

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

NOTA TÉCNICA Nº 01/2017 - CAOP SAÚDE/MPPE

A presente Nota Técnica visa trazer orientações aos promotores de justiça, no que tange à atuação no controle do dever constitucional de aplicação mínima de recursos governamentais em ações e serviços públicos de saúde – ASPS.

Introdução

A atuação do Ministério Público relativamente ao direito à saúde está estreitamente vinculada ao seu reconhecido papel de instância jurídico-social, que o legitima a defender os direitos fundamentais estatuídos na Constituição Federal de 1988. Assim é que, conforme observa Assis, o Ministério Público tem a prerrogativa constitucional de acompanhar a

implantação, pelos gestores e entes governamentais, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), das ações e serviços de saúde (relevância pública), devendo, nos casos de omissão, ausência ou insuficiência, adotar as medidas necessárias para garantia de sua eficácia e efetividade social¹.

No controle do dever de gastos mínimos em saúde, a atuação do Ministério Público consiste no acompanhamento da execução dos recursos públicos destinados exclusivamente às ações e serviços de saúde, baseando-se, para tanto, no conjunto legislativo que disciplina o tema, quais sejam: CF/88; Emenda Constitucional n.º 29/2000²; Lei n.º 8080/1990³; Lei 8142/90⁴; Lei Complementar n.º 141/2012⁵; Emenda Constitucional

¹Assis, G. A atuação do Ministério Público na saúde: história, trajetória institucional, estratégias de organização e planejamento. In: Tendências em direitos fundamentais: Possibilidades de atuação do Ministério Público. V. 1, CNMP, Brasília, 2016, p. 39-57.

²Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

³ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

⁴Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

⁵Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

n.º 86/2015⁶; Decreto n.º 7.508/2011⁷; Decreto n.º 7.827/2012⁸; Portaria 841/2012⁹; Portaria 2135/13¹⁰; Lei Complementar n.º 101/00¹¹; Portaria 53/13¹².

O acompanhamento da execução dos recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde é pautado pela compreensão da saúde como um direito fundamental de todo cidadão, cujas obrigações legais de fazer pertencem ao Estado. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde deve ofertar um rol de ações e serviços de saúde capazes de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ademais, o governo tem a obrigação, em razão do conceito ampliado de saúde adotado pela CF/88, de promover políticas públicas que evitem riscos de agravo à saúde (meio ambiente, educação, trabalho, renda, lazer, assistência social etc.) e reduzam as desigualdades sociais.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), já se dispunha de informações sobre a composição desse rol de ações e serviços públicos de saúde, e a Resolução 322/03 do Conselho Nacional de Saúde também já supria em alguma medida essa necessidade; contudo a Lei Complementar n.º 141/12, para fins de apuração da

critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

⁶ Institui regime específico de escalonamento do gasto mínimo federal em saúde na forma do art. 2º dessa Emenda, para que, tão somente em 2020, seja alcançado o percentual fixado no art. 198, §2º, inciso I, da Constituição Federal.

⁷ Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

⁸ Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do **caput** do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do **caput** do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

⁹ Compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde (RENASES).

¹⁰ Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹¹ Lei de Responsabilidade Fiscal- Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

¹² Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto n.º 7.827, de 16 de outubro de 2012.

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

aplicação dos recursos mínimos em serviços de saúde, detalhou quais são as despesas que podem ser consideradas ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e quais não são.

As ações e serviços de saúde no sentido da referida Lei devem atender, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8080/90, observadas as seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Portanto, para serem consideradas ASPS, políticas e programas, em qualquer nível de governo, devem ser disponibilizados a toda população de forma gratuita, compor o plano de saúde, ser geridos pelo setor de saúde, fiscalizados e aprovados pelo Conselho de Saúde. Além disso, devem ser executadas com recursos movimentados, até sua destinação final, nos fundos de saúde.

