

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

MPF – PFDC



República Federativa do Brasil
Ministério Público da União

Procurador-Geral da República
ANTONIO FERNANDO BARROS E SILVA DE SOUZA

Diretor-Geral da Escola Superior do Ministério Público da União
RODRIGO JANOT MONTEIRO DE BARROS

Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão
ELA WIECKO VOLKMER DE CASTILHO

ESMPU MANUAIS DE ATUAÇÃO

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

MPF – PFDC

Grupo de Trabalho “Saúde”

Brasília – DF
2008



Escola Superior do Ministério Público da União
SGAS Av. L2-Sul, Quadra 604, Lote 23, 2º andar
70200-901 – Brasília-DF
Tel.: (61) 3313-5114 – Fax: (61) 3313-5185
<www.esmpu.gov.br> – <editoracao@esmpu.gov.br>

Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
SAF Sul, Quadra 4, Conjunto C, Lote 03, Bloco B, Sala 303/304
70050-900 – Brasília-DF
Tel.: (61) 3031-6000/6001/5445/5442 – Fax: (61) 3031-6106
<pfdc.pgr.mpf.gov.br> – <pfdc001@pgr.mpf.gov.br> – <ewc001@pgr.mpf.gov.br>

© *Copyright* 2008. Todos os direitos autorais reservados.

Grupo de Trabalho “Saúde”

Alexandre Amaral Gavronski – Procurador da República em São Paulo
Nara Soares Dantas – Procuradora da República na Bahia
Oswaldo José Barbosa Silva – Procurador Regional da República da 1ª Região
Ramiro Rockenbach da Silva – Procurador da República em Sergipe

Apoio técnico

Mércia Beatriz Miranda – Assessora da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
Osmir Antônio Globekner – Técnico da Procuradoria da República da Bahia

Núcleo de Editoração

Cecília S. Fujita
Lizandra Nunes Marinho da Costa Barbosa – Chefe do Setor de Revisão
Daniel Mergulhão de Carvalho – Preparação de originais
Thaise dos Santos Leandro – Revisão de provas
Lara Litvin Villas Bôas – Revisão de provas

Núcleo de Programação Visual

Ana Manfrinato Cavalcante – Projeto gráfico e capa
Jansen Lira Rojas – Diagramação e editoração eletrônica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da Escola Superior do Ministério Público da União

-
- F491 Financiamento da saúde / Grupo de Trabalho “Saúde” : Alexandre Amaral Gavronski ... [et al.] – Brasília : Escola Superior do Ministério Público da União, 2008.
(Manuais de atuação ESMPU ; v. 4)
978-85-88652-17-0
Disponível em
<<http://www.esmpu.gov.br/linha-editorial/manuais-de-atuacao>>
Publicado também em versão impressa, ISBN 978-85-88652-16-3
1. Saúde – financiamento. 2. Direito à saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) (SUS) – competência. 4. Ministério Público Federal – atuação. I. Gavronski, Alexandre Amaral. II. Brasil. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). III. Série.

CDD 341.413

Manuais de Atuação ESMPU

Em 2006, a Escola Superior do Ministério Público da União lançou o primeiro volume da Série **Manuais de Atuação ESMPU**, que tratou da *Tutela coletiva*. A ele seguiram os volumes *Quebra de sigilos fiscal e bancário e Inclusão de pessoas com deficiência*.

O propósito da criação desta Série foi compilar informações, listar fontes de dados e reunir experiências a respeito de temas que fazem parte do dia-a-dia do Ministério Público, para subsidiar a atuação de seus membros, bem como possibilitar um mínimo de uniformidade na resposta institucional às demandas da sociedade.

Esperamos que esta Série **Manuais de Atuação** seja continuamente enriquecida com novos temas, de modo que possamos cada vez mais contribuir para o aprimoramento da atuação do Ministério Público brasileiro, com a eficácia e a agilidade necessárias.

Para isso a colaboração dos Colegas é indispensável, tanto produzindo novos manuais como encaminhando contribuições aos trabalhos já publicados. As iniciativas são muito bem-vindas no endereço <manuais@esmpu.gov.br>, sem prejuízo, evidentemente, do contato pessoal com a Escola.

A ESMPU agradece ao Grupo de Trabalho “Saúde”, da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF), pela elaboração deste manual de *Financiamento da Saúde*.

RODRIGO JANOT MONTEIRO DE BARROS
Diretor-Geral da ESMPU
Subprocurador-Geral da República

Sumário

Apresentação – 11

Agradecimentos – 15

Lista de siglas – 17

Introdução – 19

1 Visão geral do SUS – 23

1.1 A participação da comunidade como diretriz do SUS:
democracia participativa e controle social – 34

1.2 Normas Operacionais de Assistência à Saúde – 39

1.2.1 Breve histórico – 39

1.2.2 A regionalização como diretriz central da NOAS
2001/2002 – 39

1.2.3 A Atenção Básica Ampliada – 40

1.2.4 A implantação da nova ordem – 40

1.2.5 Média e alta complexidade no contexto das NOAS – 41

1.2.6 A habilitação dos municípios – 42

1.3 O Pacto de Gestão – 44

**2 Conceitos básicos para entender o Sistema e a
repartição de competências – 47**

- 2.1 Atenção básica à saúde – 47
- 2.2 Média complexidade – 48
- 2.3 Alta complexidade – 49

- 3 **Financiamento do Direito à Saúde e Emenda Constitucional n. 29/2000 – 51**
 - 3.1 Importância do custeio mínimo – 51
 - 3.2 Financiamento da saúde – 52
 - 3.2.1 A obrigação concorrente de União, estados e municípios para com a garantia do direito à saúde e seu financiamento – 53
 - 3.2.2 Os recursos mínimos a serem destinados – 54
 - 3.2.3 As conseqüências do descumprimento da destinação dos recursos mínimos implementáveis pela União – 56
 - 3.2.4 A obrigatoriedade de manter todo o dinheiro destinado à saúde no Fundo de Saúde (todo o dinheiro no fundo!) e a disponibilidade do fundo para fiscalização dos Conselhos de Saúde – 57
 - 3.2.5 Do conceito de ações e serviços públicos em saúde – 58
 - 3.2.6 Da obrigatoriedade de a administração do Fundo de Saúde ficar sob a responsabilidade do respectivo gestor – 65
 - 3.2.7 Dos dispositivos legais que impõem a transparência na gestão dos recursos públicos, em especial os aplicados em ações e serviços de saúde – 66
 - 3.2.8 A punição dos agentes públicos que aplicam recursos previstos orçamentariamente para ações e serviços públicos em saúde em finalidade diversa – 68
 - 3.3 O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops) – 68
 - 3.4 Da base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde – 75
 - 3.5 Dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde – 77
 - 3.6 Das ações e serviços públicos de saúde – 79
 - 3.7 Dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle – 82
 - 3.8 Conceitos úteis sobre aplicação de verbas públicas e execução orçamentária – 83

3.9 O papel do Ministério Público Federal no cumprimento da EC n. 29 – 86

3.10 Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 – 92

Referências – 95

Sítios interessantes – 97

Apresentação

Em agosto de 2004, o X Encontro Nacional de Procuradores dos Direitos do Cidadão, conforme Resolução n. 13, elegeu os temas que, no período de um ano, deveriam ser priorizados, mediante a criação de Grupos de Trabalho, com o objetivo de debater e propor metas e procedimentos para atuação coordenada em todo o País.

O Direito à Saúde, com enfoque no cumprimento da EC n. 29, de 2000, é o tema do Grupo de Trabalho (GT) instituído pela Portaria PFDC n. 3, de 29 de setembro de 2004. Como membros titulares foram designados os Procuradores da República Alexandre Amaral Gavronski, então PRDC no Estado do Mato Grosso do Sul, Nara Soares Dantas, PRDC substituta no Estado da Bahia, e Ramiro Rockenbach da Silva, então na PRM de Bagé/RS; Cláudio Drewes José de Siqueira, então PRDC no Estado de Goiás, como membro suplente, e o Procurador Regional da República Marlon Alberto Weichert, da 3ª Região, como colaborador, devido ao seu amplo conhecimento e valiosa experiência no tema saúde. A Portaria PFDC n. 4, de 9 de novembro de 2004, inclui como colaborador pela mesma razão o Procurador Regional da República na 1ª Região, Oswaldo José Barbosa Silva. Os Encontros Nacionais que se seguiram, em 2005, 2006 e 2007, deliberaram pela manutenção do GT ressaltando em cada oportunidade temas novos para serem objeto de atuação. Entretanto, o tema do financiamento à saúde

sempre permaneceu como prioritário. Vale lembrar que anteriormente, no âmbito do GT Saúde, instituído em 28 de fevereiro de 2003 e extinto em maio de 2004, a PFDC já desenvolvera estudos sobre o direito constitucional à saúde visualizando-o em 4 eixos: financiamento, controle social, descentralização, acesso e qualidade. Atualmente, de acordo com a Portaria n. 9, de 20 de setembro de 2007, o GT está composto pelas Procuradoras da República Nara Soares Dantas (PRDC Substituta no Estado da Bahia), Ana Paula Carvalho Medeiros (RS) e Rose Santa Rosa (SP), e pelo Procurador da República Ramiro Rockenbach da Silva Matos Teixeira de Almeida (PRDC Titular no Estado de Sergipe), como titulares. Como suplentes temos as Procuradoras da República Lisiane Cristina Braeher (RJ) e Vanessa Seguezzi (Três Rios/RJ). São colaboradores os Procuradores Regionais da República Oswaldo José Barbosa Silva (1ª Região) e Paulo Gilberto Cogo Leivas (4ª Região) e a Subprocuradora-Geral da República Delza Curvello Rocha.

No intuito de compreender os problemas envolvidos no estabelecimento de um modelo de financiamento à saúde capaz de garantir a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde, considerando recursos financeiros limitados inclusive pelo atendimento a outros direitos fundamentais, o GT Saúde estabeleceu interação constante com membros dos Ministérios Públicos Estaduais, por intermédio da Comissão de Saúde instituída pelo Conselho Nacional de Procuradores-Gerais e da Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa). O Grupo interagiu, também, com técnicos do Ministério da Saúde, especialistas do Conselho Nacional de Saúde e com a Frente Parlamentar de Saúde.

Desde o início das atividades, o GT estabeleceu como meta a publicação de um manual, dirigido aos membros do Ministério Público Federal, que compendiasse experiências e informações sobre a EC n. 29, como apoio para qualificar a atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito constitucional à saúde, bem como para viabilizar um mínimo de uniformidade na resposta institucional às demandas da sociedade.

A primeira versão do manual foi colocada em debate no XI Encontro Nacional dos Procuradores dos Direitos do Cidadão

(2005). Em seguida, a articulação de organismos da sociedade civil e da Frente Parlamentar passou a apontar para o sucesso da almejada regulamentação da EC n. 29, tendo como consequência a desatualização do texto do manual. Todavia, a regulamentação ainda não se concretizou e parece difícil de acontecer a curto prazo, após o insucesso do governo na prorrogação da CPMF. Diante disso, consideramos necessário e útil o manual, como subsídio à atuação dos membros do MPF na defesa do direito à saúde. Vale notar que as teses sustentadas no manual encontram apoio no projeto de lei complementar em trâmite no Senado, especialmente no que diz respeito às definições de ações e serviços públicos em saúde.

Confirmando-se útil, o conteúdo do manual poderá sofrer alterações e acréscimos para enfocar outros temas relevantes, como o cumprimento de convênios firmados com o Ministério da Saúde, atendimento hospitalar de alta complexidade, atividade diretamente custeada pela União etc.

ELA WIECKO V. DE CASTILHO
Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão

Agradecimentos

Duas ordens de agradecimento impõem-se não apenas em razão do resguardo aos direitos autorais, mas especialmente pela importância da contribuição e do exemplo que significam para a concretização deste manual.

Primeiramente, ao Ministério Público dos Estados de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul, visto que o primeiro, por intermédio do Procurador de Justiça Jackson Campomizzi, Diretor do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional daquela Instituição, cedeu-nos os direitos de cópia do *Manual de Curador da Saúde*, e o segundo, por intermédio das Promotoras de Justiça Ângela Salton Rotuno e Ana Rita Nascimento Schinestsck, forneceu-nos cópia eletrônica do *Manual de Procedimentos Relativos à Saúde*, elaborado pela Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre. As duas Instituições foram precursoras da idéia, que agora começamos a difundir no Ministério Público Federal, de criar manuais para qualificar a atuação em saúde dos seus membros, e desenvolveram trabalhos dignos de admiração e reprodução. O agradecimento à Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, em especial às pessoas de João Gabbardo dos Reis, Vilsomar Ribas e Ronaldo Alves Carvalho, e ao Promotor de Justiça no Rio Grande do Sul, Mauro Luis de Souza, pelas valiosas contribuições a bem da saúde da população.

Em seguida, mas não com menor destaque ou importância, aos valorosos professores – permitimo-nos chamá-los assim, pelo conhe-

cimento que demonstram sobre o SUS e pela disposição em repartir com o Ministério Público – Elias Jorge, Doutor em Orçamento Público pela Universidade de São Paulo, Gilson Carvalho, Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, e Lenir Santos, advogada especialista em Direito Sanitário. Muito aprendemos e muitas dúvidas esclarecemos com eles, que vêm dedicando suas vidas profissionais ao SUS, à difusão e democratização do conhecimento a ele relativo, e que nutrem uma ao mesmo tempo honrosa e desafiadora esperança no Ministério Público como instrumento determinante na estrutura e funcionamento do Sistema.

Lista de siglas

Anatel	Agência Nacional de Telecomunicações
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
GPAB	Gestão Plena de Atenção Básica
GPAB-A	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena de Sistema Municipal
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
ISS	Imposto Sobre Serviços
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

Introdução

No X Encontro Nacional dos Procuradores dos Direitos do Cidadão, realizado em Brasília entre 16 e 18 de agosto de 2004, escolheram-se três temas como prioritários para atuação do Ministério Público Federal nos ofícios da cidadania (Resolução n. 13): a) Comunicação Social, com enfoque na programação televisiva voltada à criança e ao adolescente e no procedimento de autorização, que incumbe à Anatel, para novas rádios comunitárias; b) Saúde, com enfoque no acesso a medicamentos excepcionais e no cumprimento da EC n. 29/2000; c) Alimentação Adequada, com enfoque na fiscalização da política pública federal para promoção do direito à alimentação (Bolsa Família).

