



**A LEI COMPLEMENTAR  
Nº 141/2012 E O GESTOR  
PÚBLICO DA SAÚDE**

Gilberto Fonte Boa da Silva e Mauro Lúcio da Silva

A Lei Complementar nº 141/2012 e o gestor público da saúde  
Publicação Cosems RJ - 2012

Autores - Gilberto Fonte Boa da Silva e Mauro Lúcio da Silva

Projeto editorial - Marina Herriges - Tessela Comunicação & Design

Revisão - Marina Schneider - Tessela Comunicação & Design

Diagramação - Marina Herriges - Tessela Comunicação & Design

Impressão - Walprint Gráfica e Editora

Tiragem - 1.000 exemplares

# **A LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012 E O GESTOR PÚBLICO DA SAÚDE**

## **Gilberto Fonte Boa da Silva**

Advogado com pós-graduação em Direito Civil e Processual Civil, especialização em Direito Sanitário, professor-palestrante dos seminários do SaberSus

## **Mauro Lúcio da Silva**

Advogado com pós-graduação em Direito Público, especialização em Direito Sanitário, assessor jurídico do Cosems RJ, membro do Núcleo de Direito Sanitário do Conasems, professor-palestrante dos seminários do SaberSus





## CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Muito se tem escrito e mais ainda se tem falado sobre a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal e, por consequência, a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Uns dizem de sua complexidade na regulamentação da Emenda 29, dificultando a operacionalização da norma, entretanto, podemos entender que esta é a lei que os operadores do direito, os sanitaristas e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) aguardavam há mais de dez anos, especialmente para estabelecer de quanto será a responsabilidade de gasto da União em ações e serviços de saúde, uma vez que não foram alterados os mínimos estabelecidos pela Emenda 29/2000 para os demais entes da federação, bem como para fins de determinar o que, efetivamente deverá ser considerado como ações e serviços públicos de saúde.

A reboque de todos os defensores do SUS, temos que reconhecer alguns avanços da Lei regulamentadora da Emenda 29, que serão demonstrados no curso deste trabalho. Entretanto, não há como deixar de ressaltar o retrocesso com a não aprovação de percentual mínimo para delimitar os gastos da União com ações e serviços públicos de saúde, sem entrar no mérito de quanto seria o ideal, se dez ou mais pontos percentuais.

É importante ressaltar que a Lei Complementar não estabelece tetos para determinar o quanto a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios devem aplicar em saúde. A lei estabelece pisos mínimos. Tanto que as constituições estaduais e as respectivas Leis Orgânicas Municipais podem estabelecer pisos diferentes, desde que seja garantido o mínimo estabelecido no Capítulo III, da LC 141. Para a União ficou estabelecido **valor mínimo**; para os demais entes, **percentuais mínimos**.

Num primeiro momento, cabe salientar que alguns juristas e sanitaristas defendem a inconstitucionalidade da Lei Complementar, posto que, ao estabelecer valor mínimo para a União, contrariou o disposto nos §§ 2º e 3º do Artigo 198 da Constituição da República, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, visto que ambos dispositivos tratam de percentuais a serem aplicados anualmente em ações e serviços de saúde pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Assim, como a LC 141 estabeleceu nova forma de cálculo para a União, há os que defendem a inconstitucionalidade do Art. 5º, que deverá, entretanto, ser arguida, não cabendo declaração de ofício por quem quer que seja.



## **NOVIDADES, MODELOS REFORÇADOS E PONTOS CLARIFICADOS**

Quase todo o conteúdo da Lei Complementar já vinha sendo aplicado e obedecido pelas esferas gestoras do SUS, uma vez que foram implementados através de decretos, portarias do Ministério da Saúde e resoluções do próprio Conselho Nacional de Saúde, em que pese a fragilidades dos instrumentos regulamentadores. Agora, com muito mais razão, é uma lei que normatiza quanto deve ser aplicado em saúde pelas três esferas de governo, assim como o que se pode considerar como ações e serviços de saúde, levando em conta o próprio Art. 200, da Constituição da República que já trata desta questão, e a Lei Complementar apenas especificou. A ausência de uma norma legal vinha fazendo com que, de forma questionável, muitos gestores fossem demandados pelo judiciário pela aplicação dos recursos do SUS, inclusive com condenações.

