

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos

# A OPERACIONALIZAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Relatório do Seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional Nº 29

Série D. Reuniões e Conferências; n. 17

Brasília - DF  
2002

© 2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série D. Reuniões e Conferências; n. 17

Tiragem: 1.500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Esplanada dos Ministérios, bloco G, anexo A, 3.º andar, sala 356

70058-900, Brasília-DF

Tel.: (61) 315.2220 / 315.3093; fax: (61) 315.2518

E-mail: [seminarioec29@saude.gov.br](mailto:seminarioec29@saude.gov.br)

*Organização:*

Equipe Técnico-Administrativa da Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Márcia Helena Nerva Blumm

Assessora da Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Paulo Antônio da Silva Ribeiro

Coordenador-Geral de Modernização e Desenvolvimento Institucional

*Coordenação-Geral do Evento:*

Ailton de Lima Ribeiro

Subsecretário de Assuntos Administrativos

Manoelito Pereira Magalhães Júnior

Assessor Especial do Ministro e Assessor Parlamentar do Ministério da Saúde

*Relatoria Geral:*

Áquilas Mendes

Rosa Maria Marques

*Editoração:*

Ermenegildo Munhoz Jr./EDITORA MS

*Projeto gráfico:*

Fabiano Bastos/EDITORA MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

*Catálogo na fonte:*

EDITORA MS

---

## Ficha Catalográfica

---

A Operacionalização da Emenda Constitucional n.º 29 (2001: Brasília).

Relatório do Seminário sobre a Operacionalização da Emenda Constitucional n.º 29, Brasília 19, 20 e 21 de setembro de 2001: relatório do seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional n.º 29 / Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

84 p. – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 17)

ISBN 85-334-0442-5

1. SUS (BR). 2. Emenda Constitucional n.º 29. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. III. Título. IV. Série.

NLM WA 540 DB8

---

2002

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

71200-040, Brasília - DF

Fones: (61) 233.1774/2020 Fax: (61) 233.9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	5
1. ASPECTOS CONCEITUAIS DE “AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE” .....	7
1.1. O conceito na Constituição Federal e na Legislação da Saúde .....	7
1.2. O Conceito e a EC 29 .....	8
1.3. Critérios básicos para conceituação de Ações e Serviços Públicos de Saúde .....	9
1.4. Despesas que integram as Ações e Serviços Públicos de Saúde .....	9
1.5. Despesas que não integram as Ações e Serviços Públicos de Saúde .....	10
1.6. A contribuição do Grupo 1 para a definição de Ações e Serviços Públicos de Saúde .....	11
1.7. O debate na plenária .....	12
2. BASE VINCULÁVEL E CÁLCULO DO MONTANTE A SER APLICADO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE .....	16
2.1. A contribuição do Grupo 2 para a base de cálculo do montante a ser aplicado pelos municípios e estados .....	16
2.2. A discussão da participação da UNIÃO no financiamento .....	19
2.3. Questões gerais .....	20
2.4. O debate na plenária .....	20
3. FORMAS DE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DO CUMPRIMENTO DAS DISPOSIÇÕES DA EC 29 .....	22
3.1. O Fundo de Saúde .....	22
3.2. O ordenador do Fundo .....	23
3.3. Administração orçamentária, financeira e contábil do Fundo .....	24
3.4. Instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle dos recursos aplicados .....	25
3.5. Prestação de contas .....	26

3.6.	Papel do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) .....	29
3.7.	Conselho de Saúde: instrumento para o acompanhamento e fiscalização dos recursos do Fundo .....	29
3.8.	A contribuição do Grupo 3 para a operacionalização do Fundo de Saúde .....	30
3.9.	O debate na plenária .....	31
4.	A RELAÇÃO ENTRE A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL, A EC 29 E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE .....	39
4.1	Limites para a despesa de pessoal do PACS e do PSF .....	39
4.2.	A discussão do Grupo 4 .....	40
4.3.	Condições para a despesa obrigatória de caráter continuado .....	43
4.4.	As possibilidades de limitação dos empenhos .....	43
4.5.	Vinculação da execução dos recursos de saúde .....	43
4.6.	Restos a Pagar das despesas relativas à Saúde .....	43
4.7.	Transferências voluntárias .....	44
4.8.	Custeio das despesas de saúde de competência de outros entes da Federação .....	46
4.9.	Controle e fiscalização dos recursos .....	46
4.10.	O debate na plenária .....	46

## ANEXOS

### I. PROGRAMA DO SEMINÁRIO

### II. RELAÇÃO DE PARTICIPANTES

### III. PRONUNCIAMENTOS:

Sr. Barjas Negri

Sr. José Roberto Afonso

## APRESENTAÇÃO

Uma das metas prioritárias do Ministério da Saúde é estimular a efetiva implementação da Emenda Constitucional n.º 29. Essa visa garantir financiamento suficiente e estável para o setor Saúde, uma vez que define o quanto das receitas da União, estados, Distrito Federal e municípios deve ser destinado às ações e serviços públicos de saúde. Para sua implementação, faz-se necessário um esforço no sentido de melhor informar e esclarecer sua aplicabilidade, a fim de que os governantes sintam-se seguros com relação a essa nova medida constitucional e avancem na implementação da Saúde como direito de todos e dever do Estado, viabilizando seu acesso universal.

O Ministério da Saúde, preocupado com a implementação da EC 29, promoveu a realização do Seminário *A Operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29*, nos dias 19, 20 e 21 de setembro de 2001, em Brasília. Dele participaram 120 técnicos, provenientes dos Tribunais de Contas dos estados, dos municípios e da União, bem como agentes públicos e especialistas da temática do financiamento da Saúde.

O Seminário foi estruturado em três partes. A primeira contou com as exposições do Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, Sr. Bargas Negri, e do Chefe da Secretaria para Assuntos Fiscais do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social (BNDES), Sr. José Roberto Afonso, que trataram dos principais aspectos da EC 29 e de sua relação com a Lei de Responsabilidade Fiscal. A segunda parte, objeto principal do Seminário, constituiu-se da discussão em quatro grupos temáticos, com base no texto referência “Notas técnicas para a operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29”, elaborado para o Seminário; e no documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional N.º 29”, elaborado pelo Grupo de Trabalho (GT) formado por representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissões de Seguridade Social da Câmara e Assuntos Sociais do Senado e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas. Finalmente, a terceira parte do Seminário compreendeu a apresentação dos relatórios de cada grupo e a discussão em plenária de todos os participantes.

Este Relatório objetiva apresentar os resultados dos debates dos grupos temáticos, bem como sua discussão no âmbito da plenária final, e sua estrutura

segue os temas abordados nos grupos. A primeira parte trata dos aspectos conceituais de “ações e serviços públicos de saúde”; a segunda, da composição da base vinculável e do montante a ser aplicado; a terceira, das formas de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento das disposições da EC 29; e, finalmente, a quarta parte deste documento discute a relação entre a Lei de Responsabilidade Fiscal, a EC 29 e o financiamento da Saúde.

Em cada um dos temas, foi resgatado o conteúdo do texto que serviu de referência ao Seminário *Notas técnicas para a operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29*, e do documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional N.º 29”; apresentado o relatório da discussão realizada nos Grupos, com destaque para os itens não abordados em nenhum dos documentos de referência e para os pontos que não mereceram consenso; e finalmente, relatada a discussão ocorrida na plenária. Para facilitar a sua leitura, as diferentes intervenções foram organizadas por tema e, na medida do possível, todas foram consideradas, com exceção de algumas poucas que apenas retomavam o já relatado pelos grupos e que haviam sido objeto de consenso.

**Áquilas Mendes e Rosa Maria Marques**

Relatores Gerais do Seminário

# 1. ASPECTOS CONCEITUAIS DE “AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE”

## 1.1. O conceito na Constituição Federal e na Legislação da Saúde

A Emenda Constitucional N.º 29 definiu a participação das esferas federal, estadual e municipal de governo no financiamento das ações e serviços de saúde do SUS. Tal como na Constituição Brasileira, em seu artigo 197, não tratou de conceituar “ações e serviços de saúde”, ficando para a Lei Complementar o estabelecimento do conceito normativo.

Apesar da ausência do conceito no texto constitucional, a implantação do Sistema Único de Saúde não havia sentido, até o momento, nenhuma restrição derivada dessa lacuna. Os responsáveis por sua execução – nos planos federal, estadual e municipal –, adotavam, de maneira implícita, um conceito compatível com os princípios do SUS.

No artigo 196 da Constituição Federal está escrito que

*“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.”*

Nesse texto estão explícitos os dois princípios que norteiam a construção do SUS e balizam a Política Nacional de Saúde:

- a) Universalidade – o acesso gratuito às ações e serviços de saúde;
- b) Eqüidade – conceder atenção da rede de serviços de saúde levando em conta as desigualdades existentes.

Esses princípios foram reafirmados no artigo 7º da Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde.

*“Art. 7º As ações e serviços públicos 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.”*

## **1.2. O Conceito e a EC 29**

A Emenda Constitucional N.º 29 estabelece um novo conceito – despesas com “ações e serviços públicos de saúde” –, não necessariamente coincidente com qualquer critério anteriormente conhecido.

O gasto social em geral e as despesas públicas com saúde em particular são mensuradas segundo diferentes óticas ou metodologias. A mais comum, possivelmente por ser a mais simples, adota o enfoque institucional. Neste caso, as despesas com saúde coincidem com o gasto da agência central encarregada dessa função de governo – Ministério, Secretaria de Estado ou Municipal de Saúde –, consideradas em duas vertentes: o gasto bruto, vale dizer, sem exclusões; e o gasto líquido, que retira as despesas com inativos e pensionistas e com o serviço da dívida. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por exemplo,



monitora mensalmente o desempenho financeiro do SUS na área federal em 74 itens de despesa do Ministério da Saúde.

A abordagem funcional, uma segunda opção metodológica, considera as despesas governamentais segundo Função, Subfunção e Programas.

Esclarecer o significado do conceito constitucional introduzido pela EC 29 é fundamental para sua aplicação efetiva, já que a pluralidade conceitual representa um fator crítico para sua implementação de maneira uniforme entre os entes federativos.

### **1.3. Critérios básicos para conceituação de Ações e Serviços Públicos de Saúde**

Os participantes do Grupo 1, que tratou dos “Aspectos conceituais de ações e serviços públicos de saúde”, consideraram que são elegíveis, para efeito de aplicação da EC 29, as despesas, tanto de custeio como de capital, realizadas no âmbito dos órgãos gestores do SUS (MS, SES e SMS), com projetos e atividades finalísticas e de apoio referentes a ações e serviços de saúde:

- a) de acesso universal, igualitário (C.F., Art. 196) e gratuito (Lei N.º 8080/90, art. 43);
- b) providos de forma direta ou indireta pelo SUS e explicitados no respectivo Plano de Saúde de cada ente federativo;
- c) que não se confundem com fatores determinantes, sociais e econômicos da situação de saúde (renda, educação, saneamento, alimentação, lazer, habitação, proteção ao meio ambiente).

### **1.4. Despesas que integram as Ações e Serviços Públicos de Saúde**

O Grupo de Trabalho considerou que devem ser consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde os seguintes itens:

- a) ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (inclusive assistência farmacêutica) e reabilitação em todos os níveis de complexidade;
- b) ações de alcance coletivo, tais como as de educação para a saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador e vigilância nutricional e orientação alimentar;
- c) pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;

- d) produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos (medicamentos, imunobiológicos, reagentes, hemoderivados, equipamentos);
- e) capacitação de recursos humanos para saúde;
- f) ações de combate a carências nutricionais específicas;
- g) planos e projetos de investimento, particularmente os destinados à redução das desigualdades na distribuição espacial da oferta de serviços assistenciais.

### **1.5. Despesas que não integram as Ações e Serviços Públicos de Saúde**

O Grupo de Trabalho concluiu que não devem ser consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde os seguintes itens:

- a) inativos e pensionistas, por não se tratar de despesa com Saúde e sim de Previdência Social;
- b) ações e serviços de saúde destinados ao atendimento de clientela *fechadas*, por não serem de acesso universal; é o caso das despesas com Planos de Saúde e outras modalidades de assistência médico-hospitalar destinadas a servidores públicos, civis e militares, e respectivos dependentes;
- c) merenda escolar. Embora contabilizada como ação de Alimentação e Nutrição, uma Subfunção resultante da partição da Função Saúde, trata-se de política pública do setor Educação (C.F., Art. 208, VII), cujo objetivo é reduzir fatores que interferem negativamente no rendimento escolar como o absenteísmo e as dificuldades de aprendizado decorrentes da fome. Por isso, situa-se na órbita do MEC, ainda que a Lei de Diretrizes e Bases classifique a despesa com esse programa como sendo de Assistência Social;
- d) ações de preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não-governamentais;
- e) ações de limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos.

## 1.6. A contribuição do Grupo 1 para a definição de Ações e Serviços Públicos de Saúde

O Grupo 1, ao definir a inclusão e a exclusão das despesas acima como ações e serviços públicos de saúde, fez avançar a discussão no momento em que considerou novos aspectos, não presentes no texto referência “Notas técnicas para o operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29” e no documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional N.º 29”.

Em relação às despesas que devem integrar as ações e serviços públicos de saúde, o Grupo 1 agregou, ainda, as relativas aos *planos e projetos de investimento particularmente os destinados a redução das desigualdades na distribuição espacial da oferta de serviços assistenciais*. Quanto às que devem ser excluídas, mencionou a *merenda escolar*, recuperando a antiga discussão da inserção dessa despesa na esfera da Educação e/ou da Assistência Social.

Além disso, o Grupo 1, a despeito de debate exaustivo, não obteve consenso sobre a exclusão ou inclusão, entre as ações e serviços públicos de saúde, das despesas de saneamento e juros e amortização da dívida.

No caso do saneamento, o consenso ficou restrito à exclusão do rol das ações e serviços públicos de saúde, para efeito da aplicação da EC 29, daquelas despesas “*realizadas supletivamente pelo SUS financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, estados, Distrito Federal e municípios*” (Lei N.º 8080/90, Art. 32, § 3º). Não houve consenso, entretanto, quanto a inclusão das ações de saneamento destinadas ao controle de vetores mencionadas no texto de referência como *atenção domiciliar e de pequenas comunidades, ações de saneamento básico e meio ambiente associadas a controle de vetores*.

No tocante ao serviço da dívida (juros e amortização), mencionado entre o itens de devem ser excluídos das ações e serviços públicos de saúde no texto que serviu de subsídio a este Seminário, o Grupo entendeu que o tema merece estudos mais aprofundados sobre a natureza dessas despesas. Alguns participantes consideraram que a exclusão dos juros e da amortização da dívida das ações e serviços de saúde poderia inibir o gestor a realizar novos investimentos.

Outros participantes, ao defenderem a exclusão da dívida das despesas de ações e serviços públicos de saúde, referiram-se ao fato de não se tratar, literalmente, de gasto com saúde. Adicionalmente, foi mencionado que a inclusão dessa despesa poderia propiciar dupla contagem de despesa: no(s) ano(s) em que o empréstimo é aplicado; e nos exercícios posteriores, quando é amortizado.

## 1.7. O debate na plenária

### *Da não inclusão das despesas com saúde de clientelas fechadas*

O representante do Tribunal de Contas de Minas Gerais perguntou se, para efeito da EC 29, a não inclusão das despesas com saúde para servidores não iria comprometer a qualidade dos serviços prestados. O presidente do CONASS, ao responder esse questionamento, lembrou que a Lei N.º 8080 afirma que, obrigatoriamente, os serviços municipais e estaduais devem integrar o SUS e, se não o integram, continuando a serem sistemas fechados, não estão de acordo com a legislação. Sobre isso, a relatora do Grupo 2 acrescentou que, antes da Lei N.º 8080, já a Constituição definia que apenas as ações e serviços universais integram o SUS e que aqueles dirigidos à clientela fechada estão fora de seu alcance.

Ainda sobre essa temática, a representante do Tribunal de Contas do Rio de Janeiro ponderou que as despesas dos hospitais previdenciários não podem ser desconsideradas como gasto público em saúde. A procuradora da Unicamp informou que o parágrafo 2 da Lei 8080/90 diz que, em tempo de paz, os hospitais militares devem integrar o SUS. No caso dos hospitais penitenciários, considera, no entanto, que devido à sua especificidade, as despesas devem estar vinculadas à Secretaria de Segurança. Em relação aos hospitais militares, o relator do Grupo 1 acrescentou, *a posteriori*, que a Lei N.º 8080/90 diz que, “...em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das forças armadas poderão integrar-se ao SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.”

### *Das despesas com saneamento básico*

A respeito da inclusão ou não das despesas com saneamento básico entre as ações e serviços públicos a serem consideradas na EC 29, o representante do Tribunal de Contas da Paraíba defendeu que todas as ações de saneamento resultam em redução do risco e do agravo e que, por isso mesmo, seus gastos deveriam ser computados. A isso respondeu a procuradora da Unicamp, dizendo que políticas que reduzem o risco e o agravo são amplas e que, se isso fosse levado em conta, a Saúde teria que financiar um leque muito amplo de políticas.

A relatora do Grupo 4 salientou que, para esse debate, seria importante resgatar a discussão que deu origem ao artigo 196 da Constituição Federal, onde está escrito que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas...*”. Explicou que esse artigo deriva do marco conceitual que entende a Saúde como uma determinação social, de forma que a responsabilidade

do Estado não se restringe ao sistema de saúde. Contudo, essa responsabilidade também precisa ser entendida no seu sentido mais restrito, que se refere às questões relativas ao cuidado à saúde, envolvendo promoção e prevenção.

Ainda sobre a inclusão ou não das despesas com saneamento, o representante do Ceará ressaltou que as mesmas deveriam ser consideradas, desde que associadas ao controle de vetores. O assessor do ministro acrescentou que o saneamento não poder ser financiado com recursos da Seguridade Social.

Já o representante do Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso informou que, muitas vezes, municípios pequenos juntam, em uma única função, saúde e saneamento, o que torna difícil a separação das despesas. A representante do Rio de Janeiro ponderou que nem os Tribunais de Contas, nem a União e nem o estado têm como interferir na administração dos municípios, tendo esses liberdade para criar as secretarias que lhes prover. Isso não significa, entretanto, que não classifiquem separadamente as despesas, as de saúde e as de saneamento. Sobre esse ponto concordaram vários participantes, inclusive lembrando que há municípios que não têm estrutura para manterem várias secretarias e que, muitas vezes, ao reunirem várias funções em uma mesma secretaria, cada função constitui uma unidade orçamentária. A procuradora da Unicamp, entretanto, ao interpretar o princípio da direção única do SUS, considerou inadequada a junção de funções em uma mesma secretaria.

#### *Do lixo hospitalar*

O representante de Rondônia perguntou se a despesa com o lixo hospitalar, por ser específica, poderia ser considerada entre as ações e serviços públicos de saúde. Sobre esse tema vários participantes opinaram e relataram experiências locais. No final do debate, houve uma certa convergência em relação à interpretação de que, nas palavras do representante de Santa Catarina, a despesa com a coleta em embalagem apropriada e o transporte até o despejo deve ser considerada como despesa com saúde, pois integra o conjunto de despesas com a manutenção das unidades hospitalares. O gasto decorrente dos procedimentos seguintes não seria considerado despesa com saúde.

#### *Dos juros e da amortização da dívida*

A discussão sobre a pertinência ou não de considerar os juros e a amortização da dívida como despesa de ações e serviços públicos em saúde, para efeito da aplicação da Emenda Constitucional 29, absorveu boa parte do tempo dos participantes do Seminário e foi bastante polêmica, o que pode ser verificado a partir das intervenções registradas a seguir.

O representante do Tribunal de Contas de Rondônia solicitou que alguém do plenário explicasse como deveriam ser considerados os juros e a amortização da dívida. Sobre isso, o representante do Ceará defendeu que a despesa com o serviço da dívida não deveria ser considerada para efeito da EC 29. Já quanto à amortização, lembrou que a operação de crédito ocorreu, muitas vezes, para construir hospitais e comprar ambulâncias e que, se essa despesa é computada e depois amortizada, ocorre dupla contagem. Além disso, lembrou que a despesa com operação de crédito não tem origem em impostos. De qualquer forma, para o representante do Ceará, permaneceria a dúvida sobre o momento da apropriação: Quando a despesa foi realizada? Quando a receita de impostos aconteceu, para pagar a amortização? Considerou, ainda, que isso introduziria uma dificuldade contábil, pois a operação de crédito ocorre em um ano e a amortização noutra.

