

# REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 2000

*(Piso Constitucional de Aplicação em Saúde)*

Análise das principais inovações trazidas pela  
Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de  
2012, que regulamentou a Emenda  
Constitucional nº 29, de 2000.

Nota Técnica nº 014, de 2012 – CONOF/CD

–Versão Preliminar –

(Elaboração: 26 de junho de 2012)  
(Revisão: 23 de novembro de 2012)

*Elaborado pelo  
Núcleo de Saúde da  
Consultoria de  
Orçamento e  
Fiscalização  
Financeira da  
Câmara dos  
Deputados  
(CONOF/CD)*



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

**SUMÁRIO**

<b>I.</b>	<b>OBJETO DA SOLICITAÇÃO</b> .....	<b>2</b>
<b>II.</b>	<b>SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PISO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE</b> .....	<b>2</b>
II.1	SAÚDE.....	2
II.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	3
II.3	PISO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE - EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 2000 .....	4
<b>III.</b>	<b>LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 2012 (REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29, DE 2000)</b> .....	<b>7</b>
	Integrar as Atribuições do SUS Não Implica Necessariamente Integrar o Piso Constitucional .....	8
III.1	REQUISITOS GERAIS DE ATENDIMENTO CUMULATIVO (ART. 2º DA LC).....	9
III.1.1	<i>Atendimento aos Princípios Previstos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 1990</i> .....	10
III.1.2	<i>Diretrizes Gerais Constantes do Art. 2º da Lei Complementar</i> .....	10
III.1.2.1	O Atendimento a Clientelas Fechadas.....	11
III.1.2.2	O Princípio da Universalidade e a Saúde Suplementar .....	11
III.1.2.3	A Gratuidade e a Farmácia Popular .....	14
III.1.2.4	A Não Aplicabilidade a Despesas sob Responsabilidade Específica de Outro Setor (art. 2º, III, da LC) - Hospitais Universitários do MEC.....	14
III.1.2.5	O Piso da Saúde e as Despesas Relacionadas a Determinantes Sociais e Econômicos.....	15
III.1.2.6	O Programa Academia de Saúde .....	17
III.2	REQUISITOS ESPECÍFICOS AFETOS AO OBJETO DO GASTO (ARTS. 3º E 4º DA LC) .....	18
III.2.1	<i>Restrições ao Cômputo de Despesas com Saneamento (art. 4º, V, e art. 3º, VI e VII, da LC)</i> .....	18
III.2.2	<i>Restrição ao Cômputo de Despesas com Limpeza Urbana e Remoção de Resíduos (art. 4º, VI, da LC)</i> .....	20
III.2.3	<i>Possibilidade de Cômputo de Investimentos Realizados na Rede Física (art. 3º, IX, da LC)</i> .....	20
III.2.4	<i>Restrição ao Cômputo de Despesas que Não Atendam ao Princípio do Acesso Universal (art. 4º, III, da LC)</i> .....	21
	Despesas de Saúde com Agentes Públicos.....	21
III.2.5	<i>Restrição ao Cômputo de Despesas com Ações de Assistência Social (art. 4º, VIII, da LC)</i> .....	22
III.2.6	<i>Restrição ao Cômputo de Despesas com Merenda Escolar e Programas de Alimentação (art. 4º, IV, da LC)</i> .....	22
III.2.7	<i>Restrição ao Cômputo de Despesas com Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRAS</i> .....	22
III.3	REQUISITOS ESPECÍFICOS AFETOS A FONTES (ARTS. 4º, X, 5º, 6º, 7º E 24, §4º, DA LC).....	24
III.3.1	As Agências de Saúde e os Recursos Derivados de Taxas pelo Exercício do Poder de Polícia.....	27
III.3.2	Recursos Derivados de Operações de Crédito .....	27
III.4	REQUISITOS ESPECÍFICOS AFETOS AO ESTÁGIO DA DESPESA (ART. 24, I E II, DA LC) .....	27
<b>IV.</b>	<b>O SERVIÇO DA DÍVIDA E O PISO CONSTITUCIONAL</b> .....	<b>28</b>
IV.1	O SERVIÇO DA DÍVIDA E O PISO DE ESTADOS MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL.....	29
IV.2	O VETO AO INCISO II DO §4º DO ART. 24 E SEU IMPACTO NO PISO CONSTITUCIONAL DA UNIÃO.....	29
<b>V.</b>	<b>OPERAÇÕES DE CRÉDITO E O PISO CONSTITUCIONAL</b> .....	<b>29</b>
<b>VI.</b>	<b>TRANSFERÊNCIAS AUTOMÁTICAS (FUNDO A FUNDO)</b> .....	<b>29</b>
VI.1	RESTRIÇÃO AO USO DA MODALIDADE FUNDO A FUNDO AO FNS .....	32
VI.2	EM REGRA, AS TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS DO FNS NÃO COMPÕEM O PISO .....	32
VI.3	DIFICULDADES DE FISCALIZAÇÃO NAS TRANSFERÊNCIAS “FUNDO A FUNDO” .....	33
<b>VII.</b>	<b>PIBS A SEREM UTILIZADOS NA APURAÇÃO FEDERAL</b> .....	<b>33</b>
<b>VIII.</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DOS GASTOS AFETOS À EC Nº 29, DE 2000</b> .....	<b>34</b>
<b>IX.</b>	<b>DESPESAS DE SAÚDE FINANCIADAS PELO PISO CONSTITUCIONAL</b> .....	<b>35</b>
<b>X.</b>	<b>INÍCIO DE APLICAÇÃO DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 2012</b> .....	<b>36</b>
<b>XI.</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>37</b>



## I. OBJETO DA SOLICITAÇÃO

O presente trabalho visa atender a solicitação de trabalho nº 510, de 2012, do Deputado Federal Darcísio Perondi, no sentido de analisar as principais inovações trazidas pela recém sancionada Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (Emenda da Saúde).