Definições básicas

Para o acompanhamento do cumprimento das responsabilidades de estados e municípios na execução dos gastos mínimos em saúde, convém observar algumas definições básicas:

Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

A Lei Complementar 141/12 considera despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Por outro lado, não constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde, conforme a LC 141/12, aquelas decorrentes de:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

- VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- VIII - ações de assistência social;
- IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

A mesma LC 141/12 também determina que estados e municípios devem gastar um percentual mínimo de suas receitas com ações e serviços públicos de saúde: os estados 12% e os municípios 15%. No caso da União, não ficou estabelecido um percentual mínimo a ser aplicado. Contudo, a EC 86/15, que alterou os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, estabeleceu um mínimo de 15% de vinculação da Receita Corrente Líquida da União para os programas e ações de saúde. Esse percentual seria alcançado progressivamente, segundo a EC 86/15¹³, no patamar de 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e 15% em 2020.

No entanto, a Emenda Constitucional 95/2016 (PEC do teto dos gastos públicos), de 15 de dezembro de 2016, revogou¹⁴ o art. 2º da EC 86/2015 e instituiu, ao contrário do gasto mínimo, um “Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros”, o qual implica a fixação de um limite de gastos da União para despesas primárias, sendo particularmente afetadas as áreas de saúde e educação¹⁵.

¹³Em recente decisão liminar, o STF considerou procedente o pedido de medida cautelar que trata de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), proposta pelo Procurador-Geral da República, contra os arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015 (Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.595 - Distrito Federal - Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI5595MC003.pdf>). Contudo, vale destacar que os artigos que foram questionados nessa ADI já foram revogados pela EC 95/2016, a qual, por seu turno, também é alvo de ADI no STF.

¹⁴Art. 3º da Emenda Constitucional 95/2016.

¹⁵Art. 110 do ADCT, incluído pela Emenda Constitucional 95/2016.

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

Gasto mínimo¹⁶: refere-se ao mínimo de recursos públicos que devem ser aplicados anualmente no financiamento das ASPS. A Lei Complementar 141/12 estabeleceu para os estados (Art. 6º) e municípios (Art. 7º) valores mínimos anuais, correspondendo a 12% para os estados e 15% para os municípios. A base de cálculo desses percentuais é o total da receita que compete a cada um desses entes federados¹⁷.

Também estão contempladas nessa base de cálculo, compensações financeiras provenientes de impostos e transferências constitucionais previstas para os estados, municípios e Distrito Federal, já instituídas ou que vierem a ser criadas, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial (Art. 9º da LC 141/12).

Fundo de Saúde: é a unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (Art. 14º da Lei 141/12). Essa característica exige que o Fundo seja criado por lei e que os recursos destinados à saúde sejam depositados e movimentados em conta-corrente bancária específica. Embora exija-se que o Fundo tenha CNPJ próprio,

[ele] necessariamente deverá estar vinculado a órgão da Administração a que estiver afeto o correspondente objeto de sua constituição [no caso, as secretarias estaduais e municipais de saúde e o Ministério da Saúde]. Ao ser instituído, seus recursos ficam vinculados a interesse público determinado, os quais não podem ter destinação diversa¹⁸.

¹⁶Segundo Pinto, “o gasto matemático (gasto mínimo formal) é referido a ações vinculadas (gasto mínimo material), ou seja, não há ampla discricionariedade na eleição de como dar consecução ao mínimo, porque também integra o núcleo mínimo intangível do direito à educação e à saúde o cumprimento das obrigações legais de fazer”. Pinto, E. G. Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional. Forum: Belo Horizonte, 2015, p. 26.

¹⁷Receitas previstas nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal.

¹⁸Tribunal de Contas do Estado/MG. Especificidades dos fundos municipais de saúde: unidades orçamentárias e gestoras de recursos. Relatório de Consulta Pública N. 833.221. Disponível em: <http://revista.tce.mg.gov.br/Content/Upload/Materia/1972.pdf>. Data do Acesso: 20/01/17.

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

Além disso, ao tratar da gestão financeira, a Lei 8080/90 prevê em seu Art. 33º que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Um aspecto a ser destacado é o fato de que parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde (derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias), para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, podem ser remanejadas entre os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, conforme dispõe o Artigo 21º da LC 141/12.