O representante do Tribunal de Contas do Estado de Sergipe, levando em conta que o desembolso financeiro para o pagamento do empréstimo ocorre no ano seguinte, defendeu a apropriação no momento da amortização. Ponderou, entretanto, que as amortizações dos empréstimos contraídos antes da EC 29 poderiam inflar o gasto com saúde somente com o pagamento da dívida. Para o representante do CONASS, considerar a amortização seria computar algo cujo fato gerador ocorreu antes. Frente a isso, e para simplificar, defendeu a apropriação da despesa no momento da contratação do empréstimo (quando os recursos estariam sendo efetivamente utilizados em ações e serviços públicos de saúde). Para apoiar sua defesa, salientou que, muitas vezes, os empréstimos exigem contrapartida do tomador.

Já para o representante do Tribunal de Contas de Minas Gerais, o problema em relação à amortização da dívida não é quando apropriar a despesa e sim como classificá-la. Lembrou que a Lei N.º 4.320/64 considera diferentes sistemas contábeis, de forma que há o orçamentário, o financeiro, o patrimonial e o econômico. Frente a isso, dependendo do momento, a despesa é apropriada em sistema diferente.

O representante da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) destacou que é preciso, para definir o momento da apropriação, lembrar o papel do gestor. Ao se apropriar a amortização, além de estarmos desconsiderando o que foi feito em termos de ações e serviços de saúde pelo tomador do empréstimo, estamos agravando a situação de endividamento do gestor seguinte.

Para a representante do Espírito Santo, a polêmica existe devido ao regime misto, de caixa e de competência. Segundo ela, em um determinado momento

haverá um embolso de recursos externos e o desembolso na construção do prédio; e, no exercício seguinte, haverá um embolso de recursos e o pagamento da dívida. Como a EC 29 diz que os recursos são de impostos, deveria ser usado, no exercício seguinte, o limite de gastos para efetuar o pagamento ou a amortização do empréstimo. Finalizou dizendo que esse problema se fará presente em todos os estados, e que é preciso buscar a orientação que for melhor para a área da Saúde.

A idéia de computar a amortização e não o valor da operação de crédito foi defendida, também, pela representante do Tribunal de Contas de São Paulo. Seu colega de Tribunal lembrou, ainda, o risco que estaria sendo criado caso não se levasse em conta as dívidas contraídas antes da EC 29. Segundo ele, elas seriam pagas com impostos, teriam sido gastas em saúde e ficariam no “limbo”, pois não seriam registradas.

#### *Da merenda escolar*

O representante do Fundo Nacional de Saúde lembrou, reforçando o conteúdo do relatório do Grupo 1, que a merenda escolar não deve ser considerada como gasto em saúde, embora a LDB também não a entenda como gasto de educação. Essa despesa seria apropriada como de assistência social. Já o coordenador dos debates informou que a Bolsa-Alimentação constitui um programa federal que está sendo realizado em parceria com os municípios e que se trata de uma ação no campo da vigilância nutricional, de maneira que os municípios podem considerar a despesa como de saúde. Questionado pelo representante do Tribunal de Contas de Mato Grosso sobre se as ações de vigilância nutricional também envolvem distribuição de alimentos, respondeu que os nutricionistas defendem a vigilância entendida como intervenção.

## 2. BASE VINCULÁVEL E CÁLCULO DO MONTANTE A SER APLICADO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A Emenda Constitucional N.º 29 definiu a participação das esferas de governo no financiamento do SUS da seguinte forma:

- No caso dos **ESTADOS E MUNICÍPIOS**, eles devem destinar, no primeiro ano, pelo menos 7% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, sendo que esse percentual aumentará anualmente, em pelo menos 1/5, até atingir, em 2004, 12% para os estados e 15% para os municípios.
- No caso da **UNIÃO**, fica definido, para o ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5% (cinco por cento); para os anos 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Para os estados e municípios, a EC 29 não deixa dúvidas com relação ao percentual a ser aplicado. O cuidado está em apurar corretamente a receita de imposto, nela compreendidas as transferências constitucionais.

### 2.1. A contribuição do Grupo 2 para a base de cálculo do montante a ser aplicado pelos municípios e estados

O Grupo 2, tendo como referência o texto “Notas técnicas....”, sugeriu que fossem incluídos os produtos da renegociação da dívida dos estados – REFIS –, e das multas e juros de mora dos impostos municipais e estaduais na base de cálculo, para efeito da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos em saúde. Além disso, sugere que, para efeito da base, sejam considerados os recursos efetivamente recebidos a título da quota-parte do FPM.

Considerando essas recomendações, a base de cálculo para os municípios seria como se apresenta no Quadro 1.



**MUNICÍPIOS**  
**QUADRO 1**  
Municípios: Demonstrativo do Cálculo da Emenda Constitucional N.º 29  
**RECEITAS VINCULÁVEIS E DESPESA COM SAÚDE**

<b>(A) RECEITAS</b>	2000	2001	2002	2003	2004
<b>RECEITAS DE IMPOSTOS</b>					
IPTU					
ISS					
ITBI					
Imposto de Renda Retido na Fonte (a partir de 2002)					
<b>RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO</b>					
Quota-Parte do FPM					
Imposto de Renda Retido na Fonte (até 2001)					
Quota-Parte do ITR					
Transferências Lei Complem. 87/96-Lei Kandir					
<b>RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS DO ESTADO</b>					
Quota-Parte do ICMS					
Quota-Parte do IPI - Exportação					
Quota-Parte do IPVA					
<b>OUTRAS RECEITAS CORRENTES</b>					
Multas e Juros de Mora dos Impostos					
Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos					
<b>TOTAL DAS RECEITAS DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS</b>					
<b>(B) DESPESA COM SAÚDE</b>					
TOTAL DA DESPESA COM FUNÇÃO SAÚDE – 10 *					
(-) TRANSFERÊNCIA FEDERAL - SAÚDE (PAB, MAC/AIH e convênios)					
(-) TRANSFERÊNCIA ESTADUAL - SAÚDE (convênios)					
<b>TOTAL DA DESPESA COM SAÚDE MUNICIPAL</b>					
<b>(C) CÁLCULO DO INDICADOR EC 29 – (B) / (A)</b>	<b>7%</b>	<b>8,6%</b>	<b>10,2%</b>	<b>11,8%</b>	<b>15%</b>

\* Para definir a despesa com saúde, ver o item 1 deste Relatório.

O cálculo apresentado no Quadro 1 considerou, para o percentual da receita de impostos a ser aplicado, igual valor para os três primeiros anos e, para o último, a diferença para atingir a meta de 15%. O cálculo foi realizado da seguinte forma:

- a) diminuir de 15% o percentual de recursos próprios aplicados em saúde no período inicial. Na tabela acima, fica:  $15\% - 7\% = 8\%$  (se o município tiver aplicado 9%, por exemplo, ficaria  $15\% - 9\% = 6\%$ );
- b) dividir 8% por 5, pois a EC 29 manda aumentar em pelo menos 1/5 os recursos a serem aplicados a cada ano = 1,6%;
- c) somar à aplicação do ano anterior (7%) o resultado  $1,6\% = 8,6\%$ .
- d) a mesma sistemática mantém-se para os próximos anos, com exceção do último onde se aplica 3,2%, percentual que falta para integralizar os 15% ( $15\% - 11,8\% = 3,2\%$ ).

Da mesma forma, o Quadro 2, a seguir, constitui um demonstrativo do cálculo para o caso dos estados.

ESTADOS  
**QUADRO 2**  
 Estados: Demonstrativo do Cálculo da Emenda Constitucional N.º 29

**RECEITAS VINCULÁVEIS E DESPESA COM SAÚDE**

(A) RECEITAS	2000	2001	2002	2003	2004
<b>I - RECEITAS DE IMPOSTOS</b>					
ICMS					
IPVA					
ITCM					
<b>II - RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO</b>					
Quota-Parte do FPE					
Imposto de Renda Retido na Fonte					
Quota-Parte do IPI - Exportação					
Transferências Lei Complem. 87/96-Lei Kandir					
<b>III - OUTRAS RECEITAS CORRENTES</b>					
Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos					
<b>IV - MENOS TRANSF. FINANC. CONSTITUCIONAIS E LEGAIS A MUNICÍPIOS</b>					
ICMS 25%					
IPVA 50%					
IPI EXPORTAÇÃO 25%					
<b>TOTAL DAS RECEITAS DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS = (I + II + III) - IV</b>					
<b>(B) DESPESA COM SAÚDE</b>					
TOTAL DA DESPESA COM FUNÇÃO SAÚDE – 10 *					
(-) TRANSFERÊNCIA FEDERAL - SAÚDE					
<b>TOTAL DA DESPESA COM SAÚDE ESTADUAL</b>					
<b>(C) CÁLCULO DO INDICADOR EC 29 – (B) / (A)</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>	<b>9%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>

\* Para definir a despesa com saúde, ver o item 1 deste Relatório.

O cálculo apresentado no Quadro 2 considerou, tal como nos municípios, percentual igual de incremento para os três primeiros anos e, para o último, a diferença para atingir a meta dos 12%. O cálculo foi realizado da seguinte forma:

- a) diminuir de 12% o percentual de recursos próprios aplicados em saúde no período inicial. Na tabela acima, fica:  $12\% - 7\% = 5\%$  (se o estado tiver aplicado 9%, por exemplo, ficaria  $12\% - 9\% = 3\%$ );
- b) dividir 5% por 5, pois a EC 29 manda aumentar em pelo menos 1/5 os recursos a serem aplicados a cada ano = 1,0%;
- c) somar à aplicação do ano anterior (7%) o resultado 1,0% = 8,0%.
- d) a mesma sistemática mantém-se para os próximos anos, com exceção do último onde se aplica 2,0%, percentual que falta para integralizar os 12% ( $12\% - 10,0\% = 2,0\%$ ).

## 2.2. A discussão da participação da UNIÃO no financiamento

A participação da União no financiamento das ações e serviços públicos de saúde tem sido objeto de polêmica, principalmente entre os Ministérios da Fazenda, Planejamento e Saúde. Duas questões têm sido exaustivamente discutidas.

1.<sup>a</sup>: *Qual a base para o cálculo do orçamento da União para o ano de 2002 e seguintes? Deve ser fixa ou móvel?*

Para os Ministérios da Fazenda e Planejamento, o ano de 1999 seria considerado a base para a aplicação de 5%, a fim de calcular o valor de 2000. Para o ano de 2001, aplicar-se-ia sobre esse resultado a variação nominal do PIB de 2001 em relação a 2000. Para 2002, aplicar-se-ia sobre o valor de 2001 a variação nominal do PIB de 2002 em relação a 2001. O mesmo para os anos seguintes.

Para o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, seria a despesa executada do Ministério da Saúde que deveria ser considerada como o valor efetivamente aplicado para o ano 2000. Para o ano de 2001, aplicar-se-ia sobre esse valor (a despesa *executada* de 2000) a variação nominal do PIB (ver abaixo qual variação do PIB que o MS aplicaria). Para 2002, aplicar-se-ia sobre esse resultado (o valor de 2001) a variação nominal do PIB. O mesmo para os anos seguintes.

2.<sup>a</sup>: *Qual a variação nominal do PIB a ser utilizada?*

Para os Ministérios da Fazenda e Planejamento, por exemplo, para 2002, utilizar-se-ia a variação nominal entre a estimativa do PIB de 2002 e a estimativa do PIB de 2001 (mesmo para este último ano, todavia, trata-se de uma estimativa, pois enquanto o orçamento está sendo elaborado, ainda não se dispõe do PIB do ano anterior).

Para o Ministério da Saúde e para o Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, para 2002, utilizar-se-ia a variação nominal do PIB entre 1999 e 2000; isto é, a variação nominal seria calculada com base em dois (2) PIBs conhecidos, e não sobre estimativas.

Frente a esses posicionamentos, o Grupo 2 manifestou-se por:

- *quanto à base de cálculo*: considerar a base móvel que utiliza o valor apurado do ano anterior. Nesse sentido, o Grupo 2 apóia a interpretação do Ministério da Saúde, pois o valor executado em 2000 pelo

MS (R\$ 20.361,00) foi superior ao resultado do acréscimo de 5% ao valor executado em 1999 (R\$ 18.352,00 x 1,05 = R\$ 19.269,60). Dessa forma, para 2001, a base de cálculo será o total empenhado em 2000, acrescido da variação nominal do PIB.

- *quanto à variação do PIB a ser adotado*: embora não tenha chegado a uma proposta definitiva, o Grupo 2 recomenda a utilização de *valores efetivamente apurados em exercícios*, presumindo que isso dotaria a alocação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde de maior nível de certeza. Assim, propõe: para 2001, a variação do PIB de 1999 em relação ao PIB de 1998; para 2002, a variação do PIB de 2000 em relação ao PIB de 1999.

### 2.3. Questões gerais

O Grupo 2, além dessas questões, sugeriu que o tratamento dos recursos federais destinados aos fundos estaduais e municipais fosse semelhante àquele destinado ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF). Dessa forma, quando os governos Federal e estaduais efetuassem os repasses do FPM, do FPE, do IPI sobre exportação e do ICMS, a parte relativa à Saúde seria automaticamente destinada aos Fundos.

O Grupo 2 ainda propôs que o Fundo de Saúde contasse com contas bancárias específicas, sendo uma para os recursos provenientes do Tesouro Estadual ou Municipal, e outra para os recursos originários de transferências do Governo Federal. Contudo, foi comentado por um dos participantes do Grupo, que, a depender da forma de habilitação do município ou do estado ao SUS, mais ou menos contas específicas serão exigidas pelo Governo Federal para que a transferência de recursos seja realizada.

### 2.4. O debate na plenária

*Da base de cálculo do montante a ser aplicado pelos municípios e estados*

No início da discussão, o representante do Tribunal de Contas do Espírito Santo lembrou que, na base de cálculo apresentada no relatório do Grupo 2 e no texto de referência do Seminário, teria que ser incluída a correção monetária dos impostos.

Já o representante de São Paulo, além de reforçar a necessidade da inclusão da correção monetária, perguntou como seria tratado o resultado das aplica-

ções financeiras de recursos de impostos. Sobre isso, o coordenador da plenária, representante do Ministério da Saúde, defendeu que a sistemática utilizada para os convênios poderia ser adotada como parâmetro. Informou que a prestação de contas, definida em resolução do Tesouro Nacional, exige que os recursos previstos nos convênios sejam aplicados no objeto do convênio. Por similitude, as aplicações financeiras dos recursos de impostos devem ser incorporadas à base.

#### *Do repasse automático*

O representante do Tribunal de Contas de Rondônia defendeu que o repasse dos recursos para o Fundo de Saúde seja similar ao do FUNDEF, a fim de evitar que a instância local transfira os recursos para a área da Saúde somente no fim do exercício. Sobre isso, a representante do Banco do Brasil informou que o banco está propondo à Secretaria da Fazenda uma sistemática de repasse que utilizaria aplicativo derivado e adaptado do sistema utilizado pelo FUNDEF.

Já o representante do Tribunal de Contas do Estado do Ceará defendeu que a regulamentação deveria definir o prazo para que os recursos fossem transferidos ao Fundo, e que isso não deveria depender de um sistema que poderia, ou não, ser implantado pelo gestor.

Já o representante do Mato Grosso ponderou que a centralização das contas em um único banco poderia dificultar o processo de transferência entre prefeitura e Saúde, caso a prefeitura não trabalhasse com o Banco do Brasil. Sobre isso, a representante do Banco do Brasil ponderou que o problema estaria solucionado mediante realização de convênio entre a prefeitura, o banco por ela utilizado e o Banco do Brasil.

### 3. FORMAS DE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DO CUMPRIMENTO DAS DISPOSIÇÕES DA EC 29

#### 3.1. O Fundo de Saúde

O gasto em saúde é efetuado mediante o Fundo de Saúde. A Constituição Federal e as legislações federais do setor determinam a existência de um Fundo de Saúde enquanto *Conta Especial* (conjunto de diferentes contas bancárias da Saúde), onde são depositados e movimentados os recursos financeiros do sistema sob a fiscalização do Conselho de Saúde (artigo 33 da Lei N.º 8.080/90 e incisos I e V do artigo 4º da Lei N.º 8.142/90).

A Constituição Federal, em seu artigo 195, define que os recursos do SUS (enquanto integrante da Seguridade Social) são compostos por receitas provenientes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e não apenas por recursos de transferências de uma esfera de governo para outra. Isso é reiterado pelo parágrafo 3º, artigo 7º da Emenda Constitucional N.º 29, que estabelece que *“todos os recursos transferidos e próprios devem estar no Fundo de Saúde e acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde”*. Dessa forma, todos os recursos do SUS, em nível dos estados e municípios, devem ser provenientes do Fundo de Saúde e nenhuma despesa com ações e serviços de saúde pode ser realizada sem fazer parte do Fundo de Saúde.

O Fundo garante que seus recursos financeiros não se misturem aos outros recursos da administração geral, possibilitando autonomia quanto à utilização dos recursos da área da Saúde em relação às demais, e maior agilidade na sua alocação.

O Fundo de Saúde é inspirado no *Fundo Especial* do artigo 71 da Lei Federal N.º 4.320/64. O fundo especial é o *“produto de receitas especificadas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação”*. Dessa forma, pode-se dizer que o Fundo de Saúde é um tipo de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados à Secretaria de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas, e suas atividades/projetos.

O Fundo de Saúde deve ser criado por Lei e regulamentado por Decreto. A operacionalização do Fundo deve ser feita por meio de portarias, instruções normativas e ordens de serviço. Deve-se deixar os aspectos essenciais para as leis; e os detalhes, facilmente passíveis de alterações, para decretos e portarias. Os fundamentos legais do Fundo de Saúde estão inscritos no inciso IX do artigo 167 da Constituição Federal, e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e

8.142/90. A Lei N.º 8.080 define, no seu artigo 33, que “os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação...”. A Lei N.º 8.142/90, em seus artigos 3º e 4º, estabeleceu que os municípios, estados e o Distrito Federal receberão recursos se contarem com o Fundo de Saúde.

A gestão financeira do SUS, por meio do funcionamento do Fundo de Saúde, é definida nas Portarias do Ministério da Saúde, denominadas Normas Operacionais Básicas do SUS. A norma que se encontra em vigor é a NOB 96, a qual estabelece obrigatoriedade da existência do Fundo de Saúde para que os estados e municípios se habilitem ao SUS e possam receber recursos transferidos do Ministério da Saúde para o financiamento de suas ações e serviços de saúde. Essa mesma determinação está exposta na recente Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS/SUS 01/2001). E ainda, o Decreto N.º 1.232, de 30 de agosto de 1994, dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais. Por fim, a Emenda Constitucional N.º 29, em seu artigo 7º, conforme mencionado, trata da exigência de que todos os recursos do SUS estejam no Fundo de Saúde.

### **3.2. O ordenador do Fundo**

O Grupo 3 concorda com o conteúdo do texto que serviu de referência ao Seminário, quando este menciona que a gestão dos recursos do Fundo é de responsabilidade do Secretário de Saúde. Adenda, contudo, que essa tarefa também pode ser desempenhada pelo titular do órgão responsável pela Saúde, onde a estrutura administrativa não contemplar uma secretaria específica para a área da Saúde. A legislação federal estabelece que o recurso depositado no Fundo de Saúde é movimentado pela direção do SUS em cada esfera de governo – que, no âmbito dos estados e municípios, é a Secretaria de Saúde, na representação de seu gestor, o Secretário de Saúde (incisos II e III, artigo 9º e parágrafo 2º do artigo 32, da Lei N.º 8.080/90).

O Secretário da Saúde ou o titular do órgão responsável pela Saúde poderá fixar e delegar atribuições a funcionários da Secretaria de Saúde para a gerência e operacionalização do Fundo. Ao concordar com essa idéia, o Grupo 3 menciona que tal possibilidade deveria constar da Lei que regulamentará a EC 29. Dessa forma, pode-se dizer que o secretário ou o titular do órgão responsável pela Saúde ou funcionários delegados podem ser ordenadores de despesa, isto é, autoridades cujos atos resultarão em emissão de empenho, autorização de pagamento, suprimento ou dispêndio de recursos.

### 3.3. Administração orçamentária, financeira e contábil do Fundo

Conforme sugestão do Grupo 3 ao texto referência do Seminário, o Fundo de Saúde deve ser apresentado na Lei Orçamentária Anual sob a denominação de “Órgão: *Responsável pela Saúde/Fundo de Saúde*”. O objetivo do Fundo é o de criar condições financeiras e de gerência de todos os recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde executados pelo órgão responsável pela Saúde.

