As ações e serviços de Saúde devem ser organizados pelo Poder Público e constituídos em um sistema único, atualmente denominado **SUS: Sistema Único de Saúde**.

O SUS está sendo desenvolvido visando as seguintes metas:

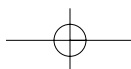
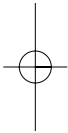
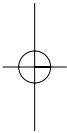
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

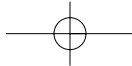
Com certeza, são objetivos amplos e desafiadores uma vez que estão assumidos compromissos que pretendem alcançar a *universalidade da cobertura e do atendimento* e a *uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais*, mediante políticas sociais e econômicas objetivando:

- a redução do risco de doença e de outros agravos;
- o acesso universal e igualitário às ações e serviços de Saúde para a sua promoção, proteção e recuperação.

Sua produção deve ocorrer através de uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Parte desse processo encontra-se regulamentado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 1/2001 do Ministério da Saúde, por meio do qual toda uma pactuação deve ocorrer a fim de garantir que as regiões organizadas sejam capazes de gerar a plena quantidade de serviços demandados, aproveitando as potencialidades de cada Município integrado, estabelecendo as projeções e metas para eliminação das deficiências de produção e fixando condições para a articulação entre aqueles que devem atrair os usuários para os serviços que se comprometem a oferecer.

Quando se fala de promoção da Saúde pela construção de um processo pactuado e integrado de medidas, reporta-se inicialmente a toda uma fase de planejamento que deve ocorrer no âmbito da Administração Pública local, validada por um grupo de pessoas afins - o *Conselho de Saúde*, de modo que a sua execução ao longo de cada exercício possa ser mensurada, comparada com exercícios anteriores, projetada para exercícios futuros e avaliada por seus idealizadores, executores, usuários e demais controladores externos.





10 Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

Nesse passo, os Conselhos de Saúde foram definidos pelas Leis Federais 8.080/90 e 8142/90 como órgãos de Controle Social do SUS, junto com as Conferências de Saúde, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Com o objetivo de estabelecermos os parâmetros para o exercício desse controle, vamos então reunir as principais fases que compõem o processo de descentralização do Sistema.

O Ministério da Saúde, como principal regulador, estabeleceu que para cada Município participar da gestão integrada do SUS e receber recursos diretamente da União deve atender aos requisitos de habilitação que é um processo de reconhecimento da capacidade municipal de gerenciar um dos tipos pré-definidos de atenção à Saúde: Gestão da Atenção Básica (*GPAB*), Gestão da Atenção Básica Ampliada (*GPAB-A*) e Gestão Plena do Sistema Municipal (*GPSM*).

Dentre todas as informações e documentos que os Municípios apresentam para a obtenção da Portaria de Habilitação, destacam-se a Lei de criação do Fundo e a Lei de criação do Conselho Municipal de Saúde.

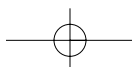
Os conceitos dessas etapas e a operacionalização do **Fundo de Saúde** e do **Conselho de Saúde** são os assuntos deste documento.

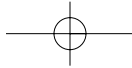
TIPOS DE GESTÃO DO SUS

Como se pode observar, o tipo de gestão define os tipos de repasse a serem feitos pelo Ministério da Saúde ao Município habilitado. Eles representam, na mesma medida, cada serviço ou programa que o Município desenvolve em seu território.

Para corroborar a assertiva anterior, é importante saber que:

- Todos os Municípios recebem o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo), pois este é calculado de acordo com o número de habitantes: 2003 = R\$ 10,00 *per capita* (é o que disciplina a Norma Operacional Básica 1/96 do Ministério da Saúde - NOB 1/96 e alterações posteriores);
- Ao PAB fixo podem ser acrescidos valores variáveis que representam incentivos ao desenvolvimento de serviços ou atividades específicas para os quais o Município se habilitou, além do escopo da Atenção Básica. São os chamados PABs Variáveis, como por exemplo: PSF, PACS etc. O nome da conta de repasse é geralmente similar ao nome do respectivo programa;
- Os Municípios que estão na Plena do Sistema Municipal recebem, além do PAB Fixo e dos PABs Variáveis, o Teto Financeiro da Assistência, destinado ao financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade;





- Quando os Municípios estão habilitados apenas para a Atenção Básica e desenvolvem um procedimento de média e/ou alta complexidade, o repasse para o custeio dessas atividades é de responsabilidade do Estado.

