

Guia de Orientação aos Membros do Conselho Municipal de Saúde



TCESP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

Guia de Orientação aos Membros do Conselho Municipal de Saúde



TCE-SP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo



Exercício 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 Mânfio
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

Silvana de Rose

Atualização (2019)

Honormélio Pereira da Silveira

Atualização

Elias Santos Ferreira
José Márcio Ferreira

Colaboração

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

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. Introdução	7
2. De quem é a responsabilidade pelo financiamento do SUS?	8
3. Fundo Municipal de Saúde: O Controle Orçamentário E Financeiro	8
3.1 O que é um Fundo Especial?	9
3.2 Quais as suas características básicas?	9
3.3 O Fundo de Saúde possui personalidade jurídica?	10
3.4 Qual é a constituição orçamentária do Fundo de Saúde?	10
3.5 Como deve ser a movimentação financeira do Fundo de Saúde?	10
3.6 Quem é o Ordenador das Despesas realizadas com recursos do Fundo de Saúde? ..	11
3.7 Há uma ordem cronológica para o pagamento dos compromissos assumidos com recursos do Fundo de Saúde?	11
3.8 Como são registradas as despesas do Fundo de Saúde?	11
4. Vinculação constitucional de recursos para a saúde	12
4.1 Qual é o percentual mínimo a ser aplicado pelo município e sua base de cálculo? ..	12
4.2 Como deve ser feito o planejamento e o acompanhamento da aplicação na saúde? ..	13
4.3 Quais são os efeitos da não aplicação dos mínimos?	14
4.4 O que são Ações e Serviços Públicos de Saúde?	15
4.5 Que Ações e Serviços Públicos devem ser considerados na aplicação mínima na Saúde?	16
4.6 Que Ações e Serviços Públicos NÃO devem ser considerados na aplicação mínima na Saúde?	17
5. Conselho Municipal de Saúde	18
5.1 Qual é a definição dos Conselhos de Saúde?	18
5.2 Como devem ser instituídos e reformulados os Conselhos de Saúde?	19
5.3 Como deve ser a organização dos Conselhos de Saúde?	19
5.4 Como deve ser a estrutura e o funcionamento dos Conselhos de Saúde?	21
5.5 Qual é a competência dos Conselhos de Saúde?	22
5.6 Qual é a autonomia dos Conselhos de Saúde?	24
5.7 Qual é o conteúdo do Regimento Interno do Conselho de Saúde?	25
5.8 Capacitação dos Conselheiros de Saúde	26
6. Planejamento, fiscalização, aprovação e acompanhamento das ações e serviços de saúde por parte dos Conselhos	28
6.1 Participação no processo orçamentário	28
6.2 Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde	29
6.3 Prestação de Contas da Saúde	30
7. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)	31
8. Fiscalização da aplicação dos recursos da saúde	32
8.1 Competência de outros órgãos de controle	32
8.2 Competência do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo	34
8.3 Sugestões de rotinas para acompanhamento e fiscalização dos Conselhos.....	35
8.4 Decisões do Tribunal de Contas sobre temas relevantes da Saúde.....	37
9. Referências bibliográficas	44

1. Introdução

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

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

O mandamento constitucional estabelece que:

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.

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

O SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes¹:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e
- participação da comunidade.

Tais objetivos são amplos e desafiadores, uma vez que focam na universalidade da cobertura e do atendimento, na uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais, mediante políticas sociais e econômicas.

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

A regulamentação do Sistema ampara-se em diversas normas expedidas, especialmente pelo Ministério da Saúde, sobre as quais tratamos mais detidamente no **Manual Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde**², desta e. Corte de Contas.

Em suma, são estabelecidas pactuações entre os entes federados, a fim de garantir que as regiões organizadas sejam capazes de gerar a plena quantidade de serviços demandados, aproveitando as potencialidades de cada município integrado, estabelecendo as projeções e metas para eliminação das deficiências de produção e fixando condições para a articulação entre aqueles que devem atrair os usuários para os serviços que se comprometem a oferecer.

No que se refere à promoção da saúde pela construção de um processo pactuado e integrado de medidas, reporta-se inicialmente a toda uma fase de planejamento que deve ocorrer no âmbito da Administração Pública local, validada por um grupo de pessoas afins, no caso, o **Conselho de Saúde**. Assim, a execução ao longo de cada

¹ Art. 198, *caput*, e incisos I, II e III, da CF.

² Aliás, salutar recomendar a leitura do referido Manual, tendo em vista a abordagem de outros temas, ampliando o conhecimento sobre o assunto.

exercício deve ser mensurada, comparada com exercícios anteriores, projetada para exercícios futuros e avaliada por seus idealizadores, executores, usuários e demais controladores externos.

Nesse passo, os Conselhos de Saúde foram definidos pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, como órgãos de Controle Social do SUS, junto com as Conferências de Saúde, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que organiza o SUS³, e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, atribuem competências aos Conselhos de Saúde sobre a movimentação e fiscalização dos recursos da saúde.

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

2. De quem é a responsabilidade pelo financiamento do SUS?

O financiamento do SUS é de responsabilidade conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em contínuo movimento de pactuação entre as esferas de gestão, com vistas ao aperfeiçoamento do sistema.

3. Fundo Municipal de Saúde: O Controle Orçamentário e Financeiro

Todos os valores da saúde serão aplicados por meio de um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde (FMS); não somente os recebidos da União ou do Estado (repasses SUS), mas, de igual modo, os recursos que se apartam da receita resultante de impostos. É isso o que determina o art. 77, § 3º do ADCT, incluído pela Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, e o art. 2º, parágrafo único, da Lei Complementar nº 141/2012.

Essa fundamentação produziu poucas alterações ao disposto nos arts. 71 a 74, da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que trata dos fundos especiais, e na legislação concernente ao SUS, conforme sintetizamos a seguir.

O destaque fica por conta da supressão da primeira parte do art. 73 da Lei 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 da exclusividade de vinculação de recursos é à disposição do art. 8º, parágrafo único, da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).

De igual modo legislou o art. 14 da Lei Complementar 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 EC nº 29/2000, que registrava a obrigatoriedade da movimentação financeira desses recursos por intermédio de um fundo especial, tínhamos a

³ O Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990.

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 nº 8.080/1990 c/c art. 2º, IV, da Lei nº 8.142/1990).

Importa destacar, ainda, 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 nº 141/2012.

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

3.1 O que é um Fundo Especial?

Na dinâmica da Administração Pública, alguns programas de trabalho apresentam-se munidos de grande importância, 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.