Tendo como base a Emenda Constitucional N.º 29 – que determina que todas as despesas com saúde sejam realizadas mediante recursos do Fundo de Saúde –, o texto-referência ao Seminário afirma que:

- Fundo não deve figurar enquanto uma Unidade Orçamentária (UO) e nem, simplesmente, como uma “atividade funcional-programática”. Como as despesas do Fundo integram o conjunto das unidades orçamentárias do órgão responsável pela Saúde (exemplo: Departamento Administrativo em Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Vigilância em Saúde, entre outros), o Fundo de Saúde não pode ser expresso como se fosse mais uma UO desse órgão;
- a mesma idéia deve valer para as “atividades”. No entanto, quando um “Órgão: *Responsável pela Saúde*” é pequeno, tendo somente uma UO, o Fundo se confunde com ele. Nesse caso, o “Órgão: *Responsável pela Saúde/Fundo de Saúde*” é representado por essa Unidade Orçamentária;
- em outros casos, quando o “Órgão: *Responsável pela Saúde*” for “conjunto” com outro, tal como Secretaria de Promoção Social e Saúde, o “Órgão: *Responsável pela Saúde/Fundo de Saúde*” constitui uma Unidade Orçamentária e a Secretaria de Promoção Social outra Unidade Orçamentária.

Por todos esses motivos, o Fundo não é uma entidade jurídica nem um órgão administrativo autônomo, com CGC, personalidade jurídica. Conforme sugestão do Grupo 3, deveria ser regulamentado esse tema na lei complementar prevista pela EC 29.

Quanto à questão da contabilidade do Fundo de Saúde, o texto-referência indicou que as receitas previstas no Fundo de Saúde devem ser repassadas automaticamente, pela Secretaria das Finanças/Fazenda ou congêneres, após a sua arrecada-



ção. Se o município ou o estado mantém duas contas no Banco do Brasil para receber os recursos SUS transferidos pelo Governo Federal – para o PAB e o MAC/AIH –, é conveniente a abertura de uma outra conta “*Tesouro-Órgão: Responsável pela Saúde/Fundo de Saúde*” para receber os recursos provenientes da receita própria de impostos. Dessa forma, ficaria visível o cumprimento da Emenda Constitucional N.º 29.

Com base nas observações acima, o Grupo 3 apontou aspectos polêmicos quanto à pertinência ou não de caracterizar o Fundo de Saúde como unidade orçamentária. De certa forma, essa questão também dificultou a discussão sobre o processamento de suas despesas e de sua contabilidade.

Contudo, o Grupo 3 concordou com vários pontos apresentados e adicionou algumas sugestões, a saber:

- que a gestão do Fundo de Saúde, ao considerar as distintas formas de transferências de recursos dos governos Federal e estadual (fundo a fundo, convênio e remuneração de serviços produzidos) e os recursos próprios provenientes do Tesouro, defina a abertura de diferentes contas bancárias específicas. Inclusive, foi sugerido que essa temática fizesse parte do conteúdo da legislação complementar da EC 29. Por outro lado, foi sugerida a possibilidade, no caso de município, de utilização de conta bancária única para a gestão de todos os recursos, desde que a alimentação dos dados no Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) seja realizada de forma a discriminar todas as receitas transferidas;
- que o Fundo de Saúde passe a contar com mecanismos de repasses automáticos para as transferências intergovernamentais e constitucionais, seguindo a sugestão do sistema proposto pelo Banco do Brasil de repasse automático das transferências federais.

### **3.4. Instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle dos recursos aplicados**

Dentre os principais instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle dos recursos aplicados em saúde, conforme a Emenda Constitucional N.º 29, destacam-se:

#### **a) Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**

Reúne informações que permitem apurar as receitas e as despesas públicas com saúde. Esse sistema produz indicadores gerais do comportamento da apli-

cação de recursos em saúde, inclusive aquele exigido pela Emenda Constitucional N.º 29. O SIOPS é uma importante ferramenta de informação gerencial, pois possibilita que o gestor e o Conselho de Saúde construam diferentes quadros com vários níveis de agregação. A partir da publicação da NOAS 01/2001, o preenchimento do SIOPS tornou-se compulsório, sendo condição para a manutenção da habilitação dos estados e municípios ao SUS.

### **b) Plano de Saúde e Relatório de Gestão**

Dispõem de informações da execução orçamentária das ações e serviços públicos de saúde. A partir de 2000, esses documentos deverão conter os indicadores do SIOPS.

Quanto aos instrumentos acima, o Grupo 3 sugeriu:

- ampla divulgação do SIOPS e o desenvolvimento de treinamento desse sistema para os gestores, órgãos de fiscalização e controle e conselheiros. Solicitou, ainda, que fosse considerada a possibilidade de alguma adaptação desse sistema às necessidades de acompanhamento dos Tribunais de Contas;
- a capacitação de secretários e conselheiros para a elaboração de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão com qualidade e em conformidade com as orientações e exigências do Ministério da Saúde e dos órgãos de controle externo.

No que diz respeito ao *Relatório Resumido da Execução Orçamentária* e ao *Relatório de Gestão Fiscal*, ambos previstos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, houve consenso no Grupo 3 de que não procede exigir do gestor do Fundo de Saúde tais documentos, que abrangem o conjunto das ações do Poder Executivo.

### **3.5. Prestação de contas**

O acompanhamento dos recursos da área da Saúde é garantido pela Lei Federal N.º 8.689/93 e pelo Decreto Federal N.º 1.651/95. Ambos determinam a necessidade de prestação de contas periódicas. É no ato da prestação de contas que se pode comprovar a aplicação dos recursos programados em saúde.

A Lei N.º 8.689/93, em seu artigo 12, estabelece que

*“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 legis-*

*lativas respectivas, para análise e 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”.*

Com o mesmo conteúdo, o Decreto Federal N.º 1.651/95, que regula o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS, em seu artigo 9º, estabelece a obrigação de prestação de contas por parte do gestor (Secretário de Saúde) ao Conselho de Saúde.

O instrumento-chave para efeito da prestação de contas dos recursos financeiros do Fundo de Saúde é o Relatório de Gestão. Conforme o artigo 6º do Decreto Federal N.º 1.651/95, a comprovação da aplicação de recursos transferidos aos estados e aos municípios deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Tribunal de Contas.

Para o Ministério da Saúde:

*“prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congêneres, celebrados para a execução de programas e projetos específicos”;*

*“relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde”.*

Para o Tribunal de Contas:

*“relatórios de gestão dos recursos repassados diretamente, Fundo a Fundo, e dos destinados a pagamentos contra apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde”.*

Ainda, a prestação de contas do Fundo de Saúde deve, como jurisprudência, seguir a Lei N.º 9.604/98, que dispõe sobre a prestação de contas na área de Assistência Social. Essa lei determina que

*“A prestação de contas de aplicação dos recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Assistência Social (...) será feita pelo beneficiário diretamente ao Tribunal de Contas do Estado ou do Distrito Federal, no caso desses entes federados, e à Câmara Municipal, auxiliada pelos Tri-*

*bunais de Contas dos Estados ou Tribunais de Contas dos Municípios ou Conselho de Contas dos Municípios, quando o beneficiário for o município, e também ao Tribunal de Contas da União, quando por este determinado”*

(Lei Federal N.º 9.604/98).

Contudo, quanto a essa lei, o Grupo 3 ponderou a existência, no âmbito do Superior Tribunal Federal, da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1934 e da concessão de medida liminar no sentido de suspender a aplicabilidade de seu artigo 1 e § único. Dessa forma, o Grupo sugeriu que o conteúdo da referida lei deve ser objeto de discussão e definição, no âmbito do processo de elaboração da lei complementar à EC 29.

Por fim, o Grupo 3 sugeriu que a prestação de contas obedeça a Lei N.º 4.320/64, no campo do Direito financeiro, e as normas estabelecidas em nível de cada ente de governo.

A regulamentação das sanções/penalidades em caso de não-cumprimento das regras e procedimentos vigentes foi objeto de intensa polêmica no Grupo 3. Foram constatadas algumas divergências, a saber:

- suficiência ou adequação da legislação atual sobre quem deve impor a sanção e qual o motivo de sua realização;
- principal determinante do não-cumprimento das regras: a) falta e/ou inadequação da legislação e das normas; b) falta de informação, divulgação, treinamento e amadurecimento da capacidade gerencial necessária ao pleno desenvolvimento dos gestores; c) falta de “compilação” da legislação e regulamentação existentes; d) dificuldade dos órgãos de controle em trabalhar com as novas informações obtidas por meio de atas de reuniões das Comissões Intergestores e dos Conselhos de Saúde; ou ainda e) velocidade das inovações gerenciais.

O Grupo 3 considerou, ainda, na temática da prestação de contas, a necessidade de:

- detalhar “como” avaliar os resultados alcançados pela ação governamental;
- capacitar o pessoal dos Tribunais de Contas em aspectos gerais do Sistema Único de Saúde;
- responsabilizar o Poder Legislativo;

- propiciar maior autonomia do Ministério Público;
- unificar os prazos de apresentação das diferentes prestações de contas.

Essas propostas, contudo, não foram submetidas a consenso, por falta de tempo ou por terem gerado polêmica.

### **3.6. Papel do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)**

O Grupo 3 sugeriu a necessidade de se compatibilizar as ações e tarefas do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) com as dos Tribunais de Contas, com a finalidade de evitar duplicidade de esforços. Os participantes do Grupo sugeriram, ainda, que o SNA estabelecesse cronograma regular das auditorias.

O Grupo fez menção à necessidade de envolvimento e engajamento das secretarias dos estados e da sua responsabilização pela auditoria naqueles municípios onde não se está auditando.

### **3.7. Conselho de Saúde: instrumento para o acompanhamento e fiscalização dos recursos do Fundo**

A Lei Federal N.º 8.142/90 definiu que o Conselho de Saúde é o instrumento de participação dos segmentos da comunidade na gerência do SUS, atuando “*na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros ...*”. O papel do Conselho de Saúde tem sido importante ao longo do processo de implementação do SUS, tanto que a Emenda Constitucional N.º 29 — que vinculou impostos e transferências constitucionais para aplicação de recursos em saúde —, determinou que o acompanhamento e fiscalização dos recursos do Fundo de Saúde fossem exercidos pelo Conselho de Saúde.

Quanto a essa temática, o Grupo 3 discutiu as seguintes questões:

- a dificuldade dos conselheiros de saúde de exercerem a fiscalização dos recursos devido a ausência de conhecimento contábeis. Contudo, essa visão foi contestada por parte de alguns participantes do Grupo, que entendem ser a fiscalização dos Conselheiros uma fiscalização qualitativa que prescinde de conhecimento contábil;
- a ausência de mecanismos que auxiliem os conselheiros no acompanhamento dos processos licitatórios;

- a necessidade de capacitação dos conselheiros de saúde;
- a ampliação do tempo de mandato dos conselheiros de saúde, de forma a racionalizar as iniciativas de formação desses conselheiros;
- a dificuldade dos conselheiros de saúde em participarem das atividades do Conselho, por limitações financeiras.

Além dessas questões, o Grupo 3 discutiu uma série de outros temas que, entretanto, não foram objeto de consenso:

- organização de cursos de avaliação e análise de políticas públicas dirigidos a conselheiros de saúde;
- remuneração da participação dos conselheiros de saúde nos Conselhos, incluindo-a como gasto em saúde, embora os participantes do Grupo tivessem conhecimento que, do ponto de vista legal, essa medida é proibitiva;
- ampla divulgação da Resolução N.º 33 do Conselho Nacional de Saúde e dos cadernos técnicos sobre a capacitação de conselheiros de saúde;
- endosso à moção da Conferência Nacional de Saúde sobre a criação de conselhos municipais e estaduais de cidadania, para articular o controle social sobre a gestão pública;
- adoção, na lei complementar à Emenda Constitucional N.º 29, da realização de audiências públicas nas Comissões de Saúde do Poder Legislativo.

### **3.8. A contribuição do Grupo 3 para a operacionalização do Fundo de Saúde**

Na discussão realizada pelos participantes do Grupo 3, foram levantadas questões de diferentes níveis. Além de considerar importante o esclarecimento de quais são as semelhanças existentes entre o Fundo de Saúde e o FUNDEF, bem como as especificidades do Fundo de Saúde, o Grupo propôs que a lei que regulamentará a EC 29 defina as atribuições e responsabilidades relativas à gestão do Fundo de Saúde e os mecanismos de transferência e aplicação dos recursos da esfera federal. De outro lado, o Grupo sugeriu que cada esfera de governo elabore as instruções normativas e ordens de serviço para aperfeiçoamento da operacionalização do Fundo de Saúde.

Nesse sentido, o Grupo 3 propõe que o relatório do Seminário seja divulgado como contribuição e subsídio à regulamentação necessária.

### **3.9. O debate na plenária**

Antes de iniciar o debate na Plenária, a representante do Tribunal de Contas de São Paulo sugeriu que o Ministério da Saúde elaborasse uma cartilha sobre os aspectos gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de auxiliar os técnicos dos Tribunais quanto à compreensão das características do Sistema. Dessa forma, esse instrumento poderia contribuir para que os Tribunais levassem em conta a especificidade do setor Saúde.

#### *Organização do Fundo*

Pelos motivos apresentados e discutidos no Grupo 3, o Fundo não é uma entidade jurídica; nem um órgão administrativo autônomo, com CGC, personalidade jurídica. A representante do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo lembrou que, em vários municípios, o Fundo constituiu-se em Fundação, desenvolvendo, em muitos casos, atividades-meio. A representante desse Tribunal indagou se os municípios deveriam extinguir essas fundações. Como resposta, o representante do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará salientou que as correções que devessem existir junto a essas fundações deveriam ficar a cargo de cada ente governamental, respeitando sua autonomia. Nessa linha, o representante do Fundo Nacional de Saúde ponderou que não se deveria extinguir uma Fundação, mas sim separá-la do Fundo de Saúde. Em seguida, a procuradora da Unicamp lembrou que em um município que tem uma autarquia hospitalar e uma secretaria de saúde, nada impede que o Fundo de Saúde contemple os recursos de ambas. O que não se deve admitir é que o Fundo seja uma autarquia.

O representante do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais comentou que, no seu estado, havia legislação própria regulamentando os Fundos, baseada nos artigos 71 a 74 da Lei N.º 4.320/64. A legislação se refere ao Fundo como de natureza contábil e, portanto, destituído de personalidade jurídica.

#### *Ordenador do Fundo de Saúde*

Com o intuito de eliminar as dúvidas quanto ao ordenador das despesas do Fundo, o representante do Tribunal de Contas do Estado de Sergipe solicitou que a sua definição, pelo Secretário da Saúde ou titular responsável do órgão fosse fixada na Lei Complementar que regulamentará a EC 29.

A representante do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo lembrou que a legislação infraconstitucional da Saúde, a Lei Federal N.º 8.080/90, incisos II e III, artigo 9º e parágrafo 2º do artigo 32, estabelece que o Fundo é uma conta única exercida em cada direção do SUS: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; nos estados e Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde; e no município, pela Secretaria Municipal de Saúde. Na hora de realizar a despesa, o secretário tem plena autonomia, mas no momento de assinar, o prefeito prefere assinar em conjunto com o secretário. Contudo, a representante do Espírito Santo ressaltou que a Lei é clara ao atribuir essa função ao Secretário de Saúde.

#### *A contabilidade do Fundo*

A representante do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo sugeriu que a contabilidade do Fundo deve ser realizada na administração central do município, não existindo sentido para uma contabilidade própria, principalmente em municípios pequenos. Já o representante do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará ponderou que a operacionalização da contabilidade deve ficar a cargo de cada município.

#### *Instrumentos de acompanhamento, fiscalização, prestação de contas e controle dos recursos aplicados*

Segundo a representante do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, um instrumento importante de acompanhamento dos recursos é a própria prestação de contas. Ela lembrou que, segundo a Lei N.º 8.689/93, essa prestação de contas deve ser realizada em audiência pública, trimestralmente. Nesse sentido, a representante alertou o Ministério da Saúde para que orientasse os municípios quanto aos tipos de demonstrativos de prestação de contas a serem utilizados. Já o representante do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo sugeriu que os municípios se valessem de um único sistema padronizado de informações contábeis. Dessa maneira, seria possível evitar que os municípios tivessem distintos sistemas de informações, um para cada área — Educação, Saúde (SIOPS) etc. Segundo o representante de São Paulo, esse sistema único já existe no Estado do Rio Grande do Sul e, mais recentemente, vem contando com o apoio do BNDES para a sua efetivação nos demais estados.

O representante do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais também defendeu a necessidade de padronização de um sistema único de prestação de contas, com demonstrativos específicos. Isso impediria que os Tribunais de Contas elaborassem formulários próprios, passíveis de serem alterados con-



forme mudança no seu corpo diretivo. Nessa perspectiva, o representante do Fundo Nacional de Saúde sugeriu que a Coordenadoria de Normas Técnicas do Ministério da Saúde elaborasse o conteúdo de uma Instrução Normativa a ser publicada pelo Tesouro Nacional, normatizando os modelos de prestação de contas de acordo com os diferentes tipos de transferências de recursos do Ministério da Saúde aos estados e municípios (Fundo a Fundo – MAC/AIH; PAB e remuneração por serviços produzidos etc.). Conforme o representante do FNS, atualmente, existe a Instrução Normativa do Tesouro 01/97 que se aplica somente à prestação de contas de convênios. Nessa linha de raciocínio, a procuradora da Unicamp explicou que é possível o Ministério da Saúde, mediante uma portaria, regulamentar a aplicação do repasse Fundo a Fundo.

*A aplicação de recursos em saúde: despesa empenhada, liquidada ou paga?*

O representante do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará mencionou que a EC 29 cometeu o mesmo equívoco da área da Educação, ao determinar que estados e municípios “aplicarão” recursos. Qual o significado de **aplicação**? Despesa empenhada, liquidada ou paga? Segundo esse representante, na Educação, no período posterior à Constituição até o advento da emenda, vários Tribunais consideraram a despesa paga por uma questão de operacionalização. Isso porque, quando se fazia a apuração do gasto aplicado, a Educação não contava com uma conta vinculada, impedindo que se soubesse se o montante da despesa empenhada era o comprometido, pois, muitas vezes, o gestor anulava o empenho e não aplicava o recurso correspondente, efetivamente. Após o advento da emenda, foi criada uma conta específica, facilitando a diferenciação entre despesa empenhada e paga. No Ceará, para a Educação, o Tribunal tem considerado a despesa empenhada e líquida, baseada no princípio da competência da despesa, no consumo de ativos. Se a despesa foi empenhada e realizada (líquida), houve o consumo de ativos. Conforme ponderou o representante do Ceará, quem adota a despesa empenhada, corre o risco de estar apropriando uma despesa que, ano seguinte, poderá ser anulada. Por outro lado, quem usa a despesa paga, pode estar penalizando municípios ou estados que tenham líquido suas despesas naquele exercício e não tenham tido tempo hábil para pagá-las.

A representante do Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso informou que esse Tribunal considera a despesa efetivamente realizada. Segundo a sua interpretação, a EC 29 mencionou a despesa empenhada somente no nível da União, não o fazendo para estados e municípios. A fim de esclarecer a metodologia utilizada por esse Tribunal, a sua representante esclareceu que é considera-

da a despesa empenhada menos o Restos a Pagar do exercício em análise. Já os Restos a Pagar do exercício anterior são computados. No caso do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, a apuração da despesa aplicada tem considerado a empenhada, sobretudo pela facilidade de se obter as informações dispostas nos anexos dos balanços contábeis.

### *O papel do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)*

O representante do CONASS fez menção à necessidade do engajamento das secretarias estaduais no papel da auditoria dos recursos aplicados em saúde. O decreto que cria o SNA estabelece que à União cabe fiscalizar os recursos por ela transferidos, e aos estados os seus recursos transferidos aos municípios. Porém, o representante do CONASS alertou que, nos municípios de Gestão Plena do Sistema, a auditoria dos recursos é realizada, exclusivamente, pelo Ministério da Saúde, ficando os estados restritos a uma auditoria dos aspectos de organização do SUS. Sendo assim, o representante do CONASS ponderou a necessidade do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria acompanhar os recursos desses municípios; porém, entendeu que, para que isso fosse possível, seria necessária a existência de um instrumento legal.