Quanto à prioridade atinente à saúde, cumpre esclarecer que o duplo enfoque eleito no último encontro não foi sem propósito. Preocupados com o impacto financeiro das determinações judiciais para fornecimento de medicamentos excepcionais (não previstos na lista do SUS e de alto custo, dos quais o *Interferon peguilado* para o tratamento da hepatite C é o maior exemplo), os gestores em saúde têm buscado maior aproximação com o Ministério Público e com o Poder Judiciário, no intuito de reduzir tais demandas, demonstrando seus impactos orçamentários, até mesmo em prejuízo do fornecimento de outros medicamentos. Ocorre que muitos desses gestores têm alegado falta de recursos para compra dos medicamentos sem cumprir o mínimo previsto pela Emenda Constitucional n. 29 de 2000, que garantiu um mínimo de financiamento para a

saúde pública. Diante desse quadro, entendeu-se que a atuação do Ministério Público Federal deveria dar-se nas duas frentes: qualificando a atuação em defesa do fornecimento de medicamentos e garantindo a destinação mínima de recursos prevista constitucionalmente. Quanto ao primeiro aspecto, buscando uma melhor e mais qualificada instrução para evitar pedidos que atendam mais aos interesses dos laboratórios que da população (identificando, por exemplo, até que ponto há de fato comprovações de eficácia do medicamento pedido ou se ele é, de fato, o único com tais condições no mercado) e que assegurem a maior abrangência de beneficiários possível (preferindo-se a inclusão em lista do medicamento e seu fornecimento regular ao pedido restrito a determinado e reduzido número de pessoas). Na outra ponta, garantindo recursos para o atendimento de tais demandas. Dessarte, entendeu-se que o Ministério Público Federal, ao mesmo tempo, atuaria com zelo no adequado gasto dos recursos públicos sem descuidar da universalidade e integralidade no atendimento e, ainda, viabilizaria a fonte orçamentária dos recursos para os gastos gerados por suas demandas.

No mesmo Encontro, deliberou-se que para o estudo desses temas seriam criados grupos de colegas com o “objetivo de sugerir atuação institucional uniforme e formular as metas de atuação no ano” (Resolução n. 14). Para cumprimento desse propósito, foi instituído, pela Portaria n. 03/2004-PFDC/MPE, de 29 de setembro de 2004, o “Grupo de Saúde” (GS), formado pelos colegas Alexandre Amaral Gavronski (então PRDC do Mato Grosso do Sul), Nara Soares Dantas (PRDC substituta na Bahia e responsável pelas matérias afetas à defesa da saúde), Ramiro Rockenbach da Silva (então na PRM-Bagé) e Cláudio Drewes como membros efetivos, e Marlon Alberto Weichert e Oswaldo José Barbosa Silva como colaboradores, condição devida ao fato de não possuírem atribuição específica mas serem detentores de amplo conhecimento e responsáveis por valiosas experiências na área. Os três primeiros e o último reuniram-se por três vezes em Brasília, duas delas com técnicos¹ e colegas do Ministério Público Estadual integrantes do

¹ Na primeira reunião do GT/Saúde, realizada em Brasília, em 13.12.2005, estiveram presentes os Procuradores: Alexandre Amaral Gavronski (PR/MT, à época, atualmente na PR/SP), Nara Soares Dantas (PR/BA), Ramiro Rockenbach da Silva (PRM/Bagé-RS, à época, atualmente na PR/SE) e Oswaldo José Barbosa Silva (PRR-1ª Região/DF).

Grupo de Saúde formado no Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça, no qual temos um representante indicado pelo Procurador-Geral da República², sempre norteados pelas diretrizes e objetivos traçados no X ENPDC.

Desde o primeiro momento, os integrantes do GS elegeram como prioridade a elaboração de um manual de atuação que enfocasse os tópicos da EC n. 29/2000 e de medicamentos excepcionais. A preocupação maior foi compendiar experiências e informações sobre o assunto para facilitar a atuação do Ministério Público Federal na área e sugerir um mínimo de uniformidade possível. Norteou os trabalhos do grupo a percepção de que são poucos os conhecimentos dos colegas sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde e suas peculiaridades, bem como sobre legislação e doutrina especializadas, disso decorrendo atuações ainda pontuais e isoladas, que buscam responder apenas as questões específicas apresentadas, sem uma perspectiva conglobante que colabore efetiva e decisivamente para um melhor funcionamento do sistema.

Igualmente norteou os integrantes do grupo a intenção de identificar qual a responsabilidade específica do Ministério Público Federal na solução dos problemas do SUS enfocados, visto que todos nós, com frequência, vemo-nos em dúvida diante de conflitos de atribuições com o Ministério Público Estadual. À semelhança do que ocorre na defesa do meio ambiente, também o cuidado com a saúde pública é atribuição comum da União, estados e municípios (CF, art. 23, II) e, embora a descentralização seja um princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (CF, art. 198, I), remanescem com a União deveres e interesses diretos sobre a execução de seus serviços (Lei n. 8.080/1990, art. 16), porque a maior parcela dos recursos do sistema são federais e, não raro, repassados mediante convênios específicos e sujeitos a prestação de contas. Daí a necessidade de primeiro compreender minimamente o funcionamento

² Preside o grupo o Procurador de Justiça do Paraná, Marco Antônio Teixeira. Também o integram, entre outros, as colegas Sônia Maria Demeda Groisman Piardi – Procuradora de Justiça do MP/SC e presidente nacional da Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa) – e Ângela Salton Rotuno – Promotora de Justiça na PJ de Direitos Humanos do MP/RS. O representante do Ministério Público Federal, em via de ser substituído por ter ficado sem atribuição em saúde após sua remoção para PR/SP, é o Procurador da República Alexandre Amaral Gavronski.

do sistema, objeto do capítulo primeiro, e conhecer bibliografia e legislação básica, referidas ao final e, em parte, transcritas no anexo e no sítio eletrônico da PFDC.

Destina-se este manual, enfim, a dar uma primeira colaboração para qualificar a atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito constitucional à saúde, em especial no que se refere à efetivação dos princípios constitucionais de funcionamento do sistema instituído para garanti-lo, o SUS. É a função que nos impõem, de forma explícita e específica, os arts. 129, II, e 196 da Constituição. Com essa colaboração, espera-se também viabilizar um mínimo de otimização e unidade nas respostas que apresentamos às demandas que recebemos da sociedade.

O intuito é, pois, auxiliar os colegas e não criar demandas.

Importa registrar, todavia, que o texto que ora se apresenta se trata de versão preliminar, sujeita a todo tipo de acréscimo e alteração a partir de colaborações apresentadas pelos colegas com atuação presente ou passada em defesa da saúde, de modo que continuamente aprimoremos seu conteúdo em prol de todos. Se o presente manual não se ajustar às necessidades diárias que enfrentamos – e para isso interessa a todos contribuir –, perderá seu propósito. Se, por outro lado, mostrar-se útil, poderá ser incrementado, no futuro, com outros temas que também são relevantes para nossa atuação: cumprimento de convênios firmados com o Ministério da Saúde, atendimento hospitalar de alta complexidade, atividade diretamente custeada pela União etc.

Visão geral do SUS³

1

A Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à saúde, definiu, no Título VIII – Da Ordem Social, no seu Capítulo II, Seção II, por meio dos arts. 196 a 200, as bases legais da intervenção da sociedade, da seguinte maneira:

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

³ Capítulo copiado do *Manual do Curador da Saúde* do Ministério Público de Minas Gerais, cap. 3, SUS – O Plano de Saúde de todo brasileiro.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. *(Parágrafo único renumerado para § 1º pela EC n. 29, de 2000.)*

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º. *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

I – os percentuais de que trata o § 2º; *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. *(Incluído pela EC n. 29, de 2000.)*

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. *(Incluído pela EC n. 51, de 2006.)*

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. *(Incluído pela EC n. 51, de 2006.)*

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. *(Incluído pela EC n. 51, de 2006.)*

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle

de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e da fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme definição do art. 4º da Lei Federal n. 8.080/1990, é: “O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” e complementarmente pela “[...] iniciativa privada”. Ele é um Sistema Único, porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.

O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema, que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

Por sua vez, o art. 7º da mesma lei preconiza os princípios e as diretrizes do SUS:

Art. 7º As ações e serviços de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – 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;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – 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;

X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – 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;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Resumidamente, podemos dizer que os princípios doutrinários do SUS são, portanto, a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade*, e sua organização está baseada na *regionalização*, *hierarquização*, *resolutividade*, *descentralização*, *participação dos cidadãos* e *complementaridade do setor privado*.

A *universalidade* consiste na garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.

Todas as pessoas têm direito ao atendimento, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda etc.

A *equidade* é a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do Sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira⁴. Assim como

⁴ Nota do Grupo (NG): Diferentemente dos princípios da universalidade e da integralidade que expressamente constam do texto constitucional, “direito de todos”, “acesso universal” (art. 196), “atendimento integral” (art. 198, II), não há no texto previsão

a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades amplas e publicamente reconhecidas.

Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.

A *integralidade* refere-se tanto ao homem quanto ao Sistema de Saúde, reconhecendo que cada qual constitui uma totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade: as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma, constituem um todo, não podendo ser divididas; as unidades constitutivas do Sistema configuram também um todo indivisível capaz de prestar assistência integral⁵.

Segundo os princípios da *regionalização* e da *hierarquização*, as ações e os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, a saber, nível primário de atenção, nível secundário, nível terciário e nível quaternário, dis-

expressa do princípio da equidade. No sentido do texto, pode-se admitir seu acolhimento pela expressão “igualitário” do *caput* do art. 196. Todavia, há que se receber com redobradas ressalvas os discursos dos gestores públicos em saúde (secretários e ministro) que, sem qualquer base constitucional ou mesmo legal, vêm tentando sustentar, com o nítido intuito de consolidar a idéia a partir da repetição, a existência do princípio constitucional da equidade como fundamento para mitigar os princípios da universalidade (excluir do SUS quem pode pagar) ou da integralidade (excluir procedimentos demasiadamente caros, só por esse fundamento). O Grupo de Saúde do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça, com a participação de representantes do Grupo de Saúde do Ministério Público Federal, firmou o entendimento de rechaçar quaisquer tentativas dos gestores de mitigar os princípios da universalidade e da integralidade sem que se garanta, antes, o estrito cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2000.

⁵ NG: Enquanto a universalidade refere-se aos titulares do direito à saúde (todos), a integralidade refere-se ao objeto (tudo). Na conhecida expressão do professor Gilson de Carvalho: “o tudo para todos”. Em nosso entender, na verdade, a integralidade abrange, necessariamente, o tratamento completo e eficaz para todos os agravos (doenças) em saúde; não se estendendo, segundo pensamos, a ponto de abranger todo e qualquer tratamento receitado por qualquer médico, seja ele do SUS ou não. Reforçam esse entendimento a redação do texto constitucional, que assegura o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198, II), e da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990), que inclui no campo de atuação do SUS a execução de ações de “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (art. 6º, I, *d*). A propósito, a professora Lenir Santos, interpretando os dispositivos mencionados, sustenta que o fornecimento de medicamentos está sujeito à submissão do paciente a um tratamento terapêutico completamente realizado pelo SUS, vale dizer, afastando o direito tão-só a percepção gratuita de medicamentos por pacientes que não são atendidos pelo Sistema. O tema será retomado no capítulo sobre medicamentos excepcionais.

postos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Os serviços devem oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um grau ótimo de resolutividade (solução de seu problema).

O acesso da população à rede deve-se dar, eletivamente, por meio do nível primário de atenção, que deve estar qualificado para atender e resolver os principais problemas. Nesse nível, 85% da demanda se resolve e sua atenção se dá nas Unidades Básicas de Saúde, pois refere-se aos serviços de imunização, atendimento e internação nas clínicas básicas (ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica médica). Os demais problemas deverão ser referenciados aos serviços de maior complexidade tecnológica.

O nível secundário resolve menos de 10% da demanda e é prestado nos chamados centros de especialidades, ou seja, as clínicas não incluídas no nível primário (sendo exemplos: oftalmologia, neurologia, otorrinolaringologia, cardiologia, dermatologia e especialidades paramédicas, como nutrição e fonoaudiologia etc.).

No nível terciário estão os hospitais de referência, que abrangem menos de 5% das necessidades em saúde e compreendem os serviços de média e alta complexidade (sendo exemplos: hemodiálise, medicina nuclear, tomografia, quimioterapia, radioterapia etc.).

O nível quaternário corresponde a menos de 1% das necessidades da população e refere-se à altíssima complexidade (são exemplos as intervenções em genética, transplantes, exames hemodinâmicos, alguns procedimentos neurológicos e cardíacos).

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

A *resolutividade* é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

A *descentralização* é entendida como a redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

Assim, o que é da alçada de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal.

A *participação dos cidadãos* é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve-se dar nos Conselhos de Saúde, com a representação paritária entre usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde, realizadas de quatro em quatro anos, que servem para definir prioridades e linha de ação. Deve ser considerado também como elemento do processo participativo o dever das instituições de oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Segundo o princípio da *complementaridade do setor privado*⁶, a Constituição definiu que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, esta deve dar-se sob três condições:

a) o contrato deverá ser celebrado conforme as normas de direito público;

⁶ NG: Além de constar explicitamente do art. 199, § 1º, da CF, a complementaridade também está disciplinada nos arts. 24 a 26 da Lei n. 8.080/1990. Tais dispositivos estabelecem que essa participação complementar se dá por meio de contrato ou convênio, “observadas, a respeito, as normas de direito público” (art. 24, parágrafo único), e têm os critérios e valores para remuneração dos serviços (tabela do SUS) fixados pela direção nacional do SUS, razão pela qual sua eventual discussão judicial é da competência da Justiça Federal e, por consequência, de atribuição do Ministério Público Federal. Também consta que os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS (art. 26, § 2º).

b) a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e com as normas técnicas do SUS;

c) a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Entre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não-lucrativos (hospitais filantrópicos, santas casas), conforme determina a Constituição.