## II. SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PISO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE

A Constituição de 1988 incorporou mudanças significativas no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo e novos papéis entre os atores do setor.

### II.1 SAÚDE

A Constituição estabeleceu, de forma relevante, uma seção exclusiva sobre saúde que, nos termos do art. 196 da CF, passa a ser “*direito de todos*”, sem qualquer discriminação em relação às ações a serem prestadas em todos os níveis; e “*dever do Estado*” prover o pleno gozo desse direito. Portanto, a partir da nova Constituição, a condição para ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é simplesmente precisar deles.

Além disso, a Carta Política especificou que esse direito seria “*garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visassem 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*”. Dessa forma, incorporou conceito abrangente que engloba a oportunidade de acesso a serviços que de alguma forma contribuam com a promoção de uma vida saudável.

Regulamentando esse direito, o art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, estabeleceu que a saúde tem como “*fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*”. A norma reconhece ainda a influência sobre a saúde de ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Implica dizer que saúde, em termos legais, envolve ações e serviços a cargo de diversos órgãos públicos – e não apenas aquilo que já é prestado no âmbito do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde -, e só pode ser garantida por meio de uma política governamental integrada.



## II.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Em seu art. 198, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, constituído por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo.

Compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, sendo tais competências fixadas também em norma constitucional (art. 200).

Cabe destacar que a noção de sistema deve ser compreendida não como um novo serviço, mas sim como um conjunto de unidades, de serviços e ações das três esferas que interagem para um fim comum. Tal sistema deve ainda ser único, no sentido de se subordinar a uma mesma doutrina e uma mesma forma de organização em todo o país<sup>1</sup>.

A regulamentação do SUS foi implementada pela Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde<sup>2</sup> - LSUS) e pela Lei nº 8.142, de 1990 (Regula as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde<sup>3</sup>). Tais normas definiram as atribuições dos diferentes níveis de governo; estabeleceram responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentaram o financiamento e os espaços de participação popular; formalizaram o entendimento da saúde como área de “*relevância pública*” e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público; dentre outros vários princípios fundamentais do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde fixa ainda os objetivos e as áreas de atuação do Sistema Único de Saúde. Segundo a norma (art. 5º), os objetivos dizem respeito à identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e à formulação de política de saúde e à assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Por sua vez, disciplinando a assistência a ser prestada pelo Estado, o art. 6º busca regular o campo de atuação do sistema, fixando as diversas atividades a cargo do SUS. Portanto, em termos de fatores condicionantes e determinantes, a atribuição do SUS parece dizer respeito à identificação e divulgação.

---

<sup>1</sup> O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, através de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema.

<sup>2</sup> Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>3</sup> Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

Quanto ao modelo, o SUS conforma sistema público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional. Tal conformação envolve inúmeras variáveis e só se concretiza por meio do estabelecimento de relações interinstitucionais de governo.

Nesse contexto, a descentralização, associada à diretriz da gestão única, resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: municipais, estaduais e o nacional. No entanto, a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da negociação intergestores. Como se percebe, o SUS é fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração do sistema.

Em linhas gerais, essa distribuição intergovernamental de funções delegou à União a cooperação financeira e a formulação da política nacional de saúde, bem como a coordenação das ações intergovernamentais. Tal situação é evidenciada no art. 16<sup>4</sup> da Lei nº 8.080 de 1990.

### **II.3 PISO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE - EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 2000**

O novo modelo de saúde insculpido na Constituição de 1988, fundado nos princípios da universalidade e integralidade, ampliou as demandas e a pressão

---

<sup>4</sup> **Art. 16 da Lei nº 8.080 de 1990:** “art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.”



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

sobre os gastos públicos, sem que houvesse à época garantia de recursos em volume adequado e suficiente para atender às novas necessidades.

De fato, para fins de direito e de exercício da cidadania, a “universalidade” confere a garantia de acesso às ações e serviços de saúde a quem delas precisar e a “integralidade” atribui ao SUS o atendimento de qualquer agravo ou patologia, em todos os níveis de complexidade. No que diz respeito à integralidade e sua relação com o financiamento, é oportuno destacar trecho do relatório da Subcomissão Especial destinada a tratar do Financiamento, da Reestruturação e da Organização do SUS, criada no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados:

*“A integralidade para ter força cogente é definida por meio de uma construção histórica, e diz respeito às necessidades de cada indivíduo e do coletivo em cada momento de suas vidas. Mas, o máximo que o Estado garante ou pode garantir é um determinado padrão de integralidade.*

*Por sua vez, o padrão de integralidade dependente do financiamento, da riqueza disponível, da opção tecnoassistencial, do grau de integração da cura, reabilitação, promoção, prevenção e proteção que se conseguem imprimir na operação cotidiana dos serviços e dos sistemas de saúde, do grau de inclusão social de um povo, da legislação que vigora numa nação, do grau de civilidade incorporada na luta política e dos avanços científicos e tecnológicos.*

*Definido que os limites da integralidade são historicamente estabelecidos, pode-se falar de um padrão de integralidade na perspectiva de cada indivíduo e de determinados coletivos. Portanto, para garantir de forma sistêmica a integralidade de cada um dos milhões de usuários do SUS, deve-se trabalhar com a ideia de padrão de integralidade, de onde emanam os componentes de cada projeto terapêutico individual, conformado nas várias interseções entre trabalhadores e usuários, e auxiliado pelo complexo regulatório. E no caso de determinados coletivos, identificados como de risco pelas suas vulnerabilidades, a garantia de integralidade é dada por uma linha de produção de cuidado específica continente de ofertas de vários serviços e redes assistenciais que asseguram garantia de acesso a tecnologias adequadas e vinculam trabalhadores e usuários. É por isso que para se conformar um sistema enquanto rede de ações e de prestação de serviços, tal como o SUS é definido na Constituição de 1988, o ponto inicial é a definição do respectivo objeto – o que será ofertado?”(págs. 42/43 do Relatório)*

Para compensar essa falta de recursos, que acarretou instabilidade no financiamento das políticas de saúde públicas, foram adotadas medidas emergenciais, tais como empréstimos junto ao Fundo do Amparo ao Trabalhador - FAT, obtidos no início dos anos 90, e a criação da CPMF, que vigorou de 1997 a 2007.





