



**TRIBUNAL DE CONTAS  
DO ESTADO DO ACRE**



# **Orientações aos Membros do Conselho de Saúde**





**TRIBUNAL DE CONTAS  
DO ESTADO DO ACRE**

# **Orientações aos Membros do Conselho de Saúde**

2017



## TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO ACRE

### Orientações aos Membros do Conselho de Saúde

#### **PRESIDENTE**

Cons. Valmir Gomes Ribeiro

#### **VICE-PRESIDENTE**

Cons. Ronald Polanco Ribeiro

#### **CORREGEDOR**

Cons. Antônio Fernando Malheiro

#### **OUIDOR**

Cons. Antônio Cristóvão Correia de Messias

#### **DIRETORA DA ESCOLA DE CONTAS**

Cons. Dulcinéa Benício de Araújo

#### **PRESIDENTA DA 1ª CÂMARA**

Cons. Naluh Maria Lima Gouveia

#### **PRESIDENTE DA 2ª CÂMARA**

Cons. José Augusto Araújo de Faria

#### **CONSELHEIRA SUBSTITUTA**

Maria de Jesus Carvalho de Souza

#### **MINISTÉRIO PÚBLICO DE CONTAS**

##### **PROCURADOR CHEFE**

Mario Sérgio Neri de Oliveira

##### **PROCURADORES**

Anna Helena de Azevedo Lima

João Izidro de Melo Neto

Sérgio Cunha Mendonça

##### **DIRETORIA DE AUDITORIA FINANCEIRA**

###### **E ORÇAMENTÁRIA**

Semírames Maria Plácido Dias

##### **DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA**

Jaime Fontes Vasconcelos

##### **INSPETORES GERAIS DE CONTROLE EXTERNO**

Luiz Gustavo Maia Guilherme

Jéu Campelo Bessa

Magali Melo de Sampaio

Erika Albuquerque Abud Fernandes

Julio Augusto Pinheiro Araujo

**ELABORAÇÃO**

DAFO

# Apresentação

O Tribunal de Contas do Estado do Acre – TCE/AC, fiel ao compromisso de atuar não só como órgão de controle, mas também como parceiro e orientador da Administração Pública municipal – ação intensificada com os Seminários sobre Gestão Pública em diversas regiões do Estado –, mais uma vez demonstra o seu papel didático-pedagógico.

Colocamos nosso conhecimento, acumulado ao longo dos 27 anos de existência, à disposição dos gestores na perspectiva de contribuir para uma Administração Pública fundamentada nos princípios constitucionais e tendo como objetivo o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, capazes de se constituírem em instrumentos hábeis à promoção da cidadania.

O Tribunal de Contas entende que sua missão institucional também contempla a orientação aos gestores públicos. A disponibilização de informações relevantes contribui para que a tarefa de administrar os recursos públicos não resulte, por falta de conhecimento, em falhas e irregularidades que comprometam a gestão e, por consequência, o interesse público e a satisfação das demandas sociais.

Por fim, esperamos que os gestores e ordenadores de despesas de nosso Estado tenham a oportunidade de acessar e dedicar o merecido tempo a este material, pois só assim encontrará sentido esta contribuição ao aperfeiçoamento da administração pública.

Temos a certeza de que a orientação é o caminho mais curto para o aperfeiçoamento da gestão pública. É com esse objetivo que o Tribunal de Contas apresenta a cartilha **“Orientações aos Membros do Conselho de Saúde”**.



Cons. **VALMIR GOMES RIBEIRO**  
Presidente do TCE/ACRE

# Sumário

Orientações aos Membros do Conselho de Saúde	3
Apresentação	5
1 Introdução	7
2 Habilitação dos Municípios para gerir o SUS	9
3 Fundo Municipal de Saúde: o controle Orçamentário e Financeiro	13
4 Vinculação constitucional de recursos para a Saúde	20
5 Conselho Municipal De Saúde	29
6 Planejamento, fiscalização, aprovação e acompanhamento das Ações e Serviços de Saúde por Parte dos Conselhos	45
7 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS	50
8 Fiscalização da aplicação dos recursos da Saúde	52
Anotações	58

# 1 Introdução

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

Nesta esteira, nossa Carta Magna consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como garantias fundamentais do homem, imprimindo relevância pública as ações e serviços de saúde.

O mandamento constitucional estabelece que:

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



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

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.

Tais objetivos são amplos e desafiadores, uma vez que focam na universalidade da cobertura e do atendimento, na uniformidade e equivalência dos serviços as populações urbanas e rurais, mediante políticas sociais e econômicas. Dessa forma, apresentam-se como objetivos específicos a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação.

A estruturação do SUS deve ocorrer através de uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Em suma, são estabelecidas pactuações entre os entes federados, 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.

No que se refere a 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, no caso, o Conselho de Saúde. Assim, a execução ao longo de cada exercício deve ser mensurada, comparada com exercícios anteriores, projetada para exercícios futuros e avaliada por seus idealizadores, executores, usuários e demais controladores externos.

Nesse passo, os Conselhos de Saúde foram definidos pelas Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, e corroborados pela Lei Complementar Federal nº 141/2012, como órgãos de Controle Social do SUS, junto com as Conferências de Saúde, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.



Esta Cartilha visa introduzir o tema da saúde aos membros dos Conselhos Municipais da área, demonstrando suas peculiaridades, funcionamentos, competências, a atuação dos órgãos de controle, de modo a auxiliar no desenvolvimento desta atividade de grande relevância pública.

## 2 Habilitação dos Municípios para gerir o SUS



Um dos intuitos do Sistema Único de Saúde e fazer com que o Município assuma o papel de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (art. 30, VII, CF). Para tanto, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica - NOB nº 1, de 1996 e a Instrução Normativa nº 01, de 02/01/1998. Até então havia duas modalidades de gestão: a Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal.

