

RECURSOS FINANCEIROS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **2ª EDIÇÃO**



**COLEÇÃO
GESTÃO PÚBLICA
MUNICIPAL** EDIÇÃO 2023





ESTRATÉGIAS LOCAIS PARA A CONSTRUÇÃO DE MUNICÍPIOS RESILIENTES, INCLUSIVOS E INOVADORES

Brasília/DF, 2023.





Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Todavia, a reprodução não autorizada para fins comerciais desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

Impresso no Brasil. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br>>

Catalogado na fonte pela Confederação Nacional de Municípios

M189r Magalhães, Denilson Ferreira de
Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde / Denilson
Ferreira de Magalhães ... [et al.]. -- 2 ed. -- Brasília: CNM, 2023.
72 p. : il. -- (Coleção Gestão Pública Municipal: XXIV Marcha a
Brasília em Defesa dos Municípios – Edição 2023)

Disponível em: <https://www.cnm.org.br>
ISBN 978-65-88521-87-8

1 Recurso Financeiro. 2. Blocos de Financiamento. 3. Atenção
Primária à Saúde (APS). 4. Prestação de Contas. 5. Sistema Único
de Saúde (SUS). I. Título.

CDD 363

Ficha catalográfica elaborada por: Daiane S. Y. Valadares CRB-1/2802

Autores

Denilson Ferreira de Magalhães
Gabrielle Kölling
Ronaldo Mendes de Oliveira Castro Filho

Autores (2ª Edição)

Fernanda Fernandes
Haroldo Lupion Poleti
Marcela Lemgruber Nunes da Silva

Revisão técnica

Denilson Ferreira de Magalhães

Revisão de textos

KM Publicações

Revisão editorial

Daiane da Silva Yung Valadares

Diagramação, arte e capa

Eduardo Viana – Themaz Comunicação



Diretoria **CNM** 2021-2024

CONSELHO DIRETOR

Presidente | Paulo Roberto Ziulkoski
1º Vice-Presidente | Julvan Lacerda
2º Vice-Presidente | Luiz Lázaro Sorvos
3º Vice-Presidente | Rosiana Lima Beltrão Siqueira
4º Vice-Presidente | Haroldo Naves Soares
5º Vice-Presidente | Jair Aguiar Souto
1º Secretário | Vago
2º Secretário | Hudson Pereira de Brito
3º Secretário | Manoel Alves da Silva Júnior
1º Tesoureiro | Francisco Nélio Aguiar da Silva
2º Tesoureiro | Erlânio Furtado Luna Xavier
3º Tesoureiro | Francisco de Castro Menezes Júnior

CONSELHO FISCAL

Titular | Silvany Yanina Mamlak
Titular | Joner Chagas
Titular | Diogo Borges de Araújo Costa
1º Suplente | Carlos Sampaio Duarte
2º Suplente | Wilson Tavares de Sousa Júnior
3º Suplente | Eduardo Gonçalves Tabosa Júnior

CONSELHO DE REPRESENTANTE REGIONAIS

Titular da região Nordeste | Vago
Suplente da região Nordeste | Paulo César Rodrigues de Moraes
Titular da região Sul | Clenilton Carlos Pereira
Suplente da região Sul | Vago
Titular da região Sudeste | Carlos Alberto Cruz Filho
Suplente da região Sudeste | Vago
Titular da região Norte | Sebastião Bocalom Rodrigues
Suplente da região Norte | Célio de Jesus Lang
Titular da região Centro-Oeste | Valdir Couto de Souza
Suplente da região Centro-Oeste | Rafael Machado

Carta do Presidente

Falar do financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS) e da forma de aplicação desses recursos é, sem dúvida alguma, um grande desafio, principalmente quando observadas as inúmeras e infundáveis regras criadas pelo Ministério da Saúde, muitas vezes, de forma ilegal e inconstitucional.

Além do que a legislação sanitária define, as regras são criadas para cada programa ou estratégia de saúde ofertadas pelo governo federal. Regras que vão desde a necessidade de adesão e implantação de determinado programa federal, para que o Município receba recurso financeiro federal na forma de um incentivo, até a obrigatoriedade de alimentação de um sistema de informação para a manutenção do repasse desse incentivo.

Como se não bastasse, de acordo com os estudos realizados e publicados pela CNM, em quase sua totalidade, esses incentivos financeiros representam no máximo 30% do custo real dos programas e das estratégias federais, sobrecarregando as finanças municipais com o custeio do SUS.

Essa modalidade de regramento e financiamento só favorece a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos federais, mantendo o engessamento do gestor municipal, que recebe recursos carimbados, além de ferir a constitucionalidade e a legalidade do financiamento do SUS.

De acordo com a CNM, o modelo federal utilizado para o financiamento do SUS, na forma de programas e incentivos financeiros, já está ultrapassado e fere a Lei Complementar 141/2012, necessitando urgentemente de revisão.

Uma mudança ocorrida no modelo de financiamento da atenção primária à saúde foi a instituição do Programa Previne Brasil, que não foge muito à realidade histórica do financiamento do SUS. Um programa composto por um misto de incentivos e regras que envolvem a transferência de recursos financeiros com base em perfil demográfico, so-

cioeconômico, populacional e por desempenho de metas. O programa remuneratório possui características avaliativas e punitivas.

Porém, na qualidade de defensora do municipalismo e na busca do fortalecimento da gestão municipal do SUS, a CNM apresenta a 2ª edição da cartilha Recursos Financeiros do SUS – Aplicação e prestação de contas, com orientações sobre a aplicação dos recursos públicos da saúde.

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM



Sumário

Considerações iniciais	9
Capítulo 1 – Os recursos federais e estaduais da saúde pública	12
1.1 Os Blocos de Financiamento	13
1.2 Receitas Vinculadas à Saúde	38
Capítulo 2 – Aplicação de recursos financeiros do SUS	43
Capítulo 3 – Prestação de contas	55
3.1 Transferências Fundo a Fundo	60
3.2 Transferências Voluntárias	60
3.3 Emendas Parlamentares	61
3.4 Normas gerais (Portaria Interministerial 424/2016)	62
Referências	69

Considerações iniciais

O financiamento do SUS e a participação da CNM

O relatório final da *VIII Conferência Nacional da Saúde* apontou o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, e dentre outras coisas, o fortalecimento do Município e a necessidade de participação popular. Diante disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído na Constituição Federal de 1988 e estabeleceu a Saúde como “direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas”. A Carta Magna do Brasil determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

O SUS teve sua regulamentação nas Leis Orgânicas da Saúde, as quais definem que os planos de saúde são a base das atividades e programações de saúde (art. 36, § 1º, da Lei 8.080/1990) e condição para o recebimento de recursos federais (art. 4º, inc. III, da Lei 8.142/1990). O Decreto 7.508/2011 acrescenta como novidade ao processo de planejamento a inserção dos serviços privados, de forma complementar ou não ao SUS, e define a forma de organização, assistência e articulação interfederativa.

O SUS é marcado por mudanças frequentes e incertezas na política do seu financiamento, porém, sempre com recursos públicos insuficientes para garantir uma saúde pública universal, integral e de qualidade.

A gestão financeira deste Sistema é bastante complexa e envolve uma série de regras que devem ser seguidas por cada um dos Entes da Federação. Dentre os aspectos mais importantes, destacam-se os fluxos e as vinculações dos recursos financeiros, acerca dos quais é fundamental conhecer, compreender e seguir.

Como marco histórico do financiamento da saúde, a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos

de saúde, conseguiu vincular recursos financeiros da seguridade social para o financiamento da saúde, definindo percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e os Municípios (15%), enquanto à União caberia investir o montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Como não foi estabelecido um mínimo percentual de investimentos em saúde pela União, o subfinanciamento do SUS se estabeleceu e pressionou ao longo dos anos a elevação, de forma substancial, dos percentuais investidos em saúde pelos demais Entes da Federação, principalmente, os Municípios que estão mais próximos das populações e sofrem as maiores pressões da população, dos órgãos de fiscalização e da imprensa.