Uma situação aclarada pela Lei Complementar se refere à vedação aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, de excluírem da base de cálculo das receitas quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, quando da apuração do percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde. Tal imposição é importante na medida em que muitos Estados e municípios excluíaam da base de cálculo os valores repassados para o Fundo

de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB). Apesar do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), desde há muito já fazer este cálculo, alguns Tribunais de Contas permitiam a exclusão dos recursos do FUNDEB sob a alegação de que tinham destinação específica. Agora, com a regulamentação da Emenda 29/2000, a questão ficou definida, conforme disposição contida no Art. 29.

No tocante ao repasse e aplicação dos recursos mínimos, a Lei Complementar, reforça o modelo Fundo a Fundo e o caráter obrigatório das transferências, de forma regular e automática. É dispensada a celebração de convênios e outros instrumentos para garantir os repasses dos recursos da União para os demais entes, assim como dos Estados para os municípios, para ações e serviços públicos de saúde.

Outra questão que a Lei Complementar também sintetiza com clareza (Art. 14) é a definição do que é o Fundo de Saúde, pois, alguns quiseram rotular esta unidade orçamentária e gestora de recursos do SUS como uma pessoa jurídica, principalmente pelo fato da obrigatoriedade de inscrição do Cadas-

tro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), na condição de matriz, causando uma grande confusão no cenário jurídico do direito sanitário. Agora, parafraseando um ex-árbitro de futebol famoso, podemos dizer que “a lei é clara” e assim dispõe: “O Fundo de Saúde constituiu-se em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde”.

Ao tratar da forma de movimentação dos recursos repassados pela União, apesar do Decreto Federal nº 7.507/2011 estabelecer a modalidade de transferência eletrônica como única possibilidade, a Lei Complementar inclui também o cheque nominal, a ordem bancária ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil (Art. 13, § 4º), concedendo, ainda que em parte, a merecida autonomia dos gestores do SUS.

Ainda no campo das novidades a Lei Complementar acabou com os sofismas em relação à possibilidade de aplicação dos recursos do SUS nos consórcios instituídos para execução conjunta de ações e serviços públicos de saúde, ficando clara a questão no Art. 21, que expressamente dispõe que os entes consorciados poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos

fundos de saúde derivadas, tanto de receitas próprias, como de transferências obrigatórias.

Como já dito anteriormente, a Lei Complementar definiu como regra a modalidade regular e automática para a transferência dos recursos destinados ao custeio das ações e serviços públicos de saúde, que são consideradas transferências de caráter obrigatório, vedando expressamente a exigência de restrição para entrega dos referidos recursos, com ressalva a somente três condicionantes: Instituição e funcionamento do Fundo de Saúde; Instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, e Elaboração do Plano de Saúde. Tal dispositivo (Art. 22) ressalta a autonomia dos entes da federação e o pacto federativo.

Reforçando outros instrumentos regulamentadores, a Lei Complementar estabelece o Relatório de Gestão como instrumento de planejamento e de prestação de contas dos recursos movimentados através dos Fundos de Saúde. Aqui, a novidade mesmo foi a revogação do Art. 12, da Lei nº 8.689, de 27 de junho de 1993 e a derrogação da Lei nº 12.438, de 06 de julho de 2011, passando a elaboração do Relatório Trimestral, para a periodicidade quadrimestral, com as mesmas exi-

gências das legislações anteriores, fixando como obrigatória a realização de audiência pública, até o final dos meses de fevereiro, maio e setembro, na Casa Legislativa do respectivo ente da federação, para apresentação do Relatório detalhado do quadrimestre anterior.

### **Valores e percentuais mínimos, critérios de rateio e normas de fiscalização, avaliação e controle**

A Lei Complementar que comentamos dispõe sobre (Art. 1º):

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais, e;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

No tocante ao inciso I, a Lei Complementar preencheu a lacuna deixada pela Emenda Constitucional 29/2000, esclarecendo o valor a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde que deve ser o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Há controvérsias jurídicas quanto à fórmula adotada, ficando a dúvida se não deveria também ser em forma de percentual, conforme disposto nos §§ 2º e 3º, do Art. 198, da Constituição da República, como já explicitamos anteriormente.