**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

Ao lado das medidas emergenciais para socorrer a saúde, surgiram também propostas de soluções mais duradouras<sup>5</sup>, que culminaram com a aprovação da supracitada EC nº 29, de 2000.

A EC nº 29, de 2000, estabeleceu a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vigorando no período de 2000 a 2004 as determinações previstas no art. 77 do ADCT, *in verbis*:

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

I - no caso da União:

- a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;
- b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;

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

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.”

Previu a EC nº 29, de 2000, a edição de lei complementar para revisar os percentuais de vinculação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde por parte dos entes federados, estabelecer os critérios de rateio e a fiscalização e controle desses recursos (§3º do art. 198 da CF)<sup>6</sup>. Porém, na ausência da referida lei complementar, a Carta Política determinou que fossem mantidas as regras transitórias vigentes até 2004 (§4º do art. 77 do ADCT<sup>7</sup>).

Não obstante serem os dispositivos da EC nº 29, de 2000, autoaplicáveis, desde logo ficou evidenciada a necessidade de haver esclarecimento conceitual e operacional do texto, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos, até a aprovação da lei complementar prevista pela referida Emenda.

<sup>5</sup> Dentre essas propostas, destacam-se as PECs nºs 169/93 e 82/95, que propunham a vinculação de recursos da Seguridade Social ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde. O substitutivo desta última, com algumas modificações, deu origem à EC nº 29/2000.

<sup>6</sup> Constituição. Art. 198 (...) § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

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

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

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

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

<sup>7</sup> Art. 77 (...) §4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo (ADCT).



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

Diante dessa constatação, surgiram iniciativas no sentido de buscar homogeneizar as interpretações da EC nº 29, de 2000<sup>8</sup>. Todas elas, porém, mostraram-se insuficientes, uma vez que somente lei complementar teria o condão de efetivamente regular a matéria, submetendo todos os entes federados ao seu cumprimento.

Após ampla discussão sobre a operacionalização da EC nº 29, de 2000, foi baixada pelo Conselho Nacional de Saúde a Resolução nº 322, de 2003, com o intuito de uniformizar em todo o território nacional a aplicação da referida Emenda.

Tal Resolução foi objeto de ação direta de inconstitucionalidade (ADI nº 2.999 - RJ). Porém, o Pleno do Supremo Tribunal Federal, em 13.8.2208, não conheceu da referida ADI sob o argumento de que a resolução havia sido expedida com fundamento em regras de competência previstas em um complexo normativo infraconstitucional (Leis nº 8.080, de 1990 e nº 8.142, de 1990).

De toda sorte, o país ainda carecia da lei complementar prevista na Constituição para conferir o disciplinamento e a uniformidade que a matéria exigia, uma vez que a harmonia de entendimentos pretendida pela citada Resolução, embora de grande valia, não teve plena eficácia, em face da falta de consenso entre os entes federados com relação às orientações contidas no citado documento<sup>9</sup>.

### **III. LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 2012 (REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29, DE 2000)**

Apesar de, em linhas gerais, a Lei Complementar nº 141, de 2012, haver mantido o entendimento já previsto na Resolução nº 322, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, a sua aplicação implicará mudanças significativas nos procedimentos hoje adotados pelos entes federados.

De fato, como lei complementar aplicável em todo o território nacional, a norma contribuirá para reduzir a subjetividade que durante anos permeou a definição de ações e serviços para fins de cômputo no piso constitucional da saúde e aproximará as despesas com saúde da intenção original do constituinte da EC nº 29, de 2000.

Pode-se mesmo dizer que, somente a partir de tal definição, é possível quantificar e garantir o financiamento das despesas essenciais para a manutenção do sistema, conforme desejado pelo constituinte derivado. Afinal, a Constituição de 1988 e o legislador ordinário conferiram alcance significativamente amplo para o

<sup>8</sup> A primeira delas, originada logo após a promulgação da Emenda, veio da Comissão de Seguridade Social e Família, que divulgou documento intitulado "Orientações quanto à participação da União, Estados e Municípios nos gastos com Saúde". Posteriormente, a partir da formação de grupo de discussão técnica com a participação de diversos segmentos da sociedade, foi elaborado documento denominado "Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29", que serviu de base para a aprovação da Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que apontou diretrizes para a aplicação da EC nº 29/2000.

<sup>9</sup> Por conta dessas divergências, havia Estados, por exemplo, que incluíam no orçamento da saúde despesas com pagamento de planos médicos privados para servidores públicos, saneamento, alimentação e assistência social, dentre outras não consideradas como gastos de saúde pela citada Resolução.





conceito de saúde, nele incluindo condicionantes afetas a alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e outros (cf. art. 196 da CF c/c art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990); mas deixaram, smj, de fixar o núcleo básico do sistema (o conjunto de ações e serviços públicos) a ser mantido e ampliado com os recursos do piso constitucional.