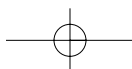
Dentro das perspectivas acima há ainda outra possibilidade: o Município pode adequar o seu sistema de gestão para além da atenção básica, porém, sem atingir a Plena do Sistema, ao serem definidas áreas de atuação estratégicas mínimas para a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (definido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2001) e que poderá dar ao Município o direito de receber recursos para esses fins: o Piso da Atenção Básica Ampliada - PABA. Os Municípios que hoje já recebem o PAB Fixo em valor superior ao PAB Ampliado não sofrem alteração no valor *per capita* do PAB Fixo a eles destinado.

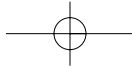
FUNDO DE SAÚDE: O Controle Orçamentário e Financeiro

A Emenda Constitucional n.º 29, de 13/09/2000, tornou obrigatória a movimentação financeira de todos os dinheiros da Saúde por intermédio de um fundo especial, corroborando as disposições contidas na lei que criou o SUS (Lei 8080/90), onde se vê a determinação para que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde sejam depositados em *conta(s) especial(is)*, em cada esfera de sua atuação, e movimentados **sob fiscalização** dos respectivos Conselhos de Saúde (artigo 33), transferidos automaticamente a partir da distribuição da receita efetivamente arrecadada que ingressa no Fundo Nacional de Saúde - FNS (artigo 34), para cobertura das ações e serviços de Saúde a serem implementados pelos Municípios, consoante inciso IV do artigo 2º da Lei n.º 8142/90, de acordo com as regras estabelecidas no Decreto n.º 1232, de 30/08/94.

Dentre as condições e formas delineadas no referido decreto, destacamos o seu artigo 2º que condiciona as transferências do SUS 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, disciplinado na EC 29.

Assim, o Fundo Municipal de Saúde é o braço financeiro de toda e qualquer política de Saúde que se desenvolva no Município. Não há que se falar em fontes de financiamento para a Saúde que não estejam por ele controladas; até mesmo os recursos que são transferidos da Prefeitura para seus Entes da Administração Indireta (Ex. Autarquias, Fundações etc). 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:





O QUE É UM FUNDO ESPECIAL?

Na dinâmica da Administração Pública, alguns programas de trabalho são 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 da Lei do Fundo, vincula, associa, “*amarra*” determinadas receitas públicas a atividades tidas como especiais.

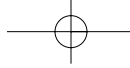
Enquanto que para outro setor da atividade pública não importa a origem dos recursos que lhe financiam as ações (impostos próprios, impostos transferidos, aluguel do patrimônio físico, dentre outros), o Fundo dispõe de receitas definidas, marcadas, “*carimbadas*”. Aconteça o que acontecer, tais rendas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

QUAIS AS SUAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS?

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

- instituem-se através de lei, que é sempre de iniciativa do Poder Executivo (inciso IX do artigo 167/CF);
- 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 8.º da Lei de Responsabilidade Fiscal confirma tal pressuposto);
- contam com normas especiais de controle e prestação de contas.

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.*



O FUNDO DE SAÚDE POSSUI PERSONALIDADE JURÍDICA?

O Fundo especial dispõe de personalidade jurídica. Todas as obrigações assumidas com os recursos nele disponíveis são de responsabilidade do Município.

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

Assim sendo, compromissos firmados e danos provocados por esse instrumento orçamentário são, os dois, de responsabilidade do Prefeito e do gestor municipal da Saúde/presidente do Conselho de Saúde.

QUAL A CONSTITUIÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO FUNDO DE SAÚDE?

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 29 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).

COMO DEVE SER A MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA DO FUNDO DE SAÚDE?

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.

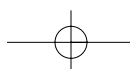
Com relação aos montantes da receita própria de impostos, a entrega dos recursos pertencentes ao Fundo acontece mediante simples repasse de tesouraria, da conta bancária central para a conta vinculada do Fundo, sem a qual não haverá a necessária transparência do cumprimento da EC 29.