Transferências automáticas fundo a fundo - A descentralização com direção única em cada esfera de governo constitui uma diretriz do SUS estabelecida pela Constituição de 1988. Trata-se do comando único, isto é, União, estados, municípios e o Distrito Federal devem ser os gestores únicos (dos serviços e recursos do SUS) em seus respectivos territórios. A Lei 8.142/90 estabeleceu, para tanto, que os recursos para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal devem ser repassados de forma regular e automática. São as chamadas transferências “fundo a fundo”, que se referem aos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde dos demais entes da federação.

Transferência voluntária - É a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde (LC 101/2000, art. 25).

Transferências Constitucionais - São transferências, previstas na Constituição Federal, de parcelas das receitas federais arrecadadas pela União e que devem ser repassadas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. O objetivo do repasse é amenizar as

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

desigualdades regionais e promover o equilíbrio socioeconômico entre estados e municípios¹⁹.

Transferências destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) - São transferências tratadas separadamente por conta da relevância do assunto, por meio da celebração de convênios, contratos de repasses e, principalmente, de transferências fundo a fundo. Os valores são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Os repasses são feitos em contas individualizadas, isto é, específicas dos fundos²⁰.

Planejamento em Saúde e o controle dos gastos mínimos

Conforme o Decreto nº 7.508/11, o processo de planejamento da saúde deve partir do nível local até o federal, considerar a opinião dos respectivos Conselhos de Saúde e compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

O controle dos gastos mínimos em saúde por parte dos promotores de justiça não deve se limitar à conferência matemática do cumprimento dos percentuais mínimos estabelecidos na lei. De fato, conforme alerta Pinto²¹, “gastar formalmente o montante mínimo de recursos vinculados, mas não assegurar o padrão de qualidade, é gastar mal (lesão aos princípios da finalidade e eficiência)”. Para além dessa dimensão do

¹⁹Dentre as principais transferências da União para os Estados, o DF e os Municípios, previstas na Constituição, destacam-se: o Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE); o Fundo de Participação dos Municípios (FPM); o Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados (FPEX); o Fundo de Manutenção e de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF); e o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR). Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União/Portal da Transparência. Disponível em <http://www.transparencia.gov.br/glossario/DetalleGlossario.asp?letra=t>. Data do acesso: 12/07/17.

²⁰Brasil. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União/Portal da Transparência. Disponível em <http://www.transparencia.gov.br/glossario/DetalleGlossario.asp?letra=t>. Data do acesso: 12/07/17.

²¹Pinto, E. G. Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional. Forum: Belo Horizonte, 2015, p.26.

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

controle, destaca-se o cumprimento por parte dos estados e municípios da execução orçamentária, relativamente aos planos, programas e projetos da área de saúde, previstos nos seus respectivos planejamentos. Nesse aspecto, a LC 141/12 estabelece instrumentos de planejamento orçamentário e formas de acompanhamento de sua execução, que, para efeito de controle dos gastos em saúde, devem ser objeto de conhecimento dos promotores de justiça.

Destaque-se, nesse sentido, que os recursos destinados aos Fundos de Saúde devem constar no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) como unidade orçamentária específica aos programas vinculados às ações e serviços de saúde^{22,23}.

Decorre daí a necessidade dos promotores de justiça conhecerem os prazos legais para que as peças de planejamento e de orçamentação sejam enviadas pelo Poder Executivo ao Legislativo, conforme segue na planilha abaixo:

Quadro 1. Ciclo de Elaboração do PPA, da LDO e LOA com os respectivos prazos.

	PPA	LDO	LOA
Envio ao Legislativo	Até 4 meses antes do encerramento do primeiro exercício financeiro do mandato do chefe do Executivo.	Até 8 meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro. Data: 15 de abril de	Até 4 meses antes do encerramento do exercício financeiro. Data: 31 de agosto de cada ano.