Desde 2006, com a Portaria MS/GM no 399, de 22/2/2006, foi definido um **Compromisso de Gestão**, por meio de termo específico para as três esferas de governo, que substituiu a portaria de habilitação da NOB e da NOAS e divulga o **“Pacto pela Saúde”**, com suas diretrizes operacionais para consolidação do SUS em três componentes: pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão.

## Pacto pela Saúde

Considerando o Termo de Compromisso de Gestão, firmado pelo Estado e pelos Municípios, e importante destacar que até a sua assinatura ficaram mantidas as prerrogativas e responsabilidades para os habilitados na Gestão Plena do Sistema.

Assim, e de suma importância acompanhar o processo com as tratativas para a celebração do referido termo, tendo em conta o disciplinado pelo Ministério da Saúde, com os seguintes destaques:

→ **Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e suas Diretrizes Operacionais, do qual decorre:**

**I – O Pacto pela Vida:** regulamentado pela Portaria MS/GM no 699/2006, e constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados;

**II – O Pacto em Defesa do SUS:** envolve ações concretas e articuladas pelas três instancias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais;

**III – O Pacto de Gestão do SUS:** regulamentado pela Portaria MS/GM no 699/2006, estabelece as responsabilidades/atribuições de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Dessa forma temos que esse Pacto:

- parte de uma constatação indiscutível de que o Brasil e um país conti-

nental e com muitas diferenças e iniquidades regionais, ou seja, mais do que definir diretrizes nacionais e necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais;

- radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados, e para os Municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos;
- reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional;
- reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação;
- explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, vez que busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

→ Disposição de Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM no 1.820/2009), que revogou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/ GM no 675/2006).

→ Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela Portaria MS/GM no 687/2006.

## 2.1 De quem é a responsabilidade pelo financiamento do SUS?

O financiamento do SUS e de responsabilidade conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em continuo movimento de pactuação entre as esferas de gestão, com vistas ao aperfeiçoamento do sistema (Portaria MS/GM no 204/2007, e suas alterações).

Assim sendo, estão estabelecidos os denominados “blocos” de financiamento, a saber:

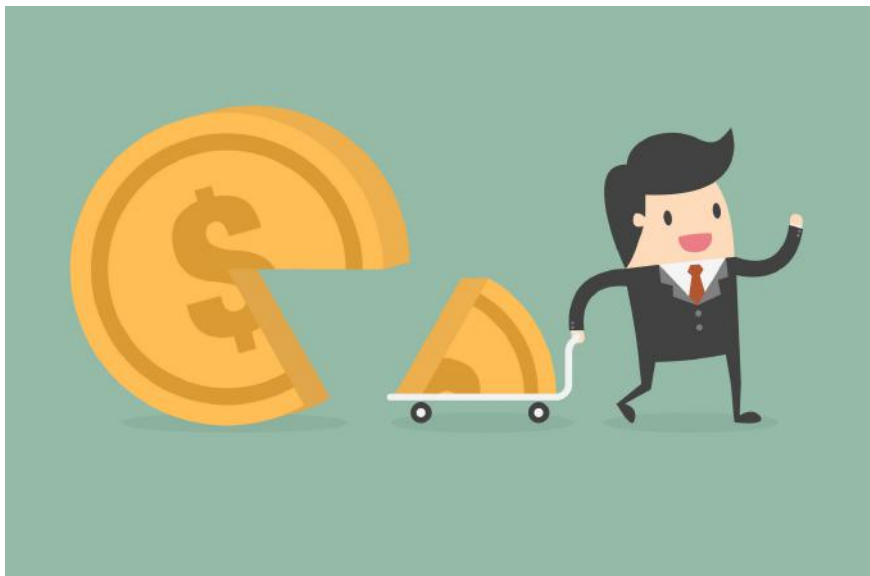
- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Vigilância em Saúde;

- Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS; e
- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Ainda que os números a disposição do SUS sejam expressivos, estão longe de serem suficientes. Assim, exige-se uma aprofundada análise da relação custo x benefício, passando por acurada articulação gerencial e administrativa para, por exemplo, determinar a correta distribuição dos equipamentos e leitos; aprimorar a Atenção Básica, sem necessariamente fechar hospitais; controlar as doenças incidentes na população. Isso sem perder a perspectiva de que os Municípios assumam o gerenciamento pleno da saúde no âmbito local.

Para tanto, várias medidas devem ser cumpridas pelo Gestor local, garantindo-se o envio dos repasses. Dentre as obrigações, esta regular a alimentação regular dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção a Saúde, de que trata a Portaria MS/GM no 3.462/2010.

No mais, registramos que as considerações atinentes as receitas e despesas das ações e serviços públicos de saúde, serão tratadas mais a frente, nesta Cartilha.



# 3 Fundo Municipal de Saúde: o controle Orçamentário e Financeiro

Todos os valores da saúde serão aplicados por meio de um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde – FMS; não somente os recebidos da União ou do Estado (repasses SUS), mas, de igual modo, os recursos que se apartam da receita resultante de impostos. E isso o que determina o art. 77, § 3º dos ADCT, incluído pela EC nº 29/2000, e o art. 2º, parágrafo único da Lei Complementar Federal nº 141/2012.



Essa fundamentação produziu poucas alterações ao disposto nos arts. 71 a 74 da Lei Federal nº 4.320/1964, que trata dos fundos especiais, e na legislação o concernente ao Sistema Único de Saúde – SUS, conforme sintetizamos a seguir.

O destaque fica por conta da supressão da primeira parte do art. 73 da Lei Federal no 4.320/1964 que permitia disposição na lei de criação de um fundo sobre a restituição aos cofres gerais do Município, ao final de cada exercício, dos eventuais saldos positivos nele apurados. No mesmo sentido e a disposição do art. 8º, parágrafo único, da Lei de Responsabilidade Fiscal.