Assim, cada gestor deverá planejar, primeiro, o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado não-lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

O SUS foi criado para ser o *plano de saúde de todos os brasileiros* e, apesar de sofrer duras críticas daqueles que desconhecem suas diretrizes e objetivos, vem comprovando que, embora seja um sistema em construção, tem procurado, paulatinamente, cumprir sua função constitucional preconizada no art. 196 da CF/1988: dar acesso ao direito à saúde.

Para aqueles que ainda duvidam da eficiência do sistema, seguem abaixo os serviços prestados em 2004, 2005 e 2006 pelo SUS – municípios, estados, Distrito Federal e União:

- 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde em 2006;
- 132 milhões de atendimentos de alta complexidade em 2006;
- 12 milhões de internações hospitalares (mais de 80% de todas as internações do País);
- 2 milhões e 600 mil partos e 660 mil cesarianas em 2006;
- 74,34 milhões de vacinas aplicadas em 2006;
- 300 milhões de exames laboratoriais em 2006;
- atuação de 24,6 mil equipes de Saúde de Família em 4,9 mil municípios, em 2005;

- ✱ atuação de 208 mil Agentes Comunitários de Saúde em 5,2 mil municípios em 2005;
- ✱ todas as ações de vigilância epidemiológica contra as endemias e epidemias;
- ✱ todas as ações de vigilância sanitária de alimentos;
- ✱ programas de controle de todas as endemias, como a tuberculose, malária, dengue, hanseníase, Aids, mal de Chagas e outras;
- ✱ realização de 85% dos procedimentos de alta complexidade e custo no País:
 - ✓ transplantes realizados em 2006 – 14,5 mil;
 - ✓ diárias de UTI em 2004 – 2,4 milhões;
 - ✓ cirurgias cardíacas em 2005 – 83 mil;
 - ✓ tomografias em 2004 – 1,06 milhão;
 - ✓ neurocirurgias, ressonância, medicina nuclear e outros.

Administração do “plano” (“clientela” – Censo de 2006 – 186,7 milhões de brasileiros – toda a população)

- ✱ antes de nascer, a criança já está “segurada” e assim permanece por toda a vida sem qualquer carência para sua utilização;
- ✱ sem exclusão de nenhuma doença preexistente, como Aids, tuberculose, mal de Hansen, câncer, doença mental e outras;
- ✱ atua na prevenção e cura das doenças;
- ✱ mantinha, em 1992, cerca de 537.688 profissionais de saúde nos serviços públicos (acrescidos de 198.132 administrativos) e 496.680 nos serviços privados (acrescidos de 206.208 administrativos), dos quais pelo menos 70% são contratados e conveniados pelos gestores do SUS (dados do IBGE).

Estimativa de Gastos com Saúde – Brasil-2006 (R\$ Bi)		
Público 50%	Federal 46,7%	40,78
	Estadual 26,12%	22,81
	Municipal 27,18%	23,73
	Total Público 100%	87,32
Privado 50%	Planos Seguros 51,3%	44,88
	Desembolso Direto 18,7%	16,41
	Medicamentos 30%	26,25
	Total Privado 100%	87,54
Público/Privado	Total Brasil	174,86
Fonte: MS-SPO – MS-Siops – ANS – IBGE-POF (estudo Gilson Carvalho)		

Considerando a população brasileira de 2006 estimada em 186,7 milhões, podemos dizer que o gasto total com saúde, por brasileiro/ano, foi de R\$ 936,00. Se quisermos fazer comparações mundiais em US\$, teremos o fator de conversão do dólar, em 3 de julho de 2006, de R\$ 2,17, chegando ao valor de US\$ 431,34. Esse é o gasto por habitante/ano em dólar do câmbio. Existe a cotação em dólares internacionais em que usaremos o mesmo índice de 1,6 do Banco Mundial para o ano de 2006. Assim, podemos estimar que o gasto com saúde no Brasil em 2006 corresponderia a US\$ 690 dólares internacionais ou pela Paridade do Poder de Compra. Como referência estima-se que os USA tenham, em 2006, gasto US\$ 7.000 *per capita* com saúde, 10 vezes mais que o Brasil (comentário de Gilson Carvalho – São José dos Campos, 12 de outubro de 2007).

1.1 A participação da comunidade como diretriz do SUS: democracia participativa e controle social⁷

A “participação da comunidade” é diretriz constitucional do SUS, nos explícitos termos do art. 198, III, da Constituição Federal, legitimador do controle social do sistema (poder fiscalizatório) e da participação direta da cidadania organizada na formulação das políticas públicas (democracia participativa).

O dispositivo constitucional é fruto da influência que a 8ª Conferência Nacional de Saúde exerceu sobre os trabalhos constituintes. Realizada em 1986, a Conferência foi o mais importante evento do Movimento Sanitário Brasileiro Pré-Constituinte, tanto pela força social que obteve (mais de cinco mil pessoas da área, incluindo representantes da sociedade civil que se reuniram em Brasília) quanto pelo consenso que criou em torno de suas conclusões, terminando por servir de base para a seção que, no capítulo da Seguridade Social, trata da Saúde.

Em atenção à relevância da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, em especial, atentando à sua legitimidade social e à profundidade com que discutira o modelo ideal de saúde para o país, o texto do anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente incorporou integralmente as idéias constantes no relatório final da conferência, prevendo, no seu art. 2º (gênese do que viria a ser o art. 198 da Constituição, em sua redação final), que:

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com os seguintes princípios:

- I – comando administrativo único em cada nível de governo;
- II – integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde;
- III – gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios;
- IV – participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.

⁷ Embora baseado na seção de mesmo título do *Manual do Curador da Saúde*, esta seção sofreu significativas alterações pelo grupo.

Adotaram-se praticamente os mesmos termos da proposta constante do Relatório Final da 8ª CNS, que estabelecia, no item 3 do Tema 2 (Reformulação do Sistema Nacional de Saúde):

O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

- a) referente à organização dos serviços:
 - descentralização na gestão dos serviços;
 - integralização das ações, superando a dicotomia preventivo–curativo;
 - unidade na condução das políticas setoriais;
 - regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
 - *participação da população, por meio de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;*
 - fortalecimento do papel do Município;
 - introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida [grifos ausentes no original].

Tais conclusões resultaram desse diagnóstico elaborado na Conferência:

8 – A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico, este quadro decorre basicamente do seguinte:

[...]

- *debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;*

[...]

– falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população [grifos ausentes no original].

Buscando apresentar soluções para esse problema foi que os conferencistas sustentaram a necessidade de “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado” (quinto tópico do item 12 do Tema 1, p. 8). Esse diagnóstico deve sempre ser considerado na interpretação do inciso III do art. 198, na medida em que representa seu substrato finalístico, vale dizer, constitui sua razão de ser.

A partir desses parâmetros foi que o legislador ordinário, na Lei n. 8.142/1990, disciplinou a participação da comunidade como diretriz do SUS, instituindo as *conferências de saúde*, realizadas pelo menos de quatro em quatro anos, em todos os níveis de governo, com ampla participação de integrantes de vários segmentos da sociedade civil “para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formação da política de saúde nos níveis correspondentes” (art. 1º, § 1º), e os *conselhos de saúde* como órgãos colegiados deliberativos que atuam na formulação de estratégias (participação popular no exercício do poder) e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (controle social) (art. 1º, § 2º).

Art. 1º O Sistema Único de Saúde – SUS, de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de dezembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestado-

res de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo Chefe do Poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cumpra destacar que o poder de fiscalização dos conselhos de saúde ganhou *status* constitucional com a edição da Emenda n. 29, de 14 de setembro de 2000, que acrescentou ao Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal o art. 77, § 3º, onde se lê que

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

Como já visto, com base na análise sucinta da origem do dispositivo, a participação da comunidade como diretriz do SUS teve como principal razão garantir a adequada aplicação dos recursos, assim entendida aquela em que os desvios são reduzidos ao mínimo possível – daí a importância da transparência e do controle social – e que atende às reais necessidades da população envolvida – daí a importância da participação popular na elaboração das políticas públicas e no planejamento estratégico, para posterior execução pelo gestor (secretários municipais e estaduais de saúde). São as duas vertentes-chave da democracia participativa da qual os conselhos são exemplo notável em nossa sociedade.

Melhor atuará em defesa da saúde o membro do Ministério Público Federal que souber colher dessas esferas de participação popular importantes subsídios para identificar as principais falhas e necessidades do sistema de saúde em que atua⁸.

⁸ Foi a partir de atuação independente e investigativa de conselheiro estadual de saúde que chegaram ao conhecimento do Ministério Público Federal os resultados nefastos que lei estadual do Mato Grosso do Sul (a “Lei do Rateio” – Lei n. 2.261/2001) provocava no financiamento da saúde, ensejando representação pela inconstitucionalidade dessa que culminou na ADIn n. 3.320-4, relator o ministro Celso de Mello, ainda pendente de julgamento.

Voltando aos conselhos, impende registrar que a composição deverá ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários e metade representando o conjunto composto por governo, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados (arts. 1º e 4º). A participação do Conselho de Saúde no processo de planejamento e orçamento do SUS encontra-se definida no art. 36 da Lei n. 8.080/1990 e é obrigatória.

Incluem-se na categoria dos *usuários* os sindicatos (suas federações e confederações), as organizações comunitárias, religiosas e não-religiosas, os movimentos e entidades das minorias, as entidades de portadores de doenças diversas e de necessidades especiais, os movimentos populares de saúde, os movimentos e entidades de defesa dos consumidores, enfim, toda a sociedade organizada.

O *governo* é representado pelo gestor municipal de saúde, pelo diretor da Diretoria Regional de Saúde (DRS) e pelos membros dos demais órgãos das administrações públicas municipal, estadual e federal, direta e indireta.

Os *trabalhadores de saúde* integram as redes pública e privada complementar conveniada, como enfermeiros, auxiliares de saúde, médicos, não-médicos, paramédicos etc.

Os *prestadores de serviços* podem ser privados – contratados e conveniados pelos governos municipal, estadual e federal – e podem ser públicos, como hospitais universitários e de ensino público, autarquias, fundações e empresas hospitalares públicas e outras, que são conveniadas pelos governos.

Não obstante toda essa conformação constitucional, lamentavelmente ainda é a regra que o ministro ou secretário de saúde seja, por disposição normativa, o presidente nato do conselho. Ou seja, preside o conselho que o fiscaliza e que tem por fundamento a participação popular, que fica, dessarte, submetida a uma “tutela” estatal. Pode o Ministério Público Federal contribuir para reverter tal tendência por meio de representações de inconstitucionalidade dirigidas ao Procurador-Geral da República contra leis estaduais que assim disponham, visto que é inequívoca a afronta aos princípios da participação da comunidade como diretriz do SUS, da isonomia (entre os conselheiros), da razoabilidade (o único *discrimen* que

justificaria a discriminação em favor do gestor de saúde, sua experiência e proximidade com o tema, deve-se justamente à condição de fiscalizado pelo Conselho) e da moralidade administrativa⁹.

1.2 Normas Operacionais de Assistência à Saúde¹⁰

Importa fazer aqui breve incursão sobre as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), lançadas em 26 de janeiro de 2001 (Portaria GM/MS n. 95) e em 28 de fevereiro de 2002 (Portaria n. 373/2002), conhecidas como NOAS/SUS 2001/2002, que deram seqüência ao processo de descentralização iniciado pelas Normas Operacionais Básicas – NOB 01/1993 e 01/1996, com uma crescente importância dos municípios. Essas normas disciplinaram o sistema até bem recentemente e suas disposições ainda se refletem na disciplina atual.

1.2.1 Breve histórico

Em abril de 2000, por intermédio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi dado início a um intenso debate, com participação de outras instâncias da Saúde, tais como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo como grande questão a *regionalização* em saúde em todos os seus níveis, com equidade no acesso e integralidade de atenção, numa comunhão dos princípios norteadores da saúde pública no país.

1.2.2 A regionalização como diretriz central da NOAS 2001/2002

Tais normas centravam-se na macroestratégia de regionalização da saúde em todos os seus níveis, com ampliação da assistên-

⁹ Cf. artigo sobre o assunto, disponibilizado no sítio da PFDC e publicado na *Revista de Direito Sanitário*, v. 4, n. 2, p. 82-106, bem como modelo de representação de inconstitucionalidade de norma que preveja tal presidência nata.

¹⁰ Tópico parcialmente copiado do *Manual do Curador de Saúde* do MP/MG.

cia. Consideraram, para o fim de ampliação da saúde fundamental, a grande diversidade das regiões brasileiras, possibilitando que os gestores estaduais e municipais fizessem adaptações necessárias e avançassem além das diretrizes traçadas, desde que em consonância com os princípios estabelecidos para o SUS. O conceito de região destinava-se a respeitar as características do estado (demográficas, epidemiológicas etc.), as prioridades de atenção identificadas e o modelo de regionalização adequado.

1.2.3 A Atenção Básica Ampliada

Esse conceito, adotado nas normas sob comento, relaciona-se ao conjunto de ações do nível primário de assistência à saúde que deve estar disponível em todos os municípios brasileiros, em seu próprio território, com qualidade e suficiência para a sua população. Esse conjunto foi determinado pela NOAS 2001/2002 como responsabilidade e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes melito, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e de saúde da mulher, com a fixação das responsabilidades de cada um desses programas e as atividades próprias a atingir o fim colimado, qual seja, controle e eliminação dos citados agravos à saúde e melhora dos indicadores de saúde.

Nesse contexto, é interessante frisar que o Programa Saúde da Família (PSF) é estratégia para a realização dos programas.

O Anexo 2 da NOAS 2001/2002 descreve os procedimentos próprios desse nível de atenção à saúde.