No caso do inciso II, a Lei Complementar reiterou os percentuais mínimos fixados pela Emenda 29, continuando os Estados e municípios obrigados a empregar, respectivamente, 12% e 15% sobre a receita proveniente de impostos, em ações e serviços públicos de saúde. Para o Distrito Federal a regra também continua a mesma. Ou seja, 12% so-

bre a receita proveniente dos impostos a que se referem os artigos 155 e 157, da Constituição da República e 15% sobre a receita proveniente de impostos a que se referem os artigos 156 e 159, da Constituição da República. Neste particular, há que se ressaltar a possibilidade da Lei Orgânica Municipal ou da Constituição Estadual ou Distrital, fixar percentuais maiores que os fixados na Lei Complementar, situações em que tais valores deverão ser respeitados, uma vez que não se trata de teto, mas sim de piso mínimo.

É importante ressaltar que a não observância dos percentuais mínimos da despesa obrigatória em saúde, sujeita aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios a possibilidade de intervenção, de restrição nas transferências constitucionais de impostos, o bloqueio das transferências voluntárias e a eventual inelegibilidade do gestor, decorrente de parecer desfavorável do Tribunal de Contas, confirmado pelo respectivo Poder Legislativo.

Quanto aos critérios de rateio a que se refere o inciso III, a LC 141 orienta no sentido de se observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de

serviços de saúde, bem como o disposto no Art. 35, da Lei 8.080/90, que dispõe sobre a utilização de critérios, segundo análise técnica de programas e projetos, considerando:

- a) o perfil demográfico da região;
- b) o perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- c) as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- d) o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- e) os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- f) a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- g) o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Cabe observar que Lei 8.080/90, no mesmo dispositivo acima citado, já previa a obrigatoriedade de que metade dos recursos destinados aos Estados e aos municípios fosse distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

Em relação às normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, previstas no inciso IV, a Lei Complementar estabelece critérios a serem observados sobre a transparência e visibilidade da gestão da saúde, sobre a escrituração e consolidação das contas da saúde, bem como sobre a prestação de contas e sobre a fiscalização propriamente dita.

Destaque há que se dar também à autonomia dispensada ao Sistema de Auditoria, na medida em que ele poderá atuar diretamente no auxílio aos tribunais de contas e ao Poder Legislativo na fiscalização da aplicação da Lei Complementar 141.

### **Definição das ações e serviços públicos de saúde**

Repetindo disposições já vigentes, a Lei Complementar, no Art. 2º, estabelece que, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios e

diretrizes estatuídos no Art. 7º, da Lei 8.080/90, além de observar o acesso universal, igualitário e gratuito, que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação e que sejam de responsabilidade específica do setor da saúde.

Nesse sentido, a Lei Complementar, identifica no Art. 3º, o que deve ser considerado despesa com ações e serviços públicos de saúde, acabando com as dúvidas em relação à possibilidade de fazer pagamento da remuneração do pessoal ativo da saúde, inclusive dos que oferecem apoio administrativo, incluindo os encargos sociais, bem como de sua respectiva capacitação. No mesmo diapasão, a lei também considera como despesas com saúde, o investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reformas, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde.

Não há mais a controvérsia sempre levantada por alguns auditores dos órgãos de controle, especialmente o (Departamento Nacional de Auditoria do SUS) DENASUS sobre a possibilidade de pagamento das despesas de pessoal, inclusive de apoio adminis-

trativo, bem como dos respectivos encargos sociais com os recursos transferidos Fundo a Fundo.

Neste particular, há que se fazer a interpretação conjugada da Lei Complementar com a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Dita norma, no Art. 6º, estabelece que os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

O § 2º, do citado Art. 6º da Portaria que regulamenta os blocos de financiamento, com redação dada pela Portaria nº 2.025, de 24/08/2011, institui restrição para utilização dos recursos referentes aos Blocos da Atenção Básica, da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, da Vigilância em Saúde, da Gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica, que não poderão ser utilizados para o pagamento de:

I - servidores inativos;

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente

para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no Plano de Saúde;

III - gratificação de função de cargos comissionados; É permitida a gratificação de função de cargos comissionados, desde que sejam ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no Plano de Saúde;

IV - pagamento de assessorias e consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado;

V - obras de construções novas. Neste caso há ressalva para as obras que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e serviços de saúde.