3.2 Quais as suas características básicas?

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

- instituem-se através de lei, que é sempre de iniciativa do Poder Executivo (art. 167, IX, da CF);
- financiam-se mediante receitas especificadas na lei de criação; daí sua autonomia financeira;
- vinculam-se estritamente ao atendimento das atividades públicas para os quais foram criados;
- dispõem de orçamento próprio, denominado plano de aplicação;
- transferem para o exercício seguinte eventual saldo positivo apurado em sua movimentação financeira anual; e,

- contam com normas especiais de controle e prestação de contas.

3.3 O Fundo de Saúde possui personalidade jurídica?

O Fundo especial indis põe de personalidade jurídica. 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, de 1º de abril de 2011, c/c o art. 4º, X, da Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018, 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.

3.4 Qual é a constituição orçamentária do Fundo de Saúde?

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 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.

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

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

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

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

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

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

Por fim, a movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de

pagamento, o credor (art. 13, § 4º, da Lei Complementar nº 141/2012).

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

Segundo conceitua o art. 80 do ainda válido Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967, a emissão dos empenhos e autorizações de pagamento são atos emanados do ordenador de despesa. Nesse sentido, é o que se infere dos arts. 58, 62 e 64, da Lei nº 4.320/1964.

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

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

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

Conforme o art. 5º da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 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, nesse caso, sempre determinada e precisa. Por exemplo, a construção de uma escola ou de um pronto-socorro, a compra de alimentos para a merenda escolar, entre outros. Por outro lado, não vinculados são os demais recursos orçamentários, de aplicação inespecífica – sua origem perde identidade ao diluir-se no caixa geral do município.

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

3.8 Como são registradas as despesas do Fundo de Saúde?

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

Nesse passo, não há por que o Fundo dispor de contabilidade própria, 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. Nesse sentido é o art. 32 da Lei Complementar 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 nº 141/2012).

Tendo em conta a Lei Complementar nº 141/2012, é necessário que os municípios estejam atento aos conteúdos das leis e demais normas de criação e regulamentação dos respectivos Fundos de Saúde. Destacamos aspectos como o formato de gerenciamento, atribuição de responsabilidades, mecanismos de controle financeiro, registros contábeis e prestação de contas, assim como o estabelecimento de regras operacionais que mais adequadamente possam ser colocadas em prática para as efetivas condições de financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Por fim, 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).

4. Vinculação constitucional de recursos para a saúde

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

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

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

A título de informação, quanto à União, a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, explicitou que a aplicação mínima é de 15% da Receita Corrente Líquida do respectivo exercício financeiro.

Assim sendo, para o município, nos termos do art. 7º da Lei Complementar 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; e
- 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.

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.

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

Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos a serem aplicados em cada exercício, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais⁴. 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, e seu parágrafo único, da Lei Complementar nº 141/2012).

Importa observar, ainda, que eventual diferença a implicar 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 nº 141/2012).

Ademais, são vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos (§ 2º do art. 9 da Lei de Responsabilidade Fiscal), 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 nº 141/2012).

Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere a Lei Complementar nº

⁴ Arts. 40 a 43, da Lei nº 4.320/1964.

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 Pagar⁵ 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.

4.3 Quais são os efeitos da não aplicação dos mínimos?

O município que não aplicar o percentual mínimo indicado no item 4.1 deste Guia 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, § 1º, II, da CF); e
- c) não recebimento de transferências voluntárias da União ou do Estado (art. 25, § 1º, IV, alínea “b”, da Lei de Responsabilidade Fiscal).

Conforme previsto no art. 26, *caput*, da Lei Complementar nº 141/2012, o **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 art. 52 da Lei de Responsabilidade Fiscal (Relatório Resumido da Execução Orçamentária-RREO).

Ainda, consoante art. 26, § 1º, da Lei Complementar nº 141/2012, quando os casos de descumprimento dos percentuais mínimos forem verificados a partir da fiscalização

⁵ “Consideram-se Restos a Pagar as despesas empenhadas mas não pagas até o dia 31 de dezembro distinguindo-se as processadas das não processadas.” (art. 36 da Lei nº 4.320/1964)

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. 26 da Lei Complementar nº 141/2012 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 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, art. 315), a utilização de recursos financeiros do SUS em finalidades diversas das legalmente previstas.

4.4 O que são Ações e Serviços Públicos de Saúde?

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na Lei Complementar 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 nº 8.080/1990):

- promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios de:
 - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - igualdade da assistência 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; e
 - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (**a.** ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; **b.** regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde);
- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
 - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
 - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Em síntese, são consideradas as despesas quando destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito, estando em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação. E, sendo de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população, bem como sendo financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

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

De acordo com os arts. 3º e 24, § 3º, da Lei Complementar 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 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.

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

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

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

A fim de tornar mais claras e mais sucintas as prescrições da Lei Complementar nº 141/2012, foi editado o Comunicado SDG nº 23/2012⁶, para esclarecer e exemplificar as despesas que não se integram à despesa obrigatória em Saúde, as receitas que compõem a base para o cálculo da despesa mínima, 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.

⁶ Publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, caderno do Legislativo, de 30 de maio de 2012.

5. Conselho Municipal de Saúde

A criação dos Conselhos de Saúde atende ao mandamento constitucional que, em princípio, considera publicamente relevantes as ações e serviços de Saúde (art. 197). Nesse 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 nº 8.142/1990).

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

Observada a prescrição do art. 5º, II, da CF, os dispositivos da Lei nº 8.142/1990 c/c art. 10 do Decreto nº 5.839, de 11 de junho de 2006, nota-se que as atividades do Conselheiro de Saúde têm, consoante aludido 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.

A Resolução MS/CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde estabelece diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

A seguir transcreveremos as diretrizes da referida Resolução, com destaques nossos. Importante salientar que as diretrizes da Resolução MS/CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017, devem ser aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução MS/CNS nº 453/2012.

Antes, porém, cabe destacar que tais diretrizes são **parâmetros para revisão/atualização das leis de criação dos Conselhos Municipais de Saúde**, em análoga situação à que foi apontada em relação às leis de criação dos Fundos de Saúde.

5.1 Qual é a definição dos Conselhos de Saúde?

Primeira Diretriz: o Conselho de Saúde é uma *instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo*, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/1990.

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

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

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

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei nº 8.142/1990.