Esta EC deixou uma lacuna irreparável quando não definiu um percentual mínimo de aplicação de recursos da União para o financiamento do SUS, o que, ao longo de 11 anos, ocasionou um enorme déficit no financiamento da saúde, superior a R\$ 22 bilhões de reais. Os Estados deixaram um desfalque de R\$ 18 bilhões. Deste valor, R\$ 6,5 bilhões não foram investidos em Saúde por não cumprirem o mínimo constitucional de 12%. Nesse mesmo período, as finanças municipais foram as mais sacrificadas, e, como executores da maior parcela de serviços públicos de saúde, os Municípios investiram mais de R\$ 130 bilhões de reais acima do mínimo constitucional de suas responsabilidades. A CNM estimou que as perdas financeiras de recursos federais somente em 2012 foram de mais de R\$ 14,6 bilhões de reais.

Assim, como ação efetiva para a melhora dos recursos financeiros de financiamento do SUS, a CNM mais uma vez pressionou o Congresso a votar o Projeto de Lei Complementar 306/2008, como uma resposta para a sociedade brasileira.

Esta lei trouxe a necessidade de criação de uma metodologia de distribuição dos recursos da União para Municípios e Estados, ratificando o contido no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990). Também estabelece a obrigatoriedade de informar os investimentos em saúde por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de

definir que são gastos com saúde e quais despesas não poderão mais ser declaradas como do setor saúde.

Mais adiante, com a aprovação da Emenda Constitucional 86, em 2015, as esperanças de um financiamento mais adequado para o SUS foram perdidas. Apesar de definir o percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% da RCL, tal emenda estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) ao longo de 5 anos, o que pode ser considerada uma das mais dramáticas derrotas da saúde pública no Brasil, visto que no ano de 2016 o valor deflacionado aplicado pela União foi inferior a 2015. Os *royalties* do petróleo, que a princípio seriam uma receita adicional ao sistema, foram transformados em uma das fontes federais de financiamento para chegar aos mesmos 15%.

Por fim, a Emenda Constitucional 95, em 2016, instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros. Esta EC alterou novamente o critério para definição da parcela de investimento da União com saúde, que passou a ser calculado sobre o montante de recursos executado no exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) – índice de inflação.

Em 2021, o cenário se agrava mais ainda. De acordo com as informações do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), dos R\$ 386 bilhões investidos na saúde pública, 29,7% foram de recursos municipais, o que representa um montante de R\$ 115 bilhões. Valor superior ao que os Estados aplicaram no setor (24%).

As restrições orçamentárias para o setor de saúde, sobretudo a falta de recursos nos Municípios, faz com que as discussões sobre o financiamento em saúde sejam recorrentes na pauta do movimento municipalista.

Capítulo 1 – Os recursos federais e estaduais da saúde pública

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, bem como dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do Ministério da Saúde. A gestão dos recursos federais se dá com base no Plano Nacional de Saúde e no Planejamento Anual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras do Orçamento Anual, das Diretrizes Orçamentárias e do Plano Plurianual.

O FNS é responsável pelos repasses de recursos financeiros para os Municípios, Estados e o Distrito Federal, para que realizem de forma descentralizada ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS. Tais transferências são realizadas nas seguintes modalidades: Fundo a Fundo, Contratos de Repasses, Convênios e Termos de Cooperação.

Na modalidade Fundo a Fundo, os recursos financeiros do Ministério da Saúde repassados aos Entes Federados são organizados nos seguintes Blocos de Financiamento, de acordo com a Portaria GM/MS 828, de 17 de abril de 2020, que altera a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (PRC 6/2017):

Blocos de Financiamento	Ações e Serviços Públicos de Saúde
<p>Bloco de Manutenção: recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros.</p>	<p>Atenção Primária Atenção Especializada Assistência Farmacêutica Vigilância em Saúde Gestão do SUS Covid-19</p>

Blocos de Financiamento	Ações e Serviços Públicos de Saúde
<p>Bloco de Estruturação: recursos aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para Aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.</p>	<p>Atenção Primária Atenção Especializada Assistência Farmacêutica Vigilância em Saúde Gestão do SUS Covid-19</p>

Fonte: Ministério da Saúde.

1.1 Os Blocos de Financiamento

Anteriormente, o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde eram organizados em 5 (cinco) blocos de financiamento de custeio, sendo eles: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS, e 1 (um) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Todos com o respectivo monitoramento e controle.

Com a publicação da Portaria GM/MS 3.992/2017, que altera a PRC 6/2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS organizados e transferidos em 2 (dois) blocos de financiamento.

A Portaria GM/MS 3.992/2017 extrapola a legislação e traz uma nova condicionalidade à transferência de recursos federais: a alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS. O que viola o art. 22 da Lei Complementar 141/2012.

Em seguida, os blocos de financiamento sofreram alterações com a publicação da Portaria GM/MS 828/2020, que altera as nomenclaturas dos blocos e padroniza os grupos de despesas, tornando-os comuns nos dois blocos.

Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações relacionadas ao próprio bloco, observando também:

- » a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União (OGU), que deu origem aos repasses realizados;
- » o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Município, do Estado e do Distrito Federal, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e
- » o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua respectiva esfera de competência.

Enquanto não forem investidos na sua finalidade, os recursos financeiros deverão ser automaticamente aplicados em fundos de aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, permanecendo nas contas correntes abertas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) no Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal (art. 1.122 da PRC 6/2017).



ATENÇÃO, GESTOR!

É importante observar que a vinculação dos recursos é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do OGU que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no fundo de saúde do Município. Inclusive os rendimentos das aplicações financeiras.

Asseguradas as condicionalidades previstas na legislação sanitária, a partir de janeiro de 2018, o FNS passou a transferir os recursos financeiros de forma regular e automática, em conta-corrente específica e única para cada bloco de financiamento. Cabe reiterar que o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS – União, Estados e Municípios –, observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, e nas Leis Orgânicas da Saúde.



ATENÇÃO, GESTOR!

As contas bancárias abertas pelo FNS são exclusivas para a transferência e execução dos recursos federais, não devendo ser utilizadas para outras finalidades.

Importante ressaltar que as condicionalidades vigentes na transferência do Ministério da Saúde para os Municípios, os Estados e o Distrito Federal continuam valendo. Nesse sentido, conforme dispõem o art. 22 da Lei Complementar 141/2012 e o art. 4º da Lei 8.142/1990, são requisitos para receber recursos federais: o Conselho de Saúde instituído e em funcionamento; o Fundo de Saúde instituído por lei, categorizado como fundo público em funcionamento; e o Plano de Saúde,

a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) submetido ao respectivo Conselho de Saúde.



ATENÇÃO, GESTOR!

Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos:

- pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- para atender a situações emergenciais ou de riscos sanitários e epidemiológicos.

Os Municípios têm flexibilização no uso dos recursos em cada um dos blocos de financiamento – manutenção e estruturação – durante todo o exercício. No entanto, deverão demonstrar ao final do exercício financeiro a vinculação dos recursos federais repassados, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram realizados os repasses financeiros.

Para fins de transparência, o FNS divulgará, em seu *site*, as informações sobre as transferências de recursos federais aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal para a manutenção das ações e dos serviços públicos de saúde e para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde, organizando-as e identificando-as por Grupo de Identificação das Transferências relacionados ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde, tais como:

- » Atenção Primária;
- » Atenção Especializada;
- » Assistência Farmacêutica;
- » Vigilância em Saúde; e
- » Gestão do SUS.



SUSPENSÃO DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS

- 1. Atenção Primária:** quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados.
- 2. Atenção Especializada:** por descumprimento de requisitos de repasses, prazo de um ano quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e Cnes. Quando do não pagamento dos prestadores de serviços, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do fundo municipal de saúde, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas.
- 3.** Quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria.
- 4. Bloco de Estruturação:** quando constatadas impropriedades e/ou irregularidades na execução.

I – Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde, tanto coletivas quanto individuais, que compreendem a promoção, a prevenção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde.

É realizado o cuidado integrado com a presença de uma equipe multiprofissional, que atua sob um território de responsabilidade das equipes, que mantém um vínculo com a população.

Com a publicação da Portaria GM/MS 2.979/2019, foi instituído um novo modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS), o Programa Previne Brasil.

O objetivo do Previne Brasil é a estruturação do modelo de financiamento para o aumento do acesso da população aos serviços da Atenção Primária, promoção do vínculo entre a população e a equipe de saúde da APS e a responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas pela APS.

Em 2020, o modelo entrou em vigência, com algumas alterações para o momento de transição entre os modelos, porém, no mesmo ano, o Brasil e o mundo foram submetidos a uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pelo novo coronavírus (2019-nCoV), fato que acarretou uma modificação no padrão de demanda na rede de atenção à saúde do Brasil, inclusive na atenção primária. Esse fato desencadeou mudanças e prorrogações nos prazos da transição do modelo de financiamento.