Como visto acima, embora a Lei Complementar disponha sobre a permissividade de realização de despesas com investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reformas, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde, portanto, obra nova, a restrição da Portaria nº 204/2007, é com a utilização de recursos referentes aos Blocos da Atenção Básica, da

Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, da Vigilância em Saúde, da Gestão do SUS e da Assistência Farmacêutica, considerando que a mesma portaria possui um bloco específico para investimento.

Quanto ao saneamento básico, a Lei regulamentadora ressalta que podem ser consideradas despesas com saúde as ações relativas a: a) atuação em domicílios e pequenas comunidades, com a devida aprovação do Conselho de Saúde; b) atuação em comunidades quilombolas; c) controle de vetores de doenças. A contrário senso, o Art. 4º, nos incisos V, VI e VII, categoricamente proíbe que as despesas habituais de saneamento e meio ambiente sejam consideradas como ações de saúde.

Assim, o Art. 3º, da Lei Complementar dispõe que, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos, serão consideradas 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, reformas, 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;

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

No mencionado Art. 4º, a LC 141 especifica o que não constitui despesa com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos valores e percentuais mínimos, com destaque para a impossibilidade de fazer pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde, de pessoal ativo da área de saúde, quando em atividade alheia à referida área, de assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal, de merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se os casos de recuperação de deficiências nutricionais. Também dirimindo outras dúvidas

até então vigentes, o dispositivo em comento, taxativamente proíbe considerar como despesas de saúde, as ações de assistência social.

Neste contexto, o Art. 4º, da Lei Complementar dispõe que não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, 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;

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;

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.

## **Recursos mínimos**

A Lei Complementar estabelece ainda que, para efeito do cálculo do montante dos recursos, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa (Art. 10).

Para se efetivar o cálculo da despesa obrigatória em saúde, a LC 141, no Art. 24, considera a despesa liquidada e paga no exercício, mais as despesas não liquidadas, desde que haja disponibilidade de caixa para pagamento em exercícios subsequentes, que são os chamados

restos a pagar. De acordo com a Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, que institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal, a execução da despesa possui três fases ou estágios, a saber: empenho, liquidação e pagamento.

O empenho de despesa é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado a obrigação de pagamento; A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, mediante verificação da origem e o objeto do que se deve pagar, a importância exata a pagar e a quem se deve pagar a importância, para extinguir a obrigação. A ordem de pagamento é o despacho exarado por autoridade competente, determinando que a despesa seja paga. Veja que a Lei Complementar exigiu o cumprimento dos segundo e terceiro estágios da despesa, considerando a possibilidade de não se completar o pagamento, desde que os recursos estejam disponíveis em caixa. Ou seja, para execução da despesa é necessário saldo orçamentário e financeiro suficientes para o empenho, para a liquidação e para o pagamento.

A Lei Complementar em comento faz restrição quanto ao uso dos recursos disponíveis em caixa,

vinculados aos restos a pagar, posteriormente anulados ou prescritos, portanto computados para efeito dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, os quais deverão, obrigatoriamente, serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição, sem prejuízo do percentual mínimo exigido naquele exercício, nos termos dos §§ 1º e 2º, do Art. 24, da Lei Complementar.

É bom lembrar que a Lei Complementar, no § 4º, do Art. 24, não permite computar como despesas com ações e serviços de saúde, para nenhum ente da federação, ainda que estejam contidas no rol do Art. 3º, quando as despesas forem custeadas com receitas provenientes de operação de crédito contratada para esse fim específico ou com quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita.

O Art. 25 dispõe que a eventual diferença que implique o não atendimento dos recursos mínimos previstos na Lei Complementar, para cálculos das despesas com saúde, em determinado exercício, 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. Já o parágrafo único estabelece competência ao Tribunal de Contas para verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, além da manutenção do SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde), com garantia de acesso público às informações.

### **Caráter obrigatório dos recursos fundo a fundo do SUS e fundos de saúde**

Confirmando dispositivo da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000, Art. 25), a LC 141 dispõe sobre o caráter obrigatório das transferências Fundo a Fundo, cujos recursos devem ser movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária, mediante convênios ou outros instrumentos congêneres.

