

Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde



TCE-SP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde



TCE-SP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo



Exercício de 2022

Conselheiros

Dimas Ramalho (Presidente)
Sidney Estanislau Beraldo (Vice-Presidente)
Renato Martins Costa (Corregedor)
Antonio Roque Citadini
Edgard Camargo Rodrigues
Robson Marinho
Cristiana de Castro Moraes

Secretário-Diretor Geral

Sérgio Ciquera Rossi

Ministério Público de Contas

Thiago Pinheiro Lima – Procurador Geral
Celso Augusto Matuck Feres Junior
Élida Graziane Pinto
João Paulo Giordano Fontes
José Mendes Neto
Letícia Formoso Delsin Matuck Feres
Rafael Antonio Baldo
Rafael Neubern Demarchi Costa
Renata Constante Cestari

Procuradoria da Fazenda Estadual

Luiz Menezes Neto – Procurador-Chefe
Denis Dela Vedova Gomes
Carim José Feres
Luís Cláudio Manfio
Jéssica Helena Rocha Vieira Couto

Auditores

Samy Wurman – Coordenador
Alexandre Manir Figueiredo Sarquis
Antonio Carlos dos Santos
Josué Romero
Márcio Martins de Camargo
Sílvia Monteiro
Valdenir Antonio Polizeli

Supervisão

Sérgio Ciquera Rossi
(Secretário-Diretor Geral)

Coordenação

Paulo Massaru Uesugi Sugiura
(Diretor Técnico de Departamento – DSF-I)
Alexandre Teixeira Carsola
(Diretor Técnico de Departamento - DSF-II)

Elaboração

Andreia Albertino Rodrigues
Flavio Corrêa de Toledo Jr.
Silvana de Rose

Revisão (2019)

Cibele de Lima Zanin Martinusso
Sidney Sarmento de Souza

Atualização

Cibele de Lima Zanin Martinusso
Sidney Sarmento de Souza

Colaboração

Antônio José Viveiros
José Márcio Ferreira
Escola Paulista de Contas Públicas
“Presidente Washington Luís” – EPCP
Coordenadoria de Comunicação
Social – CCS

Apresentação

“O que distingue os Tribunais de Contas do Poder Judiciário? Não é sua estrutura ou a forma de composição de seus membros [...], mas é a sua capacidade de atuação preventiva. E, em uma época em que falamos tanto de eficiência e eficácia, isso é tudo.”

Antonio Herman de Vasconcellos e Benjamin
Ministro do Superior Tribunal de Justiça

Que fatores contribuem para a ocorrência de erros e ilegalidades na gestão pública? Quais deles podem ser evitados e de que forma? Levantar indagações desse tipo e refletir sobre possíveis soluções também é parte do trabalho de um Tribunal de Contas, que tem a atuação preventiva como um de seus pilares.

Nesse sentido, uma das frentes mais eficientes é composta pelas ações educativas, que conseguem se antecipar a ponto de eliminar irregularidades antes mesmo de sua origem.

Cursos e materiais que permitam a capacitação de gestores e de suas equipes acabam por trazer um duplo retorno à sociedade. Primeiro, de forma imediata, espera-se a redução dos equívocos técnicos na execução orçamentária ou na formulação de um edital de licitação, por exemplo. Segundo, em um efeito indireto, mas não menos importante, órgãos de controle e cidadãos ganham ainda mais legitimidade para cobrar retidão e excelência de agentes políticos e servidores.

Com o objetivo de fortalecer seu caráter pedagógico, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo vai ao encontro do jurisdicionado. Em 2022, completamos 26 anos de Ciclo de Debates com Agentes Políticos e Dirigentes Municipais percorrendo o Estado para instruir pessoalmente mais de 8.000 representantes dos 644 municípios de nossa jurisdição. Também viajamos ao interior para uma série de cinco seminários, no segundo semestre, sobre a Nova Lei de Licitações, para cumprir nosso dever legal de capacitar na área de contratações públicas.

Sob essa perspectiva, decidimos atualizar este e outros manuais editados pelo TCESP à luz das alterações legislativas, da jurisprudência atualizada e das recentes instruções do Tribunal. Espero que gestores e ordenadores de despesas tenham a oportunidade de acessar e dedicar o merecido tempo a este material, que só assim cumprirá sua finalidade.

São Paulo, janeiro de 2023.

Dimas Ramalho
Presidente

Sumário

1. A saúde: histórico e base normativa.....	7
1.1. Sistema Único de Saúde – SUS.....	7
1.2. Habilitação dos Municípios para gerir o SUS.....	8
1.3. Custeio das ações de saúde: responsabilidade das três esferas de governo.....	10
2. Principais Programas de Saúde.....	10
2.1. Saúde da Família.....	11
2.2. Vigilância em Saúde.....	15
3. Planejamento das ações da saúde.....	18
3.1. Cadastramento dos municípios.....	18
3.2. Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde.....	19
4. Os recursos humanos na saúde.....	20
4.1. A Gestão do Trabalho no SUS.....	21
4.2. Competência e Responsabilidade de Contratação.....	21
4.3. Planos de Carreira, Cargos e Salários – PCCS.....	23
4.4. Educação Permanente.....	25
5. Repasses das Receitas – SUS.....	26
6. Vinculação constitucional de recursos para a saúde.....	27
6.1. Receita e aplicação mínima.....	27
6.2. Planejamento e acompanhamento da execução.....	29
6.3. Efeitos da não aplicação dos mínimos.....	30
7. Despesas da saúde.....	31
7.1. Ações e Serviços Públicos de Saúde.....	31
7.2. Despesas elegíveis para a Saúde.....	32
7.3 Despesas inelegíveis para a Saúde.....	33
8. A Lei de Responsabilidade Fiscal e o financiamento da saúde.....	34
9. Transparência e visibilidade da Gestão da Saúde.....	35
9.1. Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde.....	38
9.2. Prestação de Contas da Saúde.....	39
9.3. Acesso a projetos de saúde pela internet.....	40
10. Fundo Municipal de Saúde: instrumento obrigatório para a aplicação dos recursos.....	41
10.1. Embasamento Legal.....	41
10.2. Conceituação de Fundos Especiais.....	42
10.3. Características Básicas.....	42
10.4. Personalidade Jurídica.....	42
10.5. Previsão Orçamentária.....	43
10.6. Movimentação Financeira.....	43
10.7. Ordenador da Despesa.....	44
10.8. Ordem Cronológica dos Pagamentos.....	44
10.9. Processamento da Despesa.....	44
11. Consórcios Municipais.....	45
12. Repasses públicos ao Terceiro Setor para ações de saúde.....	46
12.1. Possibilidades de relacionamentos (ajustes).....	47

12.2. O Terceiro Setor e a ESF.....	48
12.3. As APAES e a ESF.....	49
12.4. Efeitos para a Lei de Responsabilidade Fiscal.....	49
12.5. Otimização dos recursos públicos aplicados pelo Terceiro Setor.....	49
13. Conselho Municipal de Saúde.....	51
13.1. Definição dos Conselhos de Saúde.....	52
13.2. Instituição e Reformulação dos Conselhos de Saúde.....	52
13.3. Organização dos Conselhos de Saúde.....	52
13.4. Estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde.....	55
13.5. Competência dos Conselhos de Saúde.....	56
13.6. Autonomia dos Conselhos de Saúde.....	59
13.7. Planejamento, Fiscalização, Aprovação e Acompanhamento das Ações e Serviços de Saúde por parte dos Conselhos.....	60
13.8. Capacitação dos Conselheiros de Saúde.....	61
14. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.....	62
15. Fiscalização da aplicação dos recursos da saúde.....	63
15.1. Competência de outros órgãos de controle.....	63
15.2. Competência do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.....	65
Referências bibliográficas.....	69

1. A saúde: histórico e base normativa

1.1. Sistema Único de Saúde – SUS

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

O mandamento constitucional estabelece que:

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

A análise histórica da concepção ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra que desde os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária até a fase atual, várias foram as iniciativas de se inserir um sistema de saúde na Lei Maior.

No atual texto constitucional de 1988 que se conseguiu estabelecer a mais profunda e importante estruturação e organização do Sistema Único de Saúde, na medida em que dispôs sobre suas ações e serviços, definindo atribuições e competências ao Estado para o setor. O texto deu ênfase à mudança do modelo assistencial, estabelecendo estratégias de atenção voltadas para a vigilância à saúde, entendida como um conjunto de práticas, tendo como resultado operações de promoção, prevenção e recuperação realizadas pelos serviços de saúde e por meio de ações intersetoriais, visando ao enfrentamento dos problemas da saúde nas múltiplas formas de manifestação.