### ***Integrar as Atribuições do SUS Não Implica Necessariamente Integrar o Piso Constitucional***

Examinada a legislação vigente, verifica-se que o fato de determinada despesa integrar as atribuições do SUS (art. 200 da CF e Lei nº 8.080, de 1990) não garante, por si só, que possa ser contabilizada no rol das “ações e serviços públicos de saúde”, para fins de aplicação da EC nº 29/2000.

Com efeito, a Lei Orgânica da Saúde - LSUS prevê que as ações e os serviços de saúde que integram o SUS sejam desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedeçam aos princípios de integralidade de assistência e de universalidade de acesso (art. 7º LSUS) e que, nessa situação, podem ainda integrar o Sistema os “serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino” (art. 45) e, “em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas” (§2º do art. 45). Todavia, smj, integrar o SUS não garante a proteção do piso constitucional, assim como não implica que todas as despesas do Ministério da Saúde em benefício dessas unidades<sup>10</sup> (com exceção das afetas à remuneração pela prestação de serviços e procedimentos colocados à disposição da população em geral) possam ser consideradas para fins aferição do piso constitucional.

De fato, estrutura, organização e competências do SUS previstas na Lei nº 8.080, de 1990, não sofrem alteração pelo advento da LC nº 141, de 2012. Enquanto aquela dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”; esta regula aspectos financeiros e orçamentários<sup>11</sup> do Setor e define as “ações e serviços públicos de saúde” passíveis de cômputo na apuração do mínimo constitucional. Assim não se mostra razoável pretender interpretar o alcance da LC nº 141, de 2012, pura e simplesmente sob a ótica da Lei nº 8.080, de 1990.

Pelo contrário, os parâmetros para que determinadas despesas integrem o piso constitucional circunscrevem-se às disposições da LC nº 141, de 2012, e não às atribuições do SUS ou ao conceito amplo de saúde. Conforme prevê o art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, existem os mais variados fatores condicionantes e determinantes da saúde (alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o

<sup>10</sup> Hospitais universitários e de ensino e serviços de saúde das Forças Armadas

<sup>11</sup> A LC nº 141, de 2012, dispõe sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente, estabelece critérios de rateio, forma de transferências e normas de fiscalização. Além disso, em diversos trechos da ênfase a aspectos orçamentários, como a previsão de unidades orçamentárias e de órgão nos arts. 12 e 14.



trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer) e estão inseridos nas mais diversas áreas da Administração Pública, não podendo ser considerados para fins de aplicação do piso constitucional. Vale dizer, órgãos e entidades do SUS devem conhecer e informar à sociedade e ao governo os fatos que interferem na saúde da população com vistas à adoção das medidas cabíveis, mas o dever de adotar políticas sociais e econômicas que visem evitar o risco da doença é do Governo, como um todo (políticas de governo), e não apenas do setor saúde (políticas setoriais).

Reforça esse entendimento o fato de a LC nº 141, de 2012, haver expressamente afastado do cômputo do piso as despesas que “*não estivessem sob a responsabilidade específica do setor da saúde*” (art. 2º, III), as “*relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população*” (art. 2º, III) e as afetas a “*saneamento básico<sup>12</sup>, limpeza urbana e remoção de resíduos*” (art. 4º, V e VI), embora eventualmente algumas despesas possam ser consideradas como de responsabilidade do SUS, nos termos do art. 200 da Constituição, da Lei nº 8.080, de 1990, e da legislação vigente.

Dentro desse contexto, a nova lei buscou fixar regras, diretrizes e condições para identificar as despesas que devam ser consideradas como “*ações e serviços públicos de saúde*” para fins de apuração do mínimo constitucional. Pode-se agrupar os principais requisitos da norma em:

- a) **Gerais de Atendimento Cumulativo** (art. 2º);
- b) **Específicos Afetos ao Objeto do Gasto:** computáveis no piso (art. 3º) e não computáveis no piso (art. 4º);
- c) **Específicos Afetos às Fontes de Recursos:** computáveis no piso (arts. 5º, 6º, 7º) e não computáveis no piso (arts. 4º, X, e 24, §4º); e
- d) **Específicos Afetos ao Estágio da Despesa para Fins de Atendimento do Piso** (art. 24, incisos I e II).

### III.1 REQUISITOS GERAIS DE ATENDIMENTO CUMULATIVO (art. 2º da LC)

A norma restringe as ações e serviços passíveis de serem considerados na apuração da aplicação de recursos mínimos no setor, exigindo o atendimento simultâneo de:

- Princípios previstos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 1990; e
- Diretrizes gerais constantes do art. 2º da Lei Complementar.

---

<sup>12</sup> Segundo o art. 3º da Lei nº 11.445, de 2007, considera-se *saneamento básico* o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de: abastecimento de água potável; esgotamento sanitário; limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos; e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas)



### III.1.1 Atendimento aos Princípios Previstos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 1990<sup>13</sup>

Segundo dispõe o art. 2º, inciso I, da LC nº 141, de 2012, considerar-se-ão despesas com “ações e serviços públicos de saúde”, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na Lei Complementar, apenas aquelas voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde e que atendam os princípios estatuidos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 1990.

Dentre os diversos princípios constantes do citado dispositivo da Lei nº 8.080, de 1990, destacam-se: “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”; “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”; “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

Tais princípios coadunam-se com as características inerentes à saúde previstas na Constituição, não gerando propriamente inovação em matéria de despesa afeta à saúde.

### III.1.2 Diretrizes Gerais Constantes do Art. 2º da Lei Complementar

Reforçando os princípios do Sistema previstos na Lei nº 8.080, de 1990, a Lei Complementar estabeleceu que, para fins de apuração dos recursos mínimos da saúde, somente será considerada a despesa com ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito. Além disso, exige que tais ações devam estar em conformidade com objetivos e metas dos Planos de Saúde (art. 2º, II).