Para a diretora do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), o sistema está operando com a auditoria dos estados nos municípios independentes de sua forma de gestão. Em seguida, a diretora solicitou a parceria dos Tribunais para a efetiva realização da auditoria pelos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional. Isso porque, para ela, há uma lacuna importante em relação aos resultados da auditoria sobre os recursos provenientes do ressarcimento dos Planos e Seguros Privados de Saúde. Os estados e municípios, quando realizam a auditoria, percebem a necessidade do ressarcimento desses recursos, mas não dispõem de instrumentos para garantir que sejam destinados aos Fundos Estaduais e Municipais. Na prática, o produto do ressarcimento acaba sendo destinado ao FNS.

O DENASUS entende que o retorno dos recursos ressarcidos ao FNS acabaria penalizando os estados e municípios. Nesse caso, sugere que o ressarcimento seja feito mediante um Plano de Aplicação desses recursos. Para se ter uma idéia, a diretora do DENASUS comentou um exemplo com base nos recursos provenientes do Programa de Saúde da Família local. Para ela, se esse for o caso, o recurso ressarcido deverá retornar à população adscrita ao PSF. Porém, segundo a diretora, isso não tem tido respaldo dos Tribunais, pois estes entendem que o ressarcimento deve incidir em tomada de conta especial. A dire-

tora do DENASUS alertou que os estados e, principalmente, os municípios não sabem como realizar uma tomada de conta especial. Dessa forma, solicitou aos Tribunais a sua contribuição na criação de instrumento específico para essa tomada de conta especial, evitando-se a suspensão desses recursos ressarcidos e o seu retorno ao Fundo Nacional de Saúde, o que acabaria prejudicando, no seu limite, a população local.

Contudo, o representante do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará ponderou que os Tribunais de Contas Estaduais e Municipais não dispõem de competência para adentrar na questão colocada. O representante do Ceará insistiu que essa é uma responsabilidade do Tribunal de Contas da União (TCU), sobretudo, por se tratar de verba transferida. Ele comentou, ainda, que os Tribunais de Contas Estaduais e Municipais têm dificuldade para exigir que os seus jurisdicionados paguem as multas e façam os ressarcimentos devidos.

#### *Limites de fiscalização do controle externo – TCU e TCEs – às transferências do SUS*

O representante do Ceará salientou que os componentes estaduais não podem intervir nos municípios, quando se tratar de seus recursos próprios. Os estados só podem proceder a fiscalização dos recursos por eles transferidos. O mesmo caso serve para a União, que pode fiscalizar somente a aplicação dos seus recursos transferidos. Ao município, insistiu o representante do Ceará, cabe apurar a aplicação das suas receitas próprias. Sendo assim, concluiu que é importante existir cooperação entre os componentes dos sistemas de auditoria.

Nesse tema, o representante do Tribunal de Contas da União ressaltou que a definição de competência de cada esfera de governo é complicada. O TCU tem firmado acordos de cooperação técnica com os Tribunais de Contas Estaduais e Municipais, porém, o representante admitiu não ter conhecimento desses acordos. No entanto, acredita que esses Tribunais devem dispor de autorização para auditarem os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde.

A procuradora da Unicamp manifestou o seu contentamento em ouvir que a diretora do DENASUS tenha afirmado que o ressarcimento deve ser destinado ao Fundo do Município ou do Estado, e não retornar ao FNS. Segundo a procuradora, isso tem sido uma resistência do Ministério da Saúde, há muito tempo. Em seguida, a procuradora ponderou que, se os Tribunais de Contas realizam a fiscalização dos recursos transferidos por meio do FPM e FPE, não teriam motivos para procederem de forma diferenciada em relação às transferências do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais.

Conforme a procuradora, as transferências do SUS Federal são constitucionais, uma vez que são tratadas na EC 29. Ainda fez questão de externar uma de suas antigas reflexões: existem recursos federais e nacionais, sendo que os nacionais são os recursos que a União arrecada e a Constituição obriga que sejam repartidos e devolvidos aos estados e municípios. Entende a procuradora que a União também está fazendo isso com o dinheiro da Saúde. Nessa perspectiva, não se pode aceitar que os Tribunais de Contas façam o controle do FPM e FPE, e não o façam para as transferências da Saúde. Porém, o representante do Tribunal de Contas do Estado de Sergipe indagou: Em que parte da Emenda Constitucional N.º 29 é mencionada a transferência do SUS como transferência constitucional? Como resposta, a procuradora lembrou que as transferências da União são obrigatórias e encontram-se mencionadas na Emenda, no seu artigo 7º, o qual acresce o artigo 77 ao Ato das Disposições Transitórias.

Nessa discussão, ainda, o representante do Tribunal de Contas do Estado de Sergipe manifestou surpresa quanto à dúvida do colega do TCU. Isso porque, para ele, o Acordo de Cooperação mencionado não trata de transferir competência constitucional. O representante de Sergipe insistiu que os Tribunais de Contas dos estados não dispõem de competência para julgar um recurso transferido. Esses Tribunais podem identificar, por exemplo, que no município do interior houve um desfalque na conta do PAB e do PSF e, a partir daí, o TCU deve apurar e aplicar as sanções cabíveis.

Já o representante do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina ressaltou que o Decreto Federal N.º 1.651/95, que institui o Sistema Nacional de Auditoria, em seus artigos 5º e 6º, estabelece que a fiscalização dos recursos transferidos (prestação de serviços ou Fundo a Fundo) é de competência dos Conselhos e dos Tribunais de Contas. O representante lembrou, ainda, que o Decreto estabelece que a fiscalização desses Tribunais deve verificar se os recursos destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde, são remunerados de acordo com a tabela do SUS. Tanto é assim que, no Estado de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde — gestão plena —, que pagava um diferencial a essa tabela, teve que restringi-lo aos serviços laboratoriais, tendo o restante dos seus serviços pago conforme a tabela SUS.

O representante do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará fez questão de lembrar que os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) não pensam como a procuradora da Unicamp e como muitos técnicos dos Tribunais de Contas do País. Segundo ele, a descentralização do controle externo deveria

existir; porém, na prática, não é o que vem ocorrendo. Para tanto, o representante do Ceará mencionou o caso do FUNDEF. Segundo ele, está havendo um retrocesso na fiscalização desse Fundo, porque os ministros do Superior Tribunal de Justiça (STJ) estão interpretando de forma equivocada a fiscalização desses recursos. E mencionou que a matéria está contemplada nas súmulas 208 e 209 do STJ. A 208 estabelece que compete à Justiça Federal processar e julgar prefeito municipal por desvio de verba sujeita a prestação de contas perante órgão federal. O representante do Ceará afirmou que os recursos de transferências constitucionais, sejam eles do FPE, do FPM e das transferências da União na área da Saúde, incluem-se nessa súmula. Já a súmula 209 estabelece que compete à Justiça Estadual processar e julgar prefeito por desvio de verba transferida e incorporada ao patrimônio municipal. Essa súmula trata de recursos de transferência de capital, e não de transferências correntes. Diante disso, o representante do Ceará concluiu que as transferências correntes do SUS não podem ser fiscalizadas pelos Tribunais de Contas dos estados. Como exemplo, citou que, com base nessa interpretação, as análises elaboradas pelos Tribunais locais sobre as contas de 7 prefeituras de seu estado, que estavam para ser julgadas no Tribunal de Justiça, foram sustadas e enviadas para a Justiça Federal.

Ainda lembrou esse representante que, com base na súmula 208, a decisão da ADIN 1.934 do STF suspendeu o artigo 1, parágrafo único da Lei N.º 9.604/98, mencionado no item 3.4 – prestação de contas –, deste Relatório. Contudo, o representante do Fundo Nacional de Saúde ressaltou que a liminar da ADIN, concedida em setembro de 1999, não teve um julgamento de mérito final e, portanto, a causa estaria *sub judice*. Isso torna a questão da prestação de contas passível de alterações, permitindo que as discussões sobre esse tema possam ser levadas ao conhecimento do STF. Assim, o representante do FNS sugeriu que fosse encaminhada uma proposta à consultoria jurídica do Ministério da Saúde para que venha a se posicionar a respeito dessa ADIN. Segundo esse representante, há que se ter uma legislação que contribua ao SUS.

Como última intervenção sobre a questão da fiscalização dos recursos do SUS, o representante do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais ponderou que a natureza jurídica do FPE e do FPM decorre de repartição de receita tributária e nada tem a ver com a natureza jurídica dos repasses da Educação e da Saúde, que são repasses vinculados. O representante de Minas acrescentou que o ente governamental que recebe os repasses do FPE ou do FPM, usa-os com discricionariedade, ou seja, conforme critérios de conveniência. Já os recur-

tos repassados pelo Ministério da Saúde (SUS) referem-se a questões ligadas à Saúde e, portanto, existe um programa maior (Saúde), cujas diretrizes partem do SUS. O representante de Minas fez questão de concordar com a procuradora da Unicamp, ao dizer que as transferências SUS são constitucionais. Porém, na sua opinião, não é por estarem no texto da Constituição Federal que essas transferências têm a mesma natureza jurídica dos repasses do FPE e do FPM. Para esse representante, todas essas transferências constitucionais poderiam ser fiscalizadas pelos Tribunais de Contas Estaduais, porém não dispõem da mesma natureza jurídica. Por fim, o representante de Minas lembrou que, de acordo com a visão do TCU, se a verba for realizada mediante convênios federais, o prefeito deverá se submeter à decisão do TCU. Em tese, o TCU não teria esse poder sobre o ente municipal; mas, segundo esse representante, ele o tem. Por fim, comentou que, infelizmente, essa questão não é tão óbvia como a procuradora da Unicamp e ele gostariam que fosse.

#### *Os Conselhos de Saúde como instrumentos de fiscalização*

A representante do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo sugeriu que, na prestação de contas ao Conselho de Saúde, em audiência pública a ser realizada trimestralmente, todos os documentos apresentados poderiam ser previamente analisados pelas Comissões da Câmara. Contudo, de acordo com a própria orientação da representante de São Paulo, o Grupo 3 ponderou que os aspectos da prestação de contas deveriam fazer parte da regulamentação da EC 29. Dessa forma, a representante insistiu que o Ministério da Saúde procurasse divulgar os documentos necessários para a realização da audiência pública.

Por último, o representante do CONASS chamou a atenção para o item do relatório final do Grupo 3 que mencionava a necessidade de remunerar os conselheiros de saúde. O representante do CONASS lembrou a todos que os conselheiros de saúde não são funcionários e, portanto, não lhes cabe remuneração. Uma questão distinta seria a de propiciar condições financeiras para que o Conselho de Saúde pudesse fiscalizar, inclusive despendendo recursos para a contratação de técnicos para analisar as contas.

#### **4. A RELAÇÃO ENTRE A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL, A EC 29 E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

Nesta parte do Seminário, foram discutidos os aspectos ligados às repercussões no setor Saúde da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) publicada em 5 de maio de 2000 – Lei Complementar N.º 101/2000 –, que estabelece código de conduta para os gestores públicos, com ênfase no equilíbrio entre as receitas e despesas. Os itens analisados nesta parte dizem respeito a:

1. Limites para a despesa de pessoal do PACS e PSF
2. Condições para a despesa obrigatória de caráter continuado
3. Vinculação da execução dos recursos de saúde
4. Restos a pagar das despesas de saúde
5. Transferências voluntárias
6. Custeio das despesas de saúde de competência de outros entes da Federação
7. Controle e fiscalização dos recursos

##### **4.1. Limites para a despesa de pessoal do PACS e do PSF**

Os artigos 18 e 19 da LRF abrangem os limites para o gasto com pessoal. No caso da Saúde, merecem reflexão as despesas referentes ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF), sobretudo quanto à classificação dos seus gastos com pessoal. Sabe-se que a contratação de pessoal do PACS e PSF é realizada pelos municípios com recursos transferidos pelo Governo Federal, como forma de incentivo financeiro – Piso da Atenção Básica variável. Há quem entenda que essas contratações devam ser incluídas no limite das despesas com pessoal determinado pela Lei de Responsabilidade Fiscal. No entanto, essa questão merece maior debate para que não sejam desrespeitados tanto os limites dessa Lei quanto a prioridade por parte do SUS em utilizar esses programas como estratégias estruturantes de mudança do modelo assistencial de saúde.

Segundo o documento “Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional N.º 29”, a remuneração dos agentes que atuam no PACS e no PSF não é objeto do conteúdo da definição de despesa pessoal do artigo 18 da Lei de Responsabilidade Fiscal; e nem os agentes contratados por esses programas devem ser entendidos como substitutos de servi-

dores e empregados públicos, contabilizados como “Outras Despesas de Pessoal”. Isso porque os recursos que compõem a remuneração desses agentes são provenientes de “transferências correntes da União – Ministério da Saúde”, efetuadas pelo Fundo Nacional de Saúde para pagamento de incentivos a pessoas que atuam no PACS e no PSF. Vale dizer, tais recursos não decorrem de receita própria dos municípios.

Considerados como despesas provenientes de transferências, os recursos despendidos por esses programas, seguindo a classificação da Portaria Interministerial N.º 163, de 4 de maio de 2001, seriam contabilizados como 3.3.90.36.00, na categoria de despesas correntes, no grupo de natureza da despesa “Outras Despesas Correntes”, na modalidade de aplicação “Aplicações Diretas”, no elemento de despesa “Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física”.

A Portaria N.º 163 definiu que esse elemento de despesa deve ser entendido como: “despesas decorrentes de serviços prestados por pessoa física pagos diretamente a esta e não enquadrados nos elementos de despesa específicos, tais como: remuneração de serviços de natureza eventual prestados por pessoa física sem vínculo empregatício; estagiários; monitores diretamente contratados; diárias a colaboradores eventuais; locação de imóveis; salário de internos nas penitenciárias; e outras despesas pagas diretamente à pessoa física”.

É importante que se diga que, contabilizadas como “Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física”, as despesas do PACS e do PSF devem seguir as exigências da LRF quanto às despesas com serviços de terceiros. Ou seja, essa despesa não pode exceder, até o ano de 2003, o quanto ela representava (percentual) da Receita Corrente Líquida (RCL) em 1999.

Já a parcela de recursos alocada pelos estados e municípios para o pagamento da cobertura dos agentes proveniente de recursos próprios deve ser contabilizada como despesa de pessoal, classificada no item 3.1.90.11.00 – Pessoal e Encargos Sociais, Aplicações Diretas, Vencimento e Vantagens Fixas – Pessoal Civil. Tais despesas devem respeitar as exigências do artigo 18 da LRF para os limites com gasto de pessoal.

#### **4.2. A discussão do Grupo 4**

O Grupo 4 dedicou a maior parte de seu tempo à discussão dessa temática, concentrando sua atenção na análise da pertinência ou não da inclusão dos gastos com PACS/PSF no limite da despesa com pessoal e nas formas de contratação admissíveis.



### *Inclusão dos gastos com PACS/PSF no limite do gasto com pessoal*

Os participantes do Grupo 4 defenderam duas posições. A primeira concordou com a interpretação do texto-referência do Seminário e do documento “Parâmetros” mencionada acima, isto é, de que a despesa com os agentes, por ser financiada com recursos de transferência, não deve ser incluída no limite do artigo 18 da LRF.

A outra posição considerou essa formulação inadequada. No seu entendimento, haveria um problema resultante do fato de as transferências integrarem a receita corrente e o gasto delas derivado não compor a despesa com pessoal. Segundo eles, isso resultaria na ampliação indevida do limite de gastos com pessoal definido pela LRF. Nesse sentido, alguns participantes manifestaram que o ajuste deve ser feito mediante redução do gasto com pessoal em outras áreas da gestão pública.

Diante da existência dessas duas posições, o Grupo 4 considerou necessária a criação de consensos e o estabelecimento de jurisprudência, a fim de que sejam evitadas, entre os Tribunais de Contas, diferentes decisões de julgamento sobre os limites da Despesa de Pessoal do PACS e do PSF. Sugeriu, além disso, mudança legal para contemplar a especificidade das necessidades do setor Saúde, o que poderia ser feito quando da regulamentação da EC 29.

Contudo, o Grupo 4 foi unânime em defender a necessidade de se encontrar solução de curto prazo que garanta a realização das ações e serviços de saúde, ressaltando que não deve haver apenas uma interpretação literal do texto da LRF. Isso porque os participantes do Grupo 4 entenderam que a LRF, que regulamenta os artigos 153 a 159 da Constituição Federal de 1988, não pode constituir obstáculo à efetivação do Direito à Saúde, incluído no art. 6º como direito social fundamental. Uma alternativa seria os Tribunais de Contas registrarem o excesso da despesa com pessoal, quando houvesse eventual superação de limite em razão das despesas com PACS/PSF, ressaltando que o mesmo ocorreu por força do cumprimento do art. 6º.

No caso dessa sugestão ser considerada, os participantes do Grupo salientam que é indispensável que as receitas e despesas dos programas sejam discriminadas da maneira mais clara possível, para permitir a identificação dos valores de cada programa.

### *Formas de contratação admissíveis dos agentes do PACS/PSF*

O Grupo 4 analisou diversas formas de contratação passíveis de serem consideradas pelo setor público: concurso público; cargo comissionado; contratação

temporária; cooperativas; parcerias com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSICIP).

Os integrantes do Grupo foram unânimes quanto à inadequação do uso de *concurso público* para suprir as necessidades de recursos humanos de programas que não se caracterize como ação continuada e que dependa de transferência de recursos específicos. Além disso, os participantes do grupo salientaram que os municípios de menor porte e mais distantes dos centros de referência de saúde não têm condições para recrutar profissionais de saúde em jornada integral – em particular médicos –, sem remuneração diferenciada.

O Grupo 4 ponderou que a *provisão de cargos comissionados* não se configura como alternativa adequada, e que a contratação de *cooperativas* não responde às características dos programas PACS/PSF.

Diante disso, o Grupo 4 apontou duas alternativas adequadas:

- a) a *contratação temporária*, realizada nos termos do inciso XIX do artigo 37 da Constituição Federal, mediante lei específica que estabeleça as regras, os prazo de vigência dos contratos, a forma e critérios de seleção, os direitos dos contratados, entre outros. Para os participantes do Grupo, a principal vantagem dessa forma de contratação é a possibilidade do gestor incorporar recursos humanos em caráter transitório, até que os programas sejam institucionalizados e venham a integrar o SUS como ação continuada, quando seria necessária a realização de concurso público. O uso da contratação temporária permitiria, ao mesmo tempo, que regime, jornada de trabalho e remuneração diferenciados fossem praticados.

Dentre os aspectos negativos dessa forma de contratação, foi ressaltada a impossibilidade do contrato ser renovado, o que implica em alteração periódica da equipe, com risco dos serviços serem interrompidos e do treinamento realizado ser perdido. Além disso, foi mencionado que essa forma de contratação provoca prejuízo em termos de perda de direitos trabalhistas.

- b) *parcerias com OSICIP*, que, nos termos da Lei N.º 9790, constituem alternativa pouco utilizada. Segundo o entendimento de alguns participantes, esse tipo de parceria não se caracteriza como terceirização. Foi discutido, entretanto, que essa forma de contratação

poderia colocar em risco a responsabilidade do setor público com as suas funções precípuas. Para que isso não ocorra, foi enfatizada a necessidade do uso efetivo dos mecanismos de controle.

#### **4.3. Condições para a despesa obrigatória de caráter continuado**

A LRF, ao criar condições para a criação ou aumento da Despesa Obrigatória de Caráter Continuado (despesa corrente derivada de uma medida legal ou administrativa cuja execução dar-se-ia por mais de dois anos – artigo 17), não exigiu que fossem demonstradas as despesas com saúde, desde que resultassem na expansão quantitativa do atendimento e dos serviços prestados (artigo 24, parágrafo 1º, inciso II). Porém, de acordo com a LRF, essas despesas não estão isentas da obrigação de informarem a estimativa de impacto orçamentário-financeiro no exercício em que entrarem em vigor e nos dois subseqüentes; que a despesa criada, ou até mesmo aumentada, não afetará as metas de resultados fiscais constantes do Anexo de Metas Fiscais da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

#### **4.4. As possibilidades de limitação dos empenhos**

A LRF definiu que, caso ao final de um bimestre a receita não corresponda ao que foi estabelecido nas metas fiscais do Anexo de Metas Fiscais da LDO, ocorrerá a limitação do empenho. Contudo, a mesma lei estabelece que não serão objetos de limitação as despesas que constituam obrigações legais, como o caso das despesas de saúde. Essas, por derivarem de obrigação constitucional (Emenda Constitucional N.º 29) e legal (legislação federal do SUS), não são passíveis de sofrerem limitação de empenho (conforme artigo 9º, parágrafo 3º da LRF).