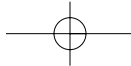
Trata-se, portanto, de simples movimento entre contas do Ativo Financeiro; isto, claro, não é despesa; dispensa emissão de empenho, que só se materializa quando o Fundo realiza, de fato, suas próprias despesas.

Já para receber 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;





14 Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

Fundo Municipal de Saúde - FMS “Município”, desdobrada nos PABs Variáveis (PSF, 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.*

QUEM É O ORDENADOR DAS DESPESAS REALIZADAS COM RECURSOS DO FUNDO DE SAÚDE?

Segundo conceitua o artigo 80 do ainda válido Decreto-lei n.º 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 SUS (artigo 9.º da Lei n.º 8080/90), 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.

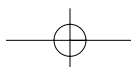
HÁ UMA ORDEM CRONOLÓGICA PARA O PAGAMENTO DOS COMPROMISSOS ASSUMIDOS COM RECURSOS DO FUNDO DE SAÚDE?

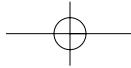
Conforme o artigo 5.º da Lei 8.666, de 21/6/1993, o instituto da ordem cronológica de pagamentos tem como marco divisor a “*fonte diferenciada de recursos*”.

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.

Dessa forma, o Fundo Municipal de Saúde constitui fonte diferenciada de recursos com 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.

Essas condições devem também ser levadas ao cumprimento das disposições contidas nos artigos 24 a 27 das Instruções Consolidadas TCESP n.º 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 (inde-





pendentemente 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.

COMO SÃO REGISTRADAS AS DESPESAS DO FUNDO DE SAÚDE?

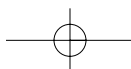
A despesa do Fundo realiza-se como qualquer outra despesa pública. Integrante da Administração Centralizada, não há por que o Fundo dispor de uma estrutura própria para processamento de sua despesa, exceto nos casos em que o alto volume de recursos justifique tal especialização.

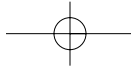
Nesse passo, não há por que o Fundo dispor de contabilidade própria e/ou sistema de processamento eletrônico diferenciado, visto que toda a sua movimentação orçamentária e patrimonial será incorporada à Contabilidade Geral do Município. Isso não dispensa a elaboração de relatórios individualizados que 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 MS nº 059/GM, de 16/01/1998, ao determinar que os registros contábeis e os demonstrativos 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 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 reúne 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.





IMPLEMENTAÇÃO, REGULAMENTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29

O parágrafo terceiro do artigo 198 da Constituição Federal prevê a elaboração de Lei Complementar para disciplinar os dispositivos da Emenda Constitucional 29 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.

O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo editou, em julho de 2001, um Manual Básico da Saúde, disponível para consulta e *download* no endereço: <http://www.tce.sp.gov.br>, do qual destacamos, para esse ponto, nossas considerações sobre a base de cálculo e a parcela mínima dos recursos municipais que devem ser aplicadas no financiamento das ações e serviços públicos.

QUAL É A BASE DE CÁLCULO MUNICIPAL PARA OS FINS DA EC 29?

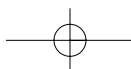
Os mínimos da Saúde serão apurados sobre a receita de impostos; os diretamente arrecadados pelo Estado ou Município e os recebidos, por força constitucional, de outro Ente federado, tal qual se segue:

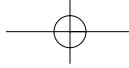
1 - Impostos diretamente arrecadados pelo Município:

- 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;
- (+) Receita da Dívida Ativa de Impostos e multas, juros de mora e correção monetária respectivos.

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;
- Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir).





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;
- 25% do Imposto sobre Produtos Industrializados/Exportação, transferido pela União ao Estado nos termos do art. 159, II/CF.

QUAL É A PARCELA MÍNIMA QUE DEVE SER APLICADA?

Como já dissemos, a Lei Complementar federal definirá o mínimo de recursos que a União, Estados e Municípios empregarão na Saúde. Enquanto isso não acontece a EC 29 estabelece determinadas condições:

No caso dos Municípios:

Em **2000**, a aplicação deve ter significado, no mínimo, 7% da receita resultante de impostos.

Em **2004**, a aplicação alcançará não menos que 15% daquela receita.