De igual modo legislou o artigo 14 da Lei Complementar Federal nº 141/2012 ao disciplinar que o Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distri-

to Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentaria e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente as unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Desde a Emenda Constitucional nº 29/00 que registrava a obrigatoriedade da movimentação financeira desses recursos por intermédio de um fundo especial, tínhamos a reafirmação das disposições contidas na Lei que criou o SUS, onde se vê a determinação para que os recursos financeiros do Sistema sejam depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde, transferidos automaticamente a partir da distribuição da receita efetivamente arrecadada, que ingressa no Fundo Nacional de Saúde – FNS, para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios (arts. 33 e 34 da Lei Federal nº 8.080/1990 c/c art. 2º, IV da Lei Federal nº 8.142/1990).

Importa ainda destacar que as transferências do SUS são condicionadas, entre outros, a existência de fundo de saúde e a apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no orçamento do município, incrementados pelo percentual mínimo da receita própria de impostos conforme introduções da EC no 29/2000 ao texto constitucional e disciplinado pela Lei Complementar Federal no 141/2012.

Assim, o Fundo Municipal de Saúde e o braço financeiro de toda e qualquer política de saúde que se desenvolva no Município, ainda que se trate de recursos transferidos para a Administração Indireta (autarquias, fundações etc.). Nesse cenário, importante frisar as características desses fundos que a Lei Federal nº 4.320/1964 prevê nos arts. 71 a 74, como segue.

## 3.1 O que é um Fundo Especial?

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

Nesse sentido, a Administração, através de lei, vincula determinadas receitas públicas a atividades tidas como especiais.

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

## 3.2 Quais as suas características básicas?

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

- instituem-se através de lei, que e sempre de iniciativa do Poder Executivo (art. 167, IX, da 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; e,
- contam com normas especiais de controle e prestação de contas.

## 3.3 O Fundo de Saúde possui personalidade jurídica?

O Fundo especial indis põe de personalidade jurídica. E ele parte da política de desconcentração promovida no seio da Administração Direta. Diferente, pois, da política de descentralização, onde o ente central transfere a execução dos serviços públicos a outra pessoa jurídica (autarquias, fundações, empresas públicas etc.)

Ainda que não realize diretamente empréstimos, convênios e outros ajustes – pois, tudo e feito em nome do município -, o Fundo deve se inscrever no CNPJ sob a condição de matriz com a natureza jurídica 120-1 (Fundo Público), nos termos da Instrução Normativa RFB nº 1.143/2011 c/c o art. 4º, X, da Instrução Normativa RFB nº 1.634/2016 e da Portaria MS/GM nº 412/2013.

## 3.4 Qual é a constituição orçamentária do Fundo de Saúde?

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

Tendo em conta o art. 14 da Lei Complementar Municipal no 141/2012, especificamente

o Fundo Municipal de Saúde se constitui em unidade orçamentaria e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde.

## 3.5 Como deve ser a movimentação financeira do Fundo de Saúde?

Conforme art. 9o, III c/c § 2o do art. 32 da Lei Federal 8.080/1990, todos esses recursos serão movimentados pela Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde, instância que, no âmbito do Município, exerce a direção do SUS.

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

Com relação ao total da receita própria de impostos, a entrega dos recursos pertencentes ao Fundo acontece mediante simples repasse de tesouraria para a conta vinculada do Fundo.

Trata-se, portanto, de simples movimento entre contas do Ativo Circulante, não se caracterizando despesa, o que dispensa a emissão de empenho. Noutro passo, quando o Fundo realizar, de fato, suas próprias despesas, deve-se cumprir todas as suas fases, ou seja, empenhamento, liquidação e pagamento.





Para recepcionar os recursos SUS transferidos pela União ou Estado, o Município mantém as demais contas, sob o controle orçamentário e financeiro do Fundo, em instituições financeiras oficiais, consoante o § 3º do art. 164 da CF.

Por fim, a movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor (art. 13, § 4º da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

### **3.6 Quem é o Ordenador das Despesas realizadas com recursos do Fundo de Saúde?**

Segundo conceitua o artigo 80 do ainda válido Decreto-Lei nº 200/1967, a emissão dos empenhos e autorizações de pagamento são atos emanados

do ordenador de despesa. Neste sentido se infere dos arts. 58, 62 e 64 da Lei Federal nº 4.320/1964.

Na qualidade de gestora local do SUS, nos termos do art. 9º, III, da Lei Federal no 8.080/1990, a Secretária Municipal de Saúde ou órgão equivalente e o responsável pela movimentação dos recursos vinculados ao setor. Assim, secretário ou diretor de saúde deve ordenar a despesa do Fundo Municipal de Saúde.

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

### **3.7 Há uma ordem cronológica para o pagamento dos compromissos assumidos com recursos do Fundo de Saúde?**

Conforme o art. 5º da Lei Federal nº 8.666/1993, 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 e o recurso atrelado a certos programas governamentais. E o caso dos convênios financiados por transferências voluntárias da União ou do Estado. A finalidade e, nesse caso, sempre determinada e precisa, por exemplo, a construção de uma escola ou de um pronto-socorro, a compra de alimentos para a merenda escolar, entre outros. Por outro lado, 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 de Saúde constitui fonte diferenciada de recursos e por isso, tem programação própria de desembolsos. Além do mais, como visto, o ordenador da despesa desse Fundo não pode ser o mesmo agente público que determina os demais pagamentos da Prefeitura.

## 3.8 Como são registradas as despesas do Fundo de Saúde?

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

Nesse passo, não há porque o Fundo dispor de contabilidade própria, visto que toda a sua movimentação orçamentaria e patrimonial será incorporada a contabilidade geral do município. Contudo, esta deve produzir 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 orçamentarias estejam sendo atingidas. Neste sentido e o art. 32 da Lei Complementar Federal nº 141/2012.