#### **4.5. Vinculação da execução dos recursos de saúde**

A LRF, ao tratar da execução orçamentária, determina que os recursos de saúde, por serem recursos vinculados e voltados a finalidade específica, por força constitucional e legal, serão utilizados exclusivamente para responder ao objeto da sua vinculação, ainda que em exercício diferente daquele em que ocorrer a sua origem (parágrafo único do artigo 8º).

Em relação aos itens 4.2, 4.3 e 4.4, o Grupo 4 manifestou total concordância com o exposto no texto de referência do Seminário.

#### **4.6. Restos a Pagar das despesas relativas à Saúde**

A LRF determinou que, nos 3.º e 4.º quadrimestres do último ano do

mandato, o governo não poderá contrair despesas para o exercício seguinte sem a necessária provisão de recursos financeiros (artigo 42). A rigor, a questão que se coloca é que não poderão ser feitos contratos de última hora, que onerem o próximo mandato. O parecer jurídico da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas entende que, no âmbito das despesas que cada instância de governo está obrigada a aplicar em saúde, por exigência da Emenda Constitucional N.º 29, a inscrição em Restos a Pagar deverá seguir os dispositivos da Lei N.º 4.320/64 e da LRF, cuja inscrição será realizada se houver recursos disponíveis para o pagamento, atendido o limite constitucional. No caso das despesas efetuadas com recursos vinculados a uma aplicação específica, a inscrição será realizada conforme a existência de recursos em conta bancária vinculada; ou, se os recursos ainda não tiverem sido recebidos, a inscrição deve ser feita mediante respaldo no direito a receber, sendo contabilizado no Ativo Financeiro, em conta do Realizável.

Nesse sentido, pode-se comentar que as despesas realizadas em ações e serviços de saúde pelo município, mesmo financiadas pelas transferências federais do SUS (SIA/SIH, PACS, PSF etc.) – repassadas mensalmente, ainda que o recebimento da parcela do mês de dezembro seja efetivado somente em janeiro do exercício seguinte –, devem, obrigatoriamente, integrar Restos a Pagar, quer processados ou não processados, conforme o caso. Contudo, segundo o Documento “Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional N.º 29”, essa questão não se encontra adequadamente equacionada.

Os participantes do Grupo 4 não concordaram que despesas realizadas com recursos de transferência federal sejam inscritas em Restos a Pagar, por entenderem, ao contrário da ATRICON, que não correspondem ao determinado pela LRF e pela Lei N.º 4320. Ao mesmo tempo, apontaram a necessidade de se encontrar alternativa que ofereça solução para as características das transferências do SUS, que ocorrem somente após a realização das ações. Entenderam, ainda, que havendo especificação da fonte do recurso, seria possível ponderar que a existência de Restos a Pagar não resultou da vontade do gestor. Desse modo, haveria a indicação da irregularidade, acompanhada de ressalva quanto à não responsabilidade pela existência da mesma.

#### **4.7. Transferências voluntárias**

A suspensão de transferências voluntárias para a área da Saúde não pode ser utilizada como medida punitiva ao não-cumprimento das metas fiscais do

ente federado. Segundo a LRF, o corte dessas transferências não se aplica àquelas relativas às ações de saúde (parágrafo 3 do artigo 25). Contudo, a instância de governo que não aplicar o mínimo constitucional em saúde não perceberá os recursos transferidos de forma voluntária da União o do estado (alínea *b*, inciso IV do artigo 25).

Ao relacionar essas determinações da LRF com a EC 29, verifica-se que o artigo 4º da Emenda altera o parágrafo único do artigo 160 da Constituição Federal, e deve ser analisado em conjunto com os artigos 1º e 2º. Seu objetivo é reter os recursos quando os estados e municípios não aplicarem mínimo obrigatório para a Saúde. Assim, fica prevista a suspensão de repasses constitucionais. Se o estado ou o município não observar a regra constitucional e deixar de aplicar os recursos mínimos em ações e serviços de saúde, e nem ajustar a aplicação dos recursos na execução do seu orçamento, abre-se a possibilidade da sanção, já que o ordenamento constitucional é explícito nesse sentido.

É preciso cuidar para que a aplicação dessa sanção não prejudique a continuidade do atendimento em saúde. Também deverão existir instrumentos que assegurem que o ente federado irregular compense, nos meses subsequentes à aplicação da sanção, os recursos aplicados a menor em saúde.

Os participantes do Grupo 4 não manifestaram dúvida quanto ao fato de a suspensão das transferências voluntárias para a área da Saúde não poder ser utilizada como medida punitiva ao não-cumprimento das metas fiscais do ente federado. Consideraram, contudo, que o dispositivo referente às sanções previstas pela não aplicação do mínimo constitucional em saúde não pode ser implementado enquanto o mesmo não for regulamentado.

O Grupo 4 destacou a importância da regulamentação responder as seguintes questões:

- a) Quando o julgamento do cumprimento do mínimo constitucional será realizado? De maneira conjunta com as contas da gestão?
- b) Caso não haja determinação de decêndios, as certidões serão anuais?
- c) Quem determinará o bloqueio dos recursos?
- d) Como será efetivado o bloqueio? Será por via administrativa ou pelo Ministério Público?
- e) Qual será a duração do bloqueio dos recursos?

#### **4.8. Custeio das despesas de saúde de competência de outros entes da Federação**

O Grupo 4 manifestou concordância quanto ao fato de o município não enquadrado nas condições de gestão do SUS necessitar que a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual autorizem, mediante convênio, o custeio das despesas correntes relativas à manutenção de serviços federais ou estaduais, como por exemplo: hospitais, prontos-socorros, unidades de saúde etc. (incisos I e II, artigo 62 da LRF).

#### **4.9. Controle e fiscalização dos recursos**

O Grupo considerou adequada a formulação do texto-referência do Seminário, abaixo citada:

“A LRF estabelece regras para o financiamento da área da Saúde e exige maior transparência para a sua gestão. Sabe-se que, para o financiamento das ações e serviços de saúde ser garantido, é necessário acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos por parte da sociedade. A LRF veio (re)confirmar essa necessidade de transparência da gestão fiscal, já determinada pelas Leis específicas no campo da Saúde — a Lei N.º 8.689/93 e o Decreto Federal N.º 1.651/95, conforme mencionado. Segundo o artigo 48 da LRF, os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias, bem como as prestações de contas e os relatórios de execução orçamentária e atividades fiscais, devem ser instrumentos de transparência da gestão fiscal do município, devendo receber ampla divulgação. Ademais, no seu parágrafo único, a transparência será garantida, também, por meio de incentivo à participação da sociedade e realização de audiências públicas durante a elaboração do processo orçamentário — Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.”

Os participantes do Grupo 4 acrescentaram ao texto apenas a importância de haver um contato mais estreito entre os Tribunais de Contas e os Conselhos de Saúde, e de uma orientação aos gestores para que os dispositivos sejam cumpridos.

#### **4.10. O debate na plenária**

O debate sobre o tema 4 foi precedido de uma comunicação do representante do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Segundo este técnico, as avaliações dos Tribunais de Contas sobre a Portaria Interministerial N.º 163/2001 (dispõe sobre normas e novos registros das contas públicas) foram

unânicos em afirmar que a contratação temporária constitui-se em despesa de pessoal. Vários estudos de técnicos dos Tribunais vêm sendo realizados para serem apresentados à Secretaria do Tesouro Nacional, com a finalidade de sugerir modificações ao texto da 163. Conforme informação do representante de São Paulo, os Tribunais de Contas do Rio Grande do Sul e Minas Gerais estão se posicionando contra a 163.

#### *Limites para as despesas de pessoal do PACS e do PSF*

O representante do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará informou que, nos encontros realizados pelos Tribunais sobre a LRF, ficou decidido: incluir as receitas de convênios no cálculo da receita corrente líquida; e que toda despesa efetuada com recursos humanos provenientes dessas receitas de convênios deveria ser computada nos limites da despesa de pessoal exigida pela LRF. O representante do Ceará ponderou que, se existisse qualquer posicionamento diferente, este deveria fornecer sustentação legal às decisões dos Tribunais. Para esse representante, se a forma de contratação do PACS/PSF for a de contratação temporária, esta seria entendida pelos Tribunais como despesa de pessoal.

Já a representante do Tribunal de Contas do Estado do Paraná anunciou que a decisão do seu Tribunal é diferente, elaborada com base no parecer do procurador geral. De toda forma, a representante do Paraná concordou com a opinião de seu colega do Ceará. Segundo ela, de acordo com a LRF, não se pode excluir as receitas transferidas para o PACS/PSF do cômputo da Receita Corrente Líquida. Contudo, salientou que a preocupação de seu estado era a de que os municípios, ao aderirem a esses programas de caráter temporário, poderiam ao final, ter suas folhas de pessoal inchadas. Sua contribuição ao debate, portanto, concentrava-se na idéia de que os valores desses programas deveriam ser considerados como despesa de pessoal, mas não contratados por meio de concurso público. Por fim, sugeriu que, se o município viesse a superar o limite da despesa de pessoal, procurasse, então, justificar a contratação realizada para os programas como resposta à necessidade constitucional de se garantir saúde à sua população (artigo 6º da Constituição Federal).

O representante do Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso, nessa mesma linha, argumentou que não se pode modificar a exigência constitucional de contratação por meio de concurso público para atender programa temporário (PACS/PSF). Se isso for necessário, que a Lei Complementar da EC 29 trate das contratações temporárias.

Em seguida, o representante do Tribunal de Contas do Estado do Ceará lembrou o posicionamento do Grupo 4. Segundo ele, o consenso construído no Grupo 4 foi o de que os prefeitos não deveriam ficar inibidos para realizar os programas PACS/PSF, mesmo que viessem a ultrapassar o limite de gasto com pessoal. A conclusão do Grupo é de que os Tribunais de Contas devem fazer constar de seus relatórios que a violação da LRF ocorreu em resposta ao cumprimento dos preceitos constitucionais – a aplicação da EC 29 e, especificamente, do artigo 6º da Constituição Federal. O representante do Ceará lembrou, ainda, que a definição do Grupo 4 foi a de que, enquanto essa temática não for resolvida na Lei Complementar que regulamentará a EC 29, os Tribunais deverão resolver cada caso segundo as suas particularidades.

Como forma de chamar a atenção dos debatedores, o representante do CONASS fez questão de ressaltar que era um erro considerar o PACS e o PSF como programas conjuntos. Esse representante informou que o PACS não conta com uma profissão regulamentada e que, de acordo com a 11.ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, os agentes comunitários não poderiam ser contratados por meio de concurso público, sobretudo pela natureza do programa. No caso do PSF, o representante do CONASS lembrou que este não é um programa temporário. O próprio Ministério da Saúde vem qualificando-o como uma “estratégia” do Programa de Saúde da Família, porque ela altera o modelo assistencial de saúde, especialmente em nível da atenção básica.

De volta à questão de incluir os gastos com o PACS e o PSF no limite de gasto com pessoal, o representante do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo apontou para a dificuldade operacional dos Tribunais de Contas identificarem que a superação do limite de gasto com pessoal nas prefeituras foi decorrente do gasto com saúde.

Diferentemente das colocações havidas no debate, até o momento, o consultor de orçamento da Câmara dos Deputados apresentou seu argumento. Conforme sua experiência pessoal de participação na discussão do grupo que tratou da LRF, a questão do PACS e do PSF é de natureza muito complicada. Segundo informou esse consultor, a dificuldade de contratação de pessoal para esses programas é anterior à publicação da LRF, e sabe-se que suas contratações ocorrem, majoritariamente, na forma de terceirizações. Para que se tenha uma visão clara da dimensão dessa temática, o consultor da Câmara destacou dois aspectos: primeiramente, o parágrafo 1 do artigo 18 da LRF foi elaborado para evitar que estados e municípios burlassem o que já vinha acon-



tecendo em relação à Lei Camata. Nesse sentido, o consultor da Câmara argumentou que as contratações do PACS nada têm a ver com a burla dessa Lei e, portanto, não se pode pretender o seu enquadramento nas exigências da LRF. Em segundo lugar, o consultor lembrou que o PACS e o PSF são programas federais, e que os municípios funcionam como operadores dos programas da União. Nesse caso, ressaltou que a despesa de pessoal deve ser computada no cálculo da União; o registro para a despesa de pessoal do município ocorreria somente se esse ente dispusesse recursos próprios.

Diante da colocação do consultor da Câmara, a representante do Tribunal de Contas do Estado do Paraná concordou com a idéia de que o problema de contratações desses programas é anterior à LRF, mas os Tribunais sempre rechaçaram a existência de contratações terceirizadas. Dentre as várias justificativas, destacou o problema do passivo trabalhista dos municípios ao se utilizarem dessas terceirizações. Segundo a representante do Paraná, a sugestão do consultor da Câmara em computar a despesa com pessoal do PACS e do PSF pela União era interessante; porém, ainda permanecia o problema não resolvido da contratação. Por fim, essa representante insistiu na idéia de que a legislação precisaria ser revista.

Nessa perspectiva, o representante do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais lembrou, mais uma vez, que a preocupação do Grupo 4 foi a de que a LRF teria que ser mudada. Contudo, o representante desse Tribunal ponderou que uma interpretação do campo do Direito poderia concluir que o que está escrito não tem que ser aplicado literalmente. Segundo o representante de Minas Gerais, em Direito, sabe-se que a lei não é precisa, mesmo quando ela prima pelo esforço em ser clara. “Dizer que está escrito na LRF e não tem como escapar, não tem sentido”, comentou o representante. Isso porque a LRF não pode ser colocada acima da Constituição Federal. Por essa razão, o Grupo 4 citou o artigo 6º da Constituição Federal que trata do Direito Fundamental da Saúde. “Se os limites da LRF estão inviabilizando as ações da Saúde, vale a Constituição”, afirmou o representante de Minas. Para ele, o juiz, na aplicação da lei, deverá atender aos fins sociais para os quais ela foi elaborada. “Infelizmente, a LRF tem origem incontestável, o FMI. A LRF está bem clara em tudo que seja para proteger o serviço da dívida”, ressaltou o representante de Minas. Na sua opinião, é difícil imaginar que um juiz possa vir a prejudicar um programa de saúde para atender a uma lei cuja finalidade é combater o déficit e o estoque da dívida. Nessa linha, concluiu que a LRF não é ruim, ao contrário, que ela teria vários méritos, mas isso não lhe permitiria inviabilizar a Saúde.

Ainda sob essa temática, o assessor técnico do CONASEMS procurou explicitar as preocupações dos impactos da LRF na área da Saúde, especialmente levantadas no âmbito das discussões do Conselho Nacional de Saúde. Conforme relatou, qualquer solução que possa vir a ser tomada deve levar em consideração as especificidades dos programas do SUS e de sua história. Segundo esse assessor, o maior patrimônio do SUS é o pessoal. Inclusive, chamou atenção para o considerado contingente de pessoal incluído na categoria de credenciados do Sistema. Conforme sua ponderação, qualquer decisão que prejudique o desenvolvimento de recursos humanos do SUS promoveria resultados negativos à implementação deste Sistema e, conseqüentemente, à saúde da população brasileira.

O representante do Tribunal de Contas do Estado de Sergipe lembrou que a informação de que dispunha indicava que os recursos repassados pelo Governo Federal tratavam de recursos a serem utilizados pelo PACS e pelo PSF de forma geral, e não exclusivamente para o pagamento de pessoal. Nesse sentido, manifestou dificuldade em dimensionar os montantes individuais das partes. Para tanto, considerou que o montante a ser computado para o cálculo da Receita Corrente Líquida fosse o demonstrado pelo gasto com o PSF. Essa linha de raciocínio foi contestada pelo consultor de orçamento da Câmara dos Deputados, afirmando que não há como amarrar a receita com a despesa. A Receita Corrente Líquida é apenas o denominador utilizado para o cálculo dos limites de despesas exigidos pela LRF, sendo, portanto, apenas um parâmetro. Além disso, comentou que as receitas do PACS e do PSF não são necessariamente vinculadas a estes programas. Esta visão já havia sido superada na Câmara, quando do conhecimento da dinâmica de gestão dos recursos do SUS. Ademais, o representante da Câmara ponderou que, se as transferências realizadas para esses programas constituíssem despesas de pessoal, seriam inconstitucionais. “Não se pode transferir uma despesa que se refira a pagamento de pessoal”, comentou o consultor de orçamento da Câmara.

Antes que o debate dessa temática encerrasse, duas ponderações foram feitas. A primeira foi a do representante do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso. Para ele, a discussão na plenária não havia sido esgotada, e sugeriu que fosse considerado o consenso do Grupo 4 e encaminhado o debate para uma próxima oportunidade. A segunda ponderação foi a do representante do Tribunal de Contas do Estado de Sergipe, propondo que, para equacionar a questão das contratações do PACS e do PSF, devesse ser convocada uma reunião, oportunamente, entre o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho, o Tribunal Regional do Trabalho, o Tribunal Superior do Trabalho, os Tribunais de Contas, a Justiça do Trabalho e o Ministério Público Trabalhista.

### *Restos a Pagar*

O representante do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará comentou, inicialmente, que o problema com a inscrição de Restos a Pagar estabelecido na LRF limitava-se à sua inscrição no dois últimos quadrimestres do mandato do prefeito. Comentou que a inscrição de Restos a Pagar, nesse período, deve ser realizada mediante disponibilidade financeira (dinheiro em caixa). Lembrou, ainda, que os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde (SIA e SIH/SUS, PACS e PSF etc.) são recursos para despesas correntes. Quando os recursos entram em janeiro, são para pagar as despesas de dezembro. Na realidade, o representante do Ceará ponderou que essas despesas que ficaram como Restos a Pagar, não foram contraídas em dezembro e sim no início do ano. Trata-se de despesas continuadas. E para maior clareza de seu entendimento, o representante do Ceará afirmou que os contratos anteriores a maio não entram no conceito de Restos a Pagar da LRF. Para efeito da análise dos Tribunais, os técnicos da área da Saúde devem informar que os recursos inscritos em Restos a Pagar referem-se a recursos que serão transferidos pelo Ministério da Saúde. Essa informação deve constar do processo, e será avaliada pelos conselheiros quando este for julgado. Conforme mencionou o representante do Ceará, essa ressalva deverá ser avaliada pelo Pleno do Tribunal.

Por fim, o representante do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo comentou que a discussão da inscrição de Restos a Pagar, realizada pelos técnicos do Tribunal de São Paulo, não se limitava ao período dos dois últimos quadrimestres da administração. Para eles, a inscrição de Restos a Pagar, em qualquer exercício do mandato do prefeito, deve ser acompanhada. Para os técnicos do Tribunal de São Paulo, o estabelecido no artigo 42 da LRF – para haver Restos a Pagar, há que se ter movimentação de caixa –, coloca-se contrário à Lei N.º 4320/64, porque todos os compromissos assumidos, tendo ou não caixa, têm que ser contabilizados e assumidos. Para tanto, o representante de São Paulo sugeriu que a inscrição a ser realizada em Restos a Pagar da Saúde fosse de acordo com as obrigações assumidas pelos Fundos de Saúde. Essas obrigações, escrituradas e contabilizadas, deveriam fazer frente à disponibilidade de caixa. Por fim, alertou que a assunção de compromissos observasse as regras estabelecidas no artigo 42 da LRF e, igualmente, na Lei N.º 4320/64, quando tratasse dos Restos a Pagar. O representante desse Tribunal também concordou com o colega do Ceará, quando da análise da auditoria. Para ele, seria importante procurar evidenciar os motivos pelos quais os Restos a Pagar inscritos na Saúde ficaram sem disponibilidade financeira de caixa.