No período **2001 a 2003**, a diferença entre o percentual que se empregou em 2000 (*mínimo de 7%*) e o patamar fixado para 2004 (*15%*) será reduzida à razão de, pelo menos, um quinto por ano, assim como demonstrado na tabela abaixo:

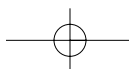
TABELA PROGRESSIVA DE GASTOS MÍNIMOS NA SAÚDE PARA MUNICÍPIOS (*)

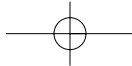
Exercício Financeiro	Aplicação Mínima
2000	7,0%
2001	8,6%
2002	10,2%
2003	11,8%
2004	15,0%

(*) percentuais aplicáveis sobre a receita de impostos indicada na questão anterior.

Exemplos:

Caso o Município tenha aplicado, em 2000, percentual maior que os 7%, é a partir dele que se processará o ajuste até os 15% ideais. **A aplicação de 2000 é, pois, o marco inicial** sobre o qual se verifica a adequação anual de 1/5. Em suma, não poderá haver retrocesso frente à taxa de aplicação de 2000.





18 Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

Se o Município A empregou, em 2000, 9% na Saúde, faltarão 6 pontos percentuais para atingir os 15% de 2004. A divisão dessa diferença por cinco mostra o nível percentual de adequação para cada exercício financeiro (6/5=1,2). Assim, o Município A, a cada ano, somará, pelo menos, 1,2%, à taxa de aplicação do exercício anterior, como mostra a tabela abaixo.

APLICAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO A

Exercício	Aplicação em Saúde
2000	9,0%
2001	10,2%
2002	11,4%
2003	12,6%
2004	15,0%

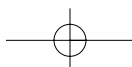
Conselho Nacional de Saúde aprovou, em 08/05/2003, Diretrizes acerca da aplicação da EC 29, por meio da Resolução nº 322. Dentre elas, para esse contexto, destacamos a Quinta, Sexta e Sétima:

O QUE SÃO 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 custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei 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 Art. 77, § 3º do ADCT.





QUE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DEVEM SER 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;

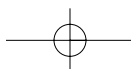
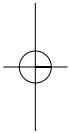
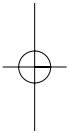
XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

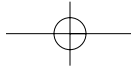
XIII - serviços de Saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de Saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.

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.





20 Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

§ 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.

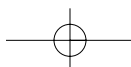
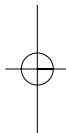
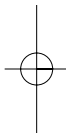
QUE AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS NA SAÚDE?

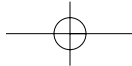
Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de Saúde as relativas a:

- 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.





CONSELHO DE SAÚDE: O 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 Saúde¹, 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 funções².

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, 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 recentemente 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.

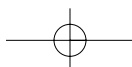
A seguir, transcrevemos, na íntegra, as Diretrizes que compõem a mencionada Resolução, a saber:

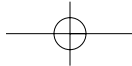
DA DEFINIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

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.

¹ Artigo 197.

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





22 Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

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.

DA 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.

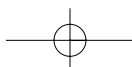
DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

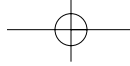
Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. 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 serviços 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;





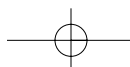
c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

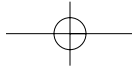
III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre 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;
- 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.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

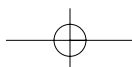
Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

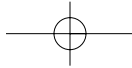
I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

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.

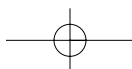
VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante *quorum* mínimo da metade mais um de seus integrantes.

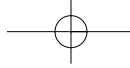
IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

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 n.º 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.





DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

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

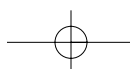
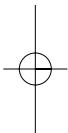
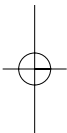
VII - Proceder à revisão periódica dos planos de Saúde.

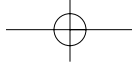
VIII - Deliberar sobre os programas de Saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

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 Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

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.

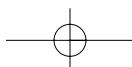
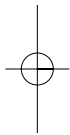
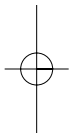
XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de Saúde.

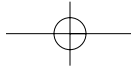
XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

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 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.*

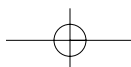
Até aqui vimos que não faltam parâmetros para regular a boa atuação de um Conselho de Saúde; todavia, uma questão pode provocar dúvidas entre membros do Conselho que é a relação de autonomia desse colegiado com a Secretaria Municipal de Saúde.