Atualmente o financiamento da APS é calculado com base em 4 componentes:

- » capitação ponderada;
- » pagamento por desempenho;
- » incentivo financeiro com base em critério populacional e
- » incentivos para ações estratégicas.

Diferentemente do modelo anterior, o financiamento é focado em um misto de requisitos, calculado de acordo com a população cadastrada nas equipes de saúde da APS no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), com os pesos relacionados à população com vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do Município de acordo com o IBGE/OCDE. Além desses, também devem ser calculados com base no desempenho dos Municípios em relação aos indicadores de saúde pactuados e na adesão e implementação das ações estratégicas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde.

Capitação ponderada

É o valor a ser repassado aos Municípios por pessoa cadastrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Além de cadastrados, os usuários do SUS devem ser vinculados e acompanhados pelas equipes de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Primária (eAP), Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultório na Rua (eCR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), observados os critérios de ponderação.

Para o cálculo do valor do incentivo financeiro a ser transferido para cada Município, são considerados:

- » quantitativo de cadastro populacional das eSF, eSFR e eAP no Sisab;
- » a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eS, eSFRF e eAP;
- » o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada no Sisab; e
- » a classificação geográfica definida pelo IBGE.

Os critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico são requisitos para o cálculo final do valor do incentivo de capitação ponderada que o Município irá receber, observando-se:

- » vulnerabilidade socioeconômica: cadastro de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos; cadastros de pessoas acompanhadas em eCR (Equipe Consultório na Rua) e pessoas cadastradas em eAPP (Equipe de Atenção Primária Prisional);
- » perfil demográfico: cadastro de população com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais.

Outro requisito a ser observado é a tipologia do Município de acordo com a classificação do IBGE/OCDE. Essa é uma forma de reduzir as desigualdades regionais do financiamento da saúde, destinando valores per capita diferenciados para os Municípios mais distantes dos centros urbanos e de maior dificuldade de acesso. O Quadro 1 demonstra um resumo dos critérios estabelecidos para o cálculo do incentivo financeiro de custeio da APS no componente Capitação Ponderada.

Quadro 1 – Critérios para o cálculo do Capitação Ponderada

Tipologia Município IBGE	Potencial de pessoas cadastradas			Peso por pessoa cadastrada	SEM critério sociodemográfico	COM critério sociodemográfico
	eSF	eAP 30h	eAP 20h			
Urbano	4.000	3.000	2.000	1	$1 \times 1 = 1$	$1 \times 1,3 = 1,3$
Intermediário adjacente	2.750	2.063	1.375	1,45455	$1,45455 \times 1 = 1,45455$	$1,45455 \times 1,3 = 1,890915$
Rural adjacente						
Intermediário remoto	2.000	1.500	1.000	2	$2 \times 1 = 2$	$2 \times 1,3 = 2,6$
Rural remoto						

Fonte: Portaria de Consolidação 6/2017. Elaboração: CNM.

O quantitativo e as pessoas cadastradas para fins de recebimento do incentivo do capitação ponderada é calculado com base no número de equipes de eSF e eAP, credenciadas e habilitadas, com Cnes atualizado e Identificador Nacional de Equipes (INE) homologado, multiplicado pelo potencial de pessoas cadastradas por equipe, conforme demonstrado no Quadro 1. Esse quantitativo pode ser superior ou não à população estimada pelo IBGE. Para mais informações a respeito, acesse a [PRC 06/2017](#).



ATENÇÃO, GESTOR!

Para que os cadastros sejam contabilizados, para cálculo de incentivo financeiro do capitação ponderada, eles **devem ser vinculados a uma equipe eSF ou eAP credenciada, com Identificador Nacional de Equipes (INE) homologado pelo Ministério da Saúde, e informados pela gestão municipal no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O cadastro da população deve ser registrado** por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios/terceiros devidamente integrados ao Sisab.

a) Pagamento por desempenho

Esse componente é constituído por indicadores de saúde a serem alcançados pelas equipes de APS, com parâmetros, que são valores de referência para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador; metas, que são os valores de referência do alcance do indicador e o peso atribuído a cada indicador. Com base nos resultados alcançados, o valor do desempenho é calculado e transferido aos Municípios para o custeio da APS.

Para 2022, os indicadores estão compreendidos nas ações de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas.

Quadro 2 – Indicadores de desempenho para o ano de 2022

Ações estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta	Peso
Pré-natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	100%	45%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	100%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	100%	60%	2
	proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	>=80%	40%	1
Saúde da Criança	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza tipo B e Poliomielite inativada	95%	95%	2
Doenças Crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	100%	50%	2
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	100%	50%	1

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração: CNM.

b) Ações estratégicas

O incentivo de custeio para ações estratégicas contempla ações, programas e estratégias federais para a APS com a mesma lógica de remuneração do passado, ou seja, a transferência de recursos financeiros mediante a adesão aos programas federais, que são:

- » Programa Saúde na Hora (SNH);
- » Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- » Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- » Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- » Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- » Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- » Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- » Microscopista;
- » Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP);
- » Custeio para o Ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- » Programa Saúde na Escola (PSE);
- » Programa de apoio à informatização da APS;
- » Incentivo aos Municípios com equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na Atenção Primária à Saúde;
- » Estratégia Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- » Programa Academia da Saúde;
- » Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

a) Pagamento por critério populacional

O cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional considerará estimativa populacional dos Municípios e do Distrito Federal mais recente divulgada pelo IBGE. O valor *per capita* será definido anualmente em ato do ministro da Saúde.

De acordo com a [Portaria GM/MS 26](#)¹, de 7 de janeiro de 2022, o valor inicial estabelecido pelo Ministério da Saúde para o pagamento do incentivo por critério populacional foi de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante ano, transferidos aos Municípios em 12 competências anuais.

A composição dos valores desses quatro componentes de financiamento estabelece o montante a ser transferido para cada Município, na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, para o custeio das ações e dos serviços da atenção primária à saúde (APS).

Os Municípios só recebem recursos destinados à atenção primária aos povos indígenas mediante pactuação específica com o Ministério da Saúde, que passa a compor o bloco de financiamento da atenção primária.

II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

A remuneração dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade realizados nas redes de atenção à saúde dos SUS, ou de prestadores privados de serviços de saúde – particulares e filantrópicos –, é realizada com base nos valores constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – TABSUS, instituída pela [Portaria GM/MS 321/2007](#).

A produção das ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, medicamentos e insumos excepcionais, órtese e prótese ambulatoriais e TFD (Tratamento Fora de Domicílio), deve ser registrada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), respectivamente.

A remuneração dos Municípios por teto financeiro de média e alta complexidade (MAC) surgiu com a mudança do modelo de pagamento, deixando-se de pagar por produtividade, conforme a publicação do

1 Portaria GM/MS 26/2022. Disponível em: <https://bit.ly/3G74vUN>.

Ministério da Saúde com as orientações sobre a aplicação de recursos financeiros do SUS, repassados fundo a fundo (BRASIL, 2001).

Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão atualmente organizados em dois componentes:

- » Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), que inclui os incentivos de custeio de ações, programas e estratégias de média e alta complexidade. O Limite de MAC é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos Municípios, dos Estados e do DF em doze competências mensais ao longo do exercício financeiro;
- » Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Hospitalar (SIH/SUS).

O Componente Limite Financeiro de MAC é destinado ao financiamento de ações e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar em saúde. Existe uma parte fixa desse limite que é definida a partir da capacidade instalada de produção ambulatorial e hospitalar da rede local apresentada pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, calculada com base nos valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS ou simplesmente Tabela Unificada do SUS e pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada Estado.

Vale ressaltar que esses valores do Teto Financeiro de MAC foram pactuados há duas décadas, sem a definição clara dos critérios de reajuste, tornando-se ao longo desse período montantes insuficientes para atender às crescentes demandas por serviços especializados – diagnóstico, tratamento ambulatorial e hospitalar.

Com a pandemia da Covid-19, a situação se tornou ainda mais grave, com a pressão das demandas de atenção especializada na rede de saúde do SUS. Como resultado da inexistência de orientações e regras sobre o reajuste dos Tetos de MAC e a defasagem acumulada da Tabela SUS, também veio a ampliação da parcela de recursos próprios comprometida com a saúde, e os reajustes dos Tetos de MAC se tornaram um dilema para muitos gestores municipais.