Assim, o gestor do SUS deverá apresentar, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de Gestão, que contemplara, entre outros, o montante e fonte de recursos aplicados no período (art. 36, I e § 5º da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

Face a edição de novas normativas, especialmente a Lei Complementar Federal nº 141/2012, e necessário que os municípios revejam os seus conteúdos das leis e demais normas de criação e regulamentação dos respectivos Fundos de Saúde.

Destacamos aspectos como o formato de gerenciamento, atribuição de responsabilidades, mecanismos de controle financeiro, registros contábeis e prestação de contas, assim como o estabelecimento de regras operacionais que mais adequadamente possam ser colocadas em prática para as efetivas condições de financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Por fim, e oportuno destacar que as instituições financeiras nas quais são depositadas as disponibilidades de caixa dos entes públicos, são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil (art. 164, § 3º, da CF c/c art. 16, § 3º, da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

## 4 Vinculação constitucional de recursos para a Saúde

Tal qual já se fazia, desde 1934, com a manutenção e o desenvolvimento do Ensino Público, a Emenda Constitucional nº 29/2000, vinculou parte da receita de impostos, próprios e transferidos para a área da saúde, visando, com isso, assegurar participação orçamentaria de Estados e Municípios no âmbito do SUS. Recentemente, nos termos da referida Emenda, foi editada a Lei Complementar Federal nº 141, disciplinando o financiamento das ações e serviços de saúde, publicada em 13 de janeiro de 2012.

### 4.1 Qual é o percentual mínimo a ser aplicado pelo Município e sua base de cálculo?

Os mínimos da saúde serão apurados sobre a receita de impostos, os diretamente arrecadados pelo Estado ou Município e os recebidos, por força constitucional, de outro ente federado.

Contudo, os Municípios, bem como os Estados e o Distrito Federal, os deverão observar o disposto nas respectivas Leis Orgânicas e Constituições, sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados na Lei Complementar Federal nº 141/2012, para aplicação em ações e serviços públicos de saúde (art. 11 do referido diploma).

A título de informação, quanto a União, a Emenda Constitucional nº 86/2015 explicitou que a aplicação mínima e de 15% da Receita Corrente



Liquida do respectivo exercício financeiro, escalonando, contudo, a evolução até esse patamar em até 5 anos da promulgação da dita Emenda (art. 2o).

Assim sendo, para o município, nos termos do art. 7º da Lei Complementar Federal nº 141/2012, a aplicação deve alcançar não menos que 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e o art. 159, inciso I, “b”, e § 3º todos da CF. Isto é:

#### **A) Impostos do Município:**

- Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU;
- Imposto sobre Transmissão de Imóveis intervivos – ITBI;
- Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN;
- (+) Receita de multas, juros de mora e correção monetária decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial; e
- (+) Receita da Dívida Ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária respectivos, também cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

#### **B) Impostos transferidos pela União:**

- 100% do Imposto de Renda Retido na Fonte sobre rendimentos pagos pelo Município;
- 50% do Imposto Territorial Rural – ITR, ou 100% caso o Município tenha optado pela fiscalização e cobrança direta;

- Fundo de Participação dos Municípios – FPM, sendo, do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados, 22,5% regulares, 1% recebido em julho e mais 1% recebido em dezembro de cada exercício;
- Transferências da Lei Complementar no 87/96 (Lei Kandir) e qualquer compensação financeira proveniente de impostos já instituída ou que vier a ser criada.

### **C) Impostos do Estado:**

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

## **4.2 Como deve ser feito o planejamento e o acompanhamento da aplicação na saúde?**

Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos a serem aplicados em cada exercício, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios, serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro (art. 23 da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

Importa observar, ainda que eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos nas ações e serviços de saúde, deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis (art. 25, da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

Ademais, são vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos, bem como e vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual

ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde (arts. 28 e 29, da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere a Lei Complementar Federal nº 141/2012, segundo seu art. 24, serão consideradas:

- as despesas liquidadas e pagas no exercício e
- as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo da aplicação, posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde. Tal aplicação deverá ocorrer até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

O que o referido diploma buscou garantir e, de um lado, o compute, no mínimo, de despesas que, via de regra, não foram efetivamente realizadas no exercício, mas estavam planejadas e dispunham da contrapartida financeira para tanto. E, de outro, que os mínimos sejam anualmente aplicados, ainda que, no caso, a despesa não efetivada, mas computada em exercício anterior, venha a ser cancelada no futuro.

Para tanto, o ente deverá aplicar o mínimo do ano, mais o montante anteriormente computado, porém, que, por algum motivo, foi “perdido”, mediante a anulação dos respectivos Restos a Pagar.

Por fim, devera o ente manter rígido controle dessa despesa, e sua contrapartida financeira, haja vista que e esta que garante o compute dos Restos a Pagar na aplicação mínima determinada.

## 4.3 Quais são os efeitos da não aplicação dos mínimos?

O Município que não aplicar o percentual mínimo indicado no item anterior deste Manual estará sujeito as seguintes regras:

- a)** intervenção do Estado (art. 35, III, da CF);
- b)** retenção de repasses constitucionais da União (FPM, ITR) e do Estado (ICMS, IPVA, IPI/Exportação) (art. 160, parágrafo único, II, da CF);
- c)** não recebimento de transferências voluntárias da União ou do Estado (art. 25, § 1º, IV, alínea “b” da LRF).

Conforme previsto no art. 26, caput, da Lei Complementar Federal nº 141/2012, condicionamento da entrega de repasses constitucionais referidos no item “b”, acima, poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas da mencionada lei, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no artigo 52 da LRF (Relatório Resumido da Execução Orçamentaria-RREO).