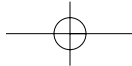
O Conselho de Saúde é um colegiado que tem sua organização e atuação garantidas por Lei, mas só será legítimo e representativo se atuar com autonomia, pois o primeiro compromisso do Conselho é com o segmento da sociedade que está sendo representado.

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.

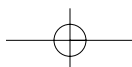
Faremos agora alguns destaques importantes, dentre os diversos aspectos abordados pelas Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.

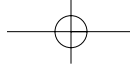
ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE (TERCEIRA DIRETRIZ, ITEM V): ELABORAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO

O ideal é que o regimento interno de cada Conselho determine os passos de sua rotina.

Com essa expectativa, extraímos do texto elaborado por Rosângela Maria Sobrinho Sousa, Adalgiza Balsemão Araújo e Ana Maria Segall Corrêa, inserido no Guia do Conselheiro do Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, do Ministério da Saúde, editado em 2002, as principais questões que devem estar previstas no Regimento Interno:

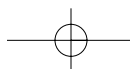
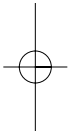
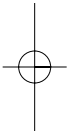
- a) Periodicidade das reuniões - o plenário tem sua reunião ordinária pelo menos uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário.
- b) Comissões Permanentes - é imprescindível a organização das comissões para o funcionamento dos Conselhos. Essas comissões não têm poder deliberativo, no entanto, elaboram pareceres que serão submetidos ao plenário do Conselho, os quais, se aprovados pelo plenário, poderão ser transformados em Resoluções. São exemplos dessas comissões as de fiscalização, acompanhamento ao processo orçamentário, controle e avaliação, mobilização e articulação e acompanhamento do Plano Municipal de Saúde. Destacam-se também as comissões temáticas como Saúde do trabalhador, Saúde mental e Saúde indígena, dentre outras.
- c) Local de funcionamento - é necessário, para o funcionamento do Conselho, um local específico e adequado para suas reuniões,

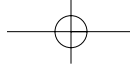




contando, sempre que possível, com telefone, computador com acesso à internet etc.

- d) Dotação orçamentária - considerando-se que o Conselho delibera sobre a proposta orçamentária da Secretaria de Saúde correspondente, deve-se estar atento para que a referida proposta inclua dotação específica incluindo, por exemplo, previsão de gastos com deslocamento e manutenção de Conselheiros, quando em missão representativa fora do seu Município, assim como em eventos regionais e nacionais. Precisa ser transparente no Conselho a forma de utilização das verbas, assim como deve ser sempre apresentada a prestação de contas ao plenário.
- e) Equipe técnica - é recomendável que o Conselho de Saúde conte com assessoria de uma equipe técnica, a qual não substitui o papel, nem a função do Conselheiro, nem das comissões. Ela é composta por técnicos que estão a serviço do conselho.
- f) Coordenação do Conselho - não há padronização na forma de operacionalizar esse ponto. Uns elegem o núcleo de coordenação; outros, mesa diretora. Todos os fóruns, no entanto, definem-se favoráveis à eleição da presidência do Conselho em plenário, conforme estabelece o *caput* da Terceira Diretriz da Resolução CNS nº 333/2003. Ressalte-se, ainda, que há um consenso quanto à importância da participação do gestor tanto no plenário quanto na coordenação. Uma das divergências presentes nos fóruns de discussão consiste no fato de o gestor assumir a função de presidente do Conselho. Os que são favoráveis a esta questão argumentam que, em eleição democrática, todos os segmentos podem exercer o direito de votar e ser votados. Os que se posicionam contrários sustentam que há conflito quando o gestor é presidente do Conselho porque nesta função ele está fiscalizando e deliberando sobre sua própria gestão, assim como assinando as Resoluções do Conselho, na qualidade de presidente, e ao mesmo tempo, homologando-as como gestor.
- g) A Secretaria Executiva deve estar a serviço do Conselho de Saúde. É importante na organização e administração de suas rotinas, tais como elaboração de atas e manutenção de arquivos. É, também, responsável para atender às deliberações do plenário quanto às convocações e encaminhamentos de demandas.
- h) Composição do Conselho - o movimento social em Saúde considera mais democrático o processo de eleição do Conselho que ocorre nas Conferências de Saúde correspondentes. Alguns Conselhos têm sua composição estabelecida na lei que os criou. Convém lembrar que a





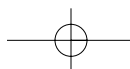
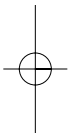
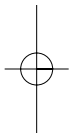
composição dos Conselhos só pode ser alterada após discussão e deliberação no Plenário do Conselho de Saúde ou na Conferência de Saúde correspondente.