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.*

5.3 Como deve ser a organização dos Conselhos de Saúde?

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma *instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.*

A legislação estabelece, ainda, a *composição paritária* de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por *representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.*

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

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

II – Mantendo o que propôs as Resoluções nºs 33/92 e 333/03 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; e
- 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) *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. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

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

Em complementação ao previsto no item VI, oportuno mencionar o previsto no Código de Saúde do Estado, em seu art. 68: *Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho.*

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

Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização o 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 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 8.080/1990, 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; e

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, de 27 de julho de 1993⁷, e com a Lei Complementar nº 141/2012; (O art. 12 da Lei nº 8.689/1993 foi revogado pelo art. 47 da Lei Complementar nº 141/2012. Com essa alteração a periodicidade passou de "a cada três meses" para "a cada trimestre", conforme art. 36 da LC 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 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.

5.5 Qual é a 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

7 Dispositivo revogado pela Lei Complementar nº 141/2012

encaminhados ao Poder Legislativo; *propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade*, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

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

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

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

XIII – aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias⁸ (LDO), observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes⁹, 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 (SUS);

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

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

⁸ Art. 195, § 2º, da CF.

⁹ Art. 36 da Lei nº 8.080/1990.

reuniões e dos eventos;

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

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

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

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

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

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

5.6 Qual é a autonomia dos Conselhos de Saúde?

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

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 o 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 contribua 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, devem estar previstos meios no Regimento Interno para 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, no caso de repasses recebidos, e a existência ou não de ilícitos penais.

Por fim, não é função de membros do Conselho, embora alguns ainda façam esse tipo de confusão, o encaminhamento individual de demandas aos serviços de saúde ou a tentativa de resolvê-las.

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

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

Não obstante, seguem os principais assuntos que devem estar previstos no Regimento Interno¹⁰:

a) Periodicidade das reuniões – o Plenário tem sua reunião ordinária pelo menos uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário;

b) Comissões Permanentes – é imprescindível a organização das comissões para o funcionamento dos Conselhos. Essas comissões não têm poder deliberativo, no entanto, elaboram pareceres que serão submetidos ao Plenário do Conselho, os quais, se aprovados pelo Plenário, poderão ser transformados em Resoluções. São exemplos dessas comissões as de fiscalização, acompanhamento ao processo orçamentário, controle e avaliação, mobilização e articulação e acompanhamento do Plano Municipal de Saúde. Destacam-se também as comissões temáticas como Saúde do trabalhador, Saúde mental e Saúde indígena, dentre outras;

c) Local de funcionamento – é necessário, para o funcionamento do Conselho, um local específico e adequado para suas reuniões, contando, sempre que possível, com a devida estrutura, contemplando telefone, computador com acesso à internet etc.;

d) Dotação orçamentária – considerando-se que o Conselho delibera sobre a proposta orçamentária da Secretaria de Saúde correspondente, deve-se estar atento para que a referida proposta inclua dotação específica, contendo, por exemplo, previsão de gastos com deslocamento e manutenção de Conselheiros, quando em missão representativa fora do seu município, assim como em eventos regionais e nacionais. Precisa ser transparente no Conselho a forma de utilização das verbas, assim como deve ser sempre apresentada a prestação de contas ao Plenário;

e) Equipe técnica – é recomendável que o Conselho de Saúde conte com assessoria de uma equipe técnica, a qual não substitui o papel, nem a função do Conselheiro, nem das comissões. Ela é composta por técnicos que estão a serviço do Conselho;

f) Coordenação do Conselho – não há padronização na forma de operacionalizar esse ponto. Uns elegem o núcleo de coordenação; outros, a mesa diretora.

Todos os fóruns, no entanto, definem-se favoráveis à eleição da presidência do Conselho em plenário, conforme estabelece a Resolução MS/CNS nº 453/2012. Ressalte-se, ainda, que há um consenso quanto à importância da participação do gestor tanto no Plenário quanto na coordenação. Uma das divergências presentes nos fóruns de discussão consiste no fato de o gestor assumir a função de presidente do Conselho. Os que são favoráveis a esta questão argumentam que, em eleição democrática, todos os segmentos podem exercer o direito de votar e ser votados. Os que se posicionam

¹⁰ 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.

contrários sustentam que há conflito de interesses quando o gestor é presidente do Conselho, porque nesta função ele está fiscalizando e deliberando sobre sua própria gestão, assim como assinando as Resoluções do Conselho, na qualidade de presidente, e ao mesmo tempo, homologando-as como gestor. Nessa esteira, e consoante estabelece a *Sexta Diretriz da Resolução MS/CNS nº 554/2017, a ocupação da presidência do Conselho pelo gestor local não é permitida*, buscando, assim, *privilegiar o princípio da segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública*;

g) A Secretaria-Executiva deve estar a serviço do Conselho de Saúde. É importante na organização e administração de suas rotinas, tais como elaboração de atas e manutenção de arquivos. É, também, responsável para atender às deliberações do Plenário quanto às convocações e encaminhamentos de demandas;

h) Composição do Conselho – considera-se mais democrático o processo de eleição do Conselho que ocorre nas Conferências de Saúde correspondentes. Convém lembrar que a composição dos Conselhos só pode ser alterada após discussão e deliberação no Plenário do Conselho de Saúde ou na Conferência de Saúde correspondente; e

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

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

I. Relação entre Conselhos e Comissões Intergestores – os Conselheiros devem estar atentos para o importante papel exercido pelas Comissões Intergestores no processo de consolidação do SUS. Convém, entretanto, não esquecer que somente os Conselhos têm caráter deliberativo;

II. Plenária de Conselhos – durante a realização do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em 1995, foi deliberado que os Conselhos de Saúde deveriam ter um fórum de articulação específico. Nasceram, assim, as Plenárias. Informar-se e buscar a participação é uma forma de contribuir no processo de organização e funcionamento da Plenária do Estado; e

III. Conselhos Gestores – considerando-se a importância de tais Conselhos, estimula-se sua organização e efetivo funcionamento em todos os serviços do SUS, não esquecendo que o Conselho Gestor é parte do Conselho de Saúde correspondente e que sua composição deve respeitar a paridade em relação ao segmento usuário.

5.8 Capacitação dos Conselheiros de Saúde

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 Saúde¹¹ 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 plênários 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 os constituem.

Para tanto, a capacitação deve contemplar, dentre outros, os seguintes objetivos/alvos:

- 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 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 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 Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>. Outras fontes informatizadas podem ser obtidas no *site* <http://conselho.saude.gov.br>, em especial o SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, e no *site* do Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde: <https://www.conasems.org.br/>.

¹¹ Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde – Série Cadernos Técnicos do Conselho Nacional de Saúde – maio/2000 – 2ª edição – Brasília, p. 8.

6. Planejamento, fiscalização, aprovação e acompanhamento das ações e serviços de saúde por parte dos Conselhos

A Portaria de Consolidação MS/GM nº 1, de 28 de setembro de 2017¹², estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Segundo seu art. 95, são instrumentos para planejamento o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

Considerando a importância destes documentos, destacamos que o **Conselho Municipal de Saúde** 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.