Ainda, consoante art. 26, § 1º, da Lei Complementar Federal nº 141/2012, quando os casos de descumprimento dos percentuais mínimos forem verificados a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído por aquela norma, a União e os Estados poderão, a título de medida preliminar, restringir o repasse dos recursos da base de cálculo do mínimo ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente a parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos a comprovação prevista no inciso II do parágrafo único, do art. 160, da CF.

O § 2º do art. citado, aduz que os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais, consoante condicionamento indicado no parágrafo anterior e estes atos serão adotados caso os recursos repassados diretamente a conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, que não poderá exceder a 12 meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

Ademais, o § 3º do mesmo dispositivo assevera que os efeitos de tais medidas restritivas serão suspensos imediatamente após a comprovação, por parte do ente da Federação beneficiário, da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.



Destacamos, por fim, o art. 52, da Lei Federal nº 8.080/1990, por disciplinar que, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315), a utilização de recursos financeiros do SUS em finalidades diversas das legalmente previstas.



## 4.4 O que são Ações e Serviços Públicos de Saúde?

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na Lei Complementar Federal nº 141/2012, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas a (art. 2º da Lei Complementar citada, e art. 7º da Lei Federal nº 8.080/1990):

- promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios de:
- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- participação da comunidade;
- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde);
- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Em síntese, são consideradas as despesas quando destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito, estando em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação.

E, sendo de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população; bem como sendo financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

## 4.5 Que Ações e Serviços Públicos devem ser considerados na aplicação mínima na Saúde?

De acordo com o art. 3º e o art. 24, § 3º da Lei Complementar Federal nº 141/2012, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- atenção integral e universal a saúde em todos os níveis de complexida-

de, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

- capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas na Lei Complementar Federal nº 141/2012;
- saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
- gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde; e,
- as despesas incorridas no período referentes a amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

## 4.6 Que Ações e Serviços Públicos NÃO devem ser considerados na aplicação mínima na Saúde?

De acordo com o art. 4º e o art. 24, § 4º da mesma Lei, não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as decorrentes de:

- pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

- pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvados os casos de assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais (art. 3º, II da mesma Lei);
- saneamento básico, inclusive quanto as ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- limpeza urbana e remoção de resíduos;
- preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- ações de assistência social;
- obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;
- ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde; e,
- as despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, consoante já explicitado neste Cartilha.



## 5 Conselho Municipal De Saúde

A criação dos Conselhos de Saúde atende ao mandamento constitucional que, em princípio, considera publicamente relevantes as ações e serviços de Saúde (art. 197). Neste sentido, cabe ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, no que se insere a operacionalização dos Conselhos. Estes tem caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e estão distribuídos nas três esferas de governo onde exercem as mesmas funções (art. 1º, § 1º, da Lei Federal nº 8.142/1990).

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 art. 5º, II, da CF, os dispositivos da Lei Federal nº 8.142/1990 c/c art. Decreto nº 5.839/2006, nota-se que as atividades do Conselheiro de Saúde tem, no atual ordenamento jurídico, características importantes e essenciais para a utilidade e interesses públicos, sendo, por isso, consideradas gratuitas e não remuneradas pelo Estado.

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

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, por meio da Resolução MS/CNS nº 453/2012, diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, revogando a anterior Resolução MS/CNS nº 333/2003.

A seguir transcreveremos as diretrizes da referida Resolução, com destaques nossos.

Antes, porém, cabe de destacar que são parâmetros para revisão/atualização das leis de criação dos Conselhos Municipais de Saúde, em idêntica situação a que foi apontada em relação as leis de criação dos Fundos de Saúde.

## 5.1 Qual é a definição dos Conselhos de Saúde?

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

O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

## 5.2 Como devem ser instituídos e reformulados os Conselhos de Saúde?

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90.

Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o

Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, devera acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.



## 5.3 Como deve ser a 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 nos 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 entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

**I** – O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

**II** – Mantendo o que propôs as Resoluções nº 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferencias Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a)** 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b)** 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c)** 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

**III** – A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a)** associações de pessoas com patologias;
- b)** associações de pessoas com deficiências;
- c)** entidades indígenas;
- d)** movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);
- e)** movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f)** entidades de aposentados e pensionistas;
- g)** entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h)** entidades de defesa do consumidor;
- i)** organizações de moradores;
- j)** entidades ambientalistas;
- k)** organizações religiosas;
- l)** trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instancias federativas;
- m)** comunidade científica;
- n)** entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;



- o)** entidades patronais;
- p)** entidades dos prestadores de serviço de saúde; e
- q)** governo.

**IV** – As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

**V** – Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

**VI** – A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos (as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

**VII** – A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro (a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário (a) e Trabalhador (a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro (a).

**VIII** – A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

**IX** – Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

**X** – As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde

emitira declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

**XI** – O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

## 5.4 Como deve ser a estrutura e o funcionamento dos Conselhos de Saúde?

Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentaria, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

**I** – cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação a sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

**II** – o Conselho de Saúde contara com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

**III** – o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

**IV** – o Plenário do Conselho de Saúde se reunira, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio as reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

**V** – as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

**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, instalara outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

**VII** – o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;



**VIII** – as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

**a)** entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior a metade dos membros presentes;

**b)** entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;

**c)** entende-se por maioria qualificada  $2/3$  (dois terços) do total de membros do Conselho;

**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, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

**X** – a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da 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 art. 12 da Lei no 8.689/93 e com a Lei Complementar nº 141/2012;

**XI** – os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

**XII** – o Pleno do Conselho de Saúde devera 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-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde 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 a justiça e ao Ministério Público, quando necessário.