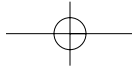
- i) Comunicação - destaque-se a importância da comunicação do Conselho com a população. Neste sentido, é recomendável que os Conselhos, a exemplo de muitos que já o fazem, possuam boletim informativo e outros materiais para divulgação de suas atividades e dos direitos do cidadão.

Ressaltem-se, também, outros pontos decisivos a serem considerados:

- a) Relação entre Conselhos e Comissões Intergestores - os Conselheiros devem estar atentos para o importante papel exercido pelas Comissões Intergestores no processo de consolidação do SUS. Convém, entretanto, não esquecer que somente os Conselhos têm caráter deliberativo.
- b) Plenária de Conselhos - durante a realização do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em 1995, foi deliberado que os Conselhos de Saúde deveriam ter um fórum de articulação específico. Nasceram, assim, as Plenárias, sendo que, em 2001, foi realizada a 10ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. A coordenação dessas Plenárias compõe-se de 4 representantes do Conselho Nacional de Saúde e mais 2 Conselheiros eleitos para cada região do País, à exceção da Região Nordeste, que conta com 3 representantes. Informe-se sobre esta questão e contribua no processo de organização e funcionamento da Plenária em seu Estado.
- c) Conselhos Gestores - considerando-se a importância de tais Conselhos, estimula-se sua organização e efetivo funcionamento em todos os serviços do SUS, não esquecendo que o Conselho Gestor é parte do Conselho de Saúde correspondente e que sua composição deve respeitar a paridade em relação ao segmento usuário.

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 Atas, Pautas de Reunião, Resoluções, Moções, Recomendações e Deliberações (p.115/121), cuja elaboração é atribuída ao Conselho de Saúde, como resultado de sua competente atuação.*





ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE (QUARTA DIRETRIZ, ITEM X): REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIA PÚBLICA

A mencionada norma reforça a disposição contida no artigo 12 da Lei 8689, 27/07/1993, a saber: *“O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de Saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembléias 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 produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.”*

COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE (QUINTA DIRETRIZ, ITENS XI A XVI): PLANEJAMENTO, FISCALIZAÇÃO, APROVAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

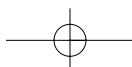
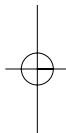
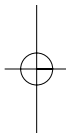
A Portaria MS nº 548, de 12/4/2001, foi expedida com o objetivo de dar orientações gerais para a elaboração e aplicação dos quatro principais instrumentos de gestão previstos na Legislação do SUS: Agenda de Saúde, Plano de Saúde, Quadro de Metas e Relatório de Gestão.

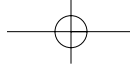
Ao Conselho Municipal de Saúde cabe propor critérios para:

- programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a 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;
- fiscalização e acompanhamento das ações e dos serviços de Saúde.

Para auxiliar no desempenho dessas atividades é que destacamos os instrumentos de gestão antes mencionados, minuciosamente detalhados na citada Portaria, lembrando que:

- 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.





- 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.

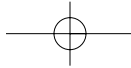
CAPACITAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE

Neste ponto queremos destacar a importância da **capacitação permanente** dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde.

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;
- **O CNS e a Construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à Saúde.**



CONSIDERAÇÕES SOBRE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO, CONTROLE E PRESTAÇÃO DE CONTAS

RELATÓRIO DE GESTÃO

Reportamo-nos a esse documento, elaborado pelo Gestor de Saúde, por considerarmos sua função 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.

O Relatório de Gestão, 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 subsequentemente dos Planos de Saúde.

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

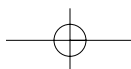
Os elementos típicos do Relatório de Gestão são:

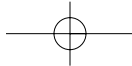
- Diagnóstico situacional, ao qual se agregam as prioridades estabelecidas;
- Análise estratégica com a elaboração de um quadro síntese das metas e da programação em Saúde, de modo que se possa comparar o previsto no Quadro de Metas com os recursos financeiros aplicados.