1.2.4 A implantação da nova ordem

Para consolidar a regionalização da saúde, a NOAS determina a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que consiste em um processo coordenado pela Secretaria de Saúde, envolvendo o conjunto de municípios de delimitação de regiões de saúde que cubram todo o estado, de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial-populacional, não necessariamente restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites e a

autoridade do gestor municipal, de modo que sejam garantidos níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população.

Isso, segundo exposto pelo Ministério da Saúde, quer dizer que as Secretarias Estaduais de Saúde coordenam o processo de planejamento integrado entre as diversas Secretarias Municipais de Saúde (ou Departamentos, Setores) de um território, formando o PDR, que serve como instrumento de regionalização, demonstrando as metas de intervenção para atender às necessidades de saúde da população e para garantir o acesso a todos os níveis de atenção.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) será realizada, portanto, com adequação ao PDR, tudo de modo que possa garantir o acesso da população aos serviços não disponíveis no município de residência. Estando localizados em municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), esses devem comprometer-se com o atendimento da população referenciada, subscrevendo com o estado o Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, que consolide os pactos entre gestores municipais no âmbito da PPI, tudo com aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

1.2.5 Média e alta complexidade no contexto das NOAS

De modo sucinto, os serviços de média complexidade são os de radiodiagnóstico (RX simples), ultra-sonografia obstétrica, patologia clínica (laboratório), odontologia especializada, traumatologia ortopedia, endoscopia, fisioterapia, cirurgias ambulatoriais, consultas especializadas (que são as que não estão na clínica básica: clínica médica, pediatria e obstetrícia).

O Anexo 3 da NOAS 2001/2002 cuida de elencar esses procedimentos. Eles são ofertados, com o advento das NOAS, pelos municípios-sede de módulos assistenciais. Esses devem, ainda, dispor de leitos hospitalares, no mínimo, para o atendimento básico em clínicas médica, pediátrica e obstétrica (parto normal).

Outros procedimentos considerados de média complexidade são prestados por microrregiões de saúde.

Os de alta complexidade são os procedimentos assistenciais de hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, busca de órgãos para transplantes, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, medicamentos afins e genética. Tais serviços são prestados por regiões de saúde (que são conjuntos de microrregiões) e também por macrorregiões.

Quanto a essas últimas, é importante salientar que, em razão da grande diversidade das regiões brasileiras, como já mencionado neste trabalho, não estão previstas para todos os estados da Federação no momento atual.

1.2.6 A habilitação dos municípios

A edição da NOB 01/1996 gerou para os municípios, em sua quase-totalidade, dois tipos de gestão do Sistema, como já visto anteriormente: Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). Com as NOB habilitavam-se, pois, os municípios. A partir das NOAS, qualificam-se as regiões, microrregiões e, às vezes, as macrorregiões, proporcionando uma organização regionalizada e hierarquizada das redes assistenciais, cujo principal objetivo é a garantia de acesso.

As NOAS instituíram maior responsabilidade entre os gestores nos contornos da gestão já assumida ou ainda a ser assumida, promovendo a integração dos sistemas municipais e resguardando a participação dos gestores estaduais, aos quais compete coordenar essa integração, nos termos da Portaria GM/MS n. 483, de 6 de abril de 2001, que salienta o papel mediador e coordenador do gestor estadual.

Algumas determinações decorrentes da NOB 01/1996 e da Instrução Normativa 01/1998 permanecem inalteradas. Outras, entretanto, foram modificadas e serão paulatinamente implantadas com o escopo de que sejam cumpridos os ditames da regionalização e de que haja maior responsabilização dos gestores.

A habilitação em GPSM passou a ser cumulativa, e não substitutiva, à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A).

O processo de habilitação passou a considerar a nova sistemática de elaboração e acompanhamento dos Planos de Saúde e dos Relatórios de Gestão, buscando maior efetividade desses instrumentos para a definição de prioridades – de maneira articulada entre os três níveis de governo – e para a prestação anual de contas dos gestores. Nesse sentido, são introduzidos dois novos instrumentos, quais sejam, a Agenda de Compromisso e o Quadro de Metas, além da exigência de alimentação regular do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e de adequação de aplicação financeira da receita própria, de acordo com o definido pela Emenda Constitucional n. 29/2000.

Em decorrência dessa reorganização da rede assistencial, as NOAS trouxeram os seguintes conceitos:

- Município: base territorial de planejamento que executa a Atenção Básica Ampliada.
- Módulo Assistencial: base territorial de planejamento composta por um ou mais municípios, a qual realiza os procedimentos definidos na média complexidade, chamada de M1 (Anexo 3 da NOAS 01/2002).
- Microrregião: base territorial de planejamento, composta por um ou mais módulos assistenciais que vão também atender na média complexidade, chamada de M2 (procedimentos que exigem mais especialização que os da M1).
- Região: conjunto de microrregiões. Executa procedimentos de alta complexidade.
- Macrorregião: será própria apenas de alguns estados, pois, para a sua constituição, há que ser observada a oferta de serviços em um determinado território.

Há, no mesmo contexto acima, duas outras nomenclaturas:

- Município-Pólo: é aquele que polariza, é sempre sede de alguma divisão e tem que estar habilitado em GPSM.
- Município-Satélite: é o que encaminha referência (população a ser atendida pelo Município-Pólo).

1.3 O Pacto de Gestão

Em reunião da Comissão Tripartite – composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) – realizada no mês de janeiro de 2006, os gestores do SUS firmaram o “Pacto pela Saúde 2006”, cujos resultados foram consubstanciados na Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro do mesmo ano, aprovando diretrizes operacionais do Sistema¹¹ divididas em três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto de Gestão, mais diretamente relacionado à operacionalização do SUS, investe na descentralização e reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita, ademais, as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

Talvez sua modificação mais relevante, contudo, seja a radicalização que empreende no processo de descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios, partindo do pressuposto de que o Brasil é um país de dimensões continentais e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Nesse desiderato, *procura estabelecer as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê*, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

O processo de articulação entre os gestores continua realizando-se, preferencialmente, nos dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores

¹¹ Também são relevantes para a atual configuração do SUS as Portarias GM/MS n. 358, 598 e 699, todas de 2006.

Bipartite (CIB) (paritária entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho Estadual de Secretários Municipais), que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde. Busca-se, com isso, a integração das ações de promoção à atenção primária, assistência média e de alta complexidade, bem como da vigilância sanitária.

Permanecem como principais instrumentos de planejamento da regionalização o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).

Essa pactuação da gestão deve-se consubstanciar em um *Termo de Compromisso de Gestão do Pacto*, disciplinado pela Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, que fixou prazo até janeiro de 2007 (art. 13, III) para que estados e municípios assinassem o referido termo. Apenas os entes federados que assinarem o referido Termo de Compromisso de Gestão com a União (Ministério da Saúde) fazem jus às prerrogativas financeiras do pacto, incluindo recursos para a gestão e regulação, e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas (art. 13, IV), que permanecem com seu fluxo normal.

O pacto de gestão altera, pois, significativamente, em vários pontos, o modelo do sistema estabelecido pelas NOAS, sem que se lhe permita, contudo, afastar-se do marco legal estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990).

Considerando que o dever do Estado brasileiro para com a efetividade do direito à saúde (CF, art. 196) é competência material comum (CF, art. 23, II), mas se estrutura em um sistema único (art. 198) que tem como diretriz a descentralização (art. 198, I), pelo que todos os entes federados devem atuar integrados e sob uma mesma coordenação nacional única, torna-se evidente a importância do esclarecimento a que se propõe o pacto de gestão quanto à repartição de atribuições. Especialmente para o Ministério Público Federal, que tem sua atribuição ligada aos interesses da União¹².

¹² Para aprofundar o tema da inserção do SUS na federação cooperativa brasileira e a atribuição do Ministério Público Federal para atuar nas respectivas questões, cf., do colega Procurador Regional da República Marlon Alberto Weichert, *Saúde e Federação na Constituição Brasileira* (Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004), em especial as p. 207-220.

Conceitos básicos para entender o Sistema e a repartição de competências¹³

2

Há três níveis de atenção à saúde: a atenção básica (dividida em Atenção Básica, regulada pela Portaria GM n. 882/1997, e Atenção Básica Ampliada, regulada pela Portaria GM n. 384/2003), o de média complexidade e o de alta complexidade. O último é o único nível cujo credenciamento de unidades públicas ou privadas depende exclusivamente do Ministério da Saúde. Os demais são de responsabilidade, em princípio, de estados e municípios.

2.1 Atenção básica à saúde

Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com

¹³ Os conceitos aqui apresentados e vários outros de interesse e importância no SUS podem ser encontrados na publicação do Ministério da Saúde intitulada “O SUS de A a Z”, disponível no sítio da PFDC do grupo de saúde.

o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e de alta complexidade. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica, é a estratégia Saúde da Família, que estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adscrita. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo. O componente federal do financiamento dá-se por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa e outra variável. O PAB Fixo descreve um valor *per capita* anual mínimo de treze reais (R\$ 13,00). O PAB Variável é descrito por um rol de incentivos financeiros que foram criados com o intuito de estimular os municípios a avançarem nas políticas municipais de saúde. Almeja-se que esses municípios adotem, assim, determinados modelos organizativos estratégicos na oferta das ações de saúde à população. Ele é composto por incentivos específicos para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estratégia Saúde da Família, Programa de Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Farmácia Básica e combate às carências nutricionais. O PAB constitui um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente para Ações Básicas de Saúde, independentemente de suas naturezas (sejam de promoção, prevenção ou recuperação), que podem ser utilizados tanto para custeio de despesas correntes como para aquisição de materiais permanentes ou realização de obras de construção ou reformas de unidades de saúde, sendo transferido, mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais.

2.2 Média complexidade

É um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se de ações e serviços que visam atender aos

principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto n. 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no art. 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e de nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando: a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sociodemográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações.

2.3 Alta complexidade¹⁴

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS e que estão organizadas em “redes” são: assistência ao paciente portador

¹⁴ Os conceitos aqui apresentados e vários outros de interesse e importância no SUS podem ser encontrados na publicação do Ministério da Saúde intitulada “O SUS de A a Z”, disponível no sítio da PFDC do grupo de saúde e nos sítios: <www.conass.com.br>, <www.saude.gov.br/bvs/fale.htm> e <www.saude.gov.br>.

de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informação Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.

Financiamento do Direito à Saúde e Emenda Constitucional n. 29/2000

3

3.1 Importância do custeio mínimo

Tratando-se a saúde como um direito social, depende de políticas públicas para ser assegurada. Essas, por sua vez, dependem de recursos orçamentários. Atento a essa peculiaridade, tratou o constituinte (tanto o originário como o derivado) de estabelecer não só os deveres do Estado para com esse fundamental direito social – uma vez que intimamente ligado à garantia da vida e da dignidade humana, sem dúvida direitos prioritários em nossa ordem constitucional –, como também as fontes de custeio. Sabiamente, e imbuído da mesma percepção de que a implementação do direito à saúde pressupõe investimentos públicos, o X Encontro Nacional dos Procuradores da Cidadania, ao colocar esse direito entre as prioridades para atuação dos PDC, destacou, para enfoque, uma temática dependente de gastos públicos (os medicamentos excepcionais), ao lado de outra relacionada ao custeio: implementação da Emenda Constitucional n. 29/2000 – que prevê a estrutura mínima de financiamento da saúde.

Entenderam os colegas no encontro, e entende o GS, que é de todo conveniente articular a atuação do Ministério Público Federal

concomitantemente na garantia de custeio e na implementação de políticas públicas necessárias à garantia do direito.

Este capítulo se propõe, então, a apresentar alguns conceitos importantes para a compreensão do financiamento do Sistema Único de Saúde, de modo que viabilize alguma atuação do Ministério Público Federal em defesa da implementação da Emenda Constitucional n. 29, de 2000, e da legislação correlata, seja quanto ao aporte de recursos, seja quanto à adequada e transparente aplicação.

Interessante observar que, em sede de tutela coletiva do direito da saúde, convém direcionar a atuação de controle e fiscalização do Ministério Público para uma otimização da prestação do serviço de saúde à população e a correção das falhas praticadas pelos administradores, nem sempre de má-fé. O objetivo maior e único de todo o controle é a conquista de um Sistema Único de Saúde de qualidade. Como refere o Professor Gilson Carvalho: “Controle por controle, controle para punir, se perdem no processo e não cumprem com sua finalidade. Em última análise deve-se controlar para conquistar a boa qualidade, a maior eficiência e eficácia. Controlar não é castigar, mas efficientizar”.

3.2 Financiamento da saúde¹⁵

Em tempos distantes, a saúde no Brasil viabilizava-se por meio da caridade (filantropia) e de alguma subvenção pública, evoluindo para um sistema relacionado à previdência social – fazia jus ao sistema de saúde quem era filiado à previdência pública –, tempos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), nas décadas de 1970 e 1980, até alcançarmos, com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde, em que tal direito era reconhecido para todos os brasileiros, independentemente de filiação previdenciária. Essa universalidade implicou um salto de 30 milhões de beneficiários-segurados para uma população de

¹⁵ Tópico baseado em artigo intitulado “O financiamento público de saúde no bloco de constitucionalidade”, do Professor Gilson Carvalho, disponível, na íntegra, no sítio do Grupo de Saúde da PFDC, com alterações e inclusões de responsabilidade do Grupo de Saúde.

150 milhões de cidadãos com esses direitos. Foi para garantir essa universalidade que os parlamentares ligados à defesa da saúde garantiram inúmeros dispositivos na Constituição e nas leis de regência, mormente a Lei n. 8.080/1990 e a Lei n. 8.142/1990 e, mais recentemente, na Emenda Constitucional n. 29, de 2000. A preocupação do Ministério Público quanto à implementação dessa emenda se dá em dois aspectos principais: (1) destinação do mínimo orçamentário constitucional; e (2) gasto do dinheiro efetivamente com “ações e serviços públicos de saúde” e não com outras finalidades.

A exemplo do que fez o Professor Gilson Carvalho, no artigo já citado, passaremos a indicar, por tópicos, os principais dispositivos relacionados ao financiamento da saúde.

3.2.1 A obrigação concorrente de União, estados e municípios para com a garantia do direito à saúde e seu financiamento

Na Constituição Federal:

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.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...]