## 5.5 Qual é a competência dos Conselhos de Saúde?

Quinta Diretriz: aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que tem competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferencias de Saúde, compete:

**I** – fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

**II** – elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

**III** – discutir, elaborar e aprovar propostas 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 deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

**VI** – anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

**VII** – estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

**VIII** – proceder à revisão periódica dos planos de saúde;

**IX** – 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 face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

**X** – avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;

**XI** – avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

**XII** – acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

**XIII** – aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

**XIV** – propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

**XV** – fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

**XVI** – analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

**XVII** – fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

**XVIII** – examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes as ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;

**XIX** – estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

**XX** – estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

**XXI** – estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

**XXII** – acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

**XXIII** – estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

**XXIV** – deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

**XXV** – incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

**XXVI** – acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

**XXVII** – deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

**XXVIII** – acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

**XXIX** – atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

## 5.6 Qual é a autonomia dos Conselhos de Saúde?

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 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, as garantias legais são para evitar manipulações, intimidações etc., de modo que esse órgão do controle social some para a boa consecução das políticas públicas na área da saúde. Desta feita, a organização popular se fortalece, cumprindo a lei.

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 agiliza-la. Deve sim, participar da formulação da política, acompanhar e fiscalizar a sua implantação, inclusive 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. De qualquer maneira, há de serem previstos meios no Regimento Interno de dirimir impasses, como nessa hipótese.

Quando a decisão do Conselho não for acatada pela Municipalidade, cabe apelação a instancias como o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e, principalmente, o Ministério Público, o Poder Legislativo, Tribunais de Contas, o Poder Judiciário e os órgãos de defesa do consumidor. Saliente-se, cada qual dentro de sua competência, geralmente determinada pela fonte de recursos envolvidos e a existência ou não de ilícitos penais.

Por fim, 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.

## 5.7 Qual é o conteúdo do Regimento Interno do Conselho de Saúde?

O ideal é que o regimento interno de cada Conselho determine os passos de sua rotina, tendo em vista sua autonomia.

Não obstante, seguem os principais assuntos que devem estar previstos 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 tem poder deliberativo, no entanto, elaboram pareceres que serão submetidos ao plenário do Conselho, os quais, se aprovados pelo plenário, poderão ser transfor-



mados 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 – e 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 – e 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 a eleição da presidência do Conselho em plenário, conforme estabelece a Resolução MS/CNS nº 453/2012. Ressalte-se, ainda, que há um consenso quanto a 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 e 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. E, também, responsável para atender as deliberações do plenário quanto as 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. 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, e 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:

**I. 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 tem caráter deliberativo.

**II. 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. Informar-se e buscar a participação e uma forma de contribuir no processo de organização e funcionamento da Plenária do Estado.

**III. 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 e parte do Conselho de Saúde correspondente e que sua composição deve respeitar a paridade em relação ao segmento usuário.

## 5.8 Capacitação dos Conselheiros de Saúde

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

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



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

A definição dos conteúdos básicos da capacitação deve ser objeto de deliberação pelos plenários dos Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas governamentais. Tal atividade concretiza-se com processos autônomos, de acordo com a realidade local, e com a criação de instrumentos de acompanhamento e avaliação dos resultados. O que se requer desses Conselhos e a uma dinâmica de funcionamento que varie em conformidade com as relações que se estabelecem entre usuários, gestores, prestadores e trabalhadores de saúde e apresente resultados que contemplem a diferença de interesses de cada segmento, garantindo, ao mesmo tempo, a transparência de relação entre os distintos grupos que o constituem.

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

- Compreensão da estrutura e funcionamento do SUS;
- Compreensão ampliada de saúde;
- Articulação intersetorial e
- Formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida.

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

A própria Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seu art. 44, estabeleceu que o gestor local do SUS ofereceria ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde.

Por estas razões, nunca e demais lembrar a existência de materiais informativos que se encontram disponíveis para consulta e download na internet, voltados a 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.conselho.saude.gov.br> podem ser obtidas, em especial o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS.

## 6 Planejamento, fiscalização, aprovação e acompanhamento das Ações e Serviços de Saúde por Parte dos Conselhos

A Portaria MS/GM nº 2.135/2013, estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Segundo seu art. 2º, são instrumentos para planejamento o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

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

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



## 6.1 Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde

O Plano Municipal de Saúde-PMS ou Plano Diretor será a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária (§ 10, art. 36, Lei Federal no 8.080/1990).

O plano deve informar o seu período de vigência, princípios orientadores, arcabouço jurídico, diretrizes nas quais se assenta, forma de elaboração e principais tópicos do documento. Deve descrever os aspectos demográficos (evolução populacional, nos últimos dez anos, sua distribuição urbana/rural; por faixa etária; sexo e outros); e os aspectos econômicos e sociais (escolaridade; atividade econômica; fontes de recursos financeiros e arrecadação; sa-

neamento; habitação etc.) e analisar detalhadamente a situação do Município segundo os seguintes parâmetros: quanto aos modelos de gestão e atenção a saúde, financiamento (recursos orçamentários e financeiros), quanto aos recursos específicos ou estratégicos (situação dos recursos humanos, assistência farmacêutica, tecnologia sanitária).

Ao pretender a alocação de recursos, o gestor municipal de saúde deverá observar que é vedado consignar na lei orçamentária crédito com finalidade imprecisa ou com dotação ilimitada. A lei orçamentária não consignará dotação para investimento com duração superior a um exercício financeiro que não esteja previsto no Plano Plurianual ou em lei que autorize a sua inclusão (art. 5º, §§ 4º e 5º, da Lei de Responsabilidade Fiscal e art. 167, § 1º, da Constituição Federal).

Uma vez elaborado o PMS, que é plurianual, pode-se fazer sua Programação Anual de Saúde-PAS (art. 4º da Portaria MS/GM no 2.135/2013). Esta definirá ações, metas, estratégias e prioridades de saúde do município. A programação anual, a partir de agora, reveste-se de maior importância. Para atender modelos recomendados, deverá obedecer a valores estabelecidos e parâmetros detectados.