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.

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 Assembleias 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 disponível 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, vistas pelos membros dos seus Conselhos.

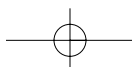
HIPÓTESES DE DESCUMPRIMENTO DA EC 29

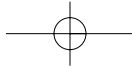
Uma vez caracterizada a aplicação de recursos municipais na Saúde, em percentual inferior ao previsto para o exercício atual, a aplicação do ano seguinte deverá ser estabelecida pelo cálculo do valor mínimo. Este mínimo, que atenderá à EC 29, deve ser acrescido por suplementação orçamentária, que compensará a perda identificada em exercício anterior, inobstante os prejuízos advindos por sanções previstas na Constituição e na legislação competente.

AUDITORIA DO TRIBUNAL DE CONTAS

I - Documentação exigida para prestação de contas

As Instruções Consolidadas 02/2002 do TCESP solicitam ao Município, em seu artigo 1º, vários documentos para evidenciar a origem e a 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.

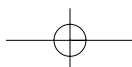
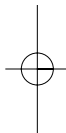
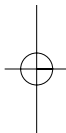
XVII - relação de restos a pagar, identificando os valores processados e os não processados, destacando separadamente:

- 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 inexigibilidade 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;

XXIV - relação dos contratos de gestão firmados no exercício, destacando: nome da Organização Social Qualificada, objeto, data, valor, vigência, eventuais aditamentos e relação de pagamentos efetuados no período para cada contrato;

XXV - composição da comissão de avaliação relativa aos contratos de gestão celebrados com organizações sociais;

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;

XXIX - relação dos auxílios, subvenções e contribuições concedidos pela prefeitura, de conformidade com o Anexo 1, por meio eletrônico;

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;

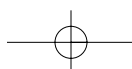
XLVII - certidão contendo a composição do CMS, bem como sua respectiva representatividade distribuída entre usuários, trabalhadores de Saúde e prestadores de serviços;

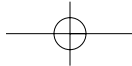
XLVIII - cópia dos pareceres do CMS sobre as fiscalizações e acompanhamento do desenvolvimento das ações e serviços da Saúde;

XLIX - resumo anual da folha de pagamento da Saúde vistada pelos membros do CMS;

L - declaração expedida pelo CMS indicando se foram apreciadas 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;

LIII - carta dirigida ao CMS, devidamente assinada por seus membros.

II - 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:

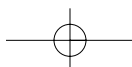
- O percentual de aplicação das Receitas e Transferências de Impostos;
- O percentual aplicado das receitas adicionais (SUS);
- A tabela progressiva de gastos mínimos em Saúde.

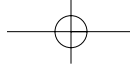
Além disso, o Relatório tece considerações sobre:

- 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.

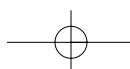
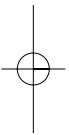
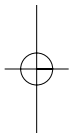
REFERÊNCIAS LEGAIS E BIBLIOGRÁFICAS

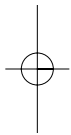
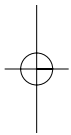
- Lei Federal nº 8080, de 19/09/1990 - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Federal nº 8142, de 28/11/1990 - entre outros, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS.
- Lei Federal nº 8689, de 27/03/1993 - entre outros, estabelece a realização de audiência pública para apresentação, ao Conselho de Saúde, de prestação de contas trimestral.
- Fundo Municipal de Saúde - Guia de referências para sua criação e organização. Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde.
- 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”.





- Manual Básico do Financiamento das Ações e Serviços de Saúde do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCA-27248/026/00), julho/2001, revisado em 2004.
- 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.
- 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.
- Guia do Monitor. 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.
- Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde. Série J. Cadernos Técnicos nº 6/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Fevereiro/2002.
- XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Manual do Participante. Série D. Reuniões e Conferências/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/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002.
- O CNS e a Construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à Saúde - Série B. Textos Básicos de Saúde/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2003.





editoração, fotolito, impressão e acabamento

imprensaoficial

Rua da Mooca, 1921 São Paulo SP
Fones: 6099-9800 - 0800 123401
www.imprensaoficial.com.br