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*Parágrafo único renumerado para § 1º pela EC n. 29, de 2000.*)

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...]

II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; [...]

Art. 30. Compete aos Municípios: [...]

VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; [...].

Na Lei n. 8.142/1990:

Art 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...]

V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

3.2.2 Os recursos mínimos a serem destinados

União: valor determinado a partir do crescimento anual do PIB;

Estados: 12% dos recursos próprios provenientes de impostos; e

Municípios: 15% dos recursos próprios provenientes de impostos.

Constituição Federal:

Art. 198. [...]

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

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º. (§ 2º e incisos I a III acrescentados pela EC n. 29, de 2000.)

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

I – os percentuais de que trata o § 2º;

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

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

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.
(§3º e incisos I a IV acrescentados pela EC n. 29/2000.)

ADCT:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

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

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB¹⁶;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.
(Art. 77, incisos I, *a e b*, II e III, acrescentados pela EC n. 29/2000.)

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

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

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo

¹⁶ Há procedimento findo, na Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, que noticia descumprimento pela União da dotação orçamentária mínima da União, conforme a Emenda Constitucional n. 29/2000, matéria de indubitável atribuição do Ministério Público Federal, que vem sendo acompanhado pelo Grupo de Saúde e aguarda ajuizamento de ação civil pública (PA n. 1.00.000.008193/2004-23).

de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo. (§§ 1º a 4º acrescentados pela EC n. 29/2000.)

3.2.3 As conseqüências do descumprimento da destinação dos recursos mínimos implementáveis pela União¹⁷

Os estados podem sofrer intervenção federal:

CF, art. 34: A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para:

[...]

VII – assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais:

[...]

e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde. (*Alínea “e” com a redação dada pela EC n. 29/2000.*)

A União pode condicionar o repasse de verbas constitucionalmente destinadas ao Estado ao cumprimento da Emenda:

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

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

[...]

¹⁷ A partir dessa atribuição da União, poder-se-ia sustentar a competência da Justiça Federal e a atribuição do Ministério Público Federal para exigir dos estados o cumprimento da EC n. 29/2000. Basicamente com esse fundamento, o colega Humberto Jacques, quando Procurador da República na PR/DF, ajuizou ação de prestação de contas contra todos os estados da Federação para que demonstrassem se estavam cumprindo a Emenda.

II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Parágrafo único e incisos com redação determinada pela EC n. 29/2000.)

3.2.4 *A obrigatoriedade de manter todo o dinheiro destinado à saúde no Fundo de Saúde (todo o dinheiro no fundo!) e a disponibilidade do fundo para fiscalização dos Conselhos de Saúde*

Entende o GS que a manutenção dos fundos de saúde, a par de ser determinação constitucional, deve merecer especial atenção do Ministério Público (Estadual ou Federal¹⁸) em atenção à facilitação que a observância dessa regra empresta à fiscalização da regularidade do cumprimento da emenda, seja no que respeita ao montante destinado, seja quanto a sua efetiva aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Também entende que o GS e os Conselhos de Saúde que receberam, constitucionalmente, a incumbência de acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos destinados a ações e serviços de saúde são importantes parceiros do Ministério Público na matéria¹⁹.

ADCT

Art. 77. [...]

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade *serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem*

¹⁸ A atribuição do Ministério Público Federal para a matéria pode-se fundamentar na destinação de vultosos recursos federais que, se não forem aplicados no e via fundo de saúde, terão facilitado todo tipo de desvio de finalidade.

¹⁹ Para ilustrar a afirmação, vale citar o ocorrido em Campo Grande-MS, no ano de 2003, durante uma audiência pública trimestral de prestação de contas do Secretário Estadual de Saúde ao Conselho Estadual de Saúde (determinação legal do art. 12 da Lei n. 8.629/1992), provocada por este membro e convocada por deputado estadual. Um dos mais ativos conselheiros estaduais de saúde questionou o secretário sobre valores da ordem de R\$ 25 milhões registrados na prestação de contas como “Lei do Rateio”. Foi então que se percebeu que tal lei ensejava grave desvio de recursos da saúde, o que foi combatido com Ação Direta de Inconstitucionalidade do Procurador-Geral da República que acolheu representação do então PRDC e representante da 1ª CCR no Mato Grosso do Sul.

prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal. (*Parágrafo acrescentado pela EC n. 29/2000.*)

Lei n. 8.142/1990

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I – Fundo de Saúde.

Decreto Federal n. 1.232/1994

Art. 2º A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada 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 Estado, do Distrito Federal ou do Município.

Como já visto, a participação da comunidade é diretriz do SUS (art. 198, III) e cabe constitucionalmente aos conselhos de saúde acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos em saúde por meio dos respectivos fundos (art. 77, § 3º, do ADCT). A Lei n. 8.080/1990 também confirma a exigência:

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

3.2.5 Do conceito de ações e serviços públicos em saúde

De pouco adiantará ao financiamento da saúde destinar recursos adequados no orçamento público para a área, mas aplicá-los em finalidade diversa, vale dizer, em atividades que não se constituem em “ações e serviços públicos de saúde”, como exige o art. 198, § 2º, da Constituição Federal, acrescentado pela Emenda Constitucional n. 29/2000. Exemplificando: se couber à União aplicar, no ano de 2005, R\$ 33 bilhões em saúde e esse dinheiro for efetivamente destinado no orçamento, mas servir para financiar projetos de natureza assistencial como, por exemplo, o Fome Zero, a garantia constitucional tende a tornar-se inócua. Por isso, assume particular relevância no estudo do financiamento da saúde identificar quais

gastos podem ou não ser enquadrados na expressão “ações e serviços públicos de saúde”²⁰.

Essa discussão ganha contornos preocupantes quando se percebe que aqueles interessados em burlar a Emenda Constitucional n. 29/2000 usam diversos estratagemas para descumpri-la sem atentarem diretamente contra o mérito do que ela dispõe. Esses estratagemas podem ser divididos em duas ordens:

1) falta auto-aplicabilidade ao art. 198, § 2º, da Constituição pela omissão na edição da lei complementar a que se refere o § 3º, inciso I, do mesmo artigo (§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: I – os percentuais de que trata o § 2º; II – os critérios de rateio da União vinculados à saúde destinados aos Estados [...]; III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal e IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União);

2) ampliação do conceito de “ações e serviços públicos de saúde” para abranger todo o tipo de política pública que, de alguma forma, se relaciona à saúde, como os programas assistenciais relacionados à alimentação, ou mesmo atividades realizadas por outras secretarias ou órgãos de governo que desenvolvem atividades que colaboram com a Secretaria de Saúde.

Ambos os argumentos, não obstante trabalhados com astúcia, são falaciosos.

²⁰ O interesse da matéria para o Ministério Público Federal apresenta-se em duas frentes, no entender do grupo: 1) observância pela União do preceito, merecendo referência a recomendação assinada pelos colegas Aldenor Moreira de Souza e Mário Lúcio Avelar, adotada e ratificada integralmente pelo então Procurador-Geral da República Claudio Fonteles e encaminhada ao Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no ano de 2003, contra proposta orçamentária da União que incluía entre as verbas para ações e serviços públicos em saúde os gastos com o Fome Zero, de natureza nitidamente assistencial. Tal recomendação (disponibilizada no sítio do Grupo de Saúde), pautada no mesmo entendimento que sustentamos neste Manual, produziu efeitos, e a proposta do Executivo foi retificada. Atualmente encontra-se na PFDC procedimento instaurado para apurar descumprimento da Emenda pela União nos anos de 2001 a 2004; 2) análise da constitucionalidade de leis estaduais que burlem a EC n. 29, como foi o caso de representação apresentada pelo PRDC no MS contra Lei Estadual que resultou na ADIn n. 3.320 (documentos disponíveis no sítio).

1) Quanto à *falta de lei complementar*:

A um, porque a Constituição não conferiu à lei complementar competência específica de definir o alcance da expressão, mas tão-só os percentuais, os critérios de rateio das verbas de saúde repassadas de um ente da federação a outro, as formas de avaliação e controle e as normas de cálculo da União.

A dois, porque o art. 77 do ADCT foi acrescido pela mesma Emenda Constitucional n. 29 justamente para garantir auto-aplicabilidade às suas disposições, ficando estabelecido nos incisos e no § 1º do dispositivo os percentuais e critérios de cálculo até o exercício de 2004 e no § 4º que “Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados e aos Municípios o disposto neste artigo”.

A três, apenas para argumentar, porque, se o problema de auto-aplicabilidade for de definição da expressão “ações e serviços públicos de saúde”, tanto se pode adotar para tal fim a Resolução n. 322 do Conselho Nacional de Saúde²¹, como a Portaria n. 2047-GM, do Ministro da Saúde, quanto a Lei n. 8.080/1990, cujos termos foram corroborados pela Portaria n. 2047-GM. Isso porque, se prevalecer a necessidade de lei complementar disciplinadora da matéria, com esse *status* deve-se entender recepcionada a Lei n. 8.080/1990 no particular até que sobrevenha a nova lei, cujo projeto em trâmite quase não destoa da LOS.

2) O argumento da *indeterminação da expressão “ações e serviços públicos de saúde”* que, como ressaltado, não foi condicionada à definição da lei complementar, também não merece prosperar, ao menos nos termos que têm sustentado grande parte dos gestores públicos interessados no descumprimento da emenda. Esses gestores, com malabarismos hermenêuticos inconsistentes, tentam qualificar como gastos em “ações e serviços públicos de saúde” inúmeros programas que não atendem os princípios constitucionais do SUS (como o da universalidade) ou o da gestão de todos os recursos

²¹ Essa resolução teve sua constitucionalidade questionada pela Governadora do Rio de Janeiro, por meio da ADIn n. 2999-1, em ação que mereceu parecer do Ministério Público Federal pelo não-conhecimento e que pende de apreciação, havendo inúmeras entidades se habilitado como *amici curiae*.

por meio do fundo de saúde (art. 77, § 3º, do ADCT) e que só em uma acepção leiga e ampliada poder-se-iam abranger pela expressão, como é o caso dos programas assistenciais²² ou de custeios de atividades do Estado não diretamente relacionadas à saúde²³.

A toda evidência, há na expressão um *limite interpretativo* que afasta inúmeras hipóteses em discussão, como se demonstra.

Em um primeiro momento, *afastam-se todas as políticas públicas relacionadas à previdência ou assistência social*, visto que a *Constituição distinguiu explicitamente os direitos à saúde, à assistência e à previdência* (art. 194), ao reservar a cada um deles uma seção própria no capítulo da Seguridade Social, conferindo-lhes diferentes regramentos. Assim, enquanto a saúde rege-se pelo princípio da universalidade (art. 196, CF), a assistência é devida não a todos, mas tão-somente a “quem dela necessitar, independente de contribuição” (art. 203) e a previdência social depende de contribuição e pressupõe a filiação no sistema (art. 201). Havendo tratamentos constitucionais diversos, não se pode considerar como gastos em saúde, por exemplo, aqueles programas de nítido caráter assistencial, como o Fome Zero que é voltado apenas aos necessitados e não em caráter universal como deve ser no SUS, nem o custeio da aposentadoria de servidores públicos, ainda que, quando em atividade, atuassem na área da saúde.

Também não se podem considerar como ações e serviços públicos de saúde os gastos públicos com os chamados fatores determinantes e condicionantes da saúde pelo art. 3º da Lei n. 8.080/1990²⁴, pois, se condicionam a saúde, com ela não se confundem. Ademais, prevalecendo o entendimento de que tais fatores se confundem com ações e serviços públicos de saúde para fins de implementação da Emenda

²² Como o Fome Zero e o Bandeirão Popular do Rio de Janeiro.

²³ O Governo do Mato Grosso do Sul chegou ao cúmulo de sustentar que os gastos da Secretaria de Planejamento e da Procuradoria-Geral do Estado poderiam ser custeados com verbas destinadas orçamentariamente a ações e serviços públicos de saúde porque ambas desenvolvem atividades no interesse da Secretaria de Saúde (planejamento e defesa em ações judiciais).

²⁴ “Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Constitucional n. 29/2000, haverá um completo esvaziamento da reserva constitucional estabelecida em favor do direito à saúde, pois entre os fatores condicionantes encontram-se praticamente todos os direitos sociais, de modo que o orçamento destinado à saúde serviria, a prevalecer tal entendimento, a todas as políticas sociais do governo. A toda evidência, política de geração de emprego e renda, política habitacional e investimentos em escolas não são *ações e serviços públicos de saúde*. Não obstante, assim como a alimentação, também o trabalho, a renda, a moradia e a educação estão elencados como *fatores condicionantes da saúde*.

Tendo por princípio os parâmetros acima traçados, em via de regra, definem ações e serviços públicos em saúde os arts. 5º e 6º da Lei n. 8.080/1990:

Art. 5º *São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:*

I – a *identificação e divulgação* dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II – a *formulação de política de saúde* destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III – a *assistência às pessoas* por intermédio de ações de *promoção, proteção e recuperação da saúde*, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I – a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; (obs.: vide abaixo o art. 32, § 3º)

III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I – assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Não obstante seja esse o firme entendimento do Grupo de Saúde – recentemente referendado no XI Encontro dos Procuradores dos Direitos do Cidadão e já sedimentado entre todos aqueles que defendem a saúde, incluindo aí o Conselho Nacional de Saúde (cf. Resolução n. 322) e a chamada Bancada (suprapartidária) da Saúde do Congresso Nacional – não se pode dizer, ainda, que tal é o posicionamento único do Ministério Público Federal. Isso porque, em aparente contradição com o posicionamento adotado na recomendação²⁵ dos colegas Aldenor Moreira de Sousa e Mário

²⁵ O segundo “considerando” da recomendação ratificada integralmente pelo Procura-

Lúcio de Avelar, encaminhada ao Presidente da República contra a inclusão dos recursos destinados ao Fome Zero (Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza) como ações e serviços públicos de saúde (Ofício PGR/GAB n. 1886, de 22 de outubro de 2003), há parecer do então Procurador-Geral da República Claudio Fonteles, na ADIn n. 3087-6/RJ, entendendo que não há inconstitucionalidade na lei estadual do Rio de Janeiro que considera gastos de programa assistencial daquele Estado em prol da alimentação como gastos em saúde.