Dentro desse contexto, despesas afetas a clientelas fechadas ou a regulação de planos privados de saúde, bem como a prestação de serviços não gratuitos, deverão deixar de integrar as despesas públicas computáveis na apuração do piso constitucional.

<sup>13</sup> **Lei nº 8.080, de 1990: Art. 7º** As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes **princípios**:

- I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.



### **III.1.2.1. O Atendimento a Clientelas Fechadas**

A Constituição, em seu art. 194, prevê que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, competindo ao Poder Público organizar a seguridade social, com base na universalidade de cobertura e de atendimento. Como *universalidade de cobertura* entende-se o alcance da prestação em relação ao objeto e às necessidades previstas em lei, enquanto *universalidade de atendimento* compreende todos os que vivem no território nacional e que têm direito subjetivo à seguridade.

Especificamente em relação à saúde, a *universalidade* e a *equidade* são considerados princípios norteadores das ações e serviços. A Carta Política definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CF). Portanto, em termos de saúde pública, a Constituição confere à população a universalidade de atendimento, sem a possibilidade de qualquer distinção.

Em consonância com a determinação constitucional, a Lei nº 8.080, de 1990, estabelece que o SUS é constituído pelos serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas (art. 4º) que conferem *universalidade de acesso* (art. 7º, I). Assim, os hospitais de atendimento de clientela fechada, em face de suas ações e serviços não serem de *acesso universal, igualitário e gratuito* (art. 2º, I, da LC), não integram o SUS e, por isso, as despesas a eles concernentes não devem ser considerados para fins de aferição da aplicação da EC nº 29, de 2000 – exceto caso venham a disponibilizar parte dos seus serviços ao SUS, quando então os gastos referentes à prestação de serviços por eles colocados à disposição do público em geral poderão ser considerados, para fins de aferição do piso constitucional (parcela atinente à remuneração pela produção SUS).

### **III.1.2.2 O Princípio da Universalidade e a Saúde Suplementar**

A Lei nº 9.656, de 1998, regulamentou o setor de saúde suplementar no Brasil e criou o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU. Posteriormente, com a Lei nº 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde - ANS, tornou-se necessário equiparar as operações de seguro saúde aos planos privados de assistência à saúde, de forma a adaptar tais operações aos requisitos legais.

Em 2001, com a Lei nº 10.185, o seguro saúde foi enquadrado como plano privado de assistência à saúde, e a sociedade seguradora especializada em saúde, como operadora de plano de assistência à saúde, para efeito da Lei nº 9.656, de 1998.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

A Agência Nacional de Saúde tem a finalidade “*institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores*” (cf. art. 3º da Lei nº 9.961, de 2000). Entre as competências (art. 4º), destacam-se:

- ✓ propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- ✓ estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- ✓ fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- ✓ estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- ✓ estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- ✓ estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- ✓ definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- ✓ estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- ✓ autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
- ✓ autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;
- ✓ fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- ✓ exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- ✓ fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- ✓ fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;





**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

- ✓ proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde;
- ✓ determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
- ✓ articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
- ✓ fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- ✓ estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Vê-se, pois, que as despesas com saúde suplementar deixam de atender aos princípios de universalidade e equidade. São voltadas precipuamente à promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, com a regulação das operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.

Todavia, cabe mencionar o entendimento da Corte de Contas sobre o assunto proferido no Acórdão nº 957, de 2005 – Plenário. Na ocasião, o TCU considerou que tais despesas visariam *“promover a articulação e a integração da assistência suplementar de saúde com as áreas que compõem o SUS, ampliando e consolidando a regulação e a fiscalização das operadoras de planos de saúde e de suas relações com prestadores, profissionais e usuários. Tais iniciativas visarão, em especial, garantir a qualidade da assistência à saúde e efetivar o sistema de ressarcimento ao componente público do SUS pelas operadoras de planos de saúde”*. Também considerou que *“na realidade, de forma indireta, seriam um benefício à população mais carente. Ao garantir um serviço de saúde privado justo e eficiente para aqueles cidadãos”* e que seria *“razoável o entendimento de que o princípio da universalidade não deve impedir que alguns grupos sociais, com características particulares, reclamem por proteção jurídica diferenciada”*.

Frise-se, porém, que tal entendimento foi prolatado na ausência da lei regulamentadora do piso constitucional, que estabeleceu restrições específicas para apuração do mínimo constitucional. Além disso, a LC nº 141, de 2012, assim como a própria EC nº 29, de 2000, não regulam propriamente atividades do SUS, mas sim o alcance da proteção financeira em relação a determinadas despesas. Vale dizer, a consideração de uma despesa como piso constitucional, ou não, independe de o gasto estar relacionado a eventual *“ressarcimento ao componente público do SUS pelas operadoras de planos de saúde”* ou a *“garantia de um serviço de saúde privado justo e*





*eficiente*”, não havendo previsão de afastamento ou mitigação do princípio da universalidade.

No caso em tela, quer parecer que as despesas não atendam ao disposto no art. 2º, I, da Lei Complementar.

### ***II.1.2.3 A Gratuidade e a Farmácia Popular***

A Farmácia Popular tem por objetivo disponibilizar, a preços subsidiados ou de forma gratuita, medicamentos e correlatos previamente definidos pelo Ministério da Saúde - MS (cf. Portaria MS nº 184, de 2011) à população, por meio da rede privada de farmácias e drogarias.

Sob o enfoque gratuidade – requisito exigido pelo art. 2º, I, da LC nº 141, de 2012 - somente os gastos relativos a medicamentos com distribuição gratuita – como os destinados a tratar hipertensão arterial, diabetes, asma, HIV/Aids, etc. – são passíveis de serem contabilizados no piso, sem quaisquer questionamentos.