Um bom roteiro para a elaboração da programação anual e conhecer os recursos e estabelecer as prioridades, as metas para alcançá-las e as ações que pretende desenvolver. Completam a programação anual o cronograma físico-financeiro e a sistemática de acompanhamento e avaliação como parte do monitoramento do trabalho e subsídio ao Relatório de Gestão.

Devera, ainda, ser incorporada a LDO, ser factível e estar coerente com as políticas definidas no PMS e com os recursos existentes, expostos no planejamento.

De acordo com o §§ 1º e 2º do art. 19 da Lei Complementar Federal nº 141/2012, os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuadas em comissões intergestores bipartite e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde; e, ainda, manter tal Conselho e o Tribunal de Contas informados dessas previsões de transferência. Obrigação análoga esta imposta a União, ao prever transferências para Estados, Distrito Federal e Municípios (§ 3º, art. 17, do mesmo diploma).

Ademais, cabe salientar que, consoante disposto no art. 2º, II, da Lei Com-

plementar supracitada, para serem computadas nos gastos mínimos com ações e serviços de saúde, as despesas devem estar em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação.

## 6.2 Prestação de Contas da Saúde

A prestação de contas, a ser examinada pelos órgãos de controle, será composta de demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentaria (RREO), a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio pelos Tribunais de Contas (arts. 34 c/c 37, da Lei Complementar Federal nº 141/2012 e art. 56 da LRF).

As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o RREO (art. 35 da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

O gestor do SUS, em cada ente da Federação, elaborará Relatório (Quadri-mestral) detalhado referente ao período anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações (art. 36 do mesmo diploma e parágrafo único do art. 7º da Portaria MS/GM nº 2.135/2013):

- montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Este relatório será também apresentado pelo gestor local, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública nas respectivas Casas Legislativas do ente da Federação, conforme já mencionado (art. 7º da Portaria MS/GM nº 2.135/2013).

A Lei Complementar Federal nº 141/2012 trouxe, em seu art. 41, obrigatoriedade para que os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliem a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da



saúde sobre a repercussão da execução dos dispositivos legais vigentes nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas. Devem, também, encaminhar ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

O gestor de cada esfera enviara, ainda, Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, contemplando (art. 6º, § 1º da Portaria MS/GM nº 2.135/2013):

- I** – as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- II** – as metas da PAS previstas e executadas;
- III** – a análise da execução orçamentária; e
- IV** – as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

Cabe ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas legais vigentes e, a este parecer será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.



# 7 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde-SIOPS foi criado pela Portaria Interministerial MS/GM-PGR nº 1.163/2000, a qual foi revogada pela nova disciplina dada pela Portaria Interministerial MS/GM-PGR nº 446/2004.

Trata-se de um sistema eletrônico de processamento de dados a ser alimentado periodicamente pelo município, estando disponível no portal nacional da saúde, com o objetivo de informar as receitas municipais e as despesas realizadas na área da saúde.

Mais recentemente foi consolidado no art. 39 da Lei Complementar Federal nº 141/2012, que prevê, em seu § 1o, que será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos:

**I.** obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

**II.** processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

**III.** disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

**IV.** realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em



ações e serviços públicos de saúde previstos na referida Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

**V.** previsão de modulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da LRF, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

**VI.** integração, mediante processamento automático, das informações do SIOPS ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Tais informações, portanto, são divulgadas 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.

A não prestação de tais informações implica na suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25, Lei de Responsabilidade Fiscal.

# 8 Fiscalização da aplicação dos recursos da Saúde

## 8.1 Competência de outros órgãos de controle

Fundamentado no inciso VI, do art. 71, da CF, cabe ao Tribunal de Contas da União (TCU) fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pelo governo federal mediante convenio, acordo, ajuste ou instrumento congêneres. Essa ajuda financeira tipifica a chamada transferência voluntária que é o repasse entre esferas de governo sem que para tal exista ordem constitucional ou legal.

A Lei Complementar Federal nº 141/2012, no parágrafo único do art. 25, estabeleceu que compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição.

Em relação as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria (Decreto Federal nº 1.651/1995), para controlar a execução, em conformidade com os padrões estabelecidos; avaliar a estrutura dos processos aplicados e dos resultados alcançados e auditar os procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

A Lei Complementar Federal nº 141/2012, corroborou estes dispositivos, consoante se infere do art. 38, disciplinando que o Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, fiscalizara o cumprimento das normas da referida Lei, com ênfase no que diz respeito:

- à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
- às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- a aplicação dos recursos vinculados ao SUS e
- a destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados a saúde.

Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde vem mantendo sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público as informações. Trata-se do SIOPS, anteriormente veiculado nesta Cartilha.

A Lei Complementar Federal nº 141/2012 destaca, no parágrafo único do art. 40, que se forem constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e a direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Destacamos, por fim, que:

- os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto na Lei Complementar referida, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação (art. 42 da citada Lei Complementar); e,
- quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos para ações e serviços de saúde, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas (art. 27 da referida Lei Complementar):

- a adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse; e,
- a responsabilização nas esferas competentes.

## 8.2 Competência do Tribunal de Contas do Estado do Acre

Face ao explicitado no tópico anterior desta Cartilha, *mutatis mutandis* para fins de aplicação ao e. Tribunal de Contas do Estado do Acre, destacamos outros aspectos atinentes a fiscalização exercida por este órgão.

A Lei de Responsabilidade Fiscal, em seu art. 25, qualifica os repasses SUS como transferência não voluntária, ou seja, compulsória. Tais recursos pertencem ao município sendo por ele arrecadados e cabendo o respectivo controle, a priori, aos Tribunais de Contas dos Estados (ou dos Municípios, se existentes).