Com o objetivo de legitimar o posicionamento do Grupo e buscar um *entendimento uniforme do Ministério Público Federal diante de questão tão importante e estratégica*, encaminhamos o ofício GT Saúde/PFDC n. 002/2005 ao Excelentíssimo Procurador-Geral da República atual, Antonio Fernando Barros e Silva de Souza, *solicitando a revisão do parecer lançado na ADIn n. 3087-6/RJ*, cuja decisão, segundo entendimento dos movimentos organizados em prol do direito à saúde, terá importante reflexo futuro. Em reunião com o grupo, realizada em 31 de agosto de 2005, demonstrou o Procurador-Geral sensibilidade com a questão, dispondo-se a examinar detidamente a matéria. Tão logo haja novo posicionamento do Procurador-Geral, será ele referido nesse Manual e disponibilizado no sítio do Grupo de Saúde da PFDC.

3.2.6 Da obrigatoriedade de a administração do Fundo de Saúde ficar sob a responsabilidade do respectivo gestor

Uma das formas que mais se tem verificado, especialmente nos estados, de burlar a aplicação dos recursos devidos especificamente em ações e serviços públicos de saúde é a transferência da gestão desses recursos do Secretário de Saúde para o Secretário de Fazenda. Ainda que o GS não tenha identificado fundamentos sólidos a justificar atribuição do Ministério Público Federal para a matéria, transcrevem-se os dispositivos pertinentes:

dor-Geral ressalta, em negrito, que alimentação e outros fatores determinantes e condicionantes da saúde, justamente por essa razão, não podem ser considerados como ações e serviços públicos típicos da área de saúde para fins de dotação orçamentária.

Constituição Federal:

Art. 195. [...]

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, *assegurada a cada área a gestão de seus recursos.*

Lei n. 8.080/1990:

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

3.2.7 Dos dispositivos legais que impõem a transparência na gestão dos recursos públicos, em especial os aplicados em ações e serviços de saúde

Embora seja desnecessário falar da importância de se garantir transparência na aplicação de recursos públicos, infelizmente os dispositivos a seguir mencionados pouco são cumpridos, interessando ao Ministério Público Federal reverter essa situação.

Lei n. 8.689/1993 – Dispõe sobre a Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e dá outras providências:

[...]

Art. 4º Os recursos de custeio dos serviços transferidos ao município, estado ou Distrito Federal integrarão o montante dos recursos que o Fundo Nacional de Saúde transfere, regular e automaticamente, ao fundo estadual e municipal de saúde, de acordo com os arts. 35 e 36 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 4º da Lei n. 8.142, de 25 de dezembro de 1990.

[...]

§ 4º Será publicada trimestralmente no Diário Oficial da União a relação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde à rede assistencial do Sistema Único de Saúde, com a discriminação dos estados, Distrito Federal e municípios beneficiados.

[...]

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

Lei n. 9.452/1997 – Determina que as Câmaras Municipais sejam obrigatoriamente notificadas da liberação de recursos federais para os respectivos Municípios e dá outras providências:

Art. 1º Os órgãos e entidades da administração federal direta e as autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista federais notificarão as respectivas Câmaras Municipais da liberação de recursos financeiros que tenham efetuado, a qualquer título, para os Municípios, no prazo de dois dias úteis, contado da data da liberação.

Art. 2º A Prefeitura do Município beneficiário da liberação de recursos, de que trata o art. 1º desta Lei, notificará os partidos políticos, os sindicatos de trabalhadores e as entidades empresariais, com sede no Município, da respectiva liberação, no prazo de dois dias úteis, contado da data de recebimento dos recursos.

Art. 3º As Câmaras Municipais representarão ao Tribunal de Contas da União o descumprimento do estabelecido nesta Lei.

Lei Complementar n. 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal):

Art. 48. São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Re-

sumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.

Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos.

3.2.8 A punição dos agentes públicos que aplicam recursos previstos orçamentariamente para ações e serviços públicos em saúde em finalidade diversa

Lei n. 8.080/1990:

Art. 52. 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 Sistema Único de Saúde – SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Ultrapassada essa etapa de *verificar a conformidade dos grandes mandamentos legais do financiamento, tem-se outras a vencer*. Uma de análise global da receita e despesa e, depois, o detalhamento, principalmente das despesas. O instrumento para isso está pronto e devem ser os formulários do Siops.

Esse Siops foi introduzido em 1993 pelo Professor Elias Jorge para controlar o orçamento do MS, depois em 1995 absorvido pela Procuradoria-Geral da República como instrumento do Inquérito sobre a saúde e em 2000 assumido pelo MS com a pressão e apoio do Ministério Público Federal. Esse é um primeiro instrumento que todos deveríamos conhecer, entender e cobrar o preenchimento – já obrigatório – pelos gestores públicos municipais, estaduais e federais. Ele dá uma análise global da execução orçamentária da saúde. Essas, depois, precisam ser mais esmiuçadas. É o objeto do próximo tópico.

3.3 O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops)

“O Siops tem como principal objetivo a coleta e a sistematização de

informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo.”

“A implantação do Siops teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos n. 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS.”

“Em 1998, a Procuradoria e o Ministério da Saúde viabilizaram a formalização do Siops, que passou a coletar dados por meio de planilhas eletrônicas, dadas as dificuldades das primeiras tentativas de coleta através de ofício e de formulários contidos em disquetes, principalmente devido à falta de padronização das respostas. Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial n. 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador-Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do Siops, que passou a coletar dados por Internet por intermédio de um sistema informatizado desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus), possibilitando a transmissão dos dados pela Internet.”

“A partir do ano-base 1998, os dados transmitidos estão disponibilizados na Internet, tanto no formato das planilhas informadas, quanto na forma de indicadores, permitindo comparações e agregações de dados das mais diversas formas, por municípios, por UF, por porte populacional ou qualquer outro a ser escolhido pelo usuário, de forma a fortalecer o controle social sobre o financiamento do SUS.”

“Aos Conselhos de Saúde é facilitada a transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população, em especial àquela parcela que de alguma forma tem vínculo com o SUS, o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área.”²⁶

“O objetivo do Ministério Público Federal ao firmar, em conjunto, as Portarias Interministeriais n. 529, de 30 de abril de 1999, e n. 1.163, de 11 de outubro de 2000, que regulamentaram o Siops, era facilitar, para seus membros, a obtenção de dados que lhes permitissem acompanhar o financiamento e a execução orçamentária da saúde no Brasil, tendo em vista sua função institucional prevista no art. 5º, inciso V, alínea a, da Lei Complementar n. 75, de 20 de maio de 1993.”

²⁶ Até este ponto o texto é transcrição do que se encontra na página do Siops na rede mundial de computadores (cf. <<http://siops.datusus.gov.br>>).

“O programa de coleta permite a declaração eletrônica e o envio, via Internet, das informações contábeis dos municípios e estados sobre as receitas totais e as despesas com saúde. Os usuários obtêm o sistema por meio do portal do Ministério da Saúde, preenchem os campos a partir dos balanços e orçamentos e, dessa forma, pela Internet, alimentam uma base de dados residente no ministério. A estratégia foi inspirada na sistemática bem-sucedida de preenchimento da declaração do Imposto de Renda, utilizada pela Secretaria da Receita Federal.”

“No preenchimento da declaração, o usuário é assistido por recursos de ‘ajuda’ que apresentam esclarecimentos sobre cada campo do programa, reduzindo as dificuldades do processo.”

“Estão presentes também, no programa, vários ‘filtros de consistência’, que alertam e, conforme o caso, impedem o usuário de informar um dado impreciso, garantindo a padronização e maior qualidade das informações prestadas. Esses mecanismos compõem o programa e comparam as informações declaradas pelos municípios com as existentes em bancos de dados internos e externos ao Ministério da Saúde, conferindo e apontando discrepâncias durante o preenchimento da declaração pelo ente. O sistema efetua cálculos com o objetivo de verificar a consistência dos dados, consolidar as informações e evitar a dupla contagem de recursos. Essas verificações antecedem ao momento da transmissão dos dados para o Datasus, e, na ocorrência de alguma discrepância, o usuário deve confirmar a informação antes de prosseguir com o envio da declaração. Os filtros internos verificam a consistência das informações em relação ao conjunto dos dados declarados pelo ente, enquanto os filtros externos conferem a fidedignidade da informação em relação a outras bases de dados.”

“Entre os filtros internos, merecem destaque a verificação da duplicidade de dados entre as despesas da administração direta e indireta, o limite superior de 40% para o percentual de recursos próprios aplicados em saúde e a despesa própria *per capita* de saúde em até R\$ 600,00/ano. Caso os dados declarados pelos entes estejam corretos, é enviado um arquivo ‘inibidor de críticas’.”

“Entre os filtros externos, destacam-se as transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (Transferências Fundo a Fundo) e os recursos repassados pelo Ministério da Fazenda a estados e municípios provenientes do Fundo de Participação de Estados e Municípios (FPE, FPM), e a Lei Complementar n. 86/97 (Lei Kandir) [...]”

“Além disso, o sistema dispõe de um Manual de Orientações, contendo explicações e critérios aplicados a cada campo a ser preenchido. Considerando a possibilidade de que algumas informações solicitadas estejam localizadas em diferentes áreas do governo, o sistema possibilita a digitação dos dados em equipamentos distintos e o posterior transporte do arquivo gerado para um único equipamento. Por exemplo, os dados de receita podem estar armazenados na Secretaria de Fazenda e os dados de despesa podem estar disponíveis no Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, ou na Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde. Assim, é permitida a digitação dos dados em computadores diferentes e a posterior consolidação em um único arquivo.”

“Ao final do processamento e recebimento da declaração pelo ministério, o sistema emite ao usuário um recibo em que são apresentados alguns indicadores do município ou do Estado em questão. Os indicadores são gerados exclusivamente a partir das informações declaradas e retratam alguns aspectos das finanças do setor público e da área da saúde. O recibo deve ser assinado pelo secretário de saúde ou prefeito, pelo contador e pelo presidente do respectivo Conselho de Saúde, assegurando que a declaração está em conformidade com o Balanço Geral publicado pelo ente.”

“Além do recibo, é gerada também correspondência com alguns indicadores de gestão financeira à autoridade local e ao Conselho de Saúde. Trata-se de um breve relatório com indicadores tais como o montante da despesa própria com saúde *per capita*, o gasto com medicamentos, com pessoal e o indicador da Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000.”

“O primeiro aspecto a se destacar das informações coletadas pelo Siops é o seu caráter declaratório. Os dados referem-se a declarações efetuadas pelos estados e municípios. Em nenhuma hipótese os dados declarados são alterados pela equipe do Ministério da Saúde. Em caso de necessidade de retificação, o próprio declarante deverá enviar novamente a informação pela *internet*. Em função desse aspecto é que foram elaborados os filtros mencionados anteriormente e firmadas parcerias com Tribunais de Contas [...]”

“As informações declaradas pelos usuários têm como fonte principal os demonstrativos contábeis publicados por cada ente da federação. O sistema coleta, organiza e processa informações oriundas de demonstrativos contábeis das administrações direta e indireta nas três esferas de governo, relativas às receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde de acesso universalizado.”

“A conceituação utilizada pelo sistema para a expressão ‘ações e serviços públicos de saúde’ foi estruturada a partir dos princípios e diretrizes presentes na Constituição Federal, legislação ordinária e normas infralegais referentes ao SUS. O *software* foi desenvolvido de modo que eventuais alterações nessas definições sejam facilmente assimiladas.”

“Do ponto de vista da terminologia contábil, foi utilizada no sistema, na medida do possível, a codificação definida pela Secretaria de Orçamento Federal (SOF) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Trata-se de esforço conjugado entre Ministério da Saúde, SOF e Secretaria do Tesouro Nacional (STN) do Ministério da Fazenda para harmonizar soluções contábeis, facilitando o preenchimento do sistema ao mesmo tempo em que desagrega as informações sobre os itens da saúde.”

“Essa tarefa mostrou-se particularmente difícil, em função da multiplicidade de situações organizacionais e contábeis observadas nos municípios e estados, bem como dos fluxos financeiros entre administração direta e indireta decorrentes dessas estruturas. Foi necessário desenvolver formulários padronizados capazes de abarcar adequadamente todas as possibilidades de receitas e de despesas em saúde dos entes federados, conjugadas à identificação dos fluxos de recursos internos a cada ente, para evitar ‘dupla contagem’ de recursos.”

“Por outro lado, iniciativas no âmbito do Ministério da Saúde visam à adoção do Siops como fonte comum para fornecimento de informações contábeis a diversas áreas. Mencione-se a adoção da ‘informação Siops’ como pré-requisito para a alteração da habilitação nas novas condições de gestão previstas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), publicada no início de 2002. Com esse mesmo intuito, o relatório Siops passou a integrar o relatório de gestão que todo município habilitado, nas condições de gestão do SUS, deve encaminhar ao ministério.”

“Em função dessas iniciativas, em maio de 2002, o Siops recebeu o prêmio de ‘experiência inovadora de gestão’, concedido pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.”²⁷

²⁷ Toda a explicação de como o Siops funciona, constante dos parágrafos acima, foi extraída *ipsis litteris* de TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (2): 379-391, 2003.

O Siops conta com uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, cuja atual composição foi estabelecida pela Portaria Interministerial n. 446, de 16 de março de 2004, publicada no *Diário Oficial* n. 52, de 17 mar. 2004, Seção I, assinada pelo Ministro de Estado da Saúde, Humberto Costa, e pelo Procurador-Geral da República, Claudio Fonteles. Além de seu Coordenador, a Câmara Técnica conta com representantes de 18 (dezoito) entidades, a saber:

- I – Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS);
- II – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);
- III – Secretaria de Gestão Participativa (SGP/MS);
- IV – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);
- V – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGT/MS);
- VI – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);
- VII – Fundo Nacional de Saúde (FNS);
- VIII – Departamento de Informática do SUS (Datasus/SE/MS);
- IX – *Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), pelo Ministério Público Federal (MPF)*;
- X – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass);
- XI – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems);
- XII – Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- XIII – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- XIV – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea);
- XV – Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda;
- XVI – Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon);

XVII – Conselho Federal de Contabilidade (CFC); e

XVIII – Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres).