6.1 Participação no processo orçamentário

A participação ativa dos integrantes do Conselho nas ações que envolvem a definição das metas e estratégias do Poder Executivo para a área da saúde contribui para que o município tenha uma administração de recursos mais próxima de suas possibilidades frente aos anseios da população.

Dessa forma, conveniente esclarecer que o processo orçamentário possui três peças essenciais:

- Lei do Plano Plurianual - PPA: é o ponto de partida do plano de governo, onde estão estabelecidas as diretrizes, objetivos e metas da administração para os próximos quatro anos, contando os três últimos do mandato do Prefeito e o primeiro ano do Prefeito eleito. São exemplos de planos a serem incluídos no PPA a previsão de construção de próprios da saúde, compra de equipamentos e gastos a serem efetuados pela implantação de uma nova unidade de saúde;
- Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO: de caráter anual, engloba as prioridades e metas da administração e antecipa a discussão da lei do orçamento, traçando as orientações para a sua elaboração, como, por exemplo, a autorização para a concessão de aumentos e vantagens salariais, a criação de novos cargos ou a reestruturação do quadro de pessoal existente; e
- Lei Orçamentária Anual - LOA: elaborada pelo Poder Executivo e aprovada pela Câmara Municipal, contém a fixação das despesas a serem efetuadas no próximo ano e uma projeção estimada das receitas. É a peça mais importante na concretização das políticas públicas estabelecidas pelos instrumentos anteriores.

¹² Revogou a Portaria MS/GM nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.

Como representantes de vários segmentos da sociedade local, os membros do Conselho têm condições de trazer ao processo orçamentário a visão social necessária para a formulação de projetos, atividades e metas, buscando a correção de eventuais distorções existentes nos planos de investimentos e despesas.

Normalmente, esta contribuição efetiva-se pela atuação na avaliação das reais necessidades da população atendida e dos profissionais da saúde, de forma a proporcionar um quadro seguro da situação atual existente no município, e que pode se dar por meio de:

- levantamentos estatísticos e epidemiológicos;
- necessidade de construção de unidades de saúde, inclusive sua manutenção (profissionais e equipamentos necessários, despesas com medicamentos, água, energia elétrica etc.);
- necessidade de ambulâncias e outros veículos, e sua manutenção;
- verificação do dimensionamento dos profissionais de saúde e demais serviços necessários à boa consecução da política de saúde; e
- avaliação da sistemática de progressão da remuneração dos profissionais da saúde em comparação ao definido no plano de carreira.

Com base nestas informações, é possível participar ativamente na forma como são estabelecidas as metas no PPA, que serão mais especificadas e devidamente quantificadas na LDO, para posterior materialização na LOA, com a apresentação de análises críticas e sugestões na definição de prioridades.

Uma boa ferramenta de trabalho para auxiliar no levantamento do panorama da saúde no município e sua condição perante os outros municípios do Estado de São Paulo é o Portal da Transparência Municipal, disponibilizado no *site* oficial do TCESP, que apresenta dados estatísticos agrupados de forma a facilitar este tipo de análise.

6.2 Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde

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

O plano deve informar o seu período de vigência, princípios orientadores, arcabouço jurídico, diretrizes nas quais se assenta, forma de elaboração e principais tópicos do documento. Deve descrever os aspectos demográficos (evolução populacional, nos últimos dez anos, sua distribuição urbana/rural; por faixa etária; sexo e outros); os aspectos econômicos e sociais (escolaridade; atividade econômica; fontes de recursos financeiros e arrecadação; saneamento; habitação etc.) e analisar detalhadamente a situação do município segundo os seguintes parâmetros: quanto aos modelos de gestão e atenção à saúde, financiamento (recursos orçamentários e financeiros) e 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 (quatro anos), pode-se fazer sua Programação Anual de Saúde - PAS (art. 97 da Portaria de Consolidação MS/GM nº 1/2017). Esta definirá ações, metas, estratégias e prioridades de saúde do município. A programação anual 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 conhecer os recursos e estabelecer as prioridades, as metas para alcançá-las e as ações que pretende desenvolver. Completam a programação anual o cronograma físico-financeiro e a sistemática de acompanhamento e avaliação como parte do monitoramento do trabalho e subsídio ao Relatório de Gestão.

Deverá, 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 o §§ 1º e 2º do art. 19 da Lei Complementar 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 do 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.

6.3 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 (art. 34 c/c art. 37, da Lei Complementar nº 141/2012 e art. 56 da Lei de Responsabilidade Fiscal).

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 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. 100 da Portaria de Consolidação MS/GM nº 1/2017):

- montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e
- 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 o disposto no caput do art. 100 da mencionada Portaria.

A Lei Complementar nº 141/2012 trouxe, em seu art. 41, obrigatoriedade para que os Conselhos de Saúde, na esfera de suas atribuições, avaliem a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução dos dispositivos legais vigentes nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas. Devem, também, encaminhar ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

O gestor de cada esfera 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. 99, §§ 1º e 3º, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 1/2017):

- 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. A este parecer será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público (§ 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012).

7. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Sioaps)

O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde-SIOAPS foi criado pela Portaria Interministerial MS/GM/PGR nº 1.163, de 11 de outubro de 2000, a qual foi revogada pela nova disciplina dada pela Portaria Interministerial MS/GM/PGR nº 446, de 16 de março de 2004.

Trata-se de um sistema eletrônico de processamento de dados a ser alimentado periodicamente pelo município, estando disponível no Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br>), com o objetivo de informar as receitas municipais e as despesas realizadas na área da saúde.

Mencionado sistema foi consolidado no art. 39 da Lei Complementar nº 141/2012, que prevê, em seu § 1º, o seu desenvolvimento 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 Lei de Responsabilidade Fiscal, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS; e
- 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 Fazenda¹³, 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 da Lei de Responsabilidade Fiscal.

8. Fiscalização da aplicação dos recursos da saúde

8.1 Competência de outros órgãos de controle

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

A Lei Complementar 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. Assim, ao TCU, no que concerne ao Ministério da Saúde do Governo Federal.

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

¹³ Atualmente “Ministério da Economia”, criado através da Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, convertida na Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019.

Fundos Municipais, são fiscalizados pelo 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 nº 1.651, de 28 de setembro de 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 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 mantém 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 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.

8.2 Competência do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

Face ao explicitado no tópico anterior deste Manual, com as devidas adaptações para fins de aplicação ao 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 aos Tribunais de Contas dos Estados (ou dos Municípios, se existentes).