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

Outras disposições de natureza infraconstitucional surgiram, tais como as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 de 19/09/1990 e nº 8.142 de 28/12/1990, que dispõem sobre a organização, funcionamento e participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e visam atender ao reclamo constitucional, estabelecendo critérios a serem obedecidos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Temos também as Normas Operacionais Básicas (NOB's) e por último as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que são potentes instrumentos normativos de operacionalização do SUS para as três esferas de governo, estabelecendo o financiamento do sistema, as condições de habilitação para a gestão nos diferentes âmbitos governamentais, a definição de suas competências e instâncias quanto às comissões intergestores (CIT/ CIB)¹, sendo suas resoluções submetidas ao Conselho Nacional de Saúde.

¹ Vide Lei Federal nº 12.466/2011.

E, por fim, ainda no campo infralegal, temos as portarias Ministeriais e as deliberações do Conselho Nacional e das Conferências Nacionais da Saúde, todas formatando o atual arcabouço jurídico do Sistema.

Durante a última década ocorreram avanços significativos nos elementos constitutivos do SUS, tais como: a descentralização dos níveis de gestão, a eleição das bases para o financiamento e o controle social e a regionalização da assistência, buscando-se, desta forma, conferir ao Poder Público Municipal a função real e irreversível de gestores da atenção à saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (art. 30, VII, CF). É claro que isto não exime os Poderes Estadual e Federal, sendo os mesmos corresponsáveis na ausência da função municipal (art. 23, II, CF). De igual modo, não se exclui o papel da família, da comunidade e dos indivíduos na promoção, proteção e recuperação da saúde.

1.2. Habilitação dos Municípios para gerir o SUS

Um dos intuitos do Sistema Único de Saúde é fazer com que o Município assuma o papel de gestor da atenção à saúde dos seus 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 699 de 30/03/2006, foi regulamentada as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas. Esse Portaria também prevê um Termo de Cooperação entre os entes públicos, cujo conteúdo é pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Consasems.

Considerando o Termo de Cooperação firmado entre os entes, é importante destacar que ele deve conter as metas e um plano operativo do acordo, e assim, é 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 é 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.

Esse Pacto 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 instâncias 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; e,

III O Pacto de Gestão do SUS: também 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 é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais, ou seja, mais do que definir diretrizes nacionais é 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 previstos na Portaria de Consolidação/MS nº 01/2017, alterada pelas Portarias MS/GM nºs 3881/2017, 1169/2018, 1737/2018, 3440, 750/2019, 2577/2019, 2594/2019, 3616/2019, 1434/2020, 1662/2020, 1645/2020, 1839/2020, 3632/2020, 535/2021, 563/2021, 874/2021, 1001/2021, 1129/2012,*

2236/2021, 3398/2021, 4034/2021, 164/2022². A antiga Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi revogada pela Portaria MS/GM nº 1.820/2009).

• Política Nacional de Promoção da Saúde, prevista na Portaria de Consolidação/MS nº 02/2017, alterada pelas Portarias MS/GM nºs 2663/2017, 2925/2017, 3265/2017, 702/2018, 4384/2018, 1255/2018, 1710/2019, 2539/2019, 2979/2019, 3221/2019, 13/2020, 397/2020, 458/2020, 2466/2020, 1037/2021, 1325/2020, 1768/2021, 1862/2021, 3562/2021, 2298/2021³.

1.3. Custeio das ações de saúde: responsabilidade das três esferas de governo

O financiamento do SUS é de responsabilidade conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, num contínuo movimento de pactuação entre as esferas de gestão, com vistas ao aperfeiçoamento do sistema (Portaria MS/GM nº 3992/2017).

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

- I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Ainda que os números à 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 a manutenção dos repasses. Dentre as obrigações, está a regular alimentação periódica dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, de que trata a Portaria MS/GM nº 3.462/2010 (alterada pela Portaria MS/GM nº 1412/2013).

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

2. Principais Programas de Saúde

Partindo do âmbito federal de governo, há diversos programas aos quais se integram os governos estaduais e municipais. Dentre eles, estão:

² Alterações decorrentes da COVID -19.

³ Alterações decorrentes da COVID -19.

- Farmácia Popular do Brasil;
- Doação de Órgãos;
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192;
- Mais Médicos;
- Pronto Atendimento.

Não obstante, destacamos dois programas que são a base da atuação dos Municípios, quais sejam, a **Saúde da Família e Vigilância em Saúde**.

2.1. Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família – PSF (Portaria MS/GM nº 648/2006). Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Mediante a Portaria MS/GM nº 2.436/2017 (que revogou a Portaria MS/GM nº 2.488/2011), houve a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, a qual tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica devem seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades regionais.

A Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, as quais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Como assevera o Ministério da Saúde, a estratégia de Saúde da Família deve dinamizar o SUS. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos Municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

PRINCÍPIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

Este programa incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, quais

sejam, universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade; mais especificamente destacamos os seguintes princípios:

a) **Caráter substitutivo**

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

b) **Integralidade e hierarquização**

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

COMPETÊNCIAS DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Os órgãos municipais exercem fundamental papel no desenvolvimento da ESF. Para tanto, têm entre suas competências, que afetam diretamente a ESF (Portaria MS/GM nº 2.488/2011):

a – pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, através do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

b – destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

c – ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos Municípios;

d – inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

e – organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

f – prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

g – definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

h – desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

i – selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

j – garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

k – garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

l – organizar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

m – alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

n – organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

o – manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e

p – assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

EQUIPES DE SAÚDE

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para

a busca permanente de comunicação, bem como a troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do agente comunitário de saúde (ACS).

As equipes são compostas, no mínimo, por:

- médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade;
- enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família;
- auxiliar ou técnico de enfermagem;
- agentes comunitários de saúde (ACS);

Podem ser acrescentados a esta equipe profissionais de saúde bucal:

- cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família;
- auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se:

- como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde;
- por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade;
- por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta;
- por prestar assistência integral, permanente e de qualidade;
- por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Outros pontos também se destacam do trabalho das equipes: estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS

O **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** é considerado parte da Saúde da Família. Nos Municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS:

- ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e
- ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional.

Os agentes comunitários estão presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em Municípios altamente urbanizados e industrializados.

Quanto tratarmos de Recursos Humanos no SUS, retomaremos peculiaridades destes profissionais sobre o assunto.

2.2. Vigilância em Saúde

A Lei Federal nº 8.080/1990, em seu art. 6º, inciso I, especifica que as ações de vigilância sanitária e epidemiológica são parte da atuação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta mesma esteira, a Lei Complementar Federal nº 141/2012 incluiu, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos da saúde (sobre a qual será explicitado adiante), as despesas com as ações e serviços públicos de vigilância em saúde, incluindo a sanitária e a epidemiológica.

A responsabilidade e definição das diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde estão previstas na Portaria de Consolidação MS nº 04/2017, Anexo III, art. 4º. A saber:

Art. 4º As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- I – a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- II – a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- III – a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- IV – a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

- V – a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- VI – a vigilância da saúde do trabalhador;
- VII – vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e
- VIII – outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

A seguir, tecemos algumas considerações mais específicas sobre a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

Vigilância Sanitária é um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a medicamentos e correlatos, cosméticos, alimentos, saneantes, equipamentos e serviços de assistência à saúde, bem como quaisquer outras substâncias, materiais, serviços ou situações que possam, mesmo potencialmente, imprimir risco à saúde coletiva. Estas atribuições estão descritas dentre as competências do SUS, consoante se infere do inciso I, alínea “a”, do art. 6º, da Lei Federal nº 8.080/1990. As atividades da Vigilância Sanitária são multidisciplinares, normatizam e controlam as práticas de fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de interesse da Saúde Pública. Utilizam-se instrumentos legais punitivos para coibir práticas que coloquem em risco a saúde da população.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

procedimentos de prevenção e controle estabelecidos.

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

Originalmente, a expressão vigilância epidemiológica significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva.

Posteriormente, na vigência de campanhas de erradicação de doenças – como a malária, varíola, COVID-19 – a vigilância epidemiológica passou a ser referida como uma das etapas desses programas, na qual se buscava detectar, ativamente, a existência de casos da doença-alvo, com vistas ao desencadeamento de medidas urgentes, destinadas a bloquear a transmissão.

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

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

Um dos atuais exemplos brasileiros coordenados pelo Ministério da Saúde é a Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19. A experiência da CNV motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização.

Por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE. Este sistema, formalizado através da Lei Federal nº 6.259/1975 e Decreto nº 78.231, que a regulamentou, em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país.

A promulgação da Lei Federal nº 8.080, que instituiu, em 1990, o SUS, teve importante desdobramento na área de vigilância epidemiológica. O texto legal manteve o SNVE, oficializando o conceito de vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

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

Além disso, um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções, sob comando único em cada esfera de governo

– federal, estadual, municipal -, o que implica no direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica no país.

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

3. Planejamento das ações da saúde

Evidentemente que o planejamento é condição fundamental para o sucesso de qualquer programa. Nesse sentido, a Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seu art. 30, estabeleceu que os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento aos termos por ela disciplinados e, ainda, dispôs que:

- o processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos;
- planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional;
- planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

A esses dispositivos aduzimos o estabelecido no art. 43, § 1º, da mesma Lei, visto o compromisso da União em prestar cooperação técnica, a partir da implementação de processos de educação na saúde, da transferência de tecnologia visando à operacionalização de sistemas eletrônicos e de formulação de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços de saúde.