Quanto aos demais, que subsidiam preços de medicamentos, por não atenderem o disposto no art. 2º, I, da Lei Complementar, e ferirem os princípios da universalidade e da equidade insculpidos na Constituição – porquanto não garantem à parcela mais carente da população o acesso a tais medicamentos, mesmo que vendidos a preços baixos – não são passíveis de serem contabilizados no rol dos recursos mínimos, à luz da LC nº 141, de 2012.

### ***III.1.2.4 A Não Aplicabilidade a Despesas sob Responsabilidade Específica de Outro Setor (art. 2º, III, da LC) - Hospitais Universitários do MEC***

A LC nº 141, de 2012, afastou a possibilidade de cômputo no piso de despesas que não se encontrassem sob a responsabilidade específica do setor da saúde (cf. art. 2º, III, da LC nº 141, de 2012).

Ocorre que, por meio do Decreto nº 7.082, de 2010, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, destinado à reestruturação e à revitalização dos hospitais das universidades federais. Segundo a Norma, o REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.

Como já tratado no tópico *“Integrar as Atribuições do SUS Não Implica Necessariamente Integrar o Piso Constitucional”* (pág. 08 desta Nota), os parâmetros para que determinadas despesas sejam computadas no piso constitucional restringem-se às disposições da LC nº 141, de 2012, e não à organização ou às atribuições dos SUS ou mesmo a um conceito amplo de saúde. Portanto, grande parte das atividades desenvolvidas nessas unidades pode – e deve – ser considerada como de saúde – nos termos previstos na Carta Política; porém,



segundo o disposto na EC nº 29, de 2000, e, principalmente, no art. 2º, III, da LC nº 141, de 2012, **não é esse conceito amplo utilizado para fins de apuração do piso constitucional do setor.**

Tratando-se de unidade com dimensões de ensino, pesquisa e extensão (como prevê o decreto) e, principalmente, vinculada a outra pasta (Ministério da Educação), as despesas não se sujeitariam ao cômputo no mínimo constitucional da União. Vale frisar: a despesa é de saúde (bem como de educação), só não seria utilizada para fins de apuração do piso por não ser de responsabilidade específica do Ministério da Saúde, e sim do Ministério da Educação.

É importante mencionar que os hospitais universitários são hoje **unidades orçamentárias** específicas do MEC e que a LC nº 141, de 2012, ao tratar dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pela União determinou que *“fossem repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde”*. Portanto, não se justifica computar nos recursos mínimos de aplicação em saúde dotações consignadas no Fundo Nacional de Saúde para atender unidades orçamentárias de outro Órgão.

Ainda sob esse aspecto, deve-se lembrar o entendimento apresentado no veto oferecido à LDO de 2006. Na ocasião, o Congresso Nacional aprovou a inserção de dispositivo na Lei de Diretrizes (art. 3º ao art. 58 da Lei nº 11.178, de 2005) que autorizava o cômputo dessas despesas como ações e serviços públicos de saúde, porém o dispositivo foi vetado pelo Senhor Presidente da República justamente por entender que implicava *“classificação de despesas preexistentes da educação como ações e serviços públicos de saúde e, assim, reduzia a disponibilidade de recursos para o Ministério da Saúde”*

Por fim, é importante mencionar que, tradicionalmente, o SUS já remunera esses hospitais pela prestação de serviços à população. Tal remuneração é realizada por meio da ação “8585-Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade”, que se destina justamente ao repasse direto de recursos financeiros, transferidos fundo a fundo, para o custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no Sistema Único de Saúde.

### **III.1.2.5 O Piso da Saúde e as Despesas Relacionadas a Determinantes Sociais e Econômicos**

Como já mencionado, a Constituição define saúde como *“direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (art. 196 da CF). Por sua vez, o legislador ordinário, ao regular o funcionamento do Sistema Único de Saúde, fixou alguns fatores considerados como determinantes e condicionantes para a avaliação da saúde, entre eles *“a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o*



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

*trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*” (art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990)<sup>14</sup>. Dessa forma, cabe ao Estado não somente assumir a responsabilidade pela recuperação de indivíduos doentes, como também adotar as medidas necessárias para prevenção, proteção e promoção da saúde.

É notório que tais aspectos dizem respeito à própria qualidade de vida da população, sendo sua promoção da responsabilidade de todo o Estado, e não apenas do Ministério da Saúde. Vale dizer, os fatores mencionados no art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, exercem influência sobre a saúde, uma vez que tendem a reduzir a exposição da população a riscos; todavia, são de responsabilidade de diversas áreas de atuação governamental que, em conjunto, têm aptidão para modificar as desigualdades sociais, remodelar estilos de vida e reduzir agressões ao meio ambiente.

Nesse sentido, a melhoria de aspectos relacionados “*à alimentação, ao trabalho e à renda*” são atribuições que podem ser vinculadas a políticas afetas ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, ao Ministério do Trabalho e Emprego, e até ao Ministério do Desenvolvimento Agrário; assim como “*a moradia, o saneamento básico e o transporte*” podem ter a responsabilidade imputada ao Ministério das Cidades; o “*meio ambiente*” ao Ministério do Meio Ambiente e o “*lazer e a educação*” aos Ministérios da Cultura, do Esporte e da Educação. Tais fatores, embora sejam “*determinantes e condicionantes de saúde*” em seu sentido mais amplo, jamais devem ser considerados providências específicas de política de saúde pública.