Assim, tal como já previsto na Emenda 29, a Lei Complementar estabelece que todo e qualquer

recurso da saúde deve ser movimentado pelo respectivo Fundo de Saúde, constituído como unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços de saúde, com inscrição no CNPJ na condição de matriz, entretanto, despersonalizado juridicamente.

Como já afirmado neste trabalho, ao contrário do disposto no Decreto 7.507/2011, que exige a transferência eletrônica como única modalidade de movimentação dos recursos repassados pela União para os fundos de saúde, a LC 141 também permite a utilização do cheque nominal, a ordem bancária, ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, desde que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor (Art. 13, § 4º).

Também nestas considerações sobre a Lei Complementar já tivemos oportunidade de discorrer sobre as fases ou estágios da despesa, conforme disposto na Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, que institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal. O Art. 61 da citada norma dispõe que, para cada empenho

será extraído um documento denominado “nota de empenho” que indicará o nome do credor, a representação e a importância da despesa bem como a dedução desta do saldo da dotação própria. Além desta exigência legal, os órgãos de controle, dentre eles os Tribunais de Contas, passaram a exigir também, além do nome do credor, endereço e qualificação, tanto para as pessoas jurídicas, como físicas. Portanto, o próprio documento gerador da obrigação para o estado pagar já inclui a necessidade de identificação do credor.

Ainda no que diz respeito à movimentação dos recursos da União para Estados, Distrito Federal e município, além do caráter obrigatório, mediante transferência Fundo a Fundo, de forma regular e automática, os §§ 1º e 2º, do Art. 17, da Lei Complementar dispõem sobre a distinção entre recursos de custeio e recursos de investimento. Quanto aos primeiros, caberá ao Ministério da Saúde definir e publicar, anualmente, utilizando metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada ente da federação. Os recursos destinados a investimentos deverão ser programados anualmente, sendo que sua alocação deverá priorizar cri-

térios que visem a redução das desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantindo a integralidade da atenção à saúde.

Os mesmos critérios de rateio estabelecidos para a movimentação dos recursos da União aplicam-se aos recursos dos Estados a serem transferidos aos municípios para ações e serviços de saúde, inclusive quanto ao caráter obrigatório, mediante transferência Fundo a Fundo, de forma regular e automática, conforme metodologia de alocação constante dos Planos Estaduais de Saúde, pactuadas nas respectivas Comissões Intergestores Biparte e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

Vale ressaltar que, embora a Lei Complementar privilegie a transferência Fundo a Fundo, de caráter obrigatório automático e continuado como forma de movimentação dos recursos da União para Estados, Distrito Federal e municípios e dos Estados para os municípios, a lei ressalvou a hipótese de se configurar as transferências voluntárias, em situações específicas. Entretanto, tais “situações específicas” não foram definidas e, a nosso juízo, deverão ser objeto de negociação entre os gestores nas respectivas instâncias de pactuação.

## **Transparência, fiscalização e controle (prestações de contas)**

No campo da transparência, fiscalização e controle, a Lei Complementar incluiu os sistemas de prestação de contas, revogando o Art. 12 da Lei 8.689/93, que tratava do assunto de forma trimestral, restando também derogada a Lei 12.438, de 2011, que havia alterado a lei 8.689, uma vez que passou a vigorar a exigência de relatório quadrimestral, contendo as informações sobre o montante e fonte dos recursos aplicados no período, sobre as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações e sobre a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, comparando tais dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Ficou estabelecido no § 5º, do Art. 36 que, nos meses de maio, setembro e fevereiro de cada ano, o gestor do Sistema Único de Saúde deverá apresentar o referido relatório detalhado a que se refere o citado Art. 36 da Lei Complementar, em audiência pública na respectiva Casa Legislativa, além de enviar um exemplar ao Conselho Municipal de Saúde. Cabe ressaltar que o § 4º do

mesmo dispositivo trata de um modelo padronizado de relatório, sendo um modelo simplificado para os municípios com até 50 mil habitantes, instrumentos a serem aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde e que ainda não foram divulgados até o momento de redação deste trabalho.