Com tais medidas, a tendência é o aprimoramento do planejamento municipal, sendo o Plano Municipal de Saúde seu principal instrumento.

Porém, antes de tratar deste Plano, registraremos uma medida fundamental para a gestão municipal da saúde.

3.1. Cadastramento dos municípios

O conhecimento da clientela e informações mínimas sobre suas necessidades é, a princípio, o início de um bom planejamento e futura execução de um programa.

Para tanto, o Ministério da Saúde criou um sistema de identificação de pessoas com base em um número de registro nacional, que, preferencialmente será o número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas – CPF ou na impossibilidade deste, o número de identificação no Cartão Nacional de Saúde – CNS. Essa sistemática de identificação, na qual a Portaria GM/MS 2.236/2022 alterou a Portaria de Consolidação MS nº 01/2017, substituiu o “antigo” cartão SUS.

Assim, pretende-se organizar e sistematizar dados sobre o atendimento prestado aos usuários; dotar a rede de atendimento do SUS de um instrumento que facilite a comunicação entre os diversos serviços de saúde; fornecer informações sobre uma pessoa usuária do SUS em qualquer ponto do País e gerar dados confiáveis e atualizados que permitam planejamento e intercâmbio de conhecimento para subsidiar a elaboração e execução das políticas públicas de saúde.

Esse sistema de identificação é projetado para facilitar o acesso à rede de atendimento do SUS, inclusive entrega de medicamentos. Em suma, disponibilizam-se dados sobre quando e onde o paciente foi atendido, quais serviços foram prestados e por qual profissional e quais procedimentos foram realizados.

O cadastro é feito em hospitais, clínicas e postos de saúde ou locais definidos pela Secretaria Municipal de Saúde local, mediante a apresentação de documentos pessoais do cidadão. O Cartão pode ser impresso em todos os Municípios do Brasil, e o ideal é que seja entregue no domicílio no qual o cidadão é atendido pelo SUS.

3.2. Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde

O Plano Municipal de Saúde – PMS ou Plano Diretor consiste na base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária (§ 1º, art. 36, Lei Federal nº 8.080/1990).

O plano deve informar o seu período de vigência, princípios orientadores, arcabouço jurídico, diretrizes, 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); aspectos econômicos e sociais (escolaridade; atividade econômica; fontes de recursos financeiros e arrecadação; saneamento; habitação etc.), e analisar detalhadamente a situação do Município, segundo os seguintes parâmetros: a) quanto aos modelos de gestão e atenção à saúde; b) quanto ao

financiamento (recursos orçamentários e financeiros); c) 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. 97 Portaria de Consolidação MS nº 01/2017). 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 é primeiramente conhecer os recursos, e, a partir de então, estabelecer as prioridades, as metas para alcançá-las e as ações que se 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.

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

De acordo com os §§ 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 está imposta à 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 Complementar 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.

4. Os recursos humanos na saúde

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões sobre sua gestão têm sido frequentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos.

Das quatro questões, a mais complexa é a dos recursos humanos, pois, no setor saúde, são a base para a viabilização e implementação dos projetos, serviços e ações disponíveis à população. Isto porque a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia dificilmente substituirá a atuação de um profissional na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Desta feita, é imprescindível e premente que sejam resolvidos problemas como: direitos diferenciados; falta de estímulo profissional; desvios de funções; dupla ou tripla jornada de trabalho; formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, com pouca participação efetiva das categorias profissionais; e, não implementação dos direitos e deveres legalmente previstos.

Nesse sentido, desde a sua promulgação, a Carta Magna de 1988 no art. 200, III atribuiu como uma das competências do SUS a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema.

O artigo 27 da Lei Federal nº 8.080/1990 dispõe que a política de recursos humanos, na área de saúde, será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas do governo.

Em 1º de novembro de 2012, o Ministério da Saúde editou a Portaria MS/GM nº 2.517, para dispor sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e despreciação do trabalho em saúde. Na mesma portaria solicitou o envio de projetos pelos Poderes e estabeleceu prazos, condições e incentivos financeiros, buscando a modernização e qualificação do trabalho no SUS (esses incentivos financeiros foram alterados pela Portaria MS/GM nº 2940/12).

É fato que há muito ainda por fazer na implementação efetiva de uma política de recursos humanos para o SUS, pelo que já está previsto e também pela melhora dos termos normativos.

4.1. A Gestão do Trabalho no SUS

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

O “trabalho no SUS” refere-se àquele que é exercido pelos trabalhadores dos serviços públicos e privados (contratados ou conveniados); diz respeito às relações de trabalho de caráter permanente e precárias, desde que exercidas no interior do Sistema. No âmbito do SUS, fica entendido como “desenvolvimento do trabalhador”, as atitudes, circunstâncias e ações que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização e a prestação de serviços de qualidade à população usuária do Sistema. O “desenvolvimento do trabalhador” terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania.

4.2. Competência e Responsabilidade de Contratação

PLANO GERAL

De acordo com as atribuições dos diferentes âmbitos de gestão do SUS, definidas nas Leis Orgânicas da Saúde, nas Normas Operacionais Básicas e demais normativas, compete a cada esfera governamental contratar e manter o quadro de pessoal necessário à execução da gestão e das ações e serviços de saúde conforme a necessidade da população e a habilitação da instância de gestão.

Imprescindível é a observância das normas do Direito Público e Administrativo, além de assegurar no respectivo Plano de Saúde a previsão do quadro de pessoal necessário à sua implementação e também dos mecanismos de controle de contratação.

Os gestores (federal, estaduais e municipais) ao firmarem ato de descentralização de serviços de saúde devem incluir a cessão do patrimônio (bens imóveis e equipamentos) e dos recursos humanos. Devem estar fixadas as responsabilidades de todos os gestores, incluindo-se entre outros: direitos e deveres; a competência do gestor que recebe os serviços, para estabelecer procedimentos disciplinares; jornada de trabalho; vantagens e benefícios; formas de movimentação; complementação salarial se for o caso, respeitando-se as realidades estaduais e municipais. A gestão do trabalho é de responsabilidade daquele que recebe os serviços de saúde. O gestor federal e os gestores estaduais manterão um sistema de comunicação e negociação com as instâncias de gestão dos recursos humanos descentralizados referentes a afastamentos, demissões, transferências ou substituições, repassando automaticamente, aos mesmos, através dos respectivos Fundos de Saúde, os valores financeiros equivalentes ao custo global dos contratos (remuneração e custos sociais) dos servidores afastados, demitidos ou transferidos.

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

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

FORMAS DE VINCULAÇÃO

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

Nos serviços privados (filantrópicos e lucrativos) conveniados ou contratados para prestarem serviços de saúde junto ao SUS, a contratação de trabalhadores deve ocorrer, no mínimo, para o cumprimento das obrigações definidas em cláusulas conveniais ou contratuais junto às instâncias gestoras, a partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços. A contratação de pessoal dar-se-

-á através de seleção pública de trabalhadores, cuja vinculação com a instituição empregadora deve seguir os preceitos da legislação vigente.

4.3. Planos de Carreira, Cargos e Salários – PCCS

QUALIDADE E ATUALIZAÇÃO

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários – PCCS possibilitarão o constante aperfeiçoamento, qualificação e formação profissionais, no sentido de melhorar a resolutividade das ações e serviços de saúde e permitir a evolução ininterrupta dos trabalhadores do SUS na Carreira.

Não obstante, há de se ter em vista que, periodicamente, os planos devem ser adequados às necessidades, à dinâmica e ao funcionamento do SUS.

ABRANGÊNCIA

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários-PCCS abrangem todos os trabalhadores que participam dos processos de trabalho do SUS, desenvolvidos pelos órgãos gestores e executores de ações e serviços de saúde da Administração Pública Direta e Indireta, dos três níveis de governo, incluindo-se as Agências Executivas e os Consórcios Intermunicipais de Saúde; os trabalhadores de Entidades Privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de saúde ao SUS; e, os trabalhadores dos órgãos públicos e privados de ensino e pesquisa na área da saúde. Ou seja, todos estão abarcados pelos princípios e diretrizes únicos da carreira, multiprofissional e transdisciplinar da saúde.

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários podem ou não ser únicos em cada âmbito de gestão, incluindo-se os prestadores de serviços de saúde, na dependência, em cada local, da capacidade de articulação política dos atores sociais envolvidos.

INGRESSO E EVOLUÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS E NA CARREIRA DA SAÚDE

O Concurso Público ou Processo Seletivo são as únicas formas de ingresso nos serviços e na Carreira da Saúde no serviço público (art. 37, II da CF).