Justamente com base na distinção entre “*despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuem sobre determinantes sociais e econômicas, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde*” e “*ações e serviços públicos de saúde*”, a Procuradoria da República no Distrito Federal emitiu a Recomendação nº 001/2009-PP-PRDF (Ref. Representação nº 1.34.001.004554/2004-74), com o seguinte teor:

***“8 – Esclareça-se que somente podem ser qualificadas como ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, aquelas que sejam de acesso universal e igualitário por toda a população beneficiária, que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo e sejam de responsabilidade específica do setor saúde. Em hipótese alguma se confundem com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuem sobre determinantes sociais e econômicas, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde. Há que se estabelecer um divisor de águas, pois, do contrário, permitir-se-á ao Governo embutir gastos que, mesmo de forma indireta e reflexa, interfiram na qualidade de saúde dos cidadãos. Assim, devem ser excluídos do câmputo os gastos com***

<sup>14</sup> Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.



*fatores determinantes e condicionantes, sob pena de tornar absolutamente inócua a aplicação mínima de recursos estabelecida constitucionalmente. Como exemplo, podemos citar a **alimentação** que é fator determinante e condicionante da saúde, mas não atividade típica.” (grifo nosso)*

Entendimento que foi posteriormente acatado e positivado na LC nº 141, de 2012, em seu art. 2º, III, quando afastou do cômputo constitucional do Setor Saúde eventuais despesas “relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população”.

### III.1.2.6 O Programa Academia de Saúde

Criado pela Portaria nº 719, de 2011, o programa tem como principal objetivo “contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis” (cf. art. 2º da referida Portaria).

Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) e organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários.

Segundo prevê o normativo (art. 6º), algumas das atividades a serem desenvolvidas incluem:

- a) promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, *tai chi chuan*, dentre outros);
- b) orientação para a prática de atividade física;
- c) promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar;
- d) práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato).

Por meio da Portaria MS nº 1.401, de 2011, foi instituído, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o “incentivo para construção” de Polos da Academia da Saúde<sup>15</sup>; e por meio da Portaria MS nº 1.402, de 2011, foram instituídos “incentivos para custeio” das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde<sup>16</sup>.

Como abordado no tópico “Integrar as Atribuições do SUS Não Implica Necessariamente Integrar o Piso Constitucional” (pág. 08 desta Nota), os requisitos para que determinadas despesas sejam consideradas no piso constitucional estão previstos na LC nº 141, de 2012, e não na Lei Orgânica do SUS ou em um conceito amplo de saúde. Portanto, o fato de a Lei nº 8.080, de 1990 (art. 6º, IV), haver

<sup>15</sup> Tal incentivo tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem aos Municípios ou ao Distrito Federal a construção de espaços físicos para a orientação de práticas corporais e atividades físicas, lazer e modos de vida saudáveis

<sup>16</sup> A Norma prevê 02 (duas) formas de repasse dos incentivos de custeio (cf. art. 2º da Portaria MS nº 1.402, de 2011).



incluído, por exemplo, vigilância nutricional e orientação alimentar no campo de atuação do SUS **não é suficiente** para justificar a inclusão de tais despesas no mínimo constitucional da saúde. Tais atividades devem ser realizadas pelo Sistema em articulação com outros órgãos e setores governamentais - em razão de sua interface com diversas áreas -,<sup>17</sup> não estando, por isso, abrangidas pelas disposições da LC nº 141, de 2012.

Além disso, smj, as atividades previstas no Programa Academia de Saúde dizem respeito aos chamados fatores determinantes e condicionantes já abordados no tópico “III.1.2.5 O Piso da Saúde e as Despesas Relacionadas a Determinantes Sociais e Econômicos” (pág. 15 desta Nota) e elencados no art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990 (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer). Portanto, tais despesas dizem respeito a políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos incidentes sobre as condições de saúde da população, nos termos do art. 2º, III, da LC nº 141, de 2012, não devendo, por essa razão, integrar o piso constitucional da saúde.

### III.2 REQUISITOS ESPECÍFICOS AFETOS AO OBJETO DO GASTO (arts. 3º e 4º da LC)

Ao longo dos arts. 3º e 4º da LC nº 141, de 2012, são elencadas diversas despesas que podem ser consideradas para fins de piso constitucional e outras que não podem. A seguir, são apresentadas algumas peculiaridades dessa relação.

#### III.2.1 Restrições ao Cômputo de Despesas com Saneamento (art. 4º, V, e art. 3º, VI e VII, da LC)

Consoante o art. 3º da Lei nº 11.445, de 2007, que estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico, nesta expressão considera-se o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de:

- a) **abastecimento de água potável:** constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição;
- b) **esgotamento sanitário:** constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente;
- c) **limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos:** conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas;

<sup>17</sup> Vide arts. 12 e 13 da Lei nº 8.080/90.





- d) **drenagem e manejo das águas pluviais urbanas:** conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de drenagem urbana de águas pluviais, de transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas.

Entretanto, a nova regulamentação do piso da saúde estabeleceu restrições para cômputo das despesas com saneamento. Previu a Lei Complementar nº 141, de 2012, que para tal finalidade pudessem ser consideradas somente as despesas com “saneamento domiciliar” ou de “pequenas comunidades” e, mesmo assim, quando aprovadas pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador (art. 3º, VI, da LC nº 141, de 2012); bem como as despesas “saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas” e de “comunidades remanescentes de quilombos” (art. 3º, VII, da LC nº 141, de 2012).