## PROGRAMA

**Seminário sobre a Operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29**

---

<b>1. OBJETIVOS</b>	Identificar parâmetros e critérios referentes à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29; Elaborar proposições como subsídios à definição de diretrizes gerais norteadoras da operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29.
<b>2. PERÍODO</b>	19 a 21 de setembro de 2001
<b>3. LOCAL</b>	Eron Brasília Hotel Eixo Monumental-SHN 5, Bl. A Telefone: (61) 329.4100 - FAX: (61) 326.2698 - <i>Tollfree</i> 0800610999 Brasília-Distrito Federal
<b>4. PARTICIPANTES</b>	Técnicos dos Tribunais de Contas do Brasil; técnicos do Tribunal de Contas da União; representantes do Ministério da Saúde; representantes do Ministério Público Federal; representantes do Conselho Nacional de Saúde; representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); representantes das Comissões de Seguridade Social da Câmara e Assuntos Sociais do Senado; representantes da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON); especialistas na temática do financiamento da Saúde.
<b>5. PROGRAMAÇÃO</b>	

---

19 de setembro de 2001

**11h30 às 14h**  
Credenciamento

**14h às 14h45**  
Abertura:  
*A importância da Emenda Constitucional N.º 29 no financiamento da Saúde*  
**Sr. Barjas Negri**  
Secretário Executivo do Ministério da Saúde

**14h45 às 15h45**

Exposição:

*Operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29:  
questões para sua aplicação*

**Sr. José Roberto Afonso**

Chefe da Secretaria para Assuntos Fiscais do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)

**15h45 às 16h**

Intervalo

**16h às 16h30**

Debates

**16h30 às 17h**

Orientações do trabalho nos grupos temáticos

20 de setembro de 2001

**9h às 12h**

Trabalhos nos grupos temáticos

**12h às 14h**

Almoço

**14h às 17h**

Trabalhos nos grupos temáticos:  
Elaboração dos relatórios dos grupos

21 de setembro de 2001

**9h às 12h**

Plenária:

Apresentação dos relatórios dos grupos e debates

**12h às 14h**

Almoço

**14h às 17h**

Plenária:

Apresentação dos relatórios dos grupos e debates

**17h às 17h30**

Encerramento

# CONSIDERAÇÕES GERAIS

## 1) Apresentação

Uma das metas prioritárias do Ministério da Saúde é estimular a implementação efetiva da Emenda Constitucional N.º 29, a fim de assegurar um financiamento eficaz para a área da Saúde. A EC 29, ao garantir vinculação de recursos para serem despendidos em saúde, introduz uma inovação, pois define o quanto das receitas da União, estados, Distrito Federal e municípios deve ser destinado às ações e serviços públicos de saúde.

Essa emenda, de 13 de setembro de 2000, é auto-aplicável, devendo suas determinações serem seguidas desde a sua promulgação. Contudo, faz-se necessário um esforço no sentido de melhor informar e esclarecer sua aplicabilidade, a fim de que os governantes sintam-se seguros com relação a essa nova medida constitucional e avancem na implementação da saúde como direito de todos e dever do Estado, viabilizando seu acesso universal.

No momento em que se materializa a destinação dos recursos definidos pela emenda, o Ministério da Saúde se propõe a estabelecer diretrizes orientadoras para a operacionalização e aplicação da Emenda Constitucional. Nesse campo, sabe-se que os Tribunais de Contas do Brasil, no uso de suas atribuições constitucionais, são responsáveis sobre a fiscalização do cumprimento das normas da EC 29.

A realização de um seminário busca fomentar o debate entre técnicos dos Tribunais de Contas dos Estados e da União, agentes públicos e especialistas envolvidos na temática desse novo instrumento de financiamento da Saúde. Entre as várias questões que exigem amplo debate, destacam-se: indicação das despesas que integram as “ações e serviços públicos em saúde”; composição das receitas a serem vinculadas; fórmula de cálculo do montante a ser aplicado; formas de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento das disposições da EC 29; e relação da Lei de Responsabilidade Fiscal e o financiamento da Saúde. A discussão desses pontos procura ensejar possíveis consensos entre os participantes, tendo como objetivo principal subsidiar as diretrizes a serem estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a implementação da Emenda Constitucional N.º 29.

## 2) A metodologia dos trabalhos em grupos temáticos

O Seminário terá as seguintes etapas:

- 2.1) Fase expositiva, que inclui: a) a apresentação da justificativa para a realização do Seminário, objetivos e importância; b) exposição sobre a operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29, apontando os pontos polêmicos para a sua aplicação. Essa exposição será realizada por um especialista na temática, baseado-se em texto que contempla os principais pontos a serem discutidos. Esse texto será distribuído aos participantes durante a realização do Seminário.

- 2.2) Fase de discussão de pontos da EC 29, na qual:
- Os participantes são divididos em pequenos grupos de aproximadamente 25 participantes cada;
  - Cada grupo contará com um coordenador e relator previamente indicados;
  - Cada grupo fica responsável por um tema específico, agregando vários pontos da EC 29.
- 2.3) Fase de sistematização das idéias, na qual os participantes, organizados nos mesmos grupos da fase anterior:
- Selecionam dentre as idéias produzidas pelo grupo as melhores proposições em termos de subsídios para elaboração de diretrizes;
  - Consideram na seleção a pertinência, a viabilidade, as responsabilidades de cada nível de gestão, os princípios e diretrizes do SUS, a capacidade técnica e administrativa diferenciada dos estados e municípios, dentre outros aspectos;
  - Discutem, esclarecem e aperfeiçoam as idéias enriquecidas com a contribuição de todo o grupo;
  - Consideram a viabilidade do que está sendo proposto, ao selecionar as idéias, considerando que estas serão a base para a elaboração das diretrizes;
  - Organizam, ao final, o produto do trabalho do grupo, para apresentação em plenária.
- 2.4) Fase da apresentação das propostas por cada grupo, na qual:
- Um relator expõe e submete à plenária o produto do trabalho grupal;
  - A plenária solicita esclarecimentos, faz observações e sugere acréscimos ou supressões.
- 2.5) Fase posterior à realização do Seminário:
- Elaboração de documento pela relatoria geral, contendo subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29.

### **3) Temas a serem discutidos nos grupos temáticos**

#### **GRUPO 1 - ASPECTOS CONCEITUAIS DE "AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE"**

- Principais critérios para a definição do conceito de Saúde (Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde, Constituições Estaduais e Códigos Estaduais de Saúde, Códigos Municipais de Saúde etc.);
- Indicação das despesas que integram as "ações e serviços públicos em saúde";



- Indicação das despesas que não integram as “ações e serviços públicos em saúde”.

## GRUPO 2 - COMPOSIÇÃO DA BASE VINCULÁVEL E CÁLCULO DO MONTANTE A SER APLICADO

- Definição das receitas a serem vinculadas dos entes federativos;
- Aplicação da União - conceito de “valor apurado no ano anterior”;
- Definição do índice de variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) a ser adotado para o cálculo dos montantes referentes aos anos de 2001 a 2004.

## GRUPO 3 - FORMAS DE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DO CUMPRIMENTO DAS DISPOSIÇÕES DA EC 29

- Operacionalização do Fundo de Saúde para aplicação dos recursos;
- Ordenador das contas do Fundo de Saúde;
- Administração orçamentária, financeira e contábil dos recursos;
- Viabilização do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS);
- Elaboração dos Planos de Saúde; Relatórios de Gestão; Demonstrativos do Fundo de Saúde; Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária e Relatórios de Gestão Fiscal;
- Prestação de contas trimestral - audiência pública;
- Papel dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA/SUS);
- Condições para o Conselho de Saúde viabilizar-se como controlador do uso dos recursos.

## GRUPO 4 - LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

- Compensação financeira para despesas obrigatórias continuadas;
- Limitação de empenhos;
- Implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF);
- Corte de transferências voluntárias para o setor Saúde.

#### 4) Realização

- O Seminário será realizado em Brasília-DF, no período de 19 a 21 de setembro de 2001.
- Os participantes receberão o Programa Preliminar e as Considerações sobre a organização do Seminário sobre *A Operacionalização da Emenda Constitucional N.º 29*, e deverão confirmar a presença no evento até o dia 10/09/2001, pelos seguintes meios: *e-mail* - [seminarioec29@saude.gov.br](mailto:seminarioec29@saude.gov.br); telefones: (61) 315.2220 ou (61) 315.3093; fax: (61) 315.2518.
- Após a confirmação, os participantes receberão o Programa Oficial do evento.

#### 5) Coordenação-Geral

**Ailton de Lima Ribeiro**

Subsecretário de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde

**Manoelito Pereira Magalhães Júnior**

Assessor Especial do Ministro e Assessor Parlamentar do Ministério da Saúde

#### 6) Organização

Equipe Técnico-Administrativa da Subsecretaria de Assuntos Administrativos

#### 7) Relatoria Geral

**Áquilas Mendes**

Especialista na área de Economia da Saúde, técnico da Fundação Faria Lima/CEPAM e professor da Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP)/SP

**Rosa M. Marques**

Especialista na área de Economia da Saúde e professora da Pontifícia Universidade Católica (PUC)/SP

## RELAÇÃO DE PARTICIPANTES

<b>Nome</b>	<b>Órgão</b>
Adilson Duarte da Costa	Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
Alessandra Maria Dias Everton	FUNASA/MS
Alexandre de Alcântara e Silva	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS/Brasília
Alexandre José Mont'Alverne Silva	Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde
Alexandre Poachyly da Costa	Tribunal de Contas do Distrito Federal
Álvaro Navarro de Morais	Tribunal de Contas do Estado de Roraima
Ana Gabriela Filippi Sambiase	Secretaria de Investimento em Saúde (SIS)/MS
Anamim Lopes da Silva	Fundo Nacional de Saúde/MS
Antônio Blecaute Costa Barbosa	Tribunal de Contas do Estado do Maranhão
Antônio Cabral de Carvalho Júnior	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
Antônio de Pádua Nunes Batista	Tribunal de Contas do Estado de Alagoas
Antônio Dourado Vasconcelos	Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia
Antônio José Guerra	ANVISA/MS
Arnaldo Bertone	Secretaria de Assistência à Saúde/MS
Auricéa Costa Pinheiro	Tribunal de Contas do Estado do Maranhão
Ayrton Galiciani Martinello	Secretaria Executiva/ Ministério da Saúde/ Brasília
Benedita Mendes dos Santos Ferreira	Conselho Nacional de Saúde

Benedito Andrade Filho	Diretor Financeiro/Secretaria de Saúde de Jacaré/São Paulo
Carmem Priscila	Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde (SIS)
Cícero dos Santos Silva	Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro
Cíntia Tereza Gonçalves Falcão	Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)/MS
Claudeci Bandeira Brito	Tribunal de Contas do Estado de Tocantins
Cláudia Maria Derviche	Tribunal de Contas do Estado do Paraná
Clotilde Nunes Silva	Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo
Cristina Amaral	Secretaria de Assistência à Saúde/MS
Dalmo Barros Silva	Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS)/MS
Dário César Barbosa da Silva	Tribunal de Contas do Estado de Alagoas
Davi Dantas da Silva	Tribunal de Contas do Estado de Rondônia
Denise Cristina Rocha	SIS/MS
Elba Mantovanelli	Presidente/Instituto de Direito Sanitário
Elizabeth Barros	Consultora/Ministério da Saúde Brasília
Eloy Anderson Mendes	Tribunal de Contas do Estado de Goiás
Ernesto Primo	Departamento de Administração/FUNASA/MS
Evândio Souza	Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina

Fábio Rodrigues Pereira	Consultor de Orçamento e Finanças/Câmara dos Deputados
Fernando Mussa Abujamra Aith	Secretaria de Investimento em Saúde (SIS)/MS
Flávio Azenha	Ministério da Saúde
Francisco Nascimento de Souza	Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Norte
Francisco Nelson de Andrade Figueiredo	Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Ceará
Frederico Ricardo Perez Silveira	Tribunal de Contas do Estado do Ceará
Geraldo Julio de Mello Filho	Prefeitura do Recife
Gilberto Gomes da Silva Júnior	Tribunal de Contas da União
Hamilton Antônio Coelho	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
Helton de Abreu	Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
Hugo Costa Pessoa	Tribunal de Contas do Estado de Rondônia
Hugo Vocurca Teixeira	Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS)/MS
Inácio Massaru Aihara	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS/ Brasília
Irineu F. Barreto Júnior	Fundação SEADE/ São Paulo
Itárcio José de Souza Ferreira	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
Ivonete Dionizio de Lima	Tribunal de Contas do Estado da Bahia
Jackson Semerone Costa	Consultor Legislativo/Câmara dos Deputados/ Brasília
Jaime Benjamin Sampaio Santiago	Tribunal de Contas do Distrito Federal
Jandira Borges de Oliveira	Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Norte

Janice Dorneles de Castro	Professora/URGS/Rio Grande do Sul
João Cláudio Basso Pompeu	Secretaria de Assistência à Saúde/MS
João Silvestre dos Santos	Tribunal de Contas do Município de São Paulo
Joellyngton Medeiros Santos	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
José da Silva Neto	Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás
José Eronildo Barbosa do Carmo	Tribunal de Contas do Estado da Paraíba
José Ribamar da S. Favacho	Tribunal de Contas do Estado do Amapá
José Wilson Ferreira de Araújo	Tribunal de Contas do Estado do Piauí
Jucirene Argolo de Araújo Lima	Tribunal de Contas do Estado da Bahia
Keila Lopes Viana	Tribunal de Contas do Estado do Ceará
Lázaro da Cunha Amorim	Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso
Lenir Santos	Procuradora/Unicamp/São Paulo
Lidia Maria Lopes Pereira da Silva	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
Lisaura Cronemberger Mendes Pereira	Tribunal de Contas da União
Lívia Maria Cavalcanti do Amaral	Tribunal de Contas do Município de São Paulo
Lourival Aleixo dos Reis	Tribunal de Contas do Estado do Amazonas
Luciane de Fátima Carvalho Teodora	Tribunal de Contas do Distrito Federal
Luciene Pereira da Silva	Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

Lucine de Moura Santos Pereira Batista	Tribunal de Contas do Estado do Piauí
Lúcio Soley Lomonaco	Controle Interno/Ministério da Saúde
Luis Genédio Mendes Jorge	Tribunal de Contas do Distrito Federal
Luiz Carlos Romero	Consultor Legislativo/Câmara dos Deputados/Brasília
Luiz Gonçalves de Lima Filho	Consultor de Orçamento e Finanças/Senado Federal/ Brasília
Luiz Guilherme Vieira	Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo
Luiz Mário Vieira	Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Ceará
Luzemar da Costa Martins	Tribunal de Contas do Estado da Paraíba
Marcos Sousa Ferreira	Tribunal de Contas do Estado de Sergipe
Margarita Martha Pomar Fernandez	Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso
Maria Alicia Ugá	Professora/ENSP/ Rio de Janeiro
Maria Aparecida Orcini	DENASUS/MS
Maria de Fátima Carneiro da Silva	Auditoria/FUNASA/MS
Maria de Jesus Carvalho de Souza	Tribunal de Contas do Estado do Acre
Maria de Lourdes B. Américo	Banco do Brasil/Brasília
Maria Eliane Menezes de Farias	Subprocuradora/Procuradoria Geral da República/ Brasília
Maria Gilda Timbó Passos	Controladoria-Geral do Estado de Rondônia/Governo do Estado
Maria Ilanice Lima de Souza	Tribunal de Contas do Estado do Acre
Marlon Brum	Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul

Marta Varela Silva	Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro
Martha Carvalho Pereira Teixeira	Coordenadora Executiva/Fundo Estadual de Saúde/Bahia
Maurício Queiroz Castro	Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
Silvana de Rose	Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
Milton Bittencourt Cantanhede Filho	Tribunal de Contas do Estado do Amazonas
Milton Lucas Wortmann	Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul
Moacir Joaquim de Santana Júnior	Tribunal de Contas do Estado de Sergipe
Mustafa Ribeiro de Almeida Filho	Tribunal de Contas do Estado do Acre
Nelson Rodrigues dos Santos	Coordenador-Geral Conselho Nacional de Saúde
Orlando Alves da Silva	Tribunal de Contas do Estado de Tocantins
Oswaldo Aparecido Paiva	Banco do Brasil/ Brasília
Oswaldo José Barbosa Silva	Procurador Regional/Procuradoria da República/ Brasília
Patrícia Tavares Ribeiro Lucchese	Pesquisadora/ENSP/ Rio de Janeiro
Paulo André Teixeira Migliorim	Tribunal de Contas do Estado de Roraima
Paulo César Caldas Pinheiro	Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás
Paulo César Malheiro	Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS)
Paulo Gastão Pretto	Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina
Paulo Henrique de Souza	Conselho Nacional de Saúde



Paulo Morais Santa Rosa	Gabinete do Ministro/MS
Rita de Cássia B. C. Mombelli	Tribunal de Contas do Estado do Paraná
Rodrigo Pucci	SIS/MS
Rosane Maria Poppe Araripe	Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro
Rose Mary Braga Ribeiro	Tribunal de Contas do Estado de Goiás
Sérgio Piola	IPEA/Brasília
Sérgio Schnorr	Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul
Sildaléia Silva Costa	Tribunal de Contas da União
Sílvia Marta Porto	Professora/ENSP/ Rio de Janeiro
Sólon Magalhães Vianna	Consultor/IPEA/ Brasília
Sonia Magnólia Lemos de Carvalho	Fundo Estadual de Saúde/ Bahia
Tânia Lima Diniz	Tribunal de Contas do Estado do Maranhão
Temístocles Murilo de O. Neto	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS/Brasília
Vera Lúcia Nogueira Antunes	Diretora/Fundo Municipal de Saúde/SMS/São Paulo
Walfrido Artigas Orrico	Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul
Walter Vargas de Mattos	Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul
Weder de Oliveira	Consultor de Orçamento e Finanças/Câmara dos Deputados
Wilman Benjamin de Araújo	Fundo Nacional de Saúde/MS
Xirlene do Socorro da Costa	Tribunal de Contas do Estado do Amapá

**NOTAS TAQUIGRÁFICAS DOS PRONUNCIAMENTOS DE ABERTURA DO SEMINÁRIO A OPERACIONALIZAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29, REALIZADO ENTRE OS DIAS 19 E 21 DE SETEMBRO, EM BRASÍLIA/DF**

**Sr. Barjas Negri**

Meus cumprimentos a todos. Queria, em especial, cumprimentar o Sr. Manoelito e o Sr. Ailton pela organização deste Seminário e agradecer a presença e o apoio dispensado pelos Tribunais de Contas, que mandaram aqui os seus representantes de todos os estados. Agradeço a participação dos representantes do Tribunal de Contas da União, do Conselho Nacional de Saúde, do CONASS, do CONASEMS, dos técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde, e dos técnicos do Ministério da Saúde. Destaco, ainda, a presença dos expositores e coordenadores dos grupos temáticos, ao longo desses três dias. E um agradecimento especial ao senhor José Roberto Afonso, técnico do BNDES que é, na realidade, um dos idealizadores deste encontro. Aliás, as primeiras discussões a respeito da necessidade de fazer um evento desta magnitude partiram da equipe dele no BNDES, após alguns encontros que eles fizeram, acho que em Cuiabá ou em Campo Grande, no Mato Grosso.

Por que é que nós pensamos e nos articulamos com os Tribunais de Contas para esse evento? Porque há uma quantidade enorme de aspectos jurídicos e operacionais a respeito da Emenda Constitucional N.º 29, que é oriunda do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 169, elaborado por alguns parlamentares no início dos anos 90, no Congresso Nacional. Para o Ministério da Saúde e para a Saúde Pública como um todo, a aprovação da Emenda Constitucional N.º 29 tem uma importância crucial, por várias razões.

É sempre importante destacar que, nos anos 70 e 80, e até o início dos anos 90, o financiamento da Saúde sempre passou por crises de fluxo de financiamento bastante graves. As pessoas que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais da imprensa, os profissionais dos Tribunais de Contas e os técnicos aqui presentes sabem muito bem como o financiamento da Saúde parecia uma montanha-russa: ora subia, ora baixava, de acordo com a conjuntura. E, se havia crise na Previdência, garantiam-se os recursos dos inativos em detrimento dos da Saúde. A Saúde, que absorve parcela significativa dos recursos da União, dos governos estaduais e municipais, acabava pagando um pouco a conta desse episódio.

Todos aqui se lembram da crise, no início dos anos 90, quando os hospitais não receberam do Ministério da Saúde, houve greve, não se pagava fornecedores e assim por diante. Lembramos ainda da luta do Dr. Jatene, então Ministro da Saúde, no período de 95/96, quando o Ministério da Saúde ficou devendo 1 bilhão e 770 milhões de reais aos prestadores de serviços. Não foi possível pagar o reajuste concedido à época, de 25%. Foram pagos quatro meses de 1995, mas não houve condições de fazer o pagamento durante o ano de 1996 como um todo. Conseguiu-se, então, uma solução paliativa que foi a recriação da CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira –, que nada mais era do que uma adaptação do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) do final dos anos 80 e início dos anos 90. Foi preciso usar o recurso da CPMF para pagar essa conta e alavancar um pouco os recursos do Ministério da Saúde.

A CPMF teve um papel importante em 1997 e 1998 para a Saúde, por várias razões: primeiro, porque significou um aporte adicional de recursos. Segundo, porque pôde pagar dívidas contraídas pelo Ministério da Saúde. Eu assumi a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde no final de 96, início de 97, e as contas que o Ministério da Saúde tinha para honrar ultrapassavam 4 bilhões e meio de reais, entre o pagamento dos atrasados, os empréstimos obtidos com o FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador –, e os Restos a Pagar que haviam. Nesse contexto a CPMF, pela questão emergencial, teve um papel extremamente importante. Só que, naquela ocasião, a CPMF criou uma expectativa de que isso iria resolver os problemas de financiamento da Saúde. O debate perante a sociedade, perante o Congresso Nacional, induzia a esse erro.