Conforme já citado, o art. 25, parágrafo único, da Lei Complementar nº 141/2012, estabeleceu competência ao Tribunal de Contas para 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 a jurisdição do Tribunal de Contas do Estado São Paulo 644 municípios, ou seja, todos, exceto a capital.

Na atividade fiscalizatória, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo esmiúça 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 deste Tribunal**, dentre as quais estão as relacionadas no Calendário Anual de Obrigações do Sistema AudeSP (Sistema de Auditoria Eletrônica responsável pela coleta de dados dos órgãos jurisdicionados ao TCESP). Os **Pareceres Quadrimestrais do Conselho Municipal de Saúde** e as **Atas das Audiências Públicas**, referentes aos Relatórios apresentados pelos gestores locais, fazem parte deste rol.

No bojo das **Contas Anuais das Prefeituras Municipais**, é necessariamente 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.

Nesse ponto, cabe registrar o acompanhamento realizado periodicamente dessas

aplicações, especialmente mediante análises automáticas do Sistema Audesp, 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; e **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**, além de exames específicos/pontuais na área de saúde, por meio de fiscalizações ordenadas. 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, e consoante estabelecido nas Instruções do TCESP, poderão ser objeto de apreciação tanto o **instrumento que os regulamenta** isto é, o ajuste, seja Contrato de Gestão, Termo de Parceria, Termo de Colaboração, Termo de Fomento, Acordo de Cooperação ou Convênio, quanto à **prestação de contas** em si, que inclui, além dos dispêndios precedidos pelos citados ajustes, os efetuados por meio de Auxílio, Contribuição ou Subvenção.

Cabe salientar a dinâmica empreendida pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no que concerne à transparência dos dados captados junto aos municípios. Nesse sentido, tem implementado medidas como, por exemplo, a disponibilização em seu site— do Índice de Efetividade da Gestão Municipal-IEG-M e do Portal da Transparência Municipal (<https://www.tce.sp.gov.br>), 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 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 material pedagógico, tudo visando a capacitação dos servidores públicos, conselheiros municipais, funcionários e voluntários de entidades do Terceiro Setor, estudantes e população em geral.

8.3 Sugestões de rotinas para acompanhamento e fiscalização dos Conselhos

Com base nas recorrentes dúvidas encaminhadas nas *Lives* que o Tribunal realiza periodicamente, e na experiência cotidiana da fiscalização dos entes pelo TCESP, apresentamos a seguir possíveis rotinas de análise dos principais itens que compõem a despesa do Fundo Municipal de Saúde.

Inicialmente, deve-se fazer a conferência dos documentos de despesa apresentados com o balancete correspondente. Isso se faz necessário porque, muitas vezes, os empenhos das despesas relativas ao mês em exame não correspondem ao contido no respectivo balancete.

Posteriormente, recomenda-se comparar, mensalmente, o extrato bancário do

Fundo Municipal de Saúde com o respectivo “Relatório de Ordens pagas” (Ordens de pagamento ou ordens bancárias). Todas as saídas de recursos do Fundo devem ter como contrapartida despesas da saúde (folha de pessoal da saúde, pagamento de fornecedores etc.).

Atenção às saídas de recursos para outras contas bancárias, e aos saques “na boca do caixa”, pois, podem indicar desvio de recursos para outras despesas que não as da área da saúde, ou para cobrir outras contas bancárias “no vermelho” da Prefeitura, o que é vedado pela legislação.

Feita esta primeira checagem de dados, pode-se passar à análise da pertinência das despesas apresentadas frente à possibilidade de apropriação na área da saúde, conforme os itens 4.5 e 4.6 deste Guia, tomando-se por base a descrição do objeto existente nos empenhos e na documentação complementar que a acompanha.

Após estas etapas prévias, é possível identificar os principais valores que representam os gastos mensais e, desta forma, definir as prioridades e forma de atuação na verificação das despesas. A seguir, apresentamos uma relação de procedimentos recomendáveis para os principais grupos de despesas que, no entanto, não tem a intenção de esgotar a sua forma de análise. A vivência dos membros do Conselho no dia a dia de sua municipalidade permite, muitas vezes, a aplicação de rotinas de avaliação próprias e específicas.

▪ **Acompanhar as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde**

Verificar as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, e acompanhar periodicamente se as estratégias estão proporcionando os resultados esperados. Questionar o Gestor sobre essas metas nas reuniões.

▪ **Verificar a situação dos Agentes Comunitários de Saúde**

Verificar se os Agentes Comunitários de Saúde foram admitidos mediante realização de processo seletivo público, conforme arts. 6º e 9º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, alterada pela Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018.

São vedadas as contratações temporárias ou terceirizadas, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos.

▪ **Identificar e acompanhar os maiores contratos**

O Plenário do Conselho pode deliberar, mediante uma resolução, que a Prefeitura disponibilize periodicamente uma relação com todos os contratos vigentes da Secretaria de Saúde, a partir de um determinado valor, contendo os principais dados da contratação: nome e CNPJ do contratado, objeto do contrato, data de assinatura, vigência e valores mensais e/ou totais do ajuste.

Pode, também, deliberar que a Prefeitura encaminhe cópias dos contratos (e respectivos anexos) que superem determinado valor mínimo (o que pode variar dependendo do porte de cada município), bem como os atestados de recebimento dos produtos e/ou serviços contratados.

De posse desses documentos, o Conselho pode acompanhar se os produtos e equipamentos entregues correspondem ao efetivamente contratado, e se os serviços estão sendo prestados adequadamente. Bem assim, será possível verificar se os pagamentos aos fornecedores estão corretos.

Lembramos que o Prefeito deve divulgar e cumprir as resoluções do Conselho, como esclarecido anteriormente neste Guia.

▪ Acompanhar os repasses ao terceiro setor

Entidades do terceiro setor são aquelas conhecidas por “Entidades sem fins lucrativos”.

Os recursos destinados às entidades do terceiro setor, mediante repasses das Prefeituras, são expressivos e vem crescendo ano a ano¹⁴.

Desse modo, é fundamental que os Conselhos conheçam esses instrumentos (Convênios, Contratos de Gestão, Termos de Parceria etc.), e façam o acompanhamento do plano de trabalho executado por estas Entidades, através de alguma de suas comissões, por exemplo.

8.4 Decisões do Tribunal de Contas sobre temas relevantes da Saúde

As informações a seguir foram selecionadas do “Boletim de Jurisprudência”, periódico mensal do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo que sintetiza as principais decisões proferidas no período. O objetivo é facilitar o acesso à informação, e nortear os interessados sobre o entendimento que vem sendo dispensado pelo Tribunal em matérias relevantes.