Portanto, a Lei Complementar, mesmo tendo revogado a Lei 8.689/93, permanece com as mesmas exigências nela contidas, apenas e tão somente alterando o prazo de apresentação do relatório detalhado, que passou de trimestral para quadrimestral, e, também, definindo os prazos para realização das audiências públicas nas respectivas Casas Legislativas. A dúvida levantada por muitos gestores se a audiência pública deveria ser para o Conselho de Saúde ou nas Câmaras e Assembleias Legislativas restou dissipada, aliás, como já havia esclarecido a Lei 12.438/2011. O relatório quadrimestral deverá ser apreciado pelo respectivo Conselho de Saúde e o mesmo deverá ser apresentado à sociedade, em audiência pública, na respectiva Casa Legislativa.

O Art. 31, da Lei Complementar, de forma expressa, exige dos gestores do SUS de todos os entes da federação, ampla divulgação das prestações de contas, inclusive em

meios eletrônicos de acesso público, privilegiando as informações que comprovam o cumprimento do disposto na referida Lei Complementar, dados do Relatório de Gestão e a avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS. Aqui, o legislador também sinaliza com a necessidade de audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Além dos relatórios quadrimestrais, a Lei Complementar, no § 1º, do Art. 36, também reforçou a necessidade de elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG), que deverá ser enviado ao Conselho de Saúde, até 30 de março do ano seguinte, cabendo ao referido colegiado emitir parecer conclusivo sobre o atendimento das normas estabelecidas na Lei Complementar. Excepcionalmente, no ano de 2012, a portaria instituidora do SARGSUS, que é de 29 de março de 2012, prorrogou o prazo do RAG para 31 de maio de 2012, contrariando o comando legal de 30 de março. Entretanto, não nos parece que a providência possa causar qualquer prejuízo.

Nesse particular, cabe destacar o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão do SUS, denominado SARGSUS, que

é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pelo Ministério da Saúde, instituído pela Portaria nº 575, de 29/03/2012, que se tornou um sistema de utilização obrigatório para a elaboração do Relatório Anual de Gestão e integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do Sistema Único de Saúde.

Neste processo, nos parece que a Lei Complementar deixou uma lacuna, não estabelecendo prazos para as análises e pareceres dos Conselhos de Saúde, uma vez que a desaprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) poderá causar prejuízos ao gestor, assim como a falta de manifestação poderá ocasionar prejuízos à sociedade.

É importante frisar que, independentemente das demais formas de fiscalização e de prestação de contas estabelecidas na Lei Complementar, cabe ao Poder Legislativo, de forma direta ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do DENASUS, do Órgão de Controle Interno e do Conselho de Saúde de cada ente da federação, fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas na referida Lei Complementar, especialmente, no que diz respeito:

I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Ainda no campo da transparência e da fiscalização, a Lei Complementar, no Art. 39, institucionalizou de forma expressa o SIOPS, que já se constituía numa ferramenta de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde. Portanto, com a regulamentação da Emenda 29/2000, o SIOPS passa a ter caráter legal e se constitui também num sistema de informação obrigatório, que deverá ser utilizado da forma existente, até regulamentação específica do Ministério da Saúde, conforme disposto no § 1º, do mesmo Art. 39.

## **Institucionalização do SIOPS**

Cabe destacar o disposto no § 2º, do citado Art. 39, da Lei Complementar, que atribui responsabilidade ao gestor da saúde pelas informações declaradas no SIOPS e pelo cumprimento dos prazos estabelecidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos na Lei Complementar e na legislação concernente. Atualmente, os prazos definidos são de 30 de janeiro para o módulo anual e 30 de julho para o módulo semestral, desde que os programas estejam disponíveis nos citados prazos. A não observância do disposto quanto ao SIOPS ensejará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da federação.

## **Cooperação técnica e financeira da União**

Em seu último capítulo que trata das disposições finais e transitórias, repetindo dispositivos da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 16, XIII e da Lei Complementar 101, de 4 de maio de 2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, Art. 64, a Lei Complementar 141, no Art. 43, dispõe

sobre a obrigatoriedade de a União prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios objetivando a implementação e a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, na transferência de tecnologia visando à operacionalização do SIOPS, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde que serão objeto de apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

### **Capacitação dos Conselheiros de Saúde**

Também reiterando dispositivos anteriores, a Lei Complementar, no Art. 44, estabelece a necessidade de capacitação permanente dos Conselheiros de Saúde, em especial do segmento dos usuários e dos profissionais de saúde, objetivando a qualificação da atuação do colegiado na formulação de estratégias, com vistas a assegurar o efetivo controle social da execução das políticas de saúde.