No âmbito privado, conforme o caso, em sendo mantidas com verbas públicas, em face dos princípios da isonomia e da impessoalidade, as vagas devem ser preenchidas mediante processo seletivo amplamente tornado público e transparente. A evolução do servidor na Carreira, quando da elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários – PCCS ocorrerá mediante a capacitação, a avaliação de desempenho com indicadores e critérios objetivos, a titulação e a formação profissional.

EQUIDADE

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

No âmbito de cada gestor do SUS, deverá ser assegurado o tratamento isonômico, inclusive de piso salarial, para os trabalhadores com funções assemelhadas pelo nível de escolaridade, entendida a isonomia como a igualdade de direitos, obrigações e deveres, independentemente do tipo ou regime de vínculo empregatício.

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

MOBILIDADE

Deve ser assegurada a mobilidade dos trabalhadores do SUS na Carreira, entre as diferentes áreas de atuação (gestão, promoção, proteção e recuperação da Saúde) e o acesso dos mesmos a Cargos e Classes de melhor posicionamento na tabela salarial, com critérios claramente definidos.

INCENTIVO À DEDICAÇÃO EXCLUSIVA E TEMPO INTEGRAL

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

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Sob o aspecto da gestão do trabalho, a profissão do agente comunitário de saúde deve ser exercida exclusivamente no âmbito do SUS e vinculada ao gestor do Município onde atua. A Lei Federal nº 11.350/2006 foi editada para regulamentar o § 5º, do art. 198, da CF, dispondo sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único, do art. 2º, da Emenda Constitucional nº 51/2006 e revogou a Lei Federal nº 10.507/2002. Estabeleceu requisitos para o exercício das atividades de ACS, cuja admissão dependerá da realização de processo seletivo público (arts. 6º e 9º da Lei Federal nº 11.350/2006, os quais foram alterados pela Lei 13.595/2018).

Cabe ao gestor local do SUS dispor sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais, e os admitidos se submetem ao regime jurídico da CLT, salvo se, nas unidades federativas, lei local dispuser de forma diversa. Observa-se, ainda, que são vedadas as contratações temporárias ou terceirizadas, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos, na forma de lei aplicável (arts. 8º, 14 e 16 da Lei Federal nº 11.350/2006).

A Lei Federal nº 12.994/2014 incluiu os arts. 9-A a 9-G na Lei Federal nº 11.350/2006, por meio dos quais estabeleceu a jornada de 40 horas semanais e o piso salarial dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate a endemias, a possibilidade de complementação financeira do governo federal, a jornada de trabalho e as diretrizes do plano de carreira desses profissionais.

Ainda sob o prisma de valorização desses profissionais, foi promulgada em 06 de maio de 2022, a Emenda Constitucional nº 120 de 2022, que acrescentou os parágrafos 7º, 8º, 9º, 10 e 11 ao artigo 198 da Constituição Federal, para dispor sobre: a) o vencimento dos agentes comunitários de saúde e de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais; b) os vencimentos de tais agentes devem ser consignados no orçamento geral da União, com dotação própria e exclusiva; c) piso salarial não inferior a dois salários mínimos; d) estabelecimento de aposentadoria especial e, somado aos vencimentos, adicional de insalubridade e e) os recursos repassados pela União aos Estados, Distrito Federal e Municípios para pagamento dos vencimentos dos agentes comunitários de saúde e de combate a endemias não entra para o cômputo no cálculo, para fins de limite de despesa com pessoal.

CARGOS DE LIVRE PROVIMENTO

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

4.4. Educação Permanente

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

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente é o de aceitar que formação e desenvolvimento devem ser descentralizados, ascendentes e multidisciplinares.

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

Desse modo, transformar a formação e gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas.

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

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

5. Repasses das Receitas – SUS

A aplicação na saúde envolve tanto o montante de recursos próprios do ente federado calculado sobre a receita de impostos (sobre a qual discutiremos adiante), como os recursos de custeio da esfera federal.

Estes recursos devem ser integralmente aplicados e destinam-se à assistência hospitalar e ambulatorial. A transferência desses recursos para os demais entes da Federação é feita por meio de repasses diretos aos fundos de saúde (art. 16, Lei Complementar Federal nº 141/2012) e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas, mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União (§ 2º, art. 13, Lei Complementar Federal nº 141/2012).

A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos (art. 18, Lei Complementar Federal nº 141/2012), 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 (§ 4º art. 13 da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

Para maiores detalhes sobre o Fundo Municipal de Saúde, a partir do qual são movimentados tais valores, vide item específico, adiante, deste Manual.

6. 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 orçamentária de Estados e Municípios no âmbito do SUS. Posteriormente, 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.

6.1. Receita e aplicação mínima

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.

Quanto à União, a Emenda Constitucional nº 95/2016 instituiu novo regime fiscal e novo piso de aplicação da saúde por 20 anos. Dispôs também que: a) o órgão que desrespeitar seu teto ficará impedido de no ano seguinte dar aumento salarial, contratar pessoal, criar novas despesas ou conceder incentivos fiscais, no caso do Executivo e b) a partir do décimo ano, o presidente da República poderá rever o critério uma vez a cada mandato presidencial, enviando um projeto de lei complementar ao Congresso Nacional.

Assim, passamos a registrar os percentuais mínimos de aplicação, e sua base de cálculo, para os demais entes da federação.

ESTADOS E DISTRITO FEDERAL

Consoante art. 6º da Lei Complementar Federal nº 141/2012, aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157 e o art. 159, I, “a”, e II, todos da CF, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios, ou seja:

A) Impostos do Estado:

- Imposto sobre a transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos – ITCMD;

- Imposto sobre Circulação de Mercadorias – ICMS;
- Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA;
- (+) 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 da União:

- Fundo de Participação dos Estados – FPE (21,5% do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados);
- 10% do Imposto sobre Produtos Industrializados, proporcionalmente ao valor das exportações de mercadorias por parte cada Estado da Federação;
- 100% do Imposto de Renda Retido na Fonte sobre rendimentos pagos pelo Estado; e
- Qualquer compensação financeira proveniente de impostos já instituída ou que vier a ser criada.

MUNICÍPIOS

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 inter vivos – 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;

- Qualquer compensação financeira proveniente de impostos já instituída ou que vier a ser criada.
- Auxílios semelhantes aos recebidos em 2009 (Lei nº 12.058, de 13/10/2009).

C) Impostos do Estado:

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

6.2. Planejamento e acompanhamento da execução

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 é 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 à 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 é, de um lado, o cômputo, 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, deverá o ente manter rígido controle dessa despesa, e sua contrapartida financeira, haja vista que é esta que garante o cômputo dos Restos a Pagar na aplicação mínima determinada.

6.3. Efeitos da não aplicação dos mínimos

O Município que não aplicar o percentual mínimo indicado no item anterior deste Manual estará sujeito às 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 Orçamentária-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 à 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 à 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 à 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.

7. Despesas da saúde

A Lei Complementar Federal nº 141/2012 regulamentou a aplicação de recursos públicos nas ações, especialmente em face dos arts. 197 e 198 da Constituição Federal. Assim, passamos a tratar das despesas atinentes ao assunto.

7.1 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 à (art. 2º da Lei Complementar citada, e art. 7º da Lei Federal nº 8.080/1990):

- a) 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 à 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 (ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde);
- b) 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;
- c) capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- d) 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.

7.2. Despesas elegíveis para a 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 à saúde em todos os níveis de complexidade, 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 à 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.

7.3 Despesas inelegíveis para a Saúde

O Comunicado SDG 23/2012 (publicado no DOE de 30/05/2012) tornou mais claras e sucintas as prescrições do art. 4º e o art. 24, § 4º da Lei Complementar 141/2012, especificando que não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as decorrentes de:

- pagamento de aposentadorias e pensões alusivas a servidores egressos da Saúde;
- pessoal da Saúde que atua em atividade alheia à referida área (ex.: psicólogo lotado em unidades escolares);
- ações que não atendam ao princípio da universalidade (ex.: planos de assistência médica e odontológica para servidores públicos);
- merenda escolar e outros programas de alimentação, exceto os que se relacionem à recuperação de deficiências nutricionais, previstos estes no art. 3º, II, da lei em questão;
- saneamento básico;
- limpeza urbana e remoção de resíduos;
- preservação e correção do meio ambiente;
- ações de assistência social (ex.: restaurantes populares; bolsa-família);
- obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar a rede de saúde (ex.: asfaltamento e iluminação em frente a hospitais e postos de saúde);

- ações custeadas por recursos não oriundos de impostos (ex.: despesas bancadas por fontes adicionais tais como Piso de Atenção Básica – PAB, a Remuneração de Serviços Produzidos, as Multas da Vigilância Sanitária, os rendimentos das contas bancárias do fundo de saúde, outros repasses e transparências voluntárias do SUS); e,
- despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para a finalidade de saúde ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, consoante já explicitado neste Manual.