Falo “**induzia ao erro**” porque imaginávamos que a CPMF poderia, de fato, resolver o fluxo de financiamento. E por que não resolveu? Porque era uma contribuição social que vinculava recursos para a Saúde, no âmbito do governo federal, mas não deixava nada amarrado nas esferas estaduais e municipais. A entrada de um real adicional no Ministério da Saúde não necessariamente poderia ser entendida como um real a mais para o SUS, por conta de substituição de fontes: aumentam os recursos da CPMF e há subtração, não na mesma proporção, da Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL), por exemplo. Aumentam os recursos do Ministério da Saúde e há redução – e ocorreu de fato – de recursos do estado A, B, C, D, E, e assim por diante. O ingresso de 100 reais da CPMF, não significava 100 reais adicionais no SUS. E por que isso? Porque os congressistas de 1988 não conseguiram – e eles tentaram – fazer uma vinculação de impostos ou de contribuição social para o Sistema Único de Saúde. Determinou-se que o SUS garantiria a gratuidade, o atendimento univer-

sal, mas sem amarrar as fontes de recursos. Não houve, naquele momento, oportunidade de fazer algo semelhante ao que havia na Educação.

Na Educação estava claro: estados e municípios seriam obrigados a aplicar 25% das suas receitas líquidas de impostos, incluindo aí as transferências constitucionais, em Educação; e no âmbito federal, havia a obrigatoriedade de aplicar 18%, adicionando-se a isso a receita do Salário-Educação. Na Saúde, não: aumentou a obrigatoriedade de atendimento, a universalização, mas os recursos não foram garantidos. Essa foi a razão pela qual vivemos uma instabilidade terrível até 1999/2000.

O que é que a PEC fez? Corrigiu parte desse problema. Em primeiro lugar, ela determina que nem o estado, nem o município e tampouco o Governo Federal diminuam o percentual de aplicação dos seus recursos. Isso já é uma grande coisa. Ninguém mais reduz os seus gastos com Saúde. Segundo ponto: todos têm que elevar os seus gastos a partir do ano 2000, gradativamente, até um determinado patamar, que cresce progressivamente até 2004. O que aconteceu, na esfera municipal, é que ninguém poderia gastar no ano 2000 abaixo de 7% da arrecadação de seus impostos, percentual inicial mínimo, que progrediria até alcançar 12% no ano 2004, reduzindo a diferença na base de 1/5 por ano. Na esfera federal, tentamos fazer uma vinculação por impostos ou pelas contribuições sociais. Mas isso não foi possível por uma razão extremamente simples: estava em debate, na época, um anteprojeto de reforma tributária que mexia na CPMF, na COFINS, na contribuição social sobre o lucro líquido; e as alíquotas cobradas pelo Governo Federal também eram transitórias, como a CPMF. Sobre a COFINS havia uma transitoriedade de alíquotas, dobrou-se a alíquota por dois anos, depois voltou a um determinado patamar.

A conta que o Congresso fazia, na época, junto com os ministérios da Saúde e do Planejamento, não permitia fazer uma vinculação específica do orçamento da seguridade social. Podia-se vincular toda CPMF para a Saúde, só que ela era provisória e transitória, assim como as alíquotas de outros impostos. Como fazer? Foi aí que surgiu uma idéia: pegar o orçamento de um determinado ano, que era o ano 2000, tendo como base o ano de 1999, e a partir daí fazê-lo corrigido pela variação do PIB. Muita gente, na época, estranhou porque se fez isso. A questão é que o PIB reflete o crescimento nominal da economia, garantindo aí a correção pela expansão econômica e uma espécie de indexação entre aspas — se cresce a inflação, também cresce a quantidade de receita nominal da economia, cresce o valor nominal do PIB. Com isso pode-se fazer uma espécie de seguro contra inflação, pelo menos durante quatro ou cinco anos, que é a

transitoriedade da PEC. E a PEC foi transitória também por uma razão bastante simples: imaginava-se que nesse período seria definido o aparato tributário ou quais seriam as contribuições, os impostos federais, estaduais e municipais para que, a partir do ano de 2004 ou de 2005, poder-se fazer uma vinculação um pouco mais clara para a própria sociedade. E em segundo lugar, porque também era importante avaliar o que ia acontecer nos estados e municípios. Qual seria a calibragem, se alta ou baixa, e se seria suficiente para a Saúde.

O Congresso Nacional poderia fazer uma nova proposta a partir de 2005, a ser discutida em 2004. Teria uma vantagem adicional que pouca gente percebeu na época: é que a Constituição de 88 vedava a vinculação de impostos para determinados programas, exceto para a área da Educação. Ao aprovar a PEC 169, que virou a Emenda Constitucional N.º 29, essa proibição foi quebrada. Agora é vedada a vinculação de impostos, exceto Saúde e Educação. Isso parece uma coisa simples, mas não é. Isso faz com que se remeta para o ano de 2004-2005 a aprovação de uma nova vinculação que não precise de Emenda Constitucional.

Precisamos de uma Lei Complementar para estabelecer qual é o padrão de vinculação após 2004 ou 2005. Há dúvidas sobre a interpretação de alguns textos colocados na Emenda. Vou expor aos senhores algumas questões a respeito das quais devemos refletir com a experiência dos técnicos que aqui estão para que as interpretações sejam, na medida do possível, adotadas no âmbito de cada estado e de uma forma unitária. A Emenda diz o seguinte: no primeiro ano, estados e municípios não podem gastar menos do que 7%. Bom, aí já se fechou o ano de 99 como base. E aquele município ou estado que gastava 8%, 9% ou 10%? Ele não pode cair para 7%; mas, provavelmente, alguém caiu para 7%. Pelo menos esse foi o espírito do debate no Congresso Nacional: quem estava com 4% das suas receitas de impostos, iria para 7% no primeiro ano; mas quem estava com 8%, tinha que crescer também no segundo ano, e houve interpretações no meio do caminho para manter o gasto no patamar de 7% e de 8%, sem promover crescimento de fato. Daí se reduz a diferença na base de 1/5 por ano. Para quem começava no patamar de 7%, era fácil. No ano seguinte iria para 8%, depois para 9% etc. E aquele que tinha 8% ou 8,5%? Alguém tinha que fixar qual seria a regra de isenção. O Tribunal de Contas, a Câmara Municipal, alguém teria que atestar que aquele estado ou aquele município, no ano de 1999, havia aplicado 8% dos seus impostos na Saúde para que, a partir daí, pudesse fazer a progressividade estabelecida até o ano de 2004.

Mas nós não fizemos isso. O orçamento de 2000 tem grande importância para os outros anos, as contas foram aprovadas, mas, provavelmente, nenhuma

Câmara de Vereadores fez um cálculo de quanto o município gastou em saúde para servir de base para os outros anos. E se não se estabelece a base do ano 2000, não dá para saber quanto é que vai gastar a partir daí. Mesmo porque a redação é clara: reduz-se a diferença para 12% ou para 15%, na base de 1/5 por ano. Tem que definir qual é o valor do primeiro ano e se nós não temos essa definição, claro que pode haver muita confusão no meio do caminho.

Outra coisa: Ações de Saúde. Isso é um conceito vasto. Quais são os itens que entram como Ações de Saúde? Nós levamos décadas para acertar as coisas da Educação. Eu trabalhei na área da Educação por um bom período, antes de vir para a Saúde. A Constituição de 88 é clara e diz o seguinte: tem que aplicar 25% da Educação, não incluído aí o dinheiro com saúde escolar, com transporte de aluno e com a merenda. Isso está na Constituição de 88, e perdura até hoje. Quantas prefeituras, quantos estados incluíram durante anos as despesas com merenda, transporte de alunos e saúde escolar como sendo gasto de Educação. Alguns Tribunais aceitavam essa interpretação, outros não. Somente a partir da Emenda de N.º 14, que criou o FUNDEF, e a Lei Complementar de regulamentação, essa questão ficou um pouco mais clara. E depois, também com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), dizendo que merenda não faz parte da Educação, que tem que ser financiada com outras contribuições. A saúde escolar tem que entrar na conta da Saúde ou de alguma outra contribuição. O FUNDEF, que abre uma conta única em cada município e em cada estado, torna mais transparente o gasto nos estados e municípios. Nós da Saúde estamos no estágio anterior.

Nós precisamos definir qual é o gasto do ano 2000, quais são essas ações, e aqui dúvidas não faltam. O saneamento, por exemplo, não está na Saúde. Há Tribunais que entendem que sim e Tribunais que entendem que não. E se o saneamento entra na conta das ações de saúde, de que forma é que ele entra? Se for como uns acham, que se for dinheiro de imposto, pode. Se for dinheiro de taxas, como de água e de coleta de esgoto, não pode. Tem municípios colocando coleta de lixo na Saúde. Pode ou não pode? Ainda não é possível ter uma interpretação disso. Em São Paulo, existe uma interpretação diferente de Minas Gerais, que é completamente diferente de Sergipe...

A dúvida que se tem a respeito dos inativos e que, até hoje, nem a Educação resolveu, é que colocam o pagamento dos inativos na conta dos 25% da Educação, quando, a bem da verdade, o inativo teria que ser conta da Previdência. E na Saúde? Os inativos estão na conta do Ministério da Saúde, mas não estão incluídos na conta das despesas com ações de serviços e saúde. E nos estados e municípios, quem sabe? E aí tem uma questão que se debate muito.

Vamos supor que se aceite a tese de que os inativos entrem na conta da Educação ou na conta da Saúde. Contudo, os servidores públicos da Educação e da Saúde contribuem com a Previdência. Se for aceite que a conta do inativo entre na contra da Saúde e da Educação, tem que se assumir que essa receita pertence à Saúde e à Educação; porque aí, eles não só entram com a despesa como se apropriam da receita. Que não é pequena, porque um estado e um município gastam relativamente bem com pessoal das áreas de Educação e Saúde. A mesma coisa acontece no âmbito do Ministério da Saúde. Se computássemos essa receita, teríamos acrescentado em 10% a receita da área da Saúde.

O Ministério da Saúde financia, aproximadamente, 70% dos gastos do Sistema Único de Saúde. Assim, em cada 100 reais que se gasta no SUS, 70 reais são do Ministério da Saúde, 20 reais são dos estados e 10 reais dos municípios. Provavelmente isso se alterou um pouco, porque os estados, nesse ano de 2001, tinham que gastar um pouco mais. Os municípios, não. Os municípios, se a gente olhar bem, gastaram entre 12% e 20% dos seus impostos, incluindo as transferências da Saúde. Mas nós tínhamos estados que gastavam apenas 2% ou 3% das suas receitas e impostos na Saúde; e, no primeiro ano de vigência da Emenda Constitucional, os dados preliminares apontavam o estado gastando menos do que 7%. Alguma coisa está errada. São dados preliminares que o Ministério da Saúde vai captando pelo SIOPS, que é o instrumento criado pela Secretaria de Investimentos do Ministério da Saúde. Mas alguém tinha que atestar qual foi o percentual para que eu pudesse, inclusive, fazer a cobrança do ponto de vista legal, porque quem não aplicou 7% no estado e no município, no ano de 2000, tem que devolver parcela desse recurso para a Saúde. Gastou 6%, está devendo 1%. Tem que retornar. É a Constituição que manda.

O Ministério trabalha com a descentralização. Vejam então um dado: hoje, o Ministério da Saúde transfere a estados e municípios, aproximadamente, 10 bilhões de reais por ano para financiar as ações de saúde, porque a atenção básica está descentralizada. Nós criamos um Piso de Atenção Básica que tem um valor *per capita* de, pelo menos, 10 reais por habitante. Isso é transferido, fundo a fundo, pelo Fundo Nacional de Saúde. Consideremos a assistência farmacêutica básica: tem lá um valor *per capita* que também é transferido aos fundos municipais e estaduais de saúde. Vejam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde: há um valor *per capita* por cobertura, e esse dinheiro vai para a conta dos municípios. O valor *per capita* é transferido aos fundos estaduais — mais municipais do que estaduais —, e aí vem um problema grave no meio do caminho: controle e combate às endemias. Tem valor *per capita* por

região, que vai ao fundo municipal e ao fundo estadual, gerenciado por estados e municípios. A operacionalização e a contabilidade disso é complicada. O Programa de Combate às Carências Adicionais também tem um valor por criança em estado de desnutrição, que o município gerencia. Só que o município usa parte desses recursos para contratar pessoal seja médico, enfermeiro, auxiliares, agentes de combates às endemias.

A Lei de Responsabilidade Fiscal diz o seguinte: vocês não podem gastar mais do que um teto estabelecido com pessoal! E aí entra tudo no mesmo bolo. Não pode gastar com o pessoal das suas receitas próprias. E o recurso adicional que o Ministério envia para pagar as equipes de Saúde da Família, dos guardas, das endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde? De repente, uma Lei de Responsabilidade Fiscal, que é importante, passa a inibir o aumento de gastos na área social, principalmente na Saúde. Porque há uma interpretação distinta. Se, na equipe de Saúde da Família, metade do pessoal é paga com o tributo do município e metade com transferência do Governo Federal, devemos entender que deva ser computado no gasto com o pessoal só a metade do gasto? Ou não? Porque uma metade não é dinheiro de receita própria do município, é um incentivo que o Ministério da Saúde repassa para a manutenção de 150 mil agentes comunitários no País, 10 a 11 mil equipes de Saúde da Família. São 33 mil pessoas trabalhando: 11 mil médicos, 11 mil enfermeiras e 11 mil auxiliares de enfermagem. E mais 40 mil agentes de combate às endemias, praticamente grande parte para o combate à dengue e à malária. E o município apertado, porque está sob a ameaça da Lei de Responsabilidade Fiscal.

É preciso que alguém faça uma reflexão. Verificar a Resolução no Tribunal de Contas, dos órgãos competentes, para arbitrar isso. Senão, de repente, surge um fator de inibição para o aumento de gasto social. A PEC veio para promover, não para inibir o gasto na área da Saúde. Então, essas questões têm que ser respondidas por alguém, porque o prefeito também está às voltas com o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal. Isso tem que ficar bastante claro.

Então, devemos considerar alguns problemas, como: Qual é a base de vinculação? É ou não é a mesma base de vinculação da Educação? Eu diria direitinho qual é a receita, verificaria direitinho qual é a despesa feita com os impostos próprios e qual é a despesa feita com os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde. A descentralização está avançando tanto, que há estados que também transferem recursos para os municípios executarem as ações de saúde, principalmente na atenção básica. Vou dar um exemplo: o Rio Grande do Sul



criou um valor para o Piso da Atenção Básica. Transferiram, de forma *per capita*, aos seus municípios. O estado do Mato Grosso e o estado de Goiás, para dar mais dois exemplos, criaram incentivos para a implantação e ampliação de equipes de Saúde da Família. Portanto, o município está pagando pessoal com parte da transferência federal, e com parte da transferência estadual, mas está pagando a percentagem determinada pela Lei de Responsabilidade Fiscal. A gente espera que questões como essa sejam debatidas e encaminhadas, para que a gente possa, da melhor maneira possível, tirar essas dúvidas e manter a estabilidade e o crescimento dos gastos da Saúde.

Do ponto de vista do Sistema Único de Saúde, nós consideramos que a PEC da Saúde é uma das coisas mais importantes que já ocorreu. Ela é um seguro contra a inflação, ela é uma garantia de que os recursos vão sendo ampliados ao longo do tempo, e aí, com estabilidade no financiamento, é claro que o prefeito pode planejar melhor a compra de medicamentos, a manutenção das suas unidades de saúde, os gestores estadual e municipal podem planejar melhor o funcionamento do pronto-socorro, da policlínica, do hospital, e assim por diante. Esse é o horizonte que nós vamos ter até o ano 2004. A partir de 2001 será um tempo relativamente bom para verificarmos, no meio do caminho, quais os erros, os equívocos, e assim, à luz das informações, das experiências, das críticas, das sugestões, encaminhar legislações que possam complementar e regulamentar a PEC da Saúde. Mas neste momento, o que nós temos que fazer é lutar, sempre, para que os recursos da Saúde não sejam desviados, e que sejam bem aplicados.

A PEC veio para ampliar recursos para a Saúde, e não para substituir e fazer jogos contábeis. São reflexões que nós temos que fazer ao longo desses dois ou três dias em que os técnicos das várias esferas de governo e dos vários Tribunais estarão aqui para nos orientar. Então, haverá instrumentos para que a gente possa, de fato, observar junto às Câmaras Municipais e Conselhos Municipais de Saúde uma coisa importante: que praticamente todo município desse País tem um Conselho Municipal de Saúde, a maioria funcionando bem. Alguns não funcionam muito bem, mas estão lá e têm a obrigação de fiscalizar os gastos do Fundo Municipal de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde. Nós temos que fazer com que as informações sejam bastante claras para que o controle social que deve ser exercido lá na ponta, no âmbito de cada município, seja colocado de forma adequada para um cidadão mais simples que é eleito pelos seus pares Conselheiro, Secretário ou Presidente do Conselho Municipal de Saúde. E se tivermos esse instrumental técnico e os Conselhos das várias naturezas trabalhando relativamente bem, nós seremos os maiores defensores do gasto público na Saúde de forma adequada.

Preparemos então atores que vão estar nas secretarias de estado e municipais de saúde, os atores que estarão no Ministério da Saúde, os atores que estarão no Congresso Nacional, para que eles possam, à luz das informações e dos instrumentos que nós deixemos a eles, dar uma continuidade a essa PEC 29 por mais 5 anos, ou mais 10 anos, ou quanto, na ocasião, a sociedade e o Congresso Nacional entenderem que deva ser feito. Eu acho que servem, aqui, as minhas colocações a respeito da importância da PEC para o financiamento da Saúde. Se não fosse a PEC da Saúde, seguramente, neste ano 2001 nós teríamos restrições orçamentárias no âmbito do Governo Federal e dos governos estaduais por conta da crise na Argentina, por conta da desvalorização do real, esses dois eventos que têm sufocado os orçamentos públicos nas várias esferas. Porque, na Saúde, nós trabalhamos com componente importado, cujo custo é extremamente elevado. A maioria das vacinas e medicamentos, assim como alguns equipamentos de saúde, é importada, ou seja, paga em dólar. Também muitos inseticidas destinados ao combate às endemias são importados e pagos em dólar. Se nós não tivéssemos essa proteção da Emenda Constitucional, não teríamos conseguido, no âmbito do estado, do município e do Governo Federal correções do orçamento que fizessem frente ao aumento das despesas provocadas pela progressiva variação cambial, entre outras coisas que estão aí no meio do caminho. Muito obrigado.

(Aplausos)

## Sr. José Roberto Afonso

Boa tarde a todos. Não sobrou muito a falar porque o Dr. Barjas já esgotou o assunto. Mas, vamos tentar.

Antes de mais nada, gostaria de destacar e agradecer a presença de tantos representantes de Tribunais de Contas de todo o País, o que, aliás, nem permitiu aos organizadores montar uma mesa diretora dos trabalhos com membros de tais órgãos, daí nossas desculpas.

Gostaria inicialmente de reforçar a colocação do Dr. Barjas sobre a idéia deste seminário. Surgiu durante o congresso nacional anual dos Tribunais de Contas, realizado em Cuiabá meses atrás, quando alguns Presidentes e Conselheiros taram várias questões suscitadas pela operacionalização desta Emenda, as principais já mencionadas por Dr. Barjas, e mencionaram a necessidade de se buscar uma interpretação minimamente padronizada em torno dela.

Governos de todo o País vêm de uma experiência bastante complexa da Lei de Responsabilidade Fiscal, um pouco antes, da do FUNDEF, e acreditamos que tudo o que se aprendeu nesses casos permitirá uma operacionalização mais rápida na implantação da nova Emenda Constitucional relativa à Saúde.

Isso remete a uma discussão que está na agenda do dia: responsabilidade fiscal *versus* responsabilidade social — antecipo minha opinião, como se houvesse uma contradição entre esses temas e como se houvesse a necessidade de se fazer uma Lei de Responsabilidade Social. Na minha opinião, não existe necessidade de uma ou várias leis, pois elas já existem, inclusive na forma de emendas constitucionais. Assim, a dita Emenda N.º 29 é um instrumento, acima de tudo, da chamada Responsabilidade Social, porque: reflete um compromisso que não é de um governo, mas de todos os governos; reflete um compromisso da sociedade brasileira com a Saúde, a exemplo do que já se tinha com a Educação. Eu acho que não há nada mais importante para um país pouco desenvolvido que os compromissos impostos pelas determinações constitucionais para gastos em ensino e saúde.