Importante destacar que as informações apresentadas não representam o posicionamento prevalecente deste Tribunal sobre as matérias analisadas em cada caso, tampouco constituem resumo oficial dos Acórdãos, Pareceres e Votos.

Os Boletins podem ser acessados no seguinte *link*:
<https://www.tce.sp.gov.br/boletim-de-jurisprudencia>.

Agentes Comunitários de Saúde

➤ Processo n.º TC-025873.989.19-8 (Sessão de 06/04/2021, relatoria: Conselheiro Dimas Ramalho)
EMENTA: REPASSES AO TERCEIRO SETOR. PRESTAÇÃO DE CONTAS. SUBVENÇÃO. PREFEITURA MUNICIPAL DE QUINTANA. ASSOCIAÇÃO CENTRO SOCIAL DA COMUNIDADE QUINTANENSE. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE CONTRATADOS PELA ENTIDADE BENEFICIÁRIA. COMPROVANTES DE DESPESA SEM INDICAÇÃO DA LEI AUTORIZADORA E EM CÓPIA NÃO AUTENTICADA. DESPESAS ALHEIAS AO OBJETO DO AJUSTE.

¹⁴ Segundo dados do Painel do Terceiro Setor, os municípios paulistas fiscalizados pelo TCESP repassaram R\$ 16,3 bilhões a estas entidades em 2021, dos quais R\$ 13,1 bilhões foram destinados à área da saúde. Fonte: <https://painel.tce.sp.gov.br/pentaho/api/repos/%3Apublic%3ATerceiroSetor%3ATerceiroSetor.wcdf/generatedContent?userid=anony&password=zero>

LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO NÃO OBSERVADA. OFENSA AOS PRINCÍPIOS DA IMPESSOALIDADE E DA TRANSPARÊNCIA. IRREGULARIDADE. MULTA. DEVOLUÇÃO. IMPEDIMENTO PARA RECEBIMENTO DE NOVOS REPASSES.

A terceirização das atividades de Agente Comunitário de Saúde para entidade privada é prática vedada pela Lei Federal nº 11.350/06 e pela Emenda Constitucional nº 51/06, diplomas que estabelecem o vínculo direto desses profissionais com o órgão ou entidade da Administração Direta, Autárquica ou Fundacional. Profissionais que deveriam ser admitidos por seleção pública, com observância aos princípios da isonomia e da impessoalidade, a teor do disciplinado no inciso II do art. 37 da CF/88.

➤ Processo n.º TC-012277.989.19-0 (Sessão Plenária de 17/03/2021, relatoria: Conselheiro Dimas Ramalho)

EMENTA: RECURSO ORDINÁRIO. TERCEIRO SETOR. CONVÊNIO. IRREGULARIDADE. CONTRATAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM DESACORDO COM A LEI FEDERAL Nº 11350/06. NÃO PROVIMENTO

A contratação de profissionais para a Estratégia de Saúde da Família (Agentes Comunitários de Saúde) por intermédio de entidade privada, em lugar de vínculo direto com a Administração Pública, precedido de regular seleção pública, contraria o disposto no art. 198, § 4º, da CF/88 e nos artigos 9 e 16 da Lei Federal nº 11.350/2006.

Contratos da Saúde

➤ Processo n.º TC-002354.989.21-2 (Sessão de 27/04/2021, relatoria: Conselheiro Renato Martins Costa)

EMENTA: RECURSO ORDINÁRIO. CONTRATO. LICITAÇÃO. PREGÃO PRESENCIAL. TERMOS ADITIVOS. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE COLETA, TRANSPORTE, TRATAMENTO E DESTINAÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE. GRUPOS DISTINTOS DE DEJETOS. FALTA DE QUANTITATIVOS ESTIMADOS PARA CADA CATEGORIA. IMPACTO NOS CUSTOS ENVOLVIDOS. EXIGÊNCIA DE LICENÇA AMBIENTAL SEM FIXAÇÃO DE PRAZO RAZOÁVEL PARA SUA APRESENTAÇÃO. RESTRITIVIDADE DO CERTAME. ADITIVOS ALCANÇADOS POR ACESSORIEDADE. OBJETO CONTRATUAL EXECUTADO DURANTE DETERMINADO PERÍODO POR VEÍCULOS DE EMPRESA ESTRANHA À AVENÇA. CONHECIMENTO. NÃO PROVIMENTO.

Em licitações relativas a resíduos sólidos de saúde, é necessário que o edital indique os quantitativos esmados para cada um dos grupos de dejetos, posto que sujeitos a diferentes formas de tratamento. Além disso, verificada a necessidade de fornecimento de licença ambiental para a operação dos sistemas de tratamento e do aterro sanitário, o instrumento convocatório deve fixar prazo razoável para o cumprimento das exigências por parte do vencedor da disputa.

➤ Processo n.º TC-024332.989.20-1 (Sessão Plenária de 10/03/2021, relatoria: Conselheiro Edgard Camargo Rodrigues)

EMENTA: RECURSO ORDINÁRIO. PREGÃO PRESENCIAL. CONTRATO.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS. OFENSA AO CONTRADITÓRIO E À AMPLA DEFESA. PRELIMINAR DE NULIDADE AFASTADA. INTERMEDIÇÃO PARA FORNECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE. ILEGALIDADE. FALHAS NA EXECUÇÃO CONTRATUAL. DESPROVIMENTO.

Contrato de prestação de serviços firmado com o propósito de estabelecer mera intermediação para fornecimento de profissionais, em detrimento da realização de concurso público, ofende artigo 37, inciso II, da Constituição Federal.

➤ Processos nº TC-016781.989.20-7, TC-017151.989.20-9, TC-017153.989.20-7 e TC-019447.989.20-3 (Sessão de 18/05/2021, relatoria: Conselheiro Antônio Roque Citadini)

EMENTA: DISPENSA DE LICITAÇÃO. CONTRATO. TERMO ADITIVO. EXECUÇÃO CONTRATUAL. IRREGULARIDADE.

Prestação de serviços médicos e assistência à saúde pública. Profissionais de enfermagem. Serviços laboratoriais. Não configurada a emergência invocada. Indevida aglutinação no objeto de serviços de naturezas distintas. Descumprimento ao art. 15, inciso IV, e ao art. 23, §1º, ambos da LF nº 8.666/93. Preços não justificados. Violação ao art. 3º da LF nº 8.666/93. Irregularidade da dispensa de licitação, dos termos contratuais e aditivos, e da execução contratual. Acionamento dos incisos XV e XXVII do artigo 2º da LCE nº 709/93. Multa ao responsável. Remessa ao Ministério Público do Estado.