Incumbe à Câmara Técnica do Siops:

I – propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações;

II – sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo Siops;

III – auxiliar na ampliação do número de adesões ao Siops;

IV – propor a articulação entre o Siops e outros sistemas de informação em saúde;

V – propor a articulação entre o Siops e outros sistemas de orçamentos e gastos públicos;

VI – formular propostas de articulação entre as informações geradas pelo Siops e metodologias existentes sobre Sistemas de Contas Nacionais em Saúde;

VII – analisar as informações geradas pelo sistema, subsidiando com relatórios o planejamento e gestão do SUS, visando ao aperfeiçoamento das políticas de financiamento da saúde e a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência dos gastos públicos em saúde;

VIII – subsidiar a elaboração de Projeto de Lei Complementar de regulamentação da Emenda Constitucional que vinculou recursos à saúde e propor mecanismos para acompanhar seu cumprimento; e

IX – elaborar proposta de regimento interno para seu funcionamento.

A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão sempre se fez representar na Câmara Técnica do Siops, e lá intervém contribuindo não só para que o Siops atinja seus objetivos, como também para o melhoramento da qualidade das informações para auxiliar os membros do Ministério Público Federal a obter informações

sobre orçamentos públicos em saúde e ajudá-los a interpretar essas informações em prol de nossa missão institucional.

O objetivo do Ministério Público Federal, ao firmar em conjunto as Portarias Interministeriais n. 529, de 30 de abril de 1999, e n. 1.163, de 11 de outubro de 2000, que regulamentaram o Siops, era facilitar, para seus membros, a obtenção de dados que lhes permitissem acompanhar o financiamento e a execução orçamentária da saúde no Brasil, tendo em vista sua função institucional prevista no art. 5º, inciso V, alínea *a*, da Lei Complementar n. 75, de 20 de maio de 1993.

3.4 Da base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde

O Ministério Público Federal, por meio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, integrou grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do CNS, do Conass, do Conasems, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Atricon, resultando na elaboração do documento denominado “Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 de 2000”. Esse documento foi decisivo para que o Conselho Nacional de Saúde definisse, por meio da Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003 (homologada pelo Ministro da Saúde), a correta interpretação de como se dá a base de cálculo para o financiamento da saúde, na forma prescrita pela Emenda Constitucional n. 29, bem como para definir as ações e serviços públicos de saúde que deverão ser implementadas com esse financiamento, conforme as diretrizes abaixo:

Primeira Diretriz: A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º, da Constituição Federal e o art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I – *Para a União*, até o ano de 2004, o montante *efetivamente empe-*

nhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

II – *Para os Estados:*

• **Total das receitas de impostos de natureza estadual:**

ICMS, IPVA, ITCMD

• **(+) Receitas de transferências da União:**

Quota-Parte do FPE

Quota-Parte do IPI – Exportação

Transferências da Lei Complementar n. 87/1996 (Lei Kandir)

• **(+) Imposto de Renda Retido na Fonte IRRF**

• **(+) Outras receitas correntes:**

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

• **(-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios:**

ICMS (25%)

IPVA (50%)

IPI Exportação (25%)

(=) Base de Cálculo Estadual

III – *Para os Municípios:*

Total das receitas de impostos municipais:

ISS, IPTU, ITBI

• **(+) Receitas de transferências da União:**

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar n. 87/1996 (Lei Kandir)

• **(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF**

• **(+) Receitas de transferências do Estado:**

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI Exportação

• (+) **Outras Receitas Correntes:**

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) **Base de Cálculo Municipal**

IV – Para o Distrito Federal:

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte (servidores)	ITBI
Quota-parte FPE	ITR
Quota-parte IPI – exportação (75%)	Quota-parte FPM
Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (75%)	Quota-parte IPI – exportação (25%)
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

3.5 Dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde

Segunda Diretriz: Para a União, a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, *b*, do ADCT, deverá ser observado o seguinte:

I – a expressão “do valor apurado no ano anterior”, prevista no art. 77, II, *b*, do ADCT, é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior;

II – em cada ano, até 2004, o valor apurado deverá ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano em que se elabora a proposta orçamentária (a ser identificada no ano em que se executa o orçamento).

Terceira Diretriz: Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no art. 77 do ADCT.

§ 1º Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido não superior a 7% (sete por cento) deverão aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subseqüentes, conforme o quadro abaixo.

Percentuais Mínimos de Vinculação		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

§ 2º Os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional deverá ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 deverá ser, no mínimo, o previsto no art. 77 do ADCT.

Quarta Diretriz: O montante mínimo de recursos a serem aplicados em saúde pelo Distrito Federal deverá ser definido pelo somatório (I) do percentual de vinculação correspondente aos estados, aplicado sobre a base estadual definida na primeira diretriz, com (II) o percentual de vinculação correspondente aos municípios aplicado sobre a base municipal definida na primeira diretriz, seguindo a

regra de progressão prevista no art. 77 da ADCT, conforme abaixo demonstrado:

Ano	Montante Mínimo de Vinculação
2000	$0,07 \times \text{Base Estadual} + 0,070 \times \text{Base Municipal}$
2001	$0,08 \times \text{Base Estadual} + 0,086 \times \text{Base Municipal}$
2002	$0,09 \times \text{Base Estadual} + 0,102 \times \text{Base Municipal}$
2003	$0,10 \times \text{Base Estadual} + 0,118 \times \text{Base Municipal}$
2004	$0,12 \times \text{Base Estadual} + 0,150 \times \text{Base Municipal}$

Parágrafo único. Aplica-se ao Distrito Federal o disposto no § 2º da Terceira Diretriz.

Expediente útil para a investigação da aplicação por parte de Estados e Municípios é comparar os dados declarados no Siops com o balanço geral do ente federado (cuja obrigatoriedade decorre da Lei n. 4.320/1964) e com o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (cuja obrigatoriedade decorre da Lei de Responsabilidade Fiscal).

3.6 Das ações e serviços públicos de saúde

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional n. 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos arts. 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n. 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

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

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

I – vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II – vigilância sanitária;

III – vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV – educação para a saúde;

V – saúde do trabalhador;

VI – assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII – assistência farmacêutica;

VIII – atenção à saúde dos povos indígenas;

IX – capacitação de recursos humanos do SUS;

X – pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI – produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

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

XIII – serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;

XIV – atenção especial aos portadores de deficiência; e

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

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

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

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

I – pagamento de aposentadorias e pensões;

II – assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III – merenda escolar;

IV – saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V – limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não-governamentais;

VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII – ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na Primeira Diretriz.

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

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

No caso de Estados e Municípios, os Tribunais de Contas (estaduais ou municipais) apreciam o cumprimento ou não da EC n. 29/2000 em relação a esses entes federados e, muitas vezes, o seu conceito do que vem a ser ação ou serviço público de saúde difere daquele acima elencado. Assim é importante verificar, no exame da aplicação das verbas em ações e serviços públicos de saúde pelo ente federado, qual é o entendimento do Tribunal de Contas respectivo.

Entendemos que a interpretação correta da Lei n. 8.080/1990 é a que lhe dá a Resolução do CNS acima transcrita, forte na atribuição que lhe dá o § 2º do art. 1º da Lei n. 8.142/1990.

3.7 Dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle

Oitava Diretriz: Os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (Siops) serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. Os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, poderão, a qualquer tempo, solicitar aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema retificações nos dados registrados pelo Siops.

Nona Diretriz: O Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), criado pela Portaria Interministerial n. 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria-Ge-

ral da República, divulgará as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembléias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Décima Diretriz: Na hipótese de descumprimento da EC n. 29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC n. 29 no exercício anterior. Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.

3.8 Conceitos úteis sobre aplicação de verbas públicas e execução orçamentária

Para a observância dos comandos constitucionais da EC n. 29, especialmente quando acresceu o art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, é preciso ter conhecimentos básicos sobre o conceito de aplicação em ações e serviços públicos e alguns conceitos empregados na execução orçamentária, especialmente empenho, liquidação, pagamento e restos a pagar (processado ou não-processado).

Registre-se, por oportuno, que toda a interpretação que se deve dar a esses conceitos deve apontar somente para a garantia de que o recurso tenha efetivamente se transformado em alguma ação ou serviço público de saúde ou, no mínimo, que esteja disponível na conta corrente do Fundo de Saúde respectivo (municipal, estadual ou federal) para que essa transformação ocorra.

Isso significa que o recurso que não se realiza nessas ações não pode ser computado de forma alguma para o atendimento do comando constitucional do art. 77 do ADCT.

O empenho é o primeiro estágio da despesa pública. Despesa legalmente empenhada é aquela: a) ordenada por agente competente, investido ou delegado; b) previamente empenhada; c) anteriormente autorizada por lei orçamentária ou constante de créditos adicionais; d) advinda de processo licitatório ou dos casos de dispensa de tais formalidades. Portanto, sendo emitido o empenho, fica o Estado obrigado ao desembolso financeiro, desde que o fornecedor do material ou prestador dos serviços atenda a todos os requisitos legais de autorização ou habilitação de pagamento.

A liquidação é o segundo estágio da despesa pública e consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito, ou seja, o reconhecimento de que o serviço foi prestado ou que o bem foi adquirido e integrado ao patrimônio.

O pagamento é o terceiro estágio da despesa e resulta na extinção da obrigação. Quando o pagamento deixa de ser efetuado no próprio exercício, procede-se, então, à inscrição em restos a pagar.

A inscrição em restos a pagar decorre da observância do regime de competência para as despesas. Portanto, as despesas empenhadas, não pagas até o dia 31 de dezembro, não canceladas pelo processo de análise e depuração, e que atendam os requisitos previstos em legislação específica, devem ser inscritas em restos a pagar, pois referem-se a encargos incorridos no próprio exercício.

Os restos a pagar podem ser processados, ou seja, liquidados, mas somente aqueles cujo pagamento não se deu no mesmo exercício para o qual se deu a autorização orçamentária; ou o não-processado, ou seja, empenhado no exercício para o qual se deu a autorização orçamentária, mas sequer liquidado nesse mesmo exercício.

Não podem os entes federativos adquirir bens ou serviços sem observância do disposto na Lei n. 4.320/1964. Isso significa que essa aquisição somente se efetiva mediante emissão de empenho, dando início ao processo acima explicitado. Para o fim de verificação do cumprimento do comando constitucional de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços de saúde, impõe-se conferir, tanto para a União quanto para os Estados, Municípios e Distrito

Federal, o montante dos empenhos liquidados²⁸, pois somente nesse caso há reconhecimento de que o bem integrou o patrimônio do ente federativo ou foi o serviço efetivamente prestado. Empenhos podem ser cancelados, de forma que a sua simples soma pode não retratar o verdadeiro montante aplicado e a obediência ao comando constitucional.

O fenômeno do cancelamento pode ocorrer também em Restos a Pagar não-processados (ou seja, não-liquidados), prejudicando, da mesma forma, o atendimento da aplicação mínima exigida constitucionalmente.

Há que se observar os casos em que o empenho liquidado (ou Restos a Pagar processado) é cancelado. Nesse caso, o bem ou serviço já integrou o patrimônio do ente federativo, mas significa dívida deste para com o credor do bem ou serviço prestado. Ocorre, muitas vezes, que essa dívida é paga, indevidamente, com recursos orçamentários do exercício orçamentário subsequente àquele que autorizou a despesa, ocorrendo indevida dupla contagem da aplicação, tanto para o exercício anterior quanto para o subsequente, frustrando o atendimento ao comando constitucional de aplicação mínima em ações e serviços de saúde.

Outro fenômeno que deve ser cuidadosamente observado é o dos empréstimos efetuados com terceiros, para que o ente federativo se desincumba de sua tarefa constitucional. No caso dos Estados e Municípios, não se computa, para a verificação do cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2000, no ano em que a ação ou o serviço público de saúde foi executado (em face do empréstimo auferido), mas no ano do pagamento (observado que o pagamento deve ser feito com a receita dos impostos). No caso da União Federal, computa-se no ano em que a ação ou o serviço público de saúde foi executado.

Por fim, é preciso estar atento, em relação a Estados e Municípios, aos procedimentos de desvinculação de receita. Expedientes pelos quais se retira do montante dos impostos valores destinados

²⁸ Cabe ressaltar a conduta de se atribuir como liquidado o empenho que não tenha sido liquidado até o fim do exercício; aqui estamos a falar dos empenhos efetivamente liquidados antes do fim do exercício.

a “fundos”, e tais valores, destacados, diminuem a base de incidência do percentual previsto no art. 77 do ADCT, frustrando o seu cumprimento. No âmbito da União tal fenômeno (desvinculação de receita) não afeta a base para a incidência, pois esta é a variação do Produto Interno Bruto.

3.9 O papel do Ministério Público Federal no cumprimento da EC n. 29

O comando constitucional inserido na EC n. 29, de aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, destina-se à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal.

Em princípio, a atribuição do Ministério Público Federal restringe-se ao cumprimento da EC n. 29 pela União Federal e, assim sendo, estaria limitada aos Procuradores da República em exercício no Distrito Federal, onde a União Federal tem sede, aí se localizando todos os órgãos de execução orçamentária.

Mas não é assim, como adiante se demonstrará.

Está claro que os membros do MPF no exercício de suas atribuições no Distrito Federal podem e devem cuidar da observância do cumprimento do comando constitucional de aplicação mínima de recursos em ações e serviços de saúde desde o acompanhamento da formulação, pelo Congresso Nacional, da Lei de Diretrizes Orçamentárias, bem como da Lei Orçamentária, velando para que ali não se legisle contra o art. 77 do ADCT, de modo que, de um lado, não se desvirtue o conceito de ação e serviço público em saúde (cf. Sexta e Sétima diretrizes da Resolução n. 322 do CNS) e, de outro, não se inviabilize dotação orçamentária ao Poder Executivo. Há também que ter atenção aos decretos de contingenciamento do Poder Executivo, que, se levados a extremo, podem inviabilizar o empenho em favor de aquisição de bens e serviços públicos de saúde.