²²Conforme o Art. 14º da Lei 4320/64, constitui unidade orçamentária o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias. Nessa mesma rota, o § 1º do Art. 36º da Lei 8080/90 refere que os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

²³A lei também estabelece que o processo de planejamento e orçamento deve ser ascendente, partindo das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos. Além disso, para garantir o princípio da equidade interestadual e interregional no sistema de saúde, os planos e metas regionais (resultantes das pactuações intermunicipais) devem constituir a base para os planos e metas estaduais; os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais (Art. 30 LC 141/12).

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

	Data: 31 de agosto do primeiro ano de mandato.	cada ano.	
Devolução ao Executivo	Até o término da sessão legislativa. Data: 22 de dezembro do primeiro ano de mandato.	Até o término do primeiro período legislativo. Data: 17 de julho de cada ano.	Até o término da sessão legislativa. Data: 22 de dezembro de cada ano.

Fonte: Ministério da Saúde/Fiocruz.²⁴

Ademais, a Portaria 2135/13, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, aponta o Plano de Saúde, as Programações Anuais e o Relatório de Gestão (RAG) como instrumentos essenciais. Portanto, esses instrumentos constituem fonte adicional de informação para embasamento da atuação dos promotores de justiça. A referida Portaria estabelece ainda que a elaboração do Plano de Saúde tem que observar os prazos do PPA, visto que constitui uma das bases de sua elaboração. Do mesmo modo, a Lei nº 141/12 determina que os entes da Federação devem encaminhar a Programação Anual de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação, antes da data de encaminhamento ao legislativo da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente. Isso garante que o setor saúde esteja contemplado nas regras dispostas na LDO aplicáveis ao ano subsequente²⁵.

É preciso igualmente saber no acompanhamento desse processo, se o município e/ou estado estão com as legislações orçamentárias e o planejamento decorrente delas em conformidade com o que dispõe a LC 141/2012, quanto ao atendimento dos mínimos constitucionais.

Desde que comprovado o cumprimento dos requisitos legais referidos acima, cabe, em seguida, verificar se a execução orçamentária do exercício anterior observou esses requisitos e se houve destinação dos recursos da saúde adequada à norma

²⁴Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

²⁵Idem.

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

constitucional. Essa preocupação se justifica pela necessidade de compensação, como aplicação adicional no exercício imediatamente subsequente, do cancelamento de restos a pagar contabilizados como ASPS para fins do percentual mínimo, sob pena de *deficit* de aplicação relativo aos anos em que foram inicialmente contabilizados. Essa compensação é a garantia da cumulação das verbas não aplicadas nos exercícios anteriores para os exercícios seguintes.

Nessa mesma lógica, atente-se para o Art. 25 da LC 141/12, segundo o qual eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos na legislação, deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Outro ponto a ser observado pelos promotores de justiça nas legislações orçamentárias e nos planos e programações correspondentes, diz respeito à natureza das despesas com saúde (se estas se enquadram na definição legal de ASPS). Assim, deve-se verificar se as despesas elencadas no planejamento apresentam os requisitos definidos na LC 141/2017. Destaque-se, nesse sentido, que a utilização dos recursos do Fundo de Saúde em despesas não definidas na legislação como ASPS ou diferentes daquelas originalmente pactuadas obriga à devolução dos referidos recursos ao ente transferidor (devidamente corrigidos), bem como à responsabilização do beneficiário nas esferas competentes, conforme estabelece o Art. 27 da LC 141/12.

A atuação dos promotores nessa questão requer, conforme já mencionado, o acompanhamento do processo de planejamento na saúde, sendo importante, de igual maneira, avaliar os instrumentos de gestão que embasam a definição do destino dos recursos, conforme especificado acima: Plano de Saúde, as Programações Anuais e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Este último, conforme dispõe o artigo 36 da LC 141/12, tem a peculiaridade de apresentar o percentual mínimo aplicado em saúde, as auditorias realizadas e também a oferta e produção de serviços públicos na rede

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. O Relatório de Gestão deve ser apresentado ao Conselho de Saúde quadrimestralmente, nos meses de maio, setembro e fevereiro de cada ano (Relatório Detalhado do Quadrimestre - RDQ) e anualmente, até 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira (RAG).