O Comunicado⁴ ainda coloca a obrigatoriedade de o gestor municipal apresentar os relatórios financeiros e operacional, e, por fim, as consequências da não aplicação do percentual mínimo obrigatório na Saúde, que são:

- Parecer desfavorável deste Tribunal de Contas que, se confirmado no Parlamento, poderá sujeitar o Prefeito Municipal à inelegibilidade pelo prazo de oito anos, nos termos do disposto no art. 1º, inciso I, alínea “g” e § 4º-A da Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990, com redação dada pela Lei Complementar nº 135, de 4 de junho de 2010, e pela Lei Complementar nº 184, de 29 de setembro de 2021.
- Intervenção de outro nível federado – Art. 34, VII, “e”, bem assim o art. 35, III, ambos da Constituição.
- Restrição nas transferências constitucionais de impostos, – Art. 160, § 1º, II, da Constituição Federal.
- Bloqueio das transferências voluntárias da União e Estado – Art. 25, § 1º, “b”, da Lei de Responsabilidade Fiscal.

8. A Lei de Responsabilidade Fiscal e o financiamento da saúde

A Lei Complementar Federal nº 101/2000, (Lei de Responsabilidade Fiscal), repercute intensamente sobre as finanças públicas. Porém, tendo em conta sua relevância social, o setor saúde foi poupado, em boa parte, das medidas fiscais de contenção, devendo, ainda, serem observadas outras premissas, conforme segue:

- a compensação financeira para despesas obrigatórias continuadas, exigida no art. 17, não se faz necessária quando o Município expande, quantitativamente, suas ações e serviços de saúde (art. 24, § 1º, II c/c § 2º, LRF);

⁴ Base de cálculo sobre a qual se calcula a despesa mínima em Saúde é a arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, da Constituição Federal.

- caso as metas fiscais estejam comprometidas e, por isso, o Município precise limitar despesas, as da saúde não podem sofrer qualquer restrição, visto que derivam de obrigação constitucional (CF, especialmente com a EC nº 29/2000) e legal (legislação SUS) (art. 9º, § 2º, LRF);
- os recursos da saúde, de natureza vinculada que são, não podem ser utilizados em outra finalidade, mesmo após o encerramento do exercício em que foram arrecadados (art. 8º, parágrafo único, LRF);
- nos 180 dias que ultimam o mandato do Prefeito, pode acontecer a contratação de servidores temporários para o Programa de Saúde da Família ou dos Agentes Comunitários da Saúde, desde que o respectivo convênio tenha sido celebrado em época anterior. Assim, a vedação do parágrafo único do artigo 21 da Lei Fiscal não alcança tais admissões que advêm, na verdade, de obrigação assumida, mediante convênio com a União, antes dos tais 180 dias. No caso, o convênio é o instrumento que, de fato, materializa a geração da despesa. Ademais, o gasto em destaque estará amparado por recursos suplementares, o que pode manter a despesa de pessoal na mesma posição relativa, isto frente à receita corrente líquida, o denominador comum da LRF;
- o Município que deixar de aplicar o mínimo constitucional da saúde não estará habilitado a receber transferência voluntária da União ou do Estado (art. 25, § 1º, III, b), ou seja, a aplicação do mínimo é requisito para receber transferência;
- não obstante o corte de transferências voluntárias para o setor saúde, não pode ser utilizado como punição a transgressões fiscais (art. 25, § 3º), isto é, ainda que não observe obrigações fiscais, o Município não deixará de receber transferências voluntárias para o setor da saúde;
- o Município não habilitado às gestões SUS precisa de autorização específica na Lei de Diretrizes Orçamentárias e em convênio, no intento de custear parte ou toda a despesa de manutenção de próprios federais ou estaduais (hospitais, prontos-socorros, postos de saúde – artigo 62, I e II, LRF) e,
- Em vista da promulgação do Decreto Legislativo nº 79, de 30 de junho de 2022, expedido pelo Congresso Nacional, fica sustada a aplicação da Portaria 377, de 8 de julho de 2020, da Secretaria do Tesouro nacional do Ministério da Economia, que estabelecia o registro dos montantes das despesas com pessoal das organizações sociais que atuam na atividade fim do ente repassador. De rigor, o Plenário deste Tribunal de Contas já vinha dando entendimento similar de não aplicabilidade à citada Portaria.

9. Transparência e visibilidade da Gestão da Saúde

Os órgãos gestores de saúde das três esferas darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de

instituições da sociedade (art. 31, Lei Complementar Federal nº 141/2012), com ênfase no que se refere a:

- a) comprovação do cumprimento do disposto na Lei Complementar Federal nº 141/2012;
- b) Relatório de Gestão do SUS;
- c) avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde (parágrafo único do art. 31 do referido diploma).

Da mesma forma deve proceder o gestor com relação aos relatórios periódicos de prestação de contas – relatórios quadrimestrais –, vez que a Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seu art. 36, § 5º, trouxe a obrigação de que, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, sejam apresentados em audiência pública nas respectivas Casas Legislativas do ente da Federação.

Destacamos, neste item, o Relatório de Gestão, que é peça integrante do Plano Municipal de Saúde e deve traduzir os resultados financeiros e operacionais alcançados no período. Elaborado pelo gestor de saúde, sua função é primordial para avaliação do cumprimento dos objetivos do Quadro de Metas e da aplicação dos recursos em cada exercício anual pela esfera governamental, submetido e referendado junto ao Conselho de Saúde.

Esse Relatório, elaborado anualmente 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.

Os elementos típicos do Relatório de Gestão, que poderá ser simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 habitantes (art. 36, § 4º), são:

- diagnóstico situacional, ao qual se agregam às prioridades estabelecidas; e,
- 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 (inclusive resultados de monitoramento e avaliação, por meio de indicadores).

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 à frente, neste Manual.

Ressalte-se a importância dos entes e órgãos manterem atualizados, em

suas páginas eletrônicas, os respectivos portais da transparência. Com efeito, a verificação do atendimento ao princípio constitucional da transparência passou a integrar as rotinas da fiscalização deste Tribunal de Contas:

COMUNICADO SDG nº 029/2018

A Secretaria-Diretoria Geral do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo COMUNICA que as dependências da fiscalização, em atenção ao princípio constitucional da transparência e da legislação em vigor, estão orientadas a visitarem, periodicamente, as páginas eletrônicas de todos os Poderes, Órgãos e Entidades do Terceiro Setor, sujeitas às respectivas jurisdições, fazendo constar dos correspondentes relatórios eventuais descumprimentos às referidas normas.

SDG, 12 de setembro de 2018.

SÉRGIO CIQUERA ROSSI

SECRETÁRIO-DIRETOR GERAL

Ainda relativamente ao direito de acesso à informação pelos cidadãos, merecem destaque as previsões da Lei 13.460, de 26 de junho de 2017, consoante adverte o COMUNICADO SDG Nº 021/2018 (DOE de 21/06/2018):

COMUNICADO SDG nº21/2018

O TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições institucionais;

Considerando o direito do usuário, na forma da lei, à participação na administração pública por meio de canal para reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços (art.37, §3º, I, CF/88);

Considerando o direito de acesso dos usuários, na forma da lei, a registros e a informações sobre atos do governo (art.37, § 3º, II, CF/88); Considerando o direito de participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos prestados direta ou indiretamente pela administração pública (Lei Federal nº 13.460/17);

Considerando o prazo de vigência estabelecido na Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017 para Estados e Municípios em razão da quantidade de habitantes.

COMUNICA aos órgãos jurisdicionados deste Tribunal das áreas estadual e municipal, com o objetivo de orientar e assegurar a efetividade e aplicabilidade das normas citadas, que deverão implementar as seguintes ações:

1. Publicação de quadro geral dos serviços públicos prestados, com especificação dos órgãos e entidades responsáveis por sua realização e a autoridade administrativa a quem estão subordinados ou vinculados nos termos do artigo 3º da Lei Federal nº 13.460/2017;
2. Regulamentação e Divulgação na "Carta de Serviços ao Usuário", contendo, no mínimo, as informações relacionadas no artigo 7º, §§ 2º e 3º, da Lei Federal nº 13.460/2017;
3. Regulamentação e instituição de Ouvidoria, tendo, no mínimo, como atribuições precípua as relacionadas nos artigos 13 e 14 da Lei Federal nº 13.460/2017;
4. Elaboração e divulgação, no mínimo, anual de relatório de gestão contendo as informações relacionadas no artigo 15 da Lei Federal nº 13.460/2017;
5. Regulamentação e instituição do Conselho de Usuários nos termos definidos nos artigos 18 a 21 da Lei Federal nº 13.460/2017;
6. Avaliação por meio de pesquisa de satisfação a ser realizada, no mínimo, anualmente nos termos definidos no artigo 23 da Lei Federal nº 13.460/2017.

Tais medidas, ao término da vigência prevista no artigo 25 da referida lei, farão parte da avaliação da Fiscalização deste Tribunal, cujo descumprimento poderá resultar na adoção de medidas pertinentes, por ocasião da avaliação no correspondente processo de prestação de contas.

9.1. Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde, nos moldes delineados pelo órgão central de contabilidade da União, e observada a necessidade de segregação das informações.

A consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da federação será promovida pelo gestor local.