Aliás, os jornais não mencionaram que a Emenda N.º 29 alterou o Artigo 160 da Constituição para autorizar o bloqueio das quotas de FPE, de FPM e de ICMS para governos estaduais ou municipais que não cumprirem a vinculação e a aplicação mínima de recursos em saúde. Nem na época da Lei de Responsabilidade Fiscal, quando foram propostas sanções a quem descumprisse a lei, se conseguiu ir tão longe em punir quem descumpra uma exigência legal. O que reforça que a Emenda N.º 29 cria compromisso muito forte com os gastos em saúde.

Tal nova exigência também eleva a importância do papel que devem exercer os Tribunais de Contas, seja o da União, seja especialmente os dos estados e dos municípios, que verificaram e asseguraram o cumprimento da nova emenda constitucional. Aliás, para ajudar nessa linha de atuação dos Tribunais, ontem, foi realizada reunião no Rio de Janeiro entre representantes do Ministério do Planejamento, além de nós, com 28 Presidentes de Tribunais de Contas para discutir o início de um projeto de modernização da gestão dos Tribunais de Contas, com o apoio financeiro da União. Lembro que o Presidente do Tribunal de Contas de Tocantins assim se pronunciou: “Nós queremos aplicar, exigir maior austeridade, maior disciplina no trato do gasto público, e nem sempre temos os instrumentos adequados”. Nesse caso, a própria Emenda N.º 29 já deu os instrumentos aos Tribunais, pois não pode haver instrumento mais forte do que bloquear FPE e FPM.

Quem conhece a Federação Brasileira, ou quem conhece o Congresso, sabe que prever bloqueio de transferências constitucionais é algo particularmente muito forte, algo que representa um novo e grandioso poder nas mãos dos Tribunais de Contas. É óbvio que não será o Secretário do Tesouro Nacional ou o Secretário Estadual de Fazenda quem decidirá bloquear tais repasses, na hora que bem entender, muito menos será o Ministério da Saúde que dirá quem está cumprindo ou não a aplicação mínima em saúde. A fiscalização das contas públicas cabe aos Tribunais de Contas, e vocês, dirigentes e técnicos desses órgãos aqui presentes, estão ganhando uma responsabilidade enorme com essa Emenda Constitucional.

Essa sim, a meu ver, é a grande responsabilidade social. Já está dada. Não é preciso fazer nova lei. É preciso menos discursos e mais ações concretas. Menos proposições e mais prática. É o que se passa, por exemplo, neste seminário voltado para buscar entendimento para implantação da Emenda, porque qualquer mudança desperta uma série de dúvidas. Por si só, isso não deve preocupar. Aliás, se tudo estivesse certo, não tinha porque ter mudado. Sabemos que tais mudanças despertam ansiedades, exigem novos procedimentos; porém, implicarão em criar uma nova cultura, sobretudo na área social — aqui, por conta do dispositivo de bloqueio dos fundos de participação, é ainda mais forte o compromisso do que no caso anterior, da Educação.

Insisto que os Tribunais de Contas terão um papel vital nas mudanças na área de Saúde, a exemplo do que já vem ocorrendo com a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal. Deles, a sociedade vem cobrando ação preventiva, educativa; ou seja, não adianta agir depois que a porta foi arrombada. Nesse caso, mais importante do que mandar bloquear o FPM, antes disto, é preciso

esclarecer qual o correto conceito de receita, de despesa com saúde, que atendam à Emenda N.º 29.

Nesse contexto, o trabalho que vocês desenvolverão aqui, nos próximos dias, é da maior importância. Certamente, não será possível esgotar os assuntos. Como bem disse o Dr. Barjas, apenas dar-se-á um pontapé inicial nesse debate.

Também cabe ter bem claro que não será o Ministério da Saúde, não será o Governo Federal, que dirá qual a solução de cada questão operacional. É lógico que cada um tem a sua opinião, porém, acima de tudo, é importante encontrar conjuntamente a resposta para cada dúvida. Porque os Tribunais de Contas são órgãos autônomos em relação aos poderes em cada ente federado, e um Tribunal em relação aos outros Tribunais. Há que se evitar interpretações diferenciadas entre si, ainda mais quando você tem uma restrição tão forte quanto bloquear FPE e FPM, que são repasses supra-estaduais. Por isso, repito que outro motivo para aumentar a importância dos trabalhos de vocês, é o de se esforçar ao máximo para buscar essa convergência. Aliás, na reunião realizada em julho último, no Ministério da Saúde, onde se marcou este Encontro, os presidentes e representantes de 17 Tribunais de Contas manifestaram o interesse em buscar soluções colegiadas e em se debater até dissipar as divergências de idéias. É o poder de mandar bloquear um FPE, um FPM, uma quota-parte do ICMS e de IPVA.

Vale lembrar que os Tribunais de Contas já vêm de uma história de sucesso, muito grande, na minha opinião, em torno da implantação da Emenda do FUNDEF. Naquele caso, tais órgãos baixaram interpretações e resolveram muitas das dúvidas que surgiram no caso das mudanças na área de ensino.

Agora, comentarei rapidamente algumas lâminas da apresentação cujo arquivo, impresso ou em meio eletrônico, será disponibilizado aos interessados para uma análise mais detalhada.

Primeiro, destaca-se que a Emenda Constitucional estabelece obrigações de aplicação de recursos na Saúde diferenciadas: de um lado, para a União; de outro, para estados e municípios. Além disso, não há uma vinculação tradicional de receita, como no caso da Educação — o que já foi mencionado pelo Dr. Barjas. Em ambos os casos, não estão cravados no texto constitucional porcentagens a serem aplicadas sobre a receita para calcular o gasto com saúde. Isto só é aplicado no caso dos governos subnacionais e, mesmo aí, tais proporções estão fixadas em disposição transitória.

Eu não vi um analista, não vi ninguém da mídia dizer que a norma permanente simplesmente remete para a Lei Complementar definir as aplicações mínimas em

saúde, acrescentando ainda que tal lei deve ser revisada a cada cinco anos. Portanto, a Emenda deixa margem para os futuros Congressistas decidirem sobre a matéria. É um caso único na atual Carta Magna, e quiçá na história republicana. No que a Emenda 29 se iguala aos demais dispositivos, é na regra transitória, em que para assegurar uma eficácia mesmo na ausência da nova legislação complementar, fixar os percentuais crescentes da receita de impostos a serem gastos em saúde. Mas tudo isso pode ser modificado pela nova e futura lei.

Os parlamentares que idealizaram e aprovaram tal Emenda Constitucional trabalharam com a hipótese de que as necessidades de gasto na Saúde podem e devem mudar ao longo tempo, reclamando diferenciados critérios. Não se trata de uma vinculação clássica, extremamente rígida, a da Saúde não está cravada no texto constitucional.

Voltando ao tratamento diferenciado entre esferas de governo, menciona-se que o princípio aplicado à União é o de valorizar antes de tudo a proteção do orçamento da saúde, a garantia de um repasse mínimo, o que já foi aqui bem lembrado pelo Dr. Barjas. Isso pode vir em um bom momento, pois muitos antevêm uma possível crise fiscal decorrente da desaceleração da economia. Nessas horas, o que se procura? Uma garantia de recursos. Ao invés de brigar por uma fonte de receita, como a CPMF, a Emenda representa outra opção estratégica: fixar um montante de despesa, garantir uma aplicação de recursos em uma área social preferencial – com base no que foi dispendido em exercício anterior ao da entrada em vigor do ato constitucional. E isso foi feito independentemente do que ocorre com a receita, se existe ou não fonte de financiamento vinculado, e de qual foi o montante arrecadado – essa é a diferença em relação à vinculação de impostos para Educação.

O caminho tradicional, porém, foi adotado no caso estadual e municipal, ainda que transitória e progressivamente: da receita de impostos, a vinculação será, na partida, no mínimo, de 7%; e em cinco anos, deverá chegar a 12% e 15%. Aqui, o primeiro passo da Emenda Constitucional foi determinar: “onde está, fica, e vamos crescer daqui para frente”. Ao exigir gasto crescente estadual e municipal, representa uma Emenda pró-descentralização, seguindo a filosofia que vem norteando, nos últimos anos, a política do Governo Federal para a Saúde.

Por uma ou outra forma, é firmado um compromisso firme de gasto social, procurando imunizá-la dos efeitos das oscilações da arrecadação, como pré-condição do planejamento e, por sua vez, da melhoria da gestão. Não há uma administração com um mínimo de qualidade que sobreviva a incertezas sobre o recebimento ou não de transferências, do pagamento de contas hospitalares ou

de consultas. A filosofia perseguida é a da regularidade financeira. Só assim conseguimos nos organizar, planejar e, depois, controlar.

Nos próximos *slides*, podemos ver duas características da tributação brasileira.

O primeiro trata da composição da carga tributária no Brasil. Hoje, está na casa de 32% do PIB. Como o gasto exigido com a Saúde por conta da Emenda, segundo estimativas do próprio Ministério da Saúde, está na casa de 3% do PIB – estima-se, em média, uma destinação de 10% daquele agregado. Da fatia (64%) que cabe à União do bolo da receita tributária nacional, destaca-se que a maioria está vinculada à seguridade social. Esse conceito, consagrado na Constituição de 1988, contemplando previdência, saúde e assistência social, começou a ser abandonado na medida em que, na prática, o pagamento de benefícios previdenciários tinha o mesmo tratamento preferencial que o pagamento de salários, não podendo ser postergado ou reduzido; depois, a reforma constitucional previdenciária fixou uma vinculação específica das contribuições dos empregadores e dos empregados para atender a tais benefícios. Com a expansão desses gastos, criou-se um déficit que acaba ajustado cortando os gastos nas outras áreas da seguridade social, de modo que a Saúde era a variável de ajuste.

O segundo trata da evolução recente da divisão federativa da receita tributária, objeto de acompanhamento sistemático mensal pela área fiscal do BNDES e divulgado na internet, no endereço [www.federativo.bndes.gov.br](http://www.federativo.bndes.gov.br). O nível da tributação é bastante alto e crescente; porém, a descentralização é preservada não apenas por conta dos fundos de participação, mas graças aos crescentes repasses do SUS, fundamentais para transferir aos governos subnacionais os ganhos com as contribuições sociais, que seriam exclusivamente federais, além de muito explicar do ganho de participação dos municípios, que detém 15,5% do bolo de receita, e nas capitais e cidades de grande porte tais repasses do SUS superam, e em muito, os do FPM.

Os demais *slides* chamam atenção para algumas das principais questões operacionais decorrentes da Emenda N.º 29, a maioria, senão todas, já comentadas anteriormente pelo Dr. Barjas, e que devem ser objeto de discussões entre os participantes do seminário através de grupos de trabalho – a exemplo do enfoque da LRF dado na ESAF.

A primeira grande questão é conceituar o que são Ações e Serviços Públicos de Saúde, ou seja, que despesas podem ser aí computadas. Na minha opinião, parece ser um caso diferente do da Educação, em que era feita uma referência

geral em manutenção e desenvolvimento de ensino; aqui, é importante atentar para a expressão “ações e serviços de saúde”.

Nesse caminho, pessoalmente fico na dúvida se abrangem os gastos com servidores aposentados e seus pensionistas, pois, como diz o próprio nome, em princípio, **inativo** não está na atividade, não tem ação, não presta serviços. Ao pé da letra, para o senso comum, essa nomenclatura sinalizaria que os gastos com inativos não seriam contemplados numa avaliação mais estreita do que seja Ação e Serviço Público de Saúde.

Mais tranqüila é a cobertura do conceito de Serviço Público de Saúde. Só pode significar colocado à disposição do público. Logo, os gastos com a saúde dos servidores públicos, por exemplo, com um hospital ou um plano de saúde que só atende ao servidor público, não deveriam ser contemplados na Emenda.

Para avaliar o alcance do gasto com saúde para efeito de cumprimento do dispositivo constitucional, creio que seja melhor analisar mais pela exclusão (o que não atende ao princípio) do que por inclusão. Ou seja, o procedimento seria tomar toda despesa contabilizada no programa de trabalho da Saúde, e daí deduzir a parcela que não atenderia ao preceito constitucional, como o gasto com os próprios servidores.

A questão da definição da base vinculável, da base para o cálculo do montante a ser aplicado na Saúde, é outra que exigirá grande atenção dos Tribunais de Contas. Pode ser mais complexo, nesse particular, do que na Educação, porque cada estado ou município está partindo de um ponto, quer dizer, de uma porcentagem resultante da divisão do gasto realizado pela receita de impostos. A menos que esteja abaixo de 7%, quando tal proporção passa a ser o mínimo. Acima dessa porcentagem, ninguém poderá gastar, nos anos futuros, menos do que aquela proporção inicial.

Entendo que os Tribunais de Contas deveriam aproveitar a oportunidade do exame das contas de 2000 para definir qual é o percentual que constitui o ponto de partida para se cumprir a Emenda N.º 29. Quando se define a base, fica fácil o cálculo matemático sobre a trajetória de crescimento dos percentuais até 2004. Seria muito importante que os Tribunais viessem a fazer isso, porque sinalizaria uma ajuda, sobretudo às prefeituras de menor porte. Passariam a ter um referencial, um aviso: “Atenção, prefeito X, você estava em tal porcentagem de impostos gastos com saúde, e terá que chegar em tanto, daí trate de comprovar junto ao Tribunal que está seguindo tal trajetória”. Avisados com antecedência não poderão alegar desconhecer quanto deveriam ter gasto com saúde, caso tenham suas contas rejeitadas.



Um aspecto mais específico respeita a inclusão na base das receitas vinculadas ao FUNDEF. Aqui, a meu ver, teria que haver uma aproximação com a Educação; a redação constitucional é quase a mesma, logo, a base da aplicação na saúde tem que ser a mesma, incluindo os recursos vinculados ao próprio FUNDEF pois tudo está computado no produto da arrecadação dos impostos, seja arrecadados diretamente, seja recebidos como fundos de participação.

Por outro lado, a grande dificuldade nessa definição da base tem mais a ver com as discussões em torno da União, ou seja, qual é o ponto de partida do montante mínimo a ser aplicado. O Tribunal de Contas da União deveria se manifestar quanto antes sobre esse assunto, demonstrando uma atuação invertida, preventiva, inclusive visando dissipar divergências de opiniões em torno desse assunto entre o Ministério da Saúde e o da Fazenda. Afinal, fechado o exercício, quem julgará as contas da União não será nenhum dos dois ministérios, mas sim o TCU, através de parecer, e o Congresso com voto final.

A questão do Fundo de Saúde também é um ponto muito importante, atrelado ao princípio da transparência. Esta vem sendo cobrada cada vez mais pela sociedade e é um tema que interessa de perto aos Tribunais de Contas. O Brasil já vai bem nessa matéria, como reconhece o próprio FMI, que analisa a transparência fiscal ao longo do mundo — inclusive, se espera que o País até se torne modelo de referência, por várias razões. A começar pelo processo de orçamento participativo —, que hoje não é de um só partido ou de uma só cidade, mas algo espalhado pelo País inteiro, defendida por diferentes partidos, em diferentes regiões e segundo diferentes metodologias —, até a questão da divulgação das contas. Mas, ainda há muito o que fazer, inclusive em termos de transparência na área da Saúde. Não significa só divulgar contas: tem que fazê-lo de maneira permanente e inteligível. Aqui, oscilamos entre a carência e o excesso; em muitos casos, o orçamento no País ainda constitui uma “caixa preta”; faltam informes voltados para o controle social, destacando os resultados das grandes contas fiscais — na analogia, todos querem saber o resultado da partida e ver apenas “os gols do `Fantástico´”, não precisando assistir ao *tape* da partida inteira. A Emenda sinalizou nessa linha ao exigir que todo gasto de um governo com saúde seja apresentado em um só documento, o que facilita naturalmente o seu exame. Até hoje, não se sabe ao certo quanto os governos do País gastam com saúde. Há mais de 10 anos são feitas estimativas nesse sentido e ainda restam dúvidas. Se todas as contas foram reunidas em torno de um fundo, será possível quantificar a despesa total e, no caso da receita, separar a que é própria da recebida em transferência.

Vale reconhecer que a Emenda contém uma imperfeição redacional, que não deve invalidar as competências do TCU, dos TCEs e do TCM, ao tratar do exame

das contas de tal fundo: na verdade, o que diz é que cabe aos Conselhos de Saúde e às organizações em geral um acompanhamento adicional das contas públicas. É o chamado controle social.

Para tal finalidade, outro tema que deve ser examinado pelo pessoal do Governo Federal e dos Tribunais respeita a necessidade de se construir redes integradas de informação. O Ministério da Saúde deve apresentar aqui o que já vem fazendo em torno dos SIOPS, um levantamento específico de receitas e despesas atreladas à Saúde. É muito importante que esse levantamento, no futuro, seja feito em parceria com os Tribunais, ou mesmo que eles o executem, até porque são as instâncias com poder para cobrar a prestação de contas.

Ainda mais no futuro, espera-se que cresça o papel das ONGs no acompanhamento das contas públicas. Outro dia alguém me contou que o DATASUS foi considerado pela OPAS o maior banco de dados sobre saúde do mundo e, ao meu ver, é muito baixa sua utilização como matéria-prima para a produção de trabalhos nas áreas de Economia, Educação, de Gestão Pública.

O Dr. Barjas já mencionou aqui, especificamente, a questão da Lei de Responsabilidade Fiscal, destacando seus vários aspectos a serem examinados.

Tal lei foi aprovada antes da Emenda da Saúde, embora, curiosamente, já contemplava a vinculação da Saúde, dando aos repasses do SUS o mesmo tratamento dos do FPE e do FPM. Não foram consideradas sequer como transferências voluntárias, e sim como obrigatórias. Porém, é natural que ficaram algumas dúvidas operacionais.

No caso das transferências para programas de atenção básica, do PAB, o ideal era que tivessem explicitamente o mesmo tratamento dado às despesas com inativo, nas quais se permite deduzir do gasto com sua folha a receita de contribuições previdenciárias, de modo que importa a despesa líquida.

Por outro lado, um município que adere à gestão plena do SUS passa a receber todos os recursos que pagarão a produção de serviços, como o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar. Dessa forma, tais recursos são contabilizados na receita corrente, que baliza o limite máximo de gasto com pessoal e da dívida, ainda que tais repasses do SUS não possam ser, em hipótese alguma, para atender nenhuma das duas finalidades citadas. Parte dessa receita será destinada a pagar internação hospitalar e ambulatorial por hospitais que nem são do município, e sim da rede privada conveniada. Logo, há um brutal estímulo aos municípios para aderirem ao sistema pleno, porque ele pode incluir todo repasse que ele recebe do Ministério da Saúde na sua receita corrente e, assim, elevar seu limite de gasto com pessoal. Aliás, muitos municípios de grande porte no País têm, hoje, um

baixíssimo comprometimento com a que era chamada Lei Camata, graças à gestão plena do SUS. É um bom tema para o debate.

Confesso que eu não sei qual a solução para as duas questões, de efeitos diferentes, mencionadas sobre o SUS e a LRF. Dada a experiência em outros debates sobre responsabilidade fiscal, é importante clamar para que se busque consensos nesses dias de debates, para adotar visões e interpretações as mais próximas nos diferentes estados e municípios. A esperança é que os consensos são muito maiores do que os dissensos.

Com muito debate, boa vontade, é possível solucionar a maioria das pendências. Tal consenso deve se consubstanciar em medidas, seja no âmbito nacional do Ministério da Saúde, seja em atos do Ministério com os Conselhos Nacionais de Saúde, enfim, atos que possam ser aceitos e seguidos pelos Tribunais de Contas. Isso foi discutido com os presidentes dos Tribunais há dois meses atrás, e eles se mostraram muito receptivos a uma certa padronização. O que não pode acontecer, como no caso da LRF, é que cada estado tenha um modelo de relatório de gestão da responsabilidade fiscal. E isso torna o trabalho muito difícil, sobretudo quando você tem uma penalidade que vale para todo mundo. Como é que eu vou aplicar uma penalidade duríssima para todos os estados e municípios brasileiros, com interpretações diferentes?

Enfim, chegar a um consenso e ele se consubstanciar em decisões que dêem um norte para as ações doravante, seria muito importante.

Encerro por aqui... colocando-me à disposição para o debate.

(Aplausos).