Além da parte fixa, o Teto Financeiro de MAC também é composto por uma parte variável, que engloba alguns incentivos transferidos mensalmente para o custeio de ações, serviços, programas e estratégias de média e alta complexidade, como os seguintes:

- a) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- b) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192);
- c) Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h);
- d) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest);
- e) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos (IAC);
- f) Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps);
- g) Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (Iapi);
- h) Incentivo de Integração do SUS (Integrasus);
- i) Hospital de Pequeno Porte (HPP);
- j) Melhor em Casa;
- k) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

- a) procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);

- b) transplantes e procedimentos vinculados;
- c) ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo predefinido, incluídas aqui as cirurgias eletivas de média complexidade;
- d) novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC).

III – Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, à prevenção e ao controle de riscos, agravos e doenças, bem como à promoção da saúde.

A Vigilância em Saúde constitui-se como uma área fundamental para o planejamento e a tomada de decisão em saúde pública, como no caso da pandemia da Covid-19, sendo extremamente necessário rever o seu modelo de financiamento, uma vez que ele deveria ser garantido de forma tripartite, permanente e suficiente para assegurar os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do seu papel institucional, bem como contribuir para o aperfeiçoamento e a melhoria da qualidade de suas ações.

Os recursos que compõem o financiamento da Vigilância em Saúde são constituídos por dois componentes:

- a) Componente de Vigilância em Saúde;
- b) Componente de Vigilância Sanitária.



ATENÇÃO, GESTORES!

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente da Vigilância em Saúde. Assim como para os demais blocos de financiamento, essa movimentação de recursos entre os componentes é permitida, sempre em um mesmo bloco.

Conforme art. 433 da Portaria de Consolidação 6/2017, o financiamento federal da Vigilância em Saúde é composto pelos recursos destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças.

a) Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS):

É composto por um valor *per capita* estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa. As unidades federativas são estratificadas nos seguintes termos:

- Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);
- Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- Estrato III: São Paulo e Paraná;
- Estrato IV: Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Os recursos do PFVS são alocados da seguinte maneira:

- Secretarias Estaduais de Saúde: recebem, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVS atribuído ao Estado, acrescidos do

incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Finlacen);

- Município: no mínimo, 60% (sessenta por cento) do *per capita* do PFVS atribuído ao Estado correspondente;
- Capital e Município da região metropolitana: no mínimo, 80% do *per capita* do PFVS atribuído ao Estado correspondente.

A CIB define o valor do PFVS destinado à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus Municípios, em cada Estado. O fator de ajuste pactuado na CIB é uma reserva de recursos destinada ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.



ATENÇÃO, GESTORES!

Os valores do PFVS são ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que se tornou pauta de reivindicação da CNM, uma vez que os parâmetros para cálculo do PFVS foram definidos no ano de 2004 e, desde então, não sofreram reajustes ou correções, promovendo um déficit enorme no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, essenciais para o controle de doenças.

b) Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS):

Conforme art. 436 da Portaria de Consolidação 6/2017, o PVVS é constituído pelos incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão pelos Entes federativos, de acordo com a situação epidemiológica, incorporação de novas tecnologias ou outro motivo que assim justifique, mediante registro no Relatório de Gestão:

- incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen);
- incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; e
- Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.



ATENÇÃO, GESTORES!

O Ministério da Saúde possui uma reserva estratégica federal de valor equivalente a até 5% (cinco por cento) dos recursos do Componente de Vigilância em Saúde. Essa reserva fica sob a responsabilidade e a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SVS/MS). Sua utilização será apresentada mensalmente à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

c) Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias:
É constituída pelos seguintes incentivos específicos, recebidos mediante adesão pelos Entes federativos, nos termos da Lei 11.350/2006, alterada pela Lei 12.994/2014, e do Decreto 8.474/2015:

- Assistência Financeira Complementar da União; e
- Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos Agentes de Combate às Endemias.

d) Incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais:

É composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/Aids e Hepatites Virais;

- › Casas de Apoio a Pessoas Vivendo com HIV/Aids;
- › Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.



ATENÇÃO, GESTORES!

A manutenção do repasse dos recursos do PFVS e PVVS está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

e) Componente da Vigilância Sanitária:

É composto por recursos federais destinados ao custeio das ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica, constituído em:

- › Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa): composto pelo piso estruturante e piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao Finlacen-Visa. Os recursos serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e calculados anualmente, multiplicando-se o número de habitantes pelo valor *per capita* nacional, sendo que os valores atualmente são:
 - › Estados: R\$ 0,30 (trinta centavos) por habitante/ano ou Limite Mínimo de Repasse Estadual (LMRe), no valor de R\$ 630.000,00;
 - › Distrito Federal: R\$ 0,90 (noventa centavos) por habitante/ano, composto por *per capita* estadual à razão de R\$ 0,30 (trinta centavos) e *per capita* municipal à razão de R\$ 0,60 (sessenta centavos);

- › Municípios: R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano ou o Limite Mínimo de Repasse Municipal (LMRm), no valor de R\$ 12.000,00.
- › Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa): constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica.

Os valores do PVVisa são ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); assim, havendo redução populacional, os valores anteriormente repassados serão mantidos, sendo que, da mesma forma que o PFVS, sofre déficit anualmente por falta de uma política regular de ajustes e correções.



ATENÇÃO, GESTORES!

A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada à regularidade do cadastro do serviço de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Scnes).

IV – Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é considerada fundamental para a ampliação, qualificação e acesso com equidade da população aos medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Está organizada em três componentes:

a) Componente Básico

Tem como objetivo a aquisição de medicamentos e insumos, incluindo os relacionados a agravos e programas específicos de saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Possui financiamento tripartite,

cabendo aos governos federal e estaduais a transferência dos valores a cada Município.

O governo federal realiza, mensalmente, o repasse de recursos financeiros a Municípios e Estados, com base na população IBGE/2019 e no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação:

- IDHM muito baixo: R\$ 6,05 por habitante/ano;
- IDHM baixo: R\$ 6,00 por habitante/ano;
- IDHM médio: R\$ 5,95 por habitante/ano;
- IDHM alto: R\$ 5,90 por habitante/ano; e
- IDHM muito alto: R\$ 5,85 por habitante/ano.

A participação dos Estados e dos Municípios no financiamento do Componente Básico é de R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano para cada Ente federado. Em regra, esse recurso somente pode ser utilizado para aquisição de itens dos anexos I e IV da Rename.

Os recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde serão repassados aos Entes beneficiários em parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor total anual. Os Estados devem pactuar com seus respectivos Municípios a forma de transferência dos incentivos financeiros, mantendo a regularidade do financiamento anual do componente básico da assistência farmacêutica.

As Secretarias Municipais de Saúde podem utilizar anualmente até 15% da soma dos recursos financeiros próprios e alocados pelo seu Estado, para investimento no espaço físico, mobiliário e equipamentos para a sua rede de farmácias, além da realização de atividades de educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

b) Componente Estratégico

Destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS, quais sejam:

- controle de endemias, tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- antirretrovirais do programa DST/Aids;
- sangue e hemoderivados;
- imunobiológicos.

A elaboração dos protocolos de tratamento, o planejamento, a aquisição e a distribuição aos Estados e ao Distrito Federal dos medicamentos, dos produtos e dos insumos para os demais níveis de atenção à saúde são de competência do Ministério da Saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pelo armazenamento dos produtos e pela distribuição para as regionais de saúde ou Municípios.

A competência de cada órgão em relação aos medicamentos estratégicos pode ser assim resumida:



Ministério da Saúde.

c) Componente Especializado

Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em âmbito ambulatorial, para todas as condições clínicas contempladas, por meio das diferentes linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

- **Grupo 1:** o financiamento é de responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que têm elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para as doenças com tratamento mais complexo, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento, e por aqueles que se incluem

em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. Os medicamentos do Grupo 1 se dividem em:

- **Grupo 1A** – a aquisição é centralizada pelo Ministério da Saúde e a responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação é das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.
- **Grupo 1B** – a aquisição, o armazenamento, a distribuição e a dispensação é realizada pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a título de ressarcimento, na modalidade Fundo a Fundo.
- **Grupo 2:** responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, pela aquisição, pela programação, pelo armazenamento, pela distribuição e pela dispensação.
- **Grupo 3:** Responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.