Cabe salientar, quanto à contabilização das despesas, no âmbito do e. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, que o órgão deverá observar as diretrizes/orientações emanadas atinentes ao Sistema AudeSP. É exemplo a correta utilização dos códigos de aplicação e fontes de recursos no empenhamento das despesas, de modo que o controle externo seja municiado de informações fidedignas, possibilitando uma maior eficiência no desempenho da ação fiscalizatória. Neste sentido, de bom alvitre transcrever o COMUNICADO SDG Nº 34/2009 (DOE de 28/10/2009, g.n.):

COMUNICADO SDG Nº 34/2009

O TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO **alerta** que constitui **falha grave a ausência de fidelidade das informações enviadas** ao Tribunal de Contas em relação àquelas registradas na Origem, vez que ofende aos princípios da transparência (art. 1º, §1º, da LRF) e da evidenciação contábil (art. 83 da Lei nº 4.320/64), ocasionando efetivo **prejuízo à ação de controle dos recursos públicos**. As informações enviadas ao Sistema AudeSP devem corresponder aos fatos registrados na Origem; alterações posteriores devem seguir normas, procedimentos e princípios aceitos pela ciência contábil.

Anote-se, ainda, que a responsabilidade pelos lançamentos e registros dos fatos contábeis é sempre dos jurisdicionados.

Eventual alegação de transferência de responsabilidade para empresas de fornecimento de sistemas ou terceiros não merece prosperar, vez que a responsabilidade pela contratação e a exigência de um bom e adequado serviço é exclusiva do contratante, cabendo a este adotar as providências necessárias por ocasião da avença e também na liquidação dos serviços executados.

SDG, 27 de outubro de 2009.

SÉRGIO CIQUERA ROSSI

SECRETÁRIO-DIRETOR GERAL

9.2. 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 Orçamentária (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 (Quadrimestral) 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).

O gestor de cada esfera enviará, 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.

9.3. Acesso a projetos de saúde pela internet

O Ministério da Saúde utiliza novas tecnologias de comunicação para trazer mais transparência à sua administração. Os gestores municipais e estaduais podem utilizar a internet para acompanhar o andamento de seus projetos no Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Além disso, podem ser visualizados o orçamento do órgão federal, os repasses dos fundos mês a mês, entre outros.

Também no site do Ministério da Saúde há a disponibilização das normas relativas ao SUS.

Ademais, autoridades estaduais e municipais, bem como a população, podem obter essas informações no portal e ajudar na fiscalização dos recursos repassados a Estados e Municípios.

10. Fundo Municipal de Saúde: instrumento obrigatório para a aplicação dos recursos

10.1. Embasamento Legal

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. É 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 estatuído nos arts. 71 a 74 da Lei Federal nº 4.320/1964, que trata dos fundos especiais, e na legislação concernente ao Sistema Único de Saúde – SUS, conforme sintetizamos a seguir.

O destaque fica por conta da supressão da primeira parte do 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 é à 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 Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Desde a Emenda Constitucional nº 29/2000 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, 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, 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 é o braço financeiro de toda e qualquer política de saúde que se desenvolva no Município. Nesse cenário, importante frisar as características desses fundos que a Lei Federal nº 4.320/1964 prevê nos arts. 71 a 74, como segue.

10.2. Conceituação de Fundos Especiais

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

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

Enquanto 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.

10.3. Características Básicas

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

- instituem-se através de lei, que é sempre de iniciativa do Poder 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.

10.4. Personalidade Jurídica

O Fundo especial indis põe de personalidade jurídica. É ele parte da

política de desconcentração promovida no seio da Administração direta. Diferente, pois, da política de descentralização, onde o ente 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 é 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 1863/2018 e da Portaria MS/GM nº 412, de 15 de março de 2013, e da Portaria de Consolidação MS/GM nº 6, de 28 de setembro de 2017, com as alterações da Portaria MS/GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.

10.5. Previsão Orçamentária

Na peça orçamentária, o fundo especial, de maneira geral, 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).

Tendo em conta o art. 14 da Lei Complementar Municipal nº 141/2012, especificamente o Fundo Municipal de Saúde se constitui em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde.

10.6. Movimentação Financeira

Conforme art. 9º, III c/c § 2º do art. 32 da Lei Federal 8.080/1990, todos esses dinheiros 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 receptionar 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).

10.7.Ordenador da Despesa

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 Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente é 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.

10.8.Ordem Cronológica dos Pagamentos

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 é o recurso 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 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.

10.9.Processamento da Despesa

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 orçamentária e patrimonial será incorporada à 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 orçamentárias estejam sendo atingidas. Neste sentido é 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 contemplará, entre outros, o montante e fonte de recursos aplicados no período (art. 36, I e § 5º da Lei Complementar Federal nº 141/2012).

Em face do que preconiza a Lei Complementar Federal nº 141/2012, é necessário que os Municípios estejam atentos aos conteúdos de suas 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, é 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 nº 141/2012).

11. Consórcios Municipais

Os consórcios, de um modo geral, são acordos firmados entre entidades estatais, autárquicas ou paraestatais, para a realização de objetivos de interesse comum dos partícipes. Visa a prestação mais racional, eficiente e econômica de serviços públicos de interesse comum, por vezes compartilhando servidores, máquinas e equipamentos, saber tecnológico e capacidade administrativa.

Seja constituído como consórcio público (regido pela Lei Federal nº 11.107/2005), seja como os antigos consórcios intermunicipais, a atuação destes entes, no caso da saúde, devem atender e ao mesmo tempo fiscalizar as ações e serviços contidos no Plano Municipal de Saúde de cada Município partícipe, integrando-se às atividades previstas na Programação Pactuada e Integrada Estadual e sujeitas ao controle e avaliação do Sistema Nacional de Auditoria.

Destacamos que desde a Lei Federal nº 8.080/1990, nos seus artigos 10 e 18, há previsão da constituição de consórcios municipais:

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

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

(...)

Artigo 18 – À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: (...)
VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;

Nos termos do art. 21 da Lei Complementar Federal nº 141/2012, os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

A modalidade gerencial que vier a ser adotada deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei Orgânica do SUS (Lei Federal nº 8.080/1990) e na Lei dos Consórcios Públicos (Lei Federal nº 11.107/2005), além de atender às normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

12. Repasses públicos ao Terceiro Setor para ações de saúde

Clássicas são as definições dos setores componentes da economia, como sendo o Primeiro e o Segundo, respectivamente o Estado e o mercado, e o Terceiro, a sociedade civil organizada.

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

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

O Poder Judiciário também reconhece que ante a deficiência do Estado na gerência da coisa pública e a crescente necessidade de redefinir sua estrutura, posição e forma de atividade, o Terceiro Setor compreende um forte segmento social que deve desenvolver sua capacidade de intervenção no Estado, colaborando para que se consiga proceder a uma legítima e verdadeira reforma administrativa e consequentemente implantar eficientes políticas públicas⁵.

Com a edição do Marco Regulatório do Terceiro Setor (Lei Federal nº 13.019/2014, alterada pela Lei 13.204/15), o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo reeditou um Manual específico (**Repasses Públicos ao Terceiro Setor**), devidamente atualizado, para evidenciar essas formas alternativas de relacionamento entre o Primeiro e o Terceiro Setor.

12.1. Possibilidades de relacionamentos (ajustes)

CONTRATO DE GESTÃO

Trata-se de ajuste previsto na Lei Federal nº 9.637/1998, que se destina a transferir a gestão de função, órgão ou entidade pública para a iniciativa privada; porém, apenas para entes que possuam capacitação aprovada pela Administração Pública, com diretrizes que evidenciem a ênfase no atendimento do cidadão-cliente, nos resultados qualitativos e quantitativos, nos prazos pactuados e no controle social das atividades desenvolvidas e sejam ainda reconhecidos e qualificados nos termos da Lei específica, ou seja, como Organizações Sociais (OS).

TERMO DE PARCERIA

Em contraposição ao Contrato de Gestão, constata-se que para o Poder Público firmar Termos de Parceira é necessário que a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP esteja assim qualificada pelo Ministério da Justiça e que execute, de modo permanente, os serviços ou atividades assemelhados aos realizados pelo governo. A Lei Federal nº 9.790/1999 normatiza tal ajuste.

A parceria contratada, embora se revista das mesmas diretrizes estabelecidas para os Contratos de Gestão, tem a singularidade de complementar trabalhos já desenvolvidos pelo Primeiro Setor, além da promoção de ações setoriais básicas, como é o caso da educação e da saúde.

5 Santos, A. S. R. dos. Reforma Administrativa e Terceiro Setor. Boletim de Direito Administrativo, janeiro de 2000, pág. 32

TERMO DE COLABORAÇÃO, TERMO DE FOMENTO E ACORDO DE COOPERAÇÃO

Termo de colaboração, termo de fomento e acordo de cooperação são instrumentos pelo quais são formalizadas as parcerias estabelecidas pela Administração Pública com Organizações da Sociedade Civil – OSC, selecionadas por meio de chamamento público, para a consecução de finalidades de interesse público, sem prejuízo das definições atinentes aos convênios, aos contratos de gestão e aos termos de parceria.