Uma vez que permite cotejar as ações realizadas e os recursos investidos na saúde com os indicadores de saúde da população, esse instrumento auxilia o promotor de justiça na apuração do gasto mínimo em saúde a partir da concepção ampliada por Pinto²⁶, para quem

gasto mínimo não é só um percentual de receita, mas também um conjunto de obrigações legais de fazer a serem contidas — material e substantivamente — no conjunto de ações normativamente irrefutáveis”. Esse enfoque merece destaque porque, ainda com base na autora acima citada, as obrigações de fazer implicam vinculações para o gasto mínimo “que reclamam eficácia imediata.

Portanto, após observar o cumprimento do mínimo constitucional, faz-se igualmente necessário associá-lo ao cumprimento das ações planejadas e ao impacto deles na melhoria dos indicadores de saúde da população (por exemplo, incidência e prevalência de doenças transmissíveis, como tuberculose, aids, hanseníase, filariose, etc.), bem como dos indicadores de acesso às ASPS (tais como, cobertura da atenção básica, cobertura do pré-natal, acompanhamento de crianças de baixo peso, realização de cirurgias etc.).

3- O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)

²⁶Pinto, E. G. Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional. Forum: Belo Horizonte, 2015, p. 25.

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

O SIOPS é o sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mencionado no Art. 31 da LC 141/12²⁷. Nele é possível acompanhar a execução orçamentária da saúde por meio de demonstrativos, relatórios e indicadores que permitem verificar o cumprimento do dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde.

Conforme a Portaria GM 53/2013, o registro no SIOPS tem caráter obrigatório, devendo as informações ser de acesso público e atualizadas permanentemente (o preenchimento das informações é bimestral). Embora as informações constantes no SIOPS não sejam esmiuçadas o suficiente para permitir o conhecimento detalhado dos gastos, a utilização desse sistema, como instrumentos de acompanhamento dos gastos em ASPS, ajuda os promotores de justiça a conhecer as receitas e despesas na saúde, destacadas nos balanços orçamentários, particularmente no Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO. Instituído pelo § 3º do Art. 165 da Constituição Federal, o RREO²⁸ é um instrumento que permite aos órgãos de controle interno e externo, aos usuários e à sociedade em geral conhecer, acompanhar e analisar o desempenho das ações governamentais estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA).

No acompanhamento do dever de gastos mínimos em saúde cabe observar que, de acordo com a LC 141/11, as dotações orçamentárias no que tange às ações e serviços

²⁷Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF). As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, através da internet, gerando indicadores de forma automática. O que é SIOPS? Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5982-o-que-e-siops>. Acesso em 22/06/17.

²⁸O relatório a que se refere o § 3º do art. 165 da Constituição abrangerá todos os Poderes e o Ministério Público e será publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre [...] (Art. 52 da LC 101/00).

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

públicas de saúde devem ser calculadas com base na receita estimada na Lei do Orçamentária Anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais (Art. 23 da LC 141/11) realizados durante o ano e pelas diferenças entre a receita e despesa previstas e as efetivamente realizadas, apuradas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Vale alertar, ademais, que o contingenciamento (ou a indisponibilidade) e a limitação financeira do orçamento estão proibidos, se esses procedimentos trouxerem risco ao cumprimento da aplicação mínima legal em ações e serviços públicos de saúde, conforme dispõe o art. 28 da LC nº 141.

Por fim, faz-se notar que, não apenas o descumprimento da aplicação do mínimo em ASPS, mas também a falta de preenchimento do SIOPS ou da homologação dos dados no prazo legal, enseja o condicionamento e/ou suspensão das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias destinadas aos estados e municípios²⁹.