ATENÇÃO, GESTORES!

Para mais informações sobre a organização e o financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS, acesse a [Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017](#).

V – Gestão do SUS

Tem por objetivo apoiar a implementação de ações e serviços que contribuam para a organização e a eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui dois componentes, a saber.

a) Para Qualificação da Gestão do SUS

Apoia as seguintes ações:

- > regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento;
- > planejamento e orçamento;
- > programação;
- > regionalização;
- > gestão do trabalho;
- > educação em saúde;
- > incentivo à participação e controle social;
- > informação e informática em saúde;
- > estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
- > outros que vierem a ser criados.

Para os Municípios receberem os recursos deste componente, devem proceder à adesão por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão específico para cada ação.

b) Para implantação de ações e serviços de saúde

É formado pelos incentivos assim designados:

- > implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- > qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- > implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- > fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- > inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

- > implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- > implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu 192);
- > reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- > implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- > adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino;
- > outros que vierem a ser instituídos.

1.2 Receitas Vinculadas à Saúde

A Seguridade Social está definida no art. 194 da Constituição Federal, *caput*, como um “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

A Seguridade Social obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes:

- a) universalidade da cobertura e do atendimento;
- b) uniformidade e equivalência dos benefícios e dos serviços às populações urbanas e rurais;
- c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e dos serviços;
- d) irredutibilidade do valor dos benefícios;
- e) equidade na forma de participação no custeio;
- f) diversidade da base de financiamento;
- g) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Saúde:

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, conforme disposto no art. 196 da CF.

Previdência Social:

A Previdência Social tem por fim assegurar a seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente, conforme se extrai dos arts. 201 e 202 da CF.

Assistência Social:

A Assistência Social é a política social que provê o atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa portadora de deficiência, independentemente de contribuição à Seguridade Social, conforme art. 203 e 204 da CF.

O financiamento da Seguridade Social é previsto no art. 195 da Constituição Federal como um dever imposto a toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais.

Além das fontes de custeio previstas no texto constitucional, este permite a criação de outras fontes, mediante lei complementar, seja para financiar novos benefícios e serviços, seja para manter os já existentes ou aumentar seu valor.

I. Receitas Federais: o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, corrigido pela variação do Índice

Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), publicado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou de outro índice que vier a substituí-lo, apurado no exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

a) O orçamento da Seguridade Social é composto pelas seguintes receitas:

- receitas da União;
- receitas das contribuições sociais;
- receitas de outras fontes.

b) Constituem contribuições sociais:

- as das empresas, incidentes sobre a remuneração paga ou creditada aos segurados a seu serviço;
- as dos empregadores domésticos;
- as dos trabalhadores, incidentes sobre o seu salário-de-contribuição;
- as das empresas, incidentes sobre faturamento e lucro;
- as incidentes sobre a receita de concursos de prognósticos.

c) Outras Receitas de Seguridade Social:

- as multas, a atualização monetária e os juros moratórios;
- a remuneração recebida por serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança prestados a terceiros;
- as receitas provenientes de prestação de outros serviços e de fornecimento ou arrendamento de bens;
- as demais receitas patrimoniais, industriais e financeiras;
- as doações, os legados, as subvenções e outras receitas eventuais;

- › 50% (cinquenta por cento) dos valores obtidos e aplicados na forma do parágrafo único do art. 243 da Constituição Federal;
- › 40% (quarenta por cento) do resultado dos leilões dos bens apreendidos pelo Departamento da Receita Federal;
- › outras receitas previstas em legislação específica.

II. Receitas Estaduais: mínimo de 12% deve ser investido em saúde.

a) Impostos

- › ICMS;
- › IPVA;
- › ITCMD (*causa mortis* e doação de bens e direitos).

b) Transferências da União

- › cota-parte do FPE;
- › cota-parte do IPI – Exportação;
- › Lei Complementar 87/1996 (Lei Kandir);
- › Imposto de Renda Retido na Fonte;
- › outras Receitas Correntes;
- › receita da dívida ativa de impostos;
- › multas, juros de mora e correção monetária de impostos;
- › menos (-);
- › transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios;
- › 25% do ICMS;
- › 50% do IPVA;
- › 25% do IPI Exportação.

II. Receitas Municipais: mínimo de 15% deve ser investido em saúde.

a) Impostos

- > ISS;
- > IPTU;
- > ITBI.

b) Transferências da União

- > cota-parte do FPM;
- > cota-parte do ITR;
- > Lei Complementar 87/1996 (Lei Kandir);
- > Imposto de Renda Retido na Fonte;
- > transferências do Estado;
- > cota-parte do ICMS;
- > cota-parte do IPVA;
- > cota-parte do IPI Exportação;
- > outras Receitas Correntes;
- > receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos.

Capítulo 2 – Aplicação de recursos financeiros do SUS

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde devem ser utilizados exclusivamente na execução de ações e serviços de saúde previstos no Plano de Saúde, conforme Lei 8.080/1990, plano este que deve ser previamente aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

A transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde é vedada, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde, desde que devidamente justificadas.

No caso de ações e serviços novos, não previstos no Plano de Saúde, estes deverão ser incluídos no Plano e submetidos à aprovação do respectivo Conselho de Saúde, no mesmo exercício.

Outra restrição legal é a proibição de se destinar subvenções e auxílios às instituições privadas prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Os fundos municipais de saúde terão sua movimentação financeira em instituições financeiras oficiais federais, em conta única e específica, aberta pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), para cada bloco de financiamento, as quais receberão as transferências de recursos financeiros da União.

As primeiras condições para recebimento e aplicação dos recursos destinados à saúde estão relacionadas aos princípios e às diretrizes do SUS, além da necessidade de as ações e os serviços públicos de saúde estarem previstos no Plano de Saúde do Ente. Essa condicionalidade de previsão no Plano de Saúde pode ensejar em restrição da transferência de recursos por parte da União e do Estado.

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao

custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. O art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I – à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II – à elaboração do Plano de Saúde.

A transferência de recursos financeiros da União para os Municípios a título de cofinanciamento das ações e dos serviços públicos de saúde está prevista nas Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990 –, e na Lei Complementar 141/2012. A lei complementar foi uma conquista para a saúde pública e garante a segurança jurídica que os gestores necessitam para a correta aplicação dos recursos federais na área da Saúde, vejamos:

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, 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 estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às 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 as 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.

Após essas observações, vale destacar que a Lei Complementar traz detalhes valiosos quanto às ações consideradas como despesas de

saúde e elucida muitas das dúvidas a respeito da adequada aplicação dos recursos financeiros. Vejamos:

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, 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, 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;
- XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

O art. 4º do instrumento legal lista uma série de ações, que muitas vezes se confundem com as de saúde pública, as quais podem inclusive interferir direta ou indiretamente na saúde da população. Em algumas

situações tais ações são necessárias e precisam ser executadas pela saúde como forma de beneficiar a saúde da população local, porém, não são consideradas como despesas em saúde pública. Vale conferir quais são essas ações que evitam a aplicação dos recursos da saúde de maneira equivocada.

Aplicação dos recursos financeiros federais

Os recursos federais referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

Bloco de manutenção das ações e dos serviços públicos de saúde

Os recursos financeiros deste bloco serão transferidos em conta-corrente única e serão destinados:

- » à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e dos serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, nos termos da classificação serviço de terceiros do *Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público*, instituído pela Portaria STN/SOF 6/2018; e
- » ao funcionamento dos órgãos e dos estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e dos serviços públicos de saúde.