Caso a proposta de execução das finalidades de interesse público se origine da Administração Pública, a parceria denominar-se-á termo de colaboração; se da Organização da Sociedade Civil, termo de fomento. Se não envolverem transferências de recursos financeiros trata-se de acordo de cooperação.

CONVÊNIOS

Caracterizaram-se como uma das formas mais tradicionais de participação da sociedade civil na execução de atividades públicas até a edição das Leis Federais que instituíram os Contratos de Gestão, os Termos de Parceria e os Termos de Colaboração e de Fomento.

A partir da vigência da Lei Federal nº 13.019/14 e suas alterações, os Convênios, na forma do art. 116 da Lei Federal nº 8.666/1993, poderão ser celebrados somente entre entes federados ou pessoas jurídicas a eles vinculadas. Para as entidades do Terceiro Setor, os Convênios estarão restritos à participação de forma complementar no Sistema Único de Saúde conforme previsto no § 1º do art. 199 da CF. Os convênios firmados entre os entes governamentais e as entidades privadas antes da vigência da referida Lei serão regidos pela legislação vigente à época de sua celebração, sem prejuízo da aplicação subsidiária da nova Lei, naquilo em que for cabível, desde que em benefício do alcance do objeto da parceria.

12.2. O Terceiro Setor e a ESF

No caso do desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família, verifica-se a possibilidade restrita da celebração de ajustes, tendo em vista que o PSF já é considerado uma estratégia, portanto incorporada aos planos locais de saúde, e que o seu desenvolvimento está sempre vinculado a uma Unidade Básica de Saúde. Assim, haveria a necessidade de estudos mais detalhados para aferir a possibilidade de delegação “a outrem” da gestão de tais unidades, o que se faria, se viável e com comprovação da vantagem econômica.

Não obstante, o art. 199, da CF assevera que a participação de instituições privadas poderá ocorrer de forma complementar do SUS; e, segundo o art.

24 da Lei Federal nº 8.080/1990, tal Sistema poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando insuficientes as suas disponibilidades para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. No mesmo sentido é o art. 3º da Portaria MS/GM nº 2.567/2016.

Neste sentido tem se delineado a jurisprudência desta e. Corte (TC-1724/010/12 e TC-186/012/10).

Ademais, no que concerne aos agentes comunitários de saúde prevalecem às disposições da Lei Federal nº 11.350/2006, determinando que pertençam ao quadro permanente de pessoal do Poder Público. Nesse sentido, ainda que o desenvolvimento da Saúde da Família estivesse a cargo de uma entidade do Terceiro Setor, o vínculo desses profissionais deve ser estabelecido com o órgão governamental.

12.3. As APAES e a ESF

No específico caso das APAES, o e. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo tem mantido julgamentos pela irregularidade de ajustes firmados que objetivam a prestação de serviços de implantação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (TC-16609/026/02 e TC-23/016/14, p. ex.), isto porque os fins sociais da contratada não se amoldam ao objeto contratual, ainda que tenha ocorrido alteração dos estatutos com propósitos de adaptação ao sobredito objeto contratual.

No caso, busca-se primar pela especialidade dessas entidades que não guardam qualquer relação com a necessária experiência em atuar no campo preventivo de saúde, que compõe a Política Nacional de Atenção Básica.

12.4. Efeitos para a Lei de Responsabilidade Fiscal

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

Todavia, por se tratar de parcerias com entidades corresponsáveis pelo desenvolvimento de atividades ou programas, os órgãos de controle, incluindo o TCESP, firmaram posicionamento de que essas despesas (o repasse da Prefeitura para a OSCIP ou para a Organização Social, p. ex.) não deveriam ser computadas para efeitos de onerar o limite das despesas de pessoal das municipalidades.

Nesse tocante, vale ressaltar que a Nota Técnica SDG nº 176 repercute a decisão do Tribunal Pleno desta Corte de Contas em que afasta a incidência, no cômputo do artigo 20, da Lei de Responsabilidade Fiscal, dos gastos de pessoal de Organizações Sociais, em que pese a previsão em sentido contrário da Portaria nº 377, de 2020, da STN.

Este mesmo entendimento levou o Congresso Nacional a publicar, em 01/07/2022, o Decreto Legislativo nº 79, que susta a citada Portaria nº 377, de 2020, editada pela STN.

12.5. Otimização dos recursos públicos aplicados pelo Terceiro Setor

Em que pese destinados ao Terceiro Setor, os Municípios, como gestores do SUS no âmbito local, podem estimular as entidades privadas que prestam serviços ao Sistema, a buscarem apoios em outras esferas, tais como as exemplificadas a seguir.

FINANCIAMENTOS

O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) possui o **Programa BNDES de Apoio a Instituições de Saúde – BNDES Saúde**. O objetivo é fortalecer a capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, apoiando a modernização da rede de Instituições de Saúde portadoras de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e a ampliação dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional daquele Sistema, por meio dos Subprogramas Desenvolvimento Institucional e Atendimento SUS.

O subprograma **Desenvolvimento Institucional** busca apoiar a melhoria da **infraestrutura** das instituições de Saúde com reconhecimento de excelência de acordo com requisitos técnicos definidos pelo Ministério da Saúde, de forma a estimular a ampliação dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS. Já o subprograma **Atendimento SUS** objetiva fortalecer a capacidade de atendimento do SUS por meio da modernização e da melhoria da gestão das Instituições de Saúde integradas a esse Sistema.

Maiores informações podem ser obtidas no *site* do BNDES (www.bndes.gov.br).

PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO FISCAL – REFIS

Este tipo de programa, a exemplo do instituído pela Lei Federal nº 9.964/2000, reaberto pela Lei Federal nº 10.002/2000, tem por finalidade a regularização de créditos da União, decorrentes de débitos de pessoas jurídicas, relativos a tributos e contribuições, administrados pela Receita Federal do Brasil. Via de regra são determinadas as datas de vencimento dos débitos, se abarcam os constituídos ou não, inscritos ou não em dívida ativa, ajuizados ou a ajuizar, com exigibilidade suspensa ou não, incluídos os decorrentes de falta de recolhimento de valores retidos ou não. Desta feita, as entidades devem buscar junto aos órgãos de Fazenda informações pertinentes para inclusão em programas vigentes desta natureza, visando sanar seus débitos e, desta forma, poder recepcionar ainda mais valores públicos para incrementar o atendimento do SUS.

PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

Considerando a importância e a participação do setor filantrópico no Sistema Único de Saúde, e a crise que atravessam os hospitais filantrópicos (a exemplo das Santas Casas de Misericórdia) – determinada por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial e de gestão dessas unidades hospitalares, bem como a necessidade de inseri-las ao processo do sistema locorregional de saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização. Tal programa oferece alternativas de apoio gerencial para saneamento financeiro dentro da política reformulada para o setor hospitalar.

A Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que consolidou todas as normas sobre as políticas públicas nacionais de saúde do SUS, traz em seu Anexo 2 do Anexo XXIV, as diretrizes para a contratualização e financiamento de hospitais públicos e privados, incluindo hospitais filantrópicos.

A referida Portaria de Consolidação estabelece regras para a qualificação da gestão, fixação de metas, formas de financiamento, requisitos de contratação e obrigatoriedade de monitoramento e avaliação por parte dos gestores do SUS.

Importante ressaltar que estas entidades devem possuir o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, cuja concessão está regulamentada pela Lei Federal nº 12.101/2009 e suas alterações, e pelo Decreto Federal nº 8.242/2014.

13. 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 têm 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, § 2º, 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.

Aliás, vale destacar que se encontra disponível no site deste Tribunal de Contas o Guia de Orientação aos Membros do Conselho Municipal de Saúde. Importante fonte de consulta para aqueles que atuam na essencial missão de controlar a correta aplicação dos recursos de saúde e a efetividade das políticas públicas levadas a efeito pelos Municípios.

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 têm, no atual ordenamento jurídico, características importantes e essenciais para a utilidade e interesses públicos, sendo, por isso, consideradas gratuitas e não remuneradas pelo Estado.

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

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, por meio da Resolução 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 destacar que são parâmetros para revisão/atualização das leis de criação dos Conselhos Municipais de Saúde, em idêntica situação que foi apontada em relação às leis de criação dos Fundos de Saúde.

13.1. 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.*

13.2. Instituição e Reformulação dos 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, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.*

13.3. Organização dos Conselhos de Saúde

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde *uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde*, inclusive 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 33/1992 e 333/2003 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências 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 instâncias 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. Isso 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 emitirá 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.

13.4. Estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde

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

I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

II - o Conselho de Saúde contará 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 *reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno*. A pauta e o material de apoio às 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, instalará 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 à 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 8.689/1993 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 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 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 à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.