➤ Processo n.º TC-023374.989.20-0 (Sessão de 24/08/2021, relatoria: Substituto de Conselheiro Valdenir Antônio Polizeli)

EMENTA: CONTRATO. DISPENSA DE LICITAÇÃO. COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS COMUNS E DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA INVIABILIDADE TÉCNICA E ECONÔMICA DA SEGREGAÇÃO. IRREGULAR.

A jurisprudência desta Corte considera reprovável a aglutinação, em certame único, de serviços relativos à resíduos sólidos comuns e de saúde, em razão do tratamento e destinação diferenciados que demandam tais rejeitos. Reunião que deve demonstrar, de modo inequívoco, o aprimoramento logístico e a redução de custos decorrente de tal opção.

Repasses ao Terceiro Setor (“Santas Casas”)

➤ Processos n.º TC-003208.989.14-5, TC-011322.989.16-1, TC-011324.989.16-9, TC-005541.989.17-4 e TC-000551.989.14-8 (Sessão de 29/06/2021, relatoria: Conselheiro Edgard Camargo Rodrigues)

EMENTA: DISPENSA DE LICITAÇÃO. SELEÇÃO PÚBLICA. CONTRATO DE GESTÃO. REPRESENTAÇÃO. FALTA DE PLANEJAMENTO E ESTUDOS. AUSÊNCIA DE JUSTIFICATIVAS PARA A CONVOCAÇÃO PÚBLICA. INEXISTÊNCIA DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS ESSENCIAIS. FALTA DE TRANSPARÊNCIA QUANTO ÀS INFORMAÇÕES RELACIONADAS AOS PROCEDIMENTOS E AO CONTRATO. TERMOS ADITIVOS. ACESSORIEDADE. IRREGULARIDADE. PROCEDÊNCIA.

1. Deve preceder ao processo de transferência do gerenciamento dos serviços de saúde para organizações sociais estudo detalhado que abarque a conclusão, devidamente fundamentada, acerca da vantagem decorrente da solução, com

avaliação precisa dos custos do serviço e dos ganhos de eficiência esperados, bem assim planilha detalhada com a estimativa de custos a serem incorridos na execução do objeto.

2. As organizações sociais devem editar regulamento próprio sobre compras e contratação de obras e serviços com emprego de recursos provenientes de repasses públicos, observados os princípios da Administração Pública, ao que necessária, no mínimo, cotação prévia de preços no mercado.

3. Visando ao acompanhamento dos resultados e ao controle social, os contratos de gestão devem prever metas, prazos de execução, bem assim os indicadores de qualidade e produtividade necessários para garantir a efetividade da ação da organização social, nos termos da legislação.

4. No âmbito dos contratos de gestão, devem ser realizados estudos que indiquem o sistema de remuneração mais adequado para o caso específico do objeto do ajuste.

➤ Processo n.º TC-013988.989.17-4 (Sessão de 15/06/2021, relatoria: Conselheiro Renato Martins Costa)

EMENTA: RECURSO ORDINÁRIO. REPASSES. TERCEIRO SETOR. CONVÊNIO. PRESTAÇÃO DE CONTAS. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. CONTRATAÇÃO PELA ENTIDADE PARCEIRA. INOBSERVÂNCIA AO ARTIGO 2º, CAPUT, DA LEI FEDERAL N.º 11.350/06. PROVIMENTO PARCIAL. APENAS PARA EXCLUIR A MULTA APLICADA E O ACIONAMENTO DO ART. 33, III, "B", C.C. O ART.36, PARÁGRAFO ÚNICO, AMBOS DA LEI COMPLEMENTAR N.º 709/93.

O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde deve ser realizado mediante vínculo direto entre os profissionais e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional, nos termos do artigo 2º, caput, da Lei Federal n.º 11.350/06 (TC-001133/001/10, TC-011542.989.16-5, TC-000152/010/15 e TC-000143/017/14).

➤ Processos n.ºs TC-025468.989.20-7, TC-025587.989.20-3 e TC-025643.989.20-5 (Sessão Plenária de 14/04/2021, relatoria: Conselheiro Edgard Camargo Rodrigues)

EMENTA: RECURSOS ORDINÁRIOS. CONVÊNIO. PLANO DE TRABALHO DEFICITÁRIO. ESTIMATIVA DE QUANTITATIVO DE ATENDIMENTOS E METAS. AUSÊNCIA. ART. 116 DA LEI 8.666/93. ESSENCIALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS. SAÚDE. RELEVAÇÃO COM ADVERTÊNCIA. CONHECIDOS E PROVIDOS.

O gestor público, quando da formalização dos Convênios, deve, sempre que possível, prever no Plano de Trabalho metas e quantitativos a serem atingidos, de modo a instrumentalizar adequado exame de aferição de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade dos resultados alcançados com a parceria.

Processo n.º TC-027265.989.20-2 (Sessão de 22/06/2021, relatoria: Conselheiro Antônio Roque Citadini)

EMENTA: RECURSO ORDINÁRIO. PRESTAÇÃO DE CONTAS. REPASSES AO TERCEIRO SETOR. TAXA DE ADMINISTRAÇÃO. CONHECIMENTO. NÃO PROVIMENTO.

Programa Saúde da Família. CAPS. Residência Terapêutica. É ilegal a cobrança de taxa de administração nos repasses ao terceiro setor. As cobranças de taxa de

administração e as remunerações congêneres são vedadas pela Súmula n.º 41 desta Corte. Precedentes jurisprudenciais: TC-910/011/12, TC-1847/002/12, TC-1924/005/07, TC-8678/026/10 e TC1166/011/13. É ilegal a cobertura de despesas estranhas às metas pactuadas no contrato de gestão. Acordo de retenção da quantia impugnada não evidenciado. Razões recursais não acolhidas. Recurso conhecido e não provido, mantendo-se na íntegra a sentença guerreada, o juízo de irregularidade decretado, a determinação de devolução dos valores impugnados e os encaminhamentos exarados.

EMENTA: RECURSO ORDINÁRIO. CONHECIDO E DESPROVIDO. NÃO CUMPRIMENTO À EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 51/06 E À LEI FEDERAL Nº 11350/06. CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS SEM A DEVIDA SELEÇÃO PÚBLICA. IMPOSSIBILIDADE DE SE CONVENIAR ENTIDADE QUE NÃO POSSUI ESTRUTURA PRÓPRIA PARA A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. PRECEDENTES.