Conclusões

A saúde pública no Brasil teve consideráveis avanços desde a instituição do SUS em 1988, sendo hegemonicamente reconhecidas, desde então, melhorias tanto no acesso às ASPS quanto nos indicadores de saúde da população, embora essas melhorias também devam ser interpretadas à luz dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença³⁰. No que tange aos gastos públicos com a saúde, constitui fonte de infindáveis conflitos, avanços e retrocessos, as disputas políticas em torno de

²⁹Arts. 16 a 18 do Decreto 7827/12.

³⁰Victora, C. G., et. al.. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Série Saúde no Brasil. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%Bade_Celia%20Almeida_2011.pdf. Acesso em: 13.07.17.

CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA

seu financiamento, aspecto claramente evidenciado por diversos estudiosos da área da saúde pública, especialmente aqueles ligados ao campo da economia da saúde^{31,32}.

Os recursos para o SUS jamais foram suficientes, fato que, associado a outros fatores condicionantes (econômicos, políticos, culturais etc)^{33,34}, tem resultado contemporaneamente num processo que se convencionou chamar de “judicialização da saúde”. Contudo, as reformas recentes que o governo brasileiro vem propondo ao Congresso Nacional (havendo algumas já aprovadas), bem como algumas de suas iniciativas administrativas igualmente recentes, mostram que a tendência é restringir ainda mais os recursos. No foco desse movimento reformista do governo estão aquelas mudanças que incidem diretamente ou indiretamente na redução do investimento na saúde, conforme apontam Barros e Piola³⁵: a abertura da provisão de ações e serviços de saúde ao capital estrangeiro (Lei nº 13.097/2015); a diminuição do aporte federal de recursos para o SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2017, e a tentativa de reintroduzir a assistência médica como direito trabalhista, por meio da Proposta de Emenda à Constituição nº 451, de 2014.

Ressalte-se, nesse sentido, a repercussão dessas iniciativas no cotidiano de atuação das promotorias de justiça, destacadamente as especializadas nas áreas da saúde e patrimônio público, e ainda os CAOP's ligados a essas áreas de atuação, cujas demandas evidenciam a necessidade crescente de intervenções estratégicas e bem

³¹Vieira, F. S; Benevides, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. Brasília, v.10, n.3, p. 1-28. 2016.

³²Cesar G Victora, et. al..Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Série Saúde no Brasil. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%Bade_Celia%20Almeida_2011.pdf. Acesso em: 13.07.17.

³³Asensi, F. D. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. Physis- Revista de Saúde Coletiva, v. 23, n.3, Rio de Janeiro, 2013. 801-820.

³⁴Campos Neto, O. H. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. Rev Saúde Pública, São Paulo, v.46, n.5, p. 784-90. 2012.

³⁵Barros, M. E. D; Piola, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques, R. M; Piola, S. F.; Roa, A. C. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 101-138.

**CAOP-SAÚDE CENTRO DE APOIO OPERACIONAL ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
DEFESA DA SAÚDE - ÁREA TÉCNICA**

dirigidas, as quais passam, agora mais do que nunca, pelo controle do dever de gastos mínimos em saúde.

Esta não é tarefa exclusiva do Ministério Público, no entanto constitui uma de suas funções precípuas, vez que está associada à defesa dos direitos fundamentais garantidos pela Constituição de 1988 e pelas normas infraconstitucionais posteriores. Nesse sentido, sobretudo diante do quadro atual em que se encontra a saúde pública no Brasil - cujo cenário delineado pelas recentes iniciativas legais e normativas do Ministério da Saúde aponta para uma escassez evolutiva de recursos e enfraquecimento da estrutura do SUS -, o Ministério Público não pode se furtar dessa tarefa, devendo dirigir os recursos judiciais e extrajudiciais de que dispõe para esse mister.

Recife, 26 de setembro de 2017

ANA LUCIA MARTINS DE AZEVEDO
Analista Ministerial – Caop-Saúde/MPPE

De acordo:

ÉDIPO SOARES CAVALCANTE FILHO
Coordenador do CAOP-SAÚDE
Promotor de Justiça