13.5. 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 – *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 em face do 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 Orçamentárias⁶, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes⁷, 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 às 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;

6 Art. 195, § 2º, da CF

7 Art. 36, da Lei Federal nº 8.080/1990

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 as 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).

13.6. 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 agilizá-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 instâncias 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.

13.7. 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 (já abordado alhures, neste Manual), as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão (também já tratado neste Manual).

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

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

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.

13.8. Capacitação dos Conselheiros de Saúde

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

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

O Ministério da Saúde⁸ entende que a capacitação dos Conselheiros de Saúde é de responsabilidade intransferível dos próprios Conselhos, devendo estar voltada para a socialização de informações e conhecimentos e a efetividade do controle social.

A definição dos conteúdos básicos da capacitação deve ser objeto de deliberação pelos plenários dos Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas governamentais. 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 é a uma dinâmica de funcionamento que varie em conformidade com as relações que se estabelecem entre usuários, gestores, prestadores e trabalhadores de saúde e apresente resultados que contemplem a diferença de interesses de cada segmento, garantindo, ao mesmo tempo, a transparência de relação entre os distintos grupos que o constituem.

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

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

Todo esse processo pode ser desenvolvido contando-se com a colaboração de diversas entidades, tais como: Universidades, Núcleos de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas

⁸ Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde – Série Cadernos Técnicos do Conselho Nacional de Saúde – maio/2000 – 2ª edição – Brasília, p. 8.

para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), 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 à substituição do seu representante. Isto requer, no mínimo, a oferta de material básico informativo e a garantia de mecanismos que ofereçam informações aos Conselheiros recém-empossados.

A própria Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seu art. 44, estabeleceu que o gestor local do SUS oferecerá 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 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.conselho.saude.gov.br> podem ser obtidas, em especial o SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

14. 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.

Posteriormente 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 módulo 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.

15. Fiscalização da aplicação dos recursos da saúde

15.1. 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 convênio, 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.

No que tange às transferências da União, prevalece o entendimento de que repasses federais decorrentes de determinação legal (os “repasses fundo a fundo”), destinados aos Fundos Municipais, são fiscalizados por este Tribunal de Contas.

Situação diferente daquela em que os recursos são repassados voluntariamente pelo Governo Federal, por convênio, aos Municípios onde o dinheiro, como costumamos intitular, é “carimbado”, ou seja, só pode ser gasto nos moldes estabelecidos no ajuste e são manejados em conta contábil e bancária específica, segregada dos demais recursos municipais.

Estes valores, que inclusive necessitam de prestação de contas, submetem-se exclusivamente à fiscalização do TCU.

Em relação às 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, fiscalizará 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;
- à 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;
- à aplicação dos recursos vinculados ao SUS e
- à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à 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 às informações. Trata-se do SIOPS, anteriormente veiculado neste Manual.

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 à 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):
 - à 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,
 - à responsabilização nas esferas competentes.

15.2.Competência do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

Em face do explicitado no tópico anterior deste Manual, *mutatis mutandis* para fins de aplicação ao e. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, destacamos outros aspectos atinentes à 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 141/2012, estabeleceu como competência do 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 de São Paulo, além do Estado-membro, estão sob jurisdição do TCESP, 644 Municípios, ou seja, todos, exceto a capital.

Na atividade fiscalizatória, o e. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo perscruta a área da saúde em diversas frentes. Para tanto, as Prefeituras

Municipais e demais órgãos que manejam os valores da área devem encaminhar as informações requeridas, conforme previsto nas Instruções vigentes deste Tribunal (DOE de 22/09/2020), dentre as quais estão as relacionadas no Calendário Anual de Obrigações do Sistema Audep.

No bojo das **Contas Anuais das Prefeituras Municipais**, é imprescindivelmente verificada a aplicação do percentual mínimo de 15% das receitas de impostos e transferências de impostos, consoante já explanado neste Manual. Ao efetuar esse exame, é 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 análises automáticas do Sistema Audep, 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 é 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 Convênio, quanto a prestação de contas em si, às quais se incluem, além dos precedidos pelos citados ajustes, os efetuados por meio de Auxílio, Contribuição ou Subvenção.

Para tanto, dentre outras comprovações, o Poder Público deverá emitir um parecer conclusivo sobre os repasses, conforme regulamentado nas Instruções vigentes deste Tribunal, nos seguintes aspectos:

A emissão de parecer conclusivo pelos órgãos e entidades concessionários sobre a aplicação de recursos transferidos em cada exercício financeiro a órgãos/entidades públicas (as) e a entidades do Terceiro Setor deve atender à transparência da gestão definida pelo art. 48 da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), devendo a autoridade competente atestar conclusivamente, no mínimo:

- I - a localização e o regular funcionamento da beneficiária, descrevendo sua finalidade estatutária e descrição do objeto;
- II - relação dos repasses concedidos, identificando número, data e valor dos respectivos documentos de crédito, por fonte de recursos, bem como, os rendimentos financeiros auferidos;
- III - datas das respectivas prestações de contas, bem como a aplicação de sanções por eventuais ausências de comprovação ou desvio de finalidade;
- IV - os valores aplicados no objeto do repasse, informando inclusive eventuais glosas;
- V - a devolução de eventuais glosas, saldos ou autorização formal para sua utilização em exercício subsequente;
- VI - se as atividades desenvolvidas com os recursos próprios e as verbas públicas repassadas se compatibilizam com as metas propostas, bem como os resultados alcançados, indicando análise quantitativa e qualitativa do cumprimento do plano de trabalho, com exposição das razões da não consecução ou extrapolação das metas pactuadas;
- VII - o cumprimento das cláusulas pactuadas em conformidade com a regulamentação que rege a matéria;
- VIII - a regularidade dos gastos efetuados e sua perfeita contabilização, atestadas pelo órgão/entidade concessor (a);
- IX - (...)
- X - que os originais dos comprovantes de gastos contêm a identificação da entidade beneficiária, do tipo de repasse e do número do ajuste, bem como do órgão/entidade repassador (a) a que se referem;
- XI - a regularidade dos recolhimentos de encargos trabalhistas, quando a aplicação dos recursos envolver gastos com pessoal;
- XII - o atendimento aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, motivação e interesse público;
- XIII - a existência e o funcionamento regular do controle interno do órgão ou entidade públicos (a) concessor (a), com indicação do nome completo e CPF dos respectivos responsáveis;
- XIV - indicação quanto à realização de visita in loco pelo órgão ou entidade concessor (a), quando houver.

Cabe salientar a dinâmica empreendida pelo e. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no que concerne à 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 e do Portal da Transparência Municipal, 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 de São Paulo, por meio da Escola Paulista de Contas Públicas Presidente Washington Luís, que realiza frequentes eventos,

palestras, cursos, bem como oferta de material pedagógico, 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
PDAVS	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

Referências bibliográficas

A Filantropia no 3º Milênio – 2º Fórum Nacional de Debates. José Luiz Spigolon.

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.

Banco do Brasil – Repasse de Recursos a Estados e Municípios. 1999.

Caetano, Walter Penninck Caetano e outros. Saúde – Gestão Municipal. CONAM, outubro de 1998.

Carta Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde – Internet – Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde On-line – O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde.

XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Manual do Participante. Série D. Reuniões e Conferências/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002.

Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde – Série Cadernos Técnicos do Conselho Nacional de Saúde – maio/2000 – 2ª edição – Brasília.

Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde. Série J. Cadernos Técnicos nº 6/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Fevereiro/2002.

Fundo Municipal de Saúde – Guia de referências para sua criação e organização.

Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da 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.

J. Teixeira Machado Jr. e Heraldo da Costa Reis. A Lei 4.320 Comentada, 2000. Manual para a Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 3ª Edição.

Mendes, Áquilas – A Saúde na Emenda Constitucional 29 – artigo publicado na Resenha Econômica do CEPAM – Fundação Prefeito Faria Lima, nº 44, outubro de 2000.

Missão, Valores e Visão – Vigilância Sanitária – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Brasília-DF.

Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2002.

Normas de financiamento de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios. Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde. Orientações Técnicas 2001/2002. 4ª Edição. Série A, nº 74.

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.

O Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil. Ministério da Saúde. VIIIª Conferência Nacional de Saúde – Princípios e Diretrizes – Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora – MG – <http://conselho.saude.gov.br>

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

Recursos Humanos e Saúde – <http://conselho.saude.gov.br>
Relatório das Plenárias e Conferências Estaduais de Saúde para a 11ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília, dezembro 2000.

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

Saúde – Gestão Municipal – CONAM Consultoria em Administração Municipal S/C Ltda., 1998.

IIº Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde – Tema 8 –
Operacionalização da NOB/96: participação dos Conselhos de
Saúde.

Vigilância Sanitária Municipal – Secretaria Municipal de Saúde de Belo
Horizonte. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS › Caminhos
para a Educação Permanente em Saúde › Polos de Educação Permanente
em Saúde. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde.
Setembro de 2003.



TCESP

Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

www.tce.sp.gov.br



@tcesp



tcesp



tcespoficial



@tcesp



@tcesp



tcesp-rss