Por outro lado, a atuação do Procurador-Geral da República é de enorme importância, visto que é legitimado para a propositura de ação direta de inconstitucionalidade, perante o egrégio Supremo Tribunal Federal, e, assim, pode argüir a inconstitucionalidade de

leis estaduais que propiciem supressão de receitas, aquelas previstas no inciso II do art. 77 do ADCT, ou propiciem inclusão de despesas, aquelas não previstas na Sexta e Sétima diretrizes da Resolução n. 322 do CNS, que se reporta à Lei n. 8.080/1990. Bem assim pode atuar em favor do que dispõe o § 3º do art. 77 do ADCT, argüindo de inconstitucionais leis estaduais que não contemplem a manutenção do Fundo de Saúde e toda a movimentação de recursos da saúde em conta desse Fundo, e a inexistência de Conselho de Saúde ou a inviabilização de sua autonomia, e, ainda, representar, com fundamento no art. 34, VII, alínea *e*, da Constituição Federal, em vista de sua atribuição prevista no art. 129, IV. Finalmente, quando o foro privilegiado para determinadas autoridades é o Supremo Tribunal Federal, cabe ao Procurador-Geral da República a propositura da ação penal, quando o descumprimento do comando constitucional se revestir de conduta típica ou ímproba. Isso serve para os Subprocuradores-Gerais da República, Procuradores Regionais da República da 1ª Região e Procuradores da República no Distrito Federal em relação às autoridades que encontram foro privilegiado nos tribunais onde oficiam ou respondem perante a primeira instância.

Nos estados federados a atuação do Ministério Público Federal dá-se em razão da possibilidade de aplicação do art. 34, VII, alínea *e*, da Constituição Federal, de modo que o Procurador da República no Estado pode requerer ao Procurador-Geral da República que represente, nos termos do art. 129, IV, do Texto Constitucional, para a intervenção federal. No estado federado o membro do MPF poderá investigar para instruir seu requerimento com a prova do não cumprimento do disposto no art. 77 do ADCT.

O interesse federal, que justifica a intervenção do MPF nas diversas instâncias do SUS, foi muito bem demonstrado pelo colega José Jairo Gomes, Procurador da República em Minas Gerais, quando assim se manifestou²⁹:

A Constituição da República trata da saúde em diversos momentos, destacando-se as disposições insertas nos artigos 1º, II e III, 3º, III e

²⁹ Nos autos da ação civil pública, processo n. 2004.38.00.008973-8, que tramitou perante a 12ª Vara Federal de Minas Gerais, com sentença procedente e sua execução suspensa por determinação do TRF 1ª Região.

IV, 5º, *caput*, 6º, *caput*, 23, II, 34, VII, e, 36, III, 160, parágrafo único, II, 196 *usque* 200, além do artigo 77 do ADCT. Tais dispositivos foram, em certa medida, regulamentados pelas Leis n. 8.080/90 e 8.142/90 – além de inúmeras normas emanadas do Ministério da Saúde. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dentre outras providências. Já a segunda norma dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O art. 198 da Constituição da República assim dispõe:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e *hierarquizada* e constituem um *sistema único*, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

O Sistema Único de Saúde (SUS) é *descentralizado*, como expressamente declara o artigo transcrito. *Descentralização* não é outra coisa senão “[...] a *transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais*” (JÚNIOR, J. Cretella. *Comentários à Constituição – 1988*. v. VIII. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993. p. 4346).

Nada obstante sua descentralização, o sistema é um só – é único – funcionando sob uma lógica que integra e coordena a ação de todos os entes federados: “*O conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS*” (art. 4º, *caput*, da Lei n. 8.080/1990).

O financiamento do SUS deve ocorrer com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos

Municípios, além de outras fontes, isso atendendo ao que dispõem os artigos 195 e 198, parágrafo único, da Constituição Federal.

Além de encabeçar o SUS, a União, através do Ministério da Saúde, deve repassar recursos aos demais entes federados com o objetivo de financiar as políticas públicas de saúde realizadas em todo o país, fato que se reflete nas transferências do Fundo Nacional de Saúde – FNS para os Fundos estaduais e municipais de saúde. De fato, dispõem os arts. 2º e 3º da Lei n. 8.142/1990:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

[...]

IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 15 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A alocação de verbas federais ao SUS fundamenta o controle – e o interesse – exercido pela União, controle este previsto na Constituição. A ver:

ADCT, art. 77, § 3º: Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

Daí, o disposto no § 4º do art. 33 da Lei n. 8.080/1990:

Art. 33, § 4º: O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Complementando esse dispositivo e, por outro lado, explicitando ainda mais o controle a ser exercido pela União, está a regra posta no art. 4º, IV, da Lei n. 8.142/1990:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

[...]

IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O Decreto n. 1.232/1994, por sua vez, dispõe:

Art. 3º Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do *Tribunal de Contas da União*.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços constantes dos planos de saúde.

O exposto já demonstra à exaustão e com a clareza necessária a presença do interesse federal, e, por conseguinte, a competência federal (CF, art. 109) em causas atinentes ao Sistema Único de Saúde – SUS. Esse também o sentido da jurisprudência. A ver:

Ementa: MANDADO DE SEGURANÇA – ADEQUAÇÃO – INCISO LXIX DO ARTIGO 5º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

Uma vez assentado no acórdão proferido o concurso da primeira condição da ação mandamental – direito líquido e certo – descabe concluir pela transgressão ao inciso LXIX do artigo 5º da Constituição Federal. SAÚDE – AQUISIÇÃO E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS – DOENÇA RARA. *Incumbe ao Estado (gênero) proporcionar meios visando a alcançar a saúde, especialmente quando envolvida criança e adolescente. O Sistema Único de Saúde torna a responsabilidade linear alcançando a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios* (RE 195192, UF: RS – Rio Grande do Sul – Recurso Extraordinário – Relator: Ministro Marco Aurélio – Órgão Julgador: Segunda Turma – DJ 31/3/2000, página: 60 Ement. Vol.: 1985-02, página 266).

Ementa: CONSTITUCIONAL. MENOR PORTADOR DO VÍRUS HIV. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DEVER DA UNIÃO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM AÇÃO CONJUNTA. – *À União Federal compete zelar pela saúde de seus cidadãos, e, de modo particular, responsabilizar-se pelo repasse de verbas e pela distribuição gratuita de medicamentos, incluídos aí aqueles indispensáveis aos portadores de HIV e doentes de AIDS.* – Menor, portador de HIV, que necessita de certo tipo de medicamento para sobreviver, deve ser assistido, nesse sentido, pela União Federal, pelo Estado do Rio de Janeiro e pelo Município do Rio de Janeiro, em ação solidária, para que lhe seja fornecida a medicação prescrita, gratuitamente, bem como todo o tratamento necessário (TRF 2ª Região – Classe: Agravo Regimental no Agravo de Instrumento – 88862 – Processo: 200202010012507, UF: RJ – Órgão Julgador: Quarta Turma – Data da decisão: 28/8/2002; Fonte: DJU, data: 11/10/2002, página: 291, Relator: Juiz Fernando Marques).

Não bastasse isso, a presente demanda fulcra-se no artigo 160, II, da Constituição da República, sendo certo, pois, que a providência ora reclamada encontra-se a cargo da União, mais precisamente do Ministério da Fazenda e da Secretaria do Tesouro Nacional – STN; é esta que deverá ser condenada a *reter a entrega dos recursos atribuídos pelos artigos 157 e 158 ao Estado de Minas Gerais, a fim de que se dê cumprimento ao disposto no artigo 198, § 2º, incisos II e III, da Constituição*. Tal providência, é óbvio, somente a União pode adotar. Como já não o fez *sponte sua*, deverá ser compelida pelo Poder Judiciário a fazê-lo, por força do controle exercido pelo Poder Judiciário na Administração Pública.

Por fim, decidiu o Superior Tribunal de Justiça:

Ementa: PROCESSUAL – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – COMPETÊNCIA – JUSTIÇA FEDERAL.

Se o Ministério Público Federal é parte, a Justiça Federal é competente para conhecer o processo (STJ, CC n. 4927 – 0 – DF n. 93/0013202, 1ª Seção do STJ, julgado em 14-9-1993, rel. Min. Humberto de Barros).

Tendo, no particular, sido seguido pelos Tribunais Regionais Federais:

Ementa: AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO CIVIL PÚBLICA PROMOVIDA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL OBJETIVANDO INVALIDAR CONTRA-

TO FIRMADO ENTRE PARTICULAR E ESTADO-MEMBRO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COM VERBA DO SUS – LEGITIMIDADE – COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. 1. O Ministério Público Federal é parte legítima para demandar a anulação de contrato firmado entre particular e Estado-Membro para prestação de serviço pago com verba do SUS e que cause lesão ao patrimônio público. Precedentes desta Corte. 2. *A legitimação do ‘Parquet’ já é suficiente para atrair a competência da Justiça Federal. Por isso, desnecessária a apreciação do pedido de exclusão da União como eventual causa de declínio da competência para o Juízo estadual.* 3. Agravo desprovido. Data Publicação 15/4/2002 (TRF – 1ª Região – Agravo de Instrumento n. 01000514145 – Processo n. 199701000514145 – UF: MA – Órgão Julgador: Terceira Turma Suplementar – Data da decisão: 26/9/2001, DJ: 15/4/2002, p. 131, relator: Juiz Evandro Reimão dos Reis).

O cumprimento do disposto na EC n. 29/2000, por estados e municípios, não é interesse apenas do Ministério Público Federal, mas também, *a fortiori*, dos Ministérios Públicos Estaduais, cujas atribuições, em matéria desse serviço de relevância pública e do direito público subjetivo à saúde, são, inclusive, instrumentalmente mais ampliadas, visto que o ramo estadual do Ministério Público é quem tem atribuição para o ajuizamento de ações contra as autoridades estaduais e municipais recalcitrantes. Portanto, é importante estabelecer parcerias com os Ministérios Públicos Estaduais e do Distrito Federal, para que os membros do MPF que atuam nos estados e municípios possam encetar ações conjuntas, de forma que se possa produzir, com a soma das respectivas atribuições, um resultado mais efetivo em defesa do financiamento da saúde.

3.10 Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29

Em 31 de outubro de 2007, foi aprovado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003, de autoria do ex-deputado Roberto Gouveia (PT/SP), que dispõe sobre a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29. O texto aprovado, além de estabelecer o que é gasto em saúde, em consonância com as diretrizes definidas pela Resolução CNS n. 322/2003, lista onze despesas que devem ser consideradas como ações e serviços

públicos de saúde, e outras dez que não podem ser custeadas com os recursos vinculados pela Emenda n. 29. Destina R\$ 24 bilhões a mais para a Saúde, a serem liberados por escalonamento, até 2011. Por outro lado, a versão aprovada não vincula a despesa federal a 10% da Receita Corrente Bruta, como constava do projeto original. Permanece a vinculação à variação nominal do PIB, da mesma forma que já ocorre desde a aprovação da Emenda n. 29. A Frente Parlamentar de Saúde e a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 14 a 18 de novembro de 2007, expressaram suas insatisfações com a regulamentação aprovada pela Câmara. O referido projeto foi para o Senado Federal, onde tramita com o número 89/2007 e aguarda remessa às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania, de Assuntos Econômicos e de Assuntos Sociais. Restam as duas etapas, em que poderão ocorrer alterações, até a lei ser promulgada: aprovação pelo Senado Federal e sanção presidencial.

Tramita no Senado o Projeto de Lei do Senado n. 121, de 2007, visando, também, a regulamentação da EC n. 29, de autoria do senador Tião Viana (PT/AC) – já aprovado pelas Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania, de Assuntos Econômicos e de Assuntos Sociais, e aguarda inclusão na Ordem do Dia, quando será apreciado pelo Plenário.

Referências

DIAS, Hélio Pereira. *Direitos e obrigações em saúde*. Brasília: Anvisa, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília: Síntese, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional*. Disponível em: <www.conass.com.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (Medicamentos Excepcionais)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional. Promotoria de Justiça da Defesa da Saúde. *Manual do curador da saúde*. Belo Horizonte, 2002.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. *Financiamento federal para a saúde: 1988-2001*. Tese (doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990)*. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. *A participação da comunidade como diretriz do SUS: democracia participativa e controle social*. Disponível em: <http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/pfdc/grupos_atividades/saude/monografia_gavronski.PDF>.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. Conselhos de saúde: efetivação da participação da comunidade como diretriz do SUS – a inconstitucionalidade das normas que estabelecem a presidência nata dos gestores. *Revista de Direito Sanitário*, n. 4, jul. 2003.

SANTOS, Lenir. *Coletânea leis e julgados da saúde*. 2. ed. atual. Campinas: IDISA, 2003.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Núcleo de Pesquisas de Direito Sanitário da USP. *Revista de Direito Sanitário*.

WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e Federação na Constituição brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. 260 p.

Sítios Interessantes

Biblioteca Virtual em Saúde

<<http://saudepublica.bvs.br>>

Endereço da Biblioteca Virtual em Saúde, uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) em conjunto com diversos outros órgãos e organizações. Presta serviços de coleta, pesquisa e informação na área de Saúde Pública, ciências médicas e áreas afins, estabelecendo intercâmbio com redes de informação nacionais e internacionais. Seu acervo conta com publicações e periódicos na área de Saúde Pública, com ênfase em medicina preventiva, saúde materno-infantil, doenças transmissíveis, saúde ocupacional, doenças crônico-degenerativas, enfermagem, entre outras áreas. Está disponível por meio de solicitações e para pesquisa on-line.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

<www.conass.com.br>

A Gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional.

Ministério da Saúde

<www.saude.gov.br>

Portal do Ministério da Saúde, com compêndio de legislação específica, banco de preços em legislação (para verificar eventual superfaturamento), transferências de recursos federais para estados e municípios (Gestão da Saúde Pública/transferências), sistema integrado de orçamentos públicos em saúde – Siops (serviços/orçamentos públicos em saúde) etc.