Conforme já citado, o art. 25, parágrafo único, da Lei Complementar nº 141/2012, estabeleceu competência ao Tribunal de Contas a verificação da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição. No caso do Estado do Acre, além do Estado, estão sob sua jurisdição 22 municípios, ou seja, todos.

Na atividade fiscalizatória, o e. Tribunal de Contas do Estado do Acre perscruta a área da saúde em diversas frentes. Para tanto, as Prefeitura Municipais e demais órgãos que manejam os valores da área devem encaminhar as informações bimestralmente, conforme Resolução TCE nº 87/2013 deste Tribunal através do Sistema Informatizado de Prestação e Análise das Contas (SIPAC). Os Pareceres Quadrimestrais do Conselho Municipal de Saúde e as Atas das Audiências Públicas referentes aos Relatórios apresentados pelos gestores locais fazem parte do rol de envio dos documentos previstos no Manual de Referência da supracitada Resolução.

No bojo das Contas Anuais das Prefeituras Municipais, e imprescindivelmente verificada a aplicação do percentual mínimo de 15% das receitas de impostos e transferências de impostos, consoante já explanado nesta Cartilha. Ao efetuar esse exame, e analisada a pertinência das despesas, efetuando-

-se, eventualmente, glosas de gastos não elegíveis.

Neste ponto cabe registrar o acompanhamento realizado periodicamente dessas aplicações, especialmente mediante o envio das remessas através do Sistema SIPAC, a partir das quais são enviadas Notificações de Alertas, assim propiciando aos órgãos correções tempestivas, antes de findar o exercício financeiro.

Ademais, neste mesmo contexto fiscalizatório, via de regra e verificado: a) se o Fundo Municipal movimenta todos os recursos da saúde mediante contas bancárias próprias; b) se houve aprovação da Gestão da Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde. Também podem ser objeto de análise o Plano Municipal de Saúde; a remessa de dados ao Ministério da Saúde (SIOPS); composição e atribuições do Conselho Municipal de Saúde.

Por fim, ainda neste contexto, podem ser avaliados programas governamentais, mediante as chamadas fiscalizações de natureza operacional. Desta feita, mais que a legalidade dos dispêndios, busca-se aferir a eficiência, eficácia e efetividade da política pública implementada no município.

Noutro passo, caso o Poder Público efetue repasses de verbas da saúde a entidades do Terceiro Setor, conforme o caso, poderão ser objeto de apreciação tanto o instrumento que os regulamenta – ou seja, o ajuste, seja Contrato de Gestão, Termo de Parceria, Termo de Colaboração, Termo de Fomento, Acordo de Cooperação ou Convenio -, quanto a prestação de contas em si – as quais se incluem, além dos precedidos pelos citados ajustes, os efetuados por meio de Auxílio, Contribuição ou Subvenção.

Cabe salientar a dinâmica empreendida pelo e. Tribunal de Contas do Estado do Acre no que concerne a transparência dos dados captados junto aos municípios. Neste sentido, tem implementado medidas como, por exemplo, a disponibilização em seu site do Índice de Efetividade da Gestão Municipal-IEGM (<http://iegm.irbcontas.org.br/>) e do Portal do Cidadão (<http://app.tce.ac.gov.br/cidadao/>), que são dados dos municípios ofertados ao público em geral, o que estimula o relevante exercício do controle social dos gastos públicos.

Além das atividades fiscalizatórias, ressaltamos, ainda, o fundamental papel pedagógico exercido pelo e. Tribunal de Contas do Estado do Acre, por meio da Escola de Contas Conselheiro Alcides Dutra de Lima, que realiza fre-

quentes eventos, palestras, cursos, bem como oferta de material pedagógico, aprimoramento de seu site, tudo visando a capacitação dos servidores públicos, conselheiros municipais, funcionários e voluntários de entidades do Terceiro Setor, estudantes e população em geral.





## Glossário de Siglas do Sistema Único de Saúde

**AIH** AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES  
**APAC** AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO/COMPLEXIDADE  
**CEBAS** CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
**CES** CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE  
**CIB** COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
**CIS** CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
**CIT** COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE  
**CMS** CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
**DNC** DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA  
**FAE** FRAÇÃO ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA  
**FIDEPS** FATOR DE INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO E PESQUISA  
**FMS** FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
**IGMS** ÍNDICE DE GASTO MUNICIPAL COM SAÚDE  
**IGPS** ÍNDICE DO GASTO COM PESSOAL EM SAÚDE  
**IVH-E** ÍNDICE DE VALORIZAÇÃO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA  
**IVR** ÍNDICE DE VALORIZAÇÃO DE RESULTADOS  
**MS** MINISTÉRIO DA SAÚDE  
**OMS** ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
**PAB** PISO DE ATENÇÃO BÁSICA  
**PACS** PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
**PCCS** PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS  
**PDVAV** PROGRAMA DESCONCENTRADO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
**PPI** PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA  
**PSF** PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
**SADT** SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPÊUTICA  
**SAS/MS** SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE  
**SES** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
**SIA/SUS** SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS  
**SIH/SUS** SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS  
**SIM** SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE  
**SINAN** SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO  
**SINASC** SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS  
**SIPNASS** SISTEMA DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
**SIOPS** SISTEMA DE INFORMAÇÕES DOS ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE  
**SISVAN** SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL  
**SMS** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**SUS** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
**TFA** TETO FINANCEIRO DE ASSISTÊNCIA  
**WHO** WORLD HEALTH ORGANIZATION















**TRIBUNAL DE CONTAS**  
DO ESTADO DO ACRE

**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO ACRE**  
Av. Ceará, 2994, 7º BEC - Rio Branco - Acre - CEP 69.918-111  
Telefones: (68) 3025-2010 - 3025-2069 - Fax: (68) 3025-2041  
[www.tce.ac.gov.br](http://www.tce.ac.gov.br)