É do conhecimento geral a relevância do papel dos Conselhos de Saúde, instituídos de forma explícita pela Lei Federal nº 8.142, de 28/12/1990, como

instância de formulação de estratégias e de controle da execução da política de saúde, inclusive dos aspectos econômicos e financeiros.

A nosso juízo, não entendemos os motivos que levaram o legislador a privilegiar os segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde, com vistas à inserção em programas de educação em saúde, uma vez que o Conselho de Saúde, como órgão colegiado que é, deve respeitar sempre a paridade dos seus membros, de sorte que uns melhores qualificados se sobreporão aos demais. Entretanto, há que se reconhecer que a Lei Complementar não excluiu os outros segmentos (governo e prestadores), apenas estabelece prioridade.

### **Responsabilização do gestor**

Finalmente, a Lei Complementar regulamentadora da Emenda Constitucional 29/2000, corroborando seu caráter regulador e fiscalizador sobre a atuação dos gestores públicos, especialmente no campo da saúde, específica no Art. 46, as legislações específicas para tipificação das infrações eventualmente cometidas, por ação ou omissão, podendo o agente público responder, penal, administrativa e civilmente, por cri-

me de responsabilidade e/ou por ato de improbidade administrativa.

Cabe esclarecer que as penalidades eventualmente aplicadas podem gerar consequências de ordem patrimonial e restritiva de direitos, tanto para o gestor como para o ente da federação, com o estabelecimento de multa pecuniária e declaração de inelegibilidade.

É com grande angústia que assistimos a forma como vêm sendo demandados muitos gestores, antes mesmo de um julgamento, como verdadeiros bandidos, pagando antecipadamente por crimes que não cometeram ante a divulgação precipitada sem a análise um pouco mais aprofundada da demanda apresentada.





## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por tudo exposto, há que se considerar o avanço trazido pela Lei Complementar neste ato de regulamentar a Emenda Constitucional 29/2000. Se há lacunas a serem preenchidas, há que se reconhecer o esclarecimento de muitos outros pontos que restavam controversos, tanto na apuração dos valores e percentuais mínimos a serem aplicados, como também na definição do que deve ser considerado como ações e serviços públicos de saúde, além de outros devidamente especificados neste trabalho.

Estes comentários à luz da Lei Complementar não têm a pretensão de esgotar o assunto, mas, de contribuir com a discussão e fomentar os gestores a pensar sobre a questão, com foco na gestão responsável, considerando os valores e percentuais mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde, nos critérios de rateio dos recursos vinculados à saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

A fim de auxiliar os gestores da saúde pública, transcrevemos na próxima página, alguns pontos relevantes que estarão presentes no dia a dia das execuções das ações e serviços públicos de saúde.

<b>Prazo</b>	<b>Providência</b>	<b>Fundamento</b>
30 de março	Elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde	Art. 36, § 1º, LC 141
Final de fevereiro	Apresentação, na respectiva Casa Legislativa, de relatório detalhado referente ao terceiro quadrimestre do exercício	Art. 36, § 5º, LC 141
Final de maio	Apresentação, na respectiva Casa Legislativa, de relatório detalhado referente ao primeiro quadrimestre do exercício	Art. 36, § 5º, LC 141
Final de setembro	Apresentação, na respectiva Casa Legislativa, de relatório detalhado referente ao segundo quadrimestre do exercício	Art. 36, § 5º, LC 141
Final de fevereiro	Divulgação do relatório detalhado referente ao terceiro quadrimestre do exercício, em meio eletrônico de acesso público	Art. 31, LC 141
Final de maio	Divulgação do relatório detalhado referente ao primeiro quadrimestre do exercício, em meio eletrônico de acesso público	Art. 31, LC 141