É VEDADA a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção para o pagamento de:

- » servidores inativos;
- » servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;
- » gratificação de função de cargos comissionados, exceto aque-

les diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;

- » pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado; e
- » obras de construções novas, bem como de ampliações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Bloco de Estruturação da Rede de Serviços de Saúde

Os recursos serão transferidos em conta-corrente única, aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem, e destinar-se-ão, exclusivamente, à:

- » aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;
- » obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e
- » obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Fica **VEDADA** a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Estruturação **em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.**

- » servidores inativos;
- » servidores ativos e gratificação de funções de cargos comissionados, exceto aqueles contratados exclusivamente para trabalhar nos serviços relativos ao respectivo bloco, desde que esteja previsto no Plano de Saúde do Município;

- » pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado;
- » obras de construções novas, exceto reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Aplicação dos recursos da atenção primária à saúde (APS)

As despesas de custeio e de capital da Atenção Primária à Saúde podem ser pagas com recursos federais transferidos na forma dos seus componentes de financiamento: Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; Ações Estratégicas e Incentivo por critério populacional (*per capita*) e recursos específicos para investimentos.

a) Exemplos de despesas de custeio:

- » diárias, gratificação, ajuda de custo e treinamento de pessoal lotado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras unidades da Atenção Primária à Saúde;
- » medicamentos, material radiológico, material de laboratório, material de expediente, material de limpeza, gêneros alimentícios, roupas de cama, oxigênio, combustíveis, gás etc.;
- » conserto de veículos das unidades da Atenção Primária, conserto das instalações elétrica e hidráulica e pintura das unidades de Atenção Primária etc.;
- » água, luz, telefone, correios, vale-transporte para pessoal lotado nas unidades de Atenção Primária;
- » serviços de conservação e limpeza das unidades de Atenção Primária etc.

b) Exemplos de despesas de capital:

- » equipamentos e material permanente para as unidades de Atenção Primária (computador, mobiliário etc.);
- » obras e instalações (construção, ampliação, reforma das unidades de Atenção Primária etc.).



ATENÇÃO, GESTORES!

Para a aplicação dos recursos da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e de Gestão do SUS também devem ser observados os regramentos a respeito das despesas que podem ser realizadas e das vedações ou restrições legais na utilização dos recursos.

Aplicação dos recursos de Média e Alta Complexidade (MAC)

Os recursos da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade destinam-se ao pagamento de medicamentos e insumos especializados, procedimentos ambulatoriais de média complexidade, internações hospitalares, cirurgias, tratamento fora de domicílio e OPM (órgãos, próteses e materiais), descritos na Tabela Unificada do SUS e na Renases.

Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases)

A Renases, prevista no Decreto 7.508/2011, organiza e compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. A Relação Nacional será consolidada e publicada a cada dois anos pelo Ministério da Saúde, ob-

servadas as diretrizes pactuadas pela CIT, bem como as responsabilidades de cada Ente pactuadas nas respectivas Comissões Intergestores.

Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a Renases, respeitadas as responsabilidades dos Entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Entre os gastos que podem ser realizados com esses recursos está o pagamento de terapias ocupacionais, fisioterapias, exames de laboratório, radiodiagnóstico, anestesia, médicos especialistas, aparelhos de surdez, dentre outros.

Além dos procedimentos descritos na Tabela SUS, existem os procedimentos considerados de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que podem ser encontrados na [Portaria SAS/MS 968/2002](#) e são custeados com os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

Aplicação dos recursos da assistência farmacêutica

Os Municípios devem observar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), conforme previsto no [Decreto 7.508/2011](#). A Rename compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A Rename será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso de seus medicamentos.

O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT, e a cada dois anos consolidará e publicará as atualizações da Rename, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância

com a Rename, respeitadas as responsabilidades dos Entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

A assistência farmacêutica, é sem dúvida alguma uma das áreas que mais gera demandas judiciais aos gestores e precisa ser muito bem planejada, de forma a garantir aos usuários o acesso universal e igualitário, e o decreto pressupõe cumulativamente que esse usuário deva:

- » estar assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- » ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- » estar a prescrição em conformidade com a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- » ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

É importante ressaltar que os Entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem. Ainda, o Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado, e a Rename e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

As relações de medicamentos do SUS somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).



ATENÇÃO, GESTORES!

A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, art. 19-Q da Lei 8.080/1990.

Aplicação dos recursos financeiros das emendas parlamentares destinadas à saúde

De acordo com a Constituição, a emenda parlamentar é o instrumento que o Congresso Nacional possui para participar da elaboração do orçamento anual. Ou seja, é a possibilidade que os parlamentares têm de acrescentarem novas programações orçamentárias ao Orçamento-Geral da União (OGU), com o objetivo de atender às demandas das comunidades que representam, influenciando na destinação do gasto do dinheiro público federal.

As emendas parlamentares se tornaram uma importante alternativa para adicionar recursos financeiros de custeio às ações e aos serviços públicos de saúde, bem como em novos investimentos como na construção de unidades de saúde e aquisição de equipamentos.

Existem 4 tipos de emendas feitas ao orçamento: **individual, de bancada, de comissão e de relatoria**. As individuais são de autoria de cada senador ou deputado federal, e equivalem a 2% da RCL da União, sendo que 50% são destinados para as ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde). As de bancada são emendas coletivas, de autoria das bancadas federais e equivalem 1% da RCL. Essas duas modalidades de emendas são impositivas, porém, sua liberação obedece a critérios técnicos e de contingenciamento do orçamento da União.

Anualmente o Ministério da Saúde edita e publica portaria regulamentando o uso das emendas parlamentares na saúde. Em relação às emendas parlamentares destinadas ao custeio das ações e dos serviços de saúde, também denominadas de emendas de incremento, devem ser observados os tetos de incremento na atenção primária (PAP) e de média e alta complexidade (MAC), não sendo permitido ao Município receber e aplicar valores acima do seu respectivo teto.

A Emenda Constitucional 86/2015 vedou o uso dos recursos das emendas parlamentares individuais para pagamento das despesas com folha de pessoal e os encargos decorrentes dela. Nessa mesma linha, a Emenda Constitucional 105/2019 definiu a vedação de uso das emendas individuais especiais.



ATENÇÃO, GESTORES!

A Constituição, em seus arts. 166 e 166-A, proíbe que os recursos das emendas individuais sejam usados no pagamento de pessoal ou de encargos da folha.

Vale alertá-los do entendimento do TCU, de que todas as emendas parlamentares são oriundas de transferências voluntárias da União e não podem ser aplicadas em pagamento de pessoal, amparado no inc. X do art. 167 da CF/1988.

Aplicação de recursos estaduais

Os recursos estaduais transferidos aos Municípios também poderão seguir a mesma orientação dos blocos de financiamento e serem alocados pela gestão municipal de acordo com o Plano Municipal de Saúde.

É importante observar qual a metodologia adotada por cada Estado para o rateio dos recursos estaduais transferidos a seus respectivos Municípios e destinados ao financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde.

A metodologia de rateio estadual deve observar as necessidades de saúde da população e considerar as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do art. 198 da Constituição Federal e conforme previsto no art. 19 da Lei Complementar 141/2012.

Aplicação dos recursos próprios do Município

Para os recursos próprios do Município, oriundos do FPM, da arrecadação própria, dos *royalties* etc., a alocação ocorre de acordo com as necessidades de ações e serviços de saúde da população local, identificadas pela gestão municipal do SUS e contempladas no Plano Plurianual (PPA) e expressas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Programação Anual da Saúde (PAS), aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, em conformidade com a legislação pertinente.

Capítulo 3 – Prestação de contas

A prestação de contas dos recursos transferidos fundo a fundo aos Municípios e Estados se faz por meio do Relatório de Gestão, devidamente aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

O Relatório de Gestão aprovado pelo Conselho de Saúde deve ser enviado ao Ministério da Saúde e ao Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão executor.

A Lei Complementar 141/2012 definiu no § 1º do art. 36 que os Municípios, a União, os Estados e o Distrito Federal deverão encaminhar os Relatórios de Gestão para aprovação dos respectivos conselhos de saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira.

Art. 36. [...]

[...]

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos [arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

[...]

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar (SIOPS), com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

Relatório Anual de Gestão

É o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, que deve apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde decorrente do Plano de Saúde, bem como a execução orçamentária referente à aplicação dos recursos públicos.

O Relatório de Gestão compõe-se dos seguintes elementos:

- » programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;
- » comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do Plano de Saúde;
- » demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;
- » documentos adicionais avaliados pelos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

O Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento (DGMP)

O DigiSUS merece destaque, uma vez que é o responsável pelo planejamento anual e a elaboração dos relatórios de prestação de contas da execução das ações e dos serviços públicos de saúde, bem como dos recursos financeiros destinados ao SUS. O DigiSUS também é de alimentação e atualização obrigatórias, segundo a Portaria de Consolidação 1/2017 – DigiSUS.

Art. 436. O DGMP deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e Municípios, para:

I – registro de informações e documentos relativos:

- a) ao Plano de Saúde; e
- b) à Programação Anual de Saúde; e
- c) às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores.