No que diz respeito à prestação de serviços médicos em próprios públicos, é assente o entendimento deste Tribunal que ao conveniar entidades do terceiro setor para a execução de serviços de saúde pressupõe-se a existência de estrutura própria da entidade, o que não é o caso. Evidencia-se, pois, que o planejamento municipal se mostrou equivocado, pois não poderia o município, a teor das normas legais, ter conveniado com entidade do terceiro setor: i) para responsabilizá-la pela contratação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família; e, ii) para a prestação de serviços em próprios públicos municipais.

➤ Processo n.º TC-025955.989.19-9 (Sessão de 23/03/2021, relatoria: Conselheiro Dimas Ramalho)

EMENTA: CONVÊNIO. PROMOÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE. VANTAJOSIDADE. CUSTOS UNITÁRIOS. REGULARIDADE. Nas parcerias firmadas entre o Poder Público e as entidades do Terceiro Setor, a economicidade não pode ser entendida como mera vantagem econômica, devendo refletir uma ponderação entre a eficiência e os custos para consecução do objetivo pactuado, com acompanhamento através de indicadores de desempenho.

TC-024591.989.20-7 e outro (Sessão de 07/12/2021. Relatoria: Conselheiro Dimas Ramalho)

TC-024591.989.20-7 e outro (Sessão de 07/12/2021. Relatoria: Conselheiro Dimas Ramalho)

EMENTA: REPASSES AO TERCEIRO SETOR. CONVÊNIO. TERMO DE PRORROGAÇÃO. SERVIÇOS DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE PLANILHA COM OS QUANTITATIVOS E CUSTOS UNITÁRIOS DETALHADOS. COMPATIBILIDADE DO PREÇO AJUSTADO COM O PRATICADO NO MERCADO NÃO DEMONSTRADA. ECONOMICIDADE NÃO COMPROVADA. IRREGULARIDADE. MULTA.

Nota CPAJ¹⁵: O voto do e. Relator afirmou que é “o conhecimento da composição dos custos unitários e globais das atividades atinentes à unidade de saúde gerida,

¹⁵ CPAJ - Comissão Permanente de Análise de Jurisprudência.

junto à previsão de metas, que permite analisar as variações ocorridas durante a vigência do acordo e avaliar, sob a premissa da economicidade, se estão condizentes com os repasses efetuados”.

➤ Processos nº TC-004209.989.15-1, TC-004449.989.15-1, TC-009016.989.15-4, TC-000493.989.16-4, TC-008690.989.16-5, TC-012296.989.16-3, TC-014997.989.16-5, TC-018439.989.16-1, TC-000080.989.17-1, TC-011340.989.17-7, TC-014023.989.17-1, TC-017553.989.17-9, TC-001558.989.18-2, TC-015783.989.18-9, TC-020937.989.18-4, TC-022856.989.18-1, TC-001481.989.19-2, TC-012912.989.19-1, TC-014308.989.19-3, TC-019929.989.19-2, TC-019931.989.19-8, TC-019933.989.19-6, TC-001859.989.20-4 e TC-013308.989.20-1 (Sessão de 25/05/2021, relatoria: Conselheiro Sidney Estanislau Beraldo)

EMENTA: REPASSES. TERCEIRO SETOR. CONVÊNIO. SERVIÇOS DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DA VANTAGEM ECONÔMICA. EMPENHAMENTO PARCIAL. PLANO DE TRABALHO IMPRECISO. INJUSTIFICADA ESCOLHA DA ENTIDADE CONVENIADA. OBJETO NÃO COMPATÍVEL COM A NATUREZA JURÍDICA DO AJUSTE. TERMOS ADITIVOS. IRREGULARES. ADVERTÊNCIA. DETERMINAÇÕES.

1. O termo de convênio não é o instrumento jurídico adequado para parceria entre a Administração e entidade privada sem fins lucrativos quando o seu objeto consiste na absorção, pela entidade, de atividade anteriormente desempenhada pelo Poder Público, suas instalações e mão-de-obra, em verdadeira gestão da unidade hospitalar.

2. A ausência de metas físicas e financeiras no plano de trabalho, embasada em custos detalhados da atividade, impede a aferição de economicidade do ajuste em prejuízo à futura análise da aplicação dos recursos repassados pelo poder público.

➤ Processo nº TC-007087.989.18-2 (Sessão de 18/05/2021, relatoria: Conselheiro Dimas Ramalho)

EMENTA: TERCEIRO SETOR. CONTRATO DE GESTÃO. RESTRIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO CHAMAMENTO PÚBLICO. AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS RELATIVOS AO CONTRATO DE GESTÃO. AUSÊNCIA DE TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO. IRREGULARIDADE. REMESSA DE CÓPIA DA DECISÃO AO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL.

A Convocação Pública para que as entidades do Terceiro Setor já qualificadas como Organizações Sociais de Saúde manifestem interesse em celebrar Contrato de Gestão deve ser realizada com informações que permitam a ampla participação de interessados, atenda às premissas do princípio da publicidade previsto no caput, do art. 37 da Constituição Federal e ao interesse público.

Transparência

Processo n.º TC-025625.989.18-1 (Sessão de 08/06/2021, relatoria: Conselheiro Sidney Estanislau Beraldo)

EMENTA: REPASSES. TERCEIRO SETOR. CONVÊNIO. PRESTAÇÃO DE CONTAS. SERVIÇOS DE SAÚDE. CUMPRIMENTO DA FINALIDADE PACTUADA. DIVERGÊNCIA DE VALORES CORRIGIDA. DIFICULDADE DE ACESSO AO

AJUSTE NAS PÁGINAS ELETRÔNICAS DOS PARTICIPES. VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA TRANSPARÊNCIA. DETERMINAÇÃO PARA SANEAMENTO DA FALHA. REGULAR, COM RESSALVA.

A regra da transparência, reforçada pela Lei de Acesso à Informação, impõe ao poder público a divulgação ativa e a disponibilização de informações sobre a despesa pública e instrumentos que a embasam para fácil acesso por qualquer interessado, não apenas com o objetivo de possibilitar o controle social e a participação democrática, mas também permitir a *accountability* das instituições públicas. Exigência de prévio cadastramento com login e senha de acesso constituindo obstáculo à amplitude da divulgação.

9. Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Série I. História da Saúde no Brasil; nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Série J. Cadernos Técnicos; nº 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Desenvolvimento Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde, Fundo Municipal de Saúde. Guia de Referência para a sua Criação e Organização. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia do monitor: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

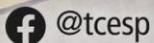
BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. CONASEMS. Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS - Diálogos no Cotidiano. 2ª Edição digital - revisada e ampliada - 2021. 440 p.



TCE SP

Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

www.tce.sp.gov.br



@tcesp



tcesp



tcespoficial



@tcesp



@tcesp



tcesp-rss