<b>Prazo (cont.)</b>	<b>Providência (cont.)</b>	<b>Fundamento (cont.)</b>
Final de setembro	Divulgação do relatório detalhado referente ao segundo quadrimestre do exercício, em meio eletrônico de acesso público	Art. 31, LC 141
30 de janeiro	Informações ao SIOPS	Portaria STN 575/07
30 de julho	Informações ao SIOPS	Portaria STN 575/07
(*) (**)	Envio da prestação de contas da gestão financeira anual ao Tribunal de Contas	Art. 56, LC101/00
(*) (***)	Envio da prestação de contas do ordenador de despesas ao Tribunal de Contas	Lei Orgânica do Tribunal competente

(\*) Os prazos são estabelecidos pelas Leis Orgânicas, Regimentos Internos ou Deliberações dos respectivos Tribunais de Contas;

(\*\*) No caso do Estado do Rio de Janeiro, o prazo é de 60 dias após a abertura da sessão legislativa do órgão prestador (Art. 2º, Del. 199/96 – TCE-RJ).

(\*\*\*) No caso do Rio de Janeiro o prazo é de 180 dias, contados do encerramento do exercício (Art. 3º, Del. 200/96 – TCE-RJ);

## **Diretoria 2011-2013**

Presidente

Maria Juraci Andrade Dutra (Rio Bonito)

Vice-presidente

Suely Das Graças Alves Pinto (Volta Redonda)

Secretário Geral

Fábio Volnei Stasiaki (Japeri)

Tesoureira

Maria Da Conceição De Souza Rocha (Piraí)

Secretário Extraordinário de Acompanhamento dos Programas de Saúde

Luiz Alberto Barbosa (Três Rios)

Secretário Extraordinário de Regionalização

Armando de Nijis (Casimiro de Abreu)

Secretário Extraordinário de Redes de Serviços de Saúde

Hans Fernando Rocha Dohmann (Rio de Janeiro)

Secretário Extraordinário de Planejamento

Edilson Santos (Tanguá)

Secretário Extraordinário de Apoio à Gestão

Mário Jorge Assaf (Cachoeiras de Macacu)

## **Vices Presidentes Regionais – Titulares e Suplentes**

Noroeste

(T) Edson Gomes Vieira (São José de Ubá)

(S) Lucinea Nogueira Neves (Cardoso Moreira)

Norte

(T) Geraldo Augusto Venâncio (Campos dos Goyacazes)

(S) Alexei Pinheiro Lisboa (Conceição de Macabu)

Serrana

(T) Aparecida Barbosa da Silva (Petrópolis)

(S)

Baixada Litorânea

(T) Sergio Pinheiro Soares (Arraial do Cabo)

(S) Fernando Daniel da Silva Lima (Araruama)

Metropolitana I

(T) Carlos Alberto Carpi (Maricá)

(S) Inácio Gomes Campos de Araújo (Silva Jardim)

Metropolitana I

(T) Gustavo Rodrigues (Belford Roxo)

(S) Carlos Henrique Reis (Nova Iguaçu)

Centro Sul

(T)Emilson Geraldo de Oliveira (Paraíba do Sul)

(S)Adriano Seixas Vasconcellos (Comendador Levy Gasparian)

Médio Paraíba

(T) Wilton Neri (Barra Mansa)

(S)João Ferreira de Lima (Itatiaia)

Baía da Ilha Grande

(T)Maricelma Datore (Angra dos Reis)

(S) Sergio Rabinovici (Mangaratiba)

## **Conselho Fiscal**

Roberto Barroso Pilar (Cabo Frio)

Cláudia de Sá Xavier Monteiro (Quatis)

Eliane Cruz Vieira (Areal)

Franklin Monteiro (Nilópolis)

Neuton Borges (Aperibé)

## **Corpo Técnico**

Secretária Executiva

Mirian Freitas Minnemann

Secretário Executivo Interino

Rodrigo Oliveira

Assessoria Jurídica

Antonio Julio Dias Junior

Mauro Lúcio da Silva

Assessoria Técnica

Dilian Hill

Assessoria Financeira

Lilian Farias

Assessoria Administrativa

Rosângela Quaresma

Assessoria Técnica por Área

Marcela Caldas (Atenção Básica)

Manoel Roberto da Cruz Santos (Assistência Farmacêutica)

Assessoria de Comunicação

Renata Fontoura

Design e Fotografia

Marina Herriges

Realização

**COSEMS** 