II – elaboração de:

- a) Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA; e
- b) Relatório Anual de Gestão – RAG.

III – envio ao Conselho de Saúde respectivo:

- a) das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, contemplando o fluxo ascendente de que dispõem as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite – CIT para a Pactuação Interfederativa de Indicadores;

- b) do RDQA, para inclusão da análise pelo Conselho, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e
- c) do RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Esse art. 436 é rico em informações a respeito dos processos de prestação de contas no SUS e demonstra que o DigiSUS (DGMP) é responsável pela alimentação e atualização do Plano de Saúde, da PAS e das pactuações interfederativas de indicadores existentes; e pela elaboração do RDQA e do RAG/SUS.

Além disso, pelo DigiSUS, a Gestão municipal envia ao respectivo Conselho de Saúde as metas da pactuação interfederativa de indicadores, o RDQA e o RAG/SUS, agilizando a tramitação e possibilitando a análise e aprovação da prestação de contas da Gestão local.

Por fim, vale ratificar que a prestação de contas deve demonstrar a execução dos recursos recebidos em conformidade com os Blocos de financiamento do SUS – Manutenção e Estruturação –, bem como a vinculação ao Programa de Trabalho ou Grupos de Despesas do OGU e o cumprimento do objeto pactuado e que originou a transferência financeira, conforme previsto no art. 3º da Portaria de Consolidação 6/2017.

Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

[...]

§ 2º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados:

I – a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados;

II – o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e

III – o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde – SUS em sua respectiva esfera de competência.

[...]

Art. 1150. Para fins de transparência, registro de série histórica e monitoramento, bem como em observância ao disposto no inciso VII do caput do art. 5º do Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001, a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS divulgará em seu sítio eletrônico as informações sobre os recursos federais transferidos aos Estados, ao Distrito Federal por Bloco de Financiamento, organizando-as por Grupo de Identificação das Transferências relacionados ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde, tais como:

I – Atenção primária;

II – Atenção especializada;

III – Assistência Farmacêutica;

IV – Vigilância em Saúde; e

V – Gestão do SUS.

Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)

É um instrumento de acompanhamento periódico das metas e dos indicadores de saúde alcançados, da oferta dos serviços de saúde em termos de quantidade e qualidade, além de verificar a execução financeira. O relatório deve ser apresentado ao final de cada quadrimestre em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores, conforme prevê a Lei Complementar 141/2012.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III – oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

[...]

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

É importante observar o que prevê a legislação em relação ao RDQA. Ele não é objeto de aprovação pelo Conselho de Saúde local, nem pela Câmara de Vereadores. Esses órgãos devem receber e analisar as informações apresentadas, certamente com cunho fiscalizatório. As inconsistências identificadas pelo Conselho de Saúde serão encaminhadas diretamente ao chefe do Executivo municipal, o prefeito. Vejamos o que prevê a Lei Complementar 141/2012 sobre essa questão.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

A Lei Complementar 141/2012 oficializou a institucionalização e a obrigatoriedade de alimentação do Siops, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Sem prejuízo das competências dos órgãos de controle e fiscalização, o Siops disponibiliza um módulo específico para os órgãos de controle.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:
I – obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;
[...]

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

[...]

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

3.1 Transferências Fundo a Fundo

De acordo com a Lei Complementar 141/2012, os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Municípios, pelos Estados e pelo Distrito Federal, serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Com a publicação da Lei Complementar, os recursos federais destinados às ASPS se tornaram de transferências regular, automática e obrigatória, na modalidade fundo a fundo, sem restrições, exceto as já presentes na referida Lei.

Assim, todos os recursos financeiros federais transferidos a título de incentivos ou financiamento de programas, ações, estratégias, serviços e estabelecimentos de saúde, nos blocos de Manutenção e Estruturação, devem seguir as normas de prestação de contas estabelecidas no mesmo diploma legal e na Portaria de Consolidação 1/2017, por meio do RAG-SUS e do RDQA, elaborados a partir do DigiSUS.

3.2 Transferências Voluntárias

São os recursos financeiros repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal em decorrência da celebração

de convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos similares, cuja finalidade é a realização de obras e/ou serviços de interesse comum e coincidente às três esferas do governo ou, conforme definido no art. 25 da Lei Complementar 101/2000 (LRF), 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. Os dois instrumentos utilizados para a operacionalização das transferências voluntárias são o convênio e o contrato de repasse, que se tornaram raros após o estabelecimento legal das transferências fundo a fundo.

Convênio pode ser definido como acordo, ajuste ou qualquer outro instrumento que discipline a transferência de recursos financeiros dos Orçamentos da União, visando à execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação, e que tenha como partícipes, de um lado, órgão da administração pública federal direta, autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista, e, de outro, órgão ou entidade da administração pública municipal, estadual ou distrital, direta ou indireta, ou, ainda, entidades privadas sem fins lucrativos.

Contrato de repasse é o instrumento administrativo usado na transferência dos recursos financeiros, por intermédio de instituição ou agente financeiro público federal que atua como mandatário da União.

A prestação de contas dos recursos financeiros federais transferidos nas modalidades de convênio ou contrato de repasse seguem as normas estabelecidas na [Lei Complementar 141/2012](#) e na [Portaria Interministerial 424/2016](#).

3.3 Emendas Parlamentares

As emendas parlamentares também são transferidas na modalidade fundo a fundo. É necessária a apresentação de projeto ou proposta, com detalhamento do objeto da proposta e da aplicação dos recursos

financeiros, no sistema de convênios do governo federal ou diretamente no Sistema de Gerenciamento de Objeto e Propostas do FNS. Após análise e aprovação da proposta pelo Ministério da Saúde ou órgão competente, ocorrerão o empenho e a liberação dos recursos financeiros.

O Ministério da Saúde publica anualmente a Cartilha de Emendas Parlamentares ao Orçamento da União, que tem como objetivo orientar parlamentares, gestores das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, além de instituições que prestam serviços à rede pública, sobre como acessar corretamente os recursos federais, os programas e as ações disponíveis, as modalidades de repasses e os critérios que devem ser seguidos.

A prestação de contas das emendas parlamentares deve ser feita observando os mesmos critérios que a prestação de contas das transferências fundo a fundo e das transferências voluntárias, observando as normas definidas para cada modalidade de emenda e de transferência dos recursos financeiros.

3.4 Normas gerais (Portaria Interministerial 424/2016)

Os órgãos e as entidades públicas que recebem recursos da União, por meio de convênios e contratos de repasse, são obrigados a observar as disposições contidas na Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos e demais normas federais pertinentes ao assunto.



ATENÇÃO, GESTOR!

Os recursos financeiros transferidos fundo a fundo serão movimentados nas contas dos blocos de Manutenção e Estruturação, abertas pelo FNS e serão aplicados no objeto que deu origem à transferência.

Os recursos financeiros de convênio ou contrato de repasse, serão movimentados nas contas da Plataforma Federal de Convênios nas despesas constantes do Plano de Trabalho. A contrapartida pactuada pelo Ente conveniente ou contratado, também, deverá ser depositada na conta bancária específica do convênio ou contrato de repasse. Os recursos devem ser mantidos em aplicação no mercado financeiro.

Enquanto não empregados na sua finalidade, os recursos devem ser obrigatoriamente aplicados:

- » em caderneta de poupança de instituição financeira pública federal;
- » em fundo de aplicação financeira de curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreada em título da dívida pública.

Os rendimentos das aplicações financeiras devem ser aplicados no objeto que originou o repasse, seja fundo a fundo, de convênio ou de contrato de repasse, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.



ALERTA AOS GESTORES!

Os rendimentos não podem ser computados como contrapartida devida pelo convenente ou contratado.

Ato normativo próprio do concedente ou contratante deve estabelecer o prazo para apresentação das prestações de contas. Este prazo deve constar do convênio ou contrato de repasse. O prazo para apresentação das prestações de contas, que deve constar do respectivo convênio, é de até sessenta dias após o encerramento da vigência ou a conclusão da execução do objeto, o que ocorrer primeiro.

O órgão ou entidade que receber recursos na forma estabelecida na Portaria Interministerial 424/2016 estará sujeito a prestar contas da sua boa e regular aplicação, observando-se o seguinte:

- a) a prestação de contas inicia-se concomitantemente com a liberação da primeira parcela dos recursos financeiros que deverá ser registrada pelo concedente no Sistema ou Plataforma Federal de Convênios;
- b) o registro e a verificação da conformidade financeira, deverão ser realizados durante todo o período de execução do instrumento;
- c) o prazo para apresentação da prestação de contas final constará do instrumento de Convênio e será de até 60 (sessenta) dias após o encerramento da vigência ou a conclusão da execução do objeto, o que ocorrer primeiro.

A prestação de contas deve conter, além dos documentos e informações apresentados pelo convenente ou contratado na Plataforma de Convênios, os seguintes documentos:

- a) relatório de cumprimento do objeto;

- b) declaração de realização dos objetivos a que se propunha o instrumento;
- c) comprovante de recolhimento do saldo de recursos, quando houver;
- d) termo de compromisso por meio do qual o conveniente ou contratado será obrigado a manter os documentos relacionados ao convênio ou contrato de repasse, nos termos do § 3º do art. 4º da Portaria Interministerial 424/2016.

A análise da prestação de contas para avaliação do cumprimento do objeto será feita no encerramento do instrumento, cabendo este procedimento ao concedente ou à mandatária com base nas informações contidas nos documentos apresentados pelo beneficiário.

A conformidade financeira deverá ser realizada durante o período de vigência do instrumento, devendo constar do parecer final de análise da prestação de contas somente impropriedades ou irregularidades não sanadas até a finalização do documento conclusivo.

O Relatório de Cumprimento do Objeto deverá conter os subsídios necessários para a avaliação e a manifestação do gestor quanto à efetiva conclusão do objeto pactuado. Objetivando a complementação dos elementos necessários à análise da prestação de contas dos instrumentos, poderão ser utilizados subsidiariamente pelo concedente ou pela mandatária relatórios, boletins de verificação ou outros documentos produzidos pelo Ministério Público ou pela Corte de Contas, durante as atividades regulares de suas funções.

A prestação de contas final tem por objetivo a demonstração e a verificação de resultados e deve conter elementos que permitam avaliar a execução do objeto e o alcance das metas previstas.

A autoridade competente do concedente ou a mandatária terá o prazo de um ano, contado da data do recebimento, para analisar a prestação de contas do instrumento, com fundamento no parecer técnico expedido pelas áreas competentes. O prazo de análise poderá ser prorrogado no máximo por igual período, desde que devidamente justificado.

A análise da prestação de contas pelo concedente ou pela mandatária poderá resultar em:

- a) aprovação;
- b) aprovação com ressalvas, quando evidenciada impropriedade ou outra falta de natureza formal de que não resulte dano ao erário; ou
- c) rejeição com a determinação da imediata instauração de tomada de contas especial.

O ato de aprovação da prestação de contas deverá ser registrado na Plataforma de Convênios, cabendo ao concedente prestar declaração expressa acerca do cumprimento do objeto e de que os recursos transferidos tiveram boa e regular aplicação.

Nos casos de rejeição da prestação de contas em que o valor do dano ao erário seja inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), o concedente ou a mandatária poderá, mediante justificativa e registro do inadimplemento no Cadin, aprovar a prestação de contas com ressalva.

Caso a prestação de contas não seja aprovada, exauridas todas as providências cabíveis para regularização da pendência ou reparação do dano, a autoridade competente, sob pena de responsabilização solidária, registrará o fato na Plataforma de Convênios e adotará as providências necessárias à instauração da Tomada de Contas Especial, com posterior encaminhamento do processo à unidade setorial de contabilidade a que estiver jurisdicionado para os devidos registros de sua competência.



ATENÇÃO!

Caso a prestação de contas não seja encaminhada no prazo estabelecido no convênio ou contrato de repasse, o concedente ou contratante deve estabelecer o prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias para sua apresentação.

Se, ao término do prazo estabelecido, o conveniente ou contratado não apresentar a prestação de contas nem devolver os recursos, o concedente deverá registrar a inadimplência na Plataforma de Convênios por omissão do dever de prestar contas e comunicar o fato ao órgão de contabilidade analítica a que estiver vinculado, para fins de instauração de tomada de contas especial sob aquele argumento e adoção de outras medidas para reparação do dano ao erário, sob pena de responsabilização solidária.



ALERTA AO PREFEITO!

O prefeito e o governador sucessor devem prestar contas dos recursos provenientes de convênios e contratos de repasse firmados por seus antecessores. Na impossibilidade, deve apresentar ao concedente ou contratante justificativas que demonstrem o impedimento de prestar contas e as medidas adotadas para resguardar o patrimônio público.

Outras medidas que podem ser adotadas

Quando a impossibilidade de prestar contas decorrer de ação ou omissão do antecessor, o novo administrador deverá solicitar ao concedente a instauração de tomada de contas especial. Os documentos que contenham as justificativas e as medidas adotadas deverão ser inseridos na Plataforma de Convênios.

Nesse caso, sendo o conveniente ou contratado órgão ou entidade pública, de qualquer esfera de governo, a autoridade competente, ao ser comunicada de todas essas medidas adotadas, deverá suspender de imediato o registro da inadimplência, desde que o administrador seja outro que não o faltoso e sejam atendidos os requisitos da Portaria Interministerial 424/2016.

Os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas, não utilizadas no objeto pactuado, devem ser devolvidos à Conta Única do Tesouro, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do instrumento, sob pena da imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade concedente.

A devolução dos saldos financeiros de recursos de repasse remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas, não utilizados no objeto pactuado, deverá ocorrer da seguinte forma:

- a) nos convênios, o conveniente deverá observar a proporcionalidade dos recursos transferidos e os da contrapartida previstos na celebração, independentemente da época em que foram aportados pelas partes; e
- b) nos contratos de repasse, o conveniente deverá proceder a devolução integral ao concedente.

O conveniente deverá manter os documentos relacionados ao instrumento pelo prazo de 10 (dez) anos, contados da data em que foi apresentada a prestação de contas ou do decurso do prazo para a apresentação da prestação de contas.

Referências

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Convênios e outros repasses* – Tribunal de Contas da União. 2a ed. Brasília: Secretaria-Geral de Controle Externo, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 6 de dezembro de 2022.

BRASIL. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. *Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL. *Lei Complementar 101/2000, de 4 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm.

BRASIL. *Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta 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 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 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 7 dez. 2022.

BRASIL. *Lei 12.401, de 28 de abril de 2011*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm.

BRASIL. *Decreto 7.508/2011*. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.

BRASIL. *Portaria Interministerial 424, de 30 de dezembro de 2016*. Estabelece normas para execução do estabelecido no Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, revoga a Portaria Interministerial nº 507/MP/MF/CGU, de 24 de novembro de 2011 e dá outras providências. Disponível em <https://www.gov.br/plataformamaisbrasil/pt-br/legislacao-geral/portarias/portaria-interministerial-no-424-de-30-de-dezembro-de-2016>.

BRASIL. *Portaria de Consolidação GM/MS 01, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html.

BRASIL. *Portaria de Consolidação 06/2017, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos

recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.

CGU. *Transferências de Recursos da União – Perguntas e Respostas*. Controladoria-Geral da União, Secretaria Federal de Controle Externo, 2013.

CGU. *Gestão de Recursos Federais. Manual para os Agentes Municipais*. Controladoria-Geral da União, Secretaria Federal de Controle Interno, 2005.

DENASUS. *Orientações sobre Aplicação de Recursos Financeiros do SUS, Repassados Fundo a Fundo*. Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), 2001.

DENASUS. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde Manual Básico*. Ministério da Saúde Secretaria Executiva Fundo Nacional de Saúde Série A. *Normas e Manuais Técnicos*. 3a ed. revista e ampliada Brasília/DF, 2003.

DENASUS. *Manual de Auditoria na Gestão dos Recursos Financeiros do SUS*. Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria (Denasus), 2004.

PISCITELLI, Roberto Bocaccio. Consultor Legislativo da Área IV – Finanças Públicas. Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados.



Sede

SGAN 601 – Módulo N
 CEP: 70830-010
 Asa Norte – Brasília/DF
 Tel/Fax: (61) 2101-6000

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
 Bairro Menino Deus
 CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
 Tel/Fax: (51) 3232-3330

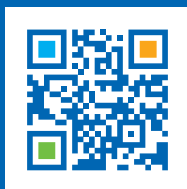
 /PortalCNM

 @portalcnm

 /TVPortalCNM

 /PortalCNM

 /portalcnm



www. **CNM**org.br