Dessa forma, no âmbito federal, tendo em vista o Orçamento para 2012 aprovado para o Ministério da Saúde, poderiam ser consideradas no piso apenas as ações referentes a:

a) **Melhorias Sanitárias Domiciliares** (ação orçamentária 7652) e **Implantação de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas** (ação 3921, que eventualmente pode incluir instalações sanitárias), por tratarem de despesas afetas a “saneamento básico de domicílios” previsto no art. 3º, VI, da LC nº 141, de 2012;

b) **Saneamento Básico em Comunidades Rurais, Tradicionais e Especiais**<sup>18</sup> (ação orçamentária 7656), tendo em vista se referir a “saneamento básico de pequenas comunidades”, autorizado pelo art. 3º, VI, da LC nº 141, de 2012, e a “saneamento básico em comunidades remanescentes de quilombos”, previsto no art. 3º, VII, da LC nº 141, de 2012;

c) **Saneamento Básico em Aldeias Indígenas** (ação orçamentária 7684), previsto pelo art. 3º, VII, da LC nº 141, de 2012;

d) **Saneamento Ambiental e Serviços de Drenagem e Manejo das Águas Pluviais** (ações orçamentárias 6908 e 3883), por se tratar de “manejo ambiental”, autorizado pelo art. 3º, VIII, da LC nº 141, de 2012.

Importa destacar que a LC nº 141, de 2012, não esclarece o que deve ser considerado como “pequenas comunidades” para fins de aplicação do inciso VI do art. 3º. Todavia, a Lei nº 11.445, de 2007, em seu art. 3º, VIII, considera “localidade de

---

<sup>18</sup> A expressão inclui quilombos, assentamentos e reservas extrativistas em localidades com população inferior a 2.500 habitantes, como se verifica no descritor da ação utilizado até exercício de 2011: “7656 - Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Rurais, em Áreas Especiais (Quilombos, Assentamentos e Reservas Extrativistas) e em Localidades com População Inferior a 2.500 Habitantes para Prevenção e Controle de Agravos.” (grifo nosso)





*pequeno porte: vilas, aglomerados rurais, povoados, núcleos, lugarejos e aldeias, assim definidos pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE”.*

Por sua vez, ao tratar dos Elementos de Representação<sup>19</sup>, o IBGE define **Vila** como “localidade com o mesmo nome do Distrito a que pertence e onde está sediada a autoridade distrital, excluídos os distritos das sedes municipais”; “**Aldeia**” como “localidade habitada por indígenas”, e todas as demais como áreas “não definidas legalmente como urbanas”. Portanto, **localidade de pequeno porte** alcança tão-somente vilas, aldeias indígenas e áreas rurais (todas já previstas no Orçamento 2012 e computadas no piso constitucional por meio das ações orçamentárias 7656 e 7684).

Para não haver outros questionamentos sobre a matéria, o inciso V do art. 4º da LC - que trata das despesas que não serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos – expressamente inclui no rol as decorrentes de “saneamento básico, *inclusive* quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade”. Portanto, a partir de 2012, somente as ações especificamente elencadas no art. 3º poderão ser consideradas para atendimento do piso constitucional; as demais (em geral as que beneficiam municípios com até 50 mil habitantes) podem continuar a cargo do Ministério da Saúde, sem integrar, porém, o mínimo constitucional.

### III.2.2 Restrição ao Cômputo de Despesas com Limpeza Urbana e Remoção de Resíduos (art. 4º, VI, da LC)

A regulamentação da saúde também afastou a possibilidade de cômputo no piso das despesas com limpeza urbana e a remoção de resíduos (art. 4º, VI, da LC nº 141, de 2012). Conforme já transcrito anteriormente, **limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos** refere-se ao “conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas” (cf. art. 3º, I, “c”, da Lei nº 11.445, de 2007).

Entretanto, a partir da Lei Complementar nº 141, de 2012, as despesas com limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos deixam de integrar o piso constitucional do setor.

### III.2.3 Possibilidade de Cômputo de Investimentos Realizados na Rede Física (art. 3º, IX, da LC)

A norma dá ênfase à possibilidade de financiar com recursos do piso constitucional os investimentos na rede física do SUS. O art. 3º, IX, da LC autoriza a realização de “investimento na rede física do SUS, incluindo de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde”.

<sup>19</sup> Vide [http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/manual\\_nocoos/elementos\\_representacao.html](http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/manual_nocoos/elementos_representacao.html)



Orçamentariamente, o termo *investimento* se refere não só a equipamentos e instalações, mas também a obras de construção e ampliação. Especificamente nesse último caso (obras), a norma deixa claro alcançar a implantação e revitalização física das instituições públicas do SUS. Resta, contudo, analisar o alcance das expressões “*rede física do SUS*” e “*estabelecimentos públicos de saúde*”.

Nos termos do que dispõe o art. 198 da Constituição, “*as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com base na descentralização, com direção única em cada esfera de governo*”. Conforme dispõe o art. 4º da Lei nº 8.080, de 1990, o SUS constitui o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, e não à participação complementar<sup>20</sup>.

Portanto, quer parecer seja esse o alcance da norma complementar em relação a investimentos. Permitir a aquisição de equipamentos em estabelecimentos públicos de saúde e em entidades privadas credenciadas/conveniadas ao SUS (que recebam regularmente recursos do MAC) e a realização de obras em estabelecimentos públicos.

Tal interpretação guarda conformidade com o que já vem sendo previsto nas leis de diretrizes orçamentárias da União, no sentido de manter a capacidade instalada das entidades privadas credenciadas/conveniadas e priorizar obras em estabelecimentos públicos de saúde. Por isso, vem sendo vedada em tais entidades a realização de construções e ampliações, permitindo-se tão somente a aquisição e a instalação de equipamentos.

### **III.2.4 Restrição ao Cômputo de Despesas que Não Atendam ao Princípio do Acesso Universal (art. 4º, III, da LC)**

O princípio de garantia ao acesso universal (universalidade) diz respeito ao público alcançado pelo atendimento em saúde, competindo ao SUS prestar assistência à saúde a toda a população. Na prática, o dispositivo reforça a diretriz já prevista no art. 2º, I, da LC, afastando despesas com hospitais corporativos e com agentes públicos.

#### ***Despesas de Saúde com Agentes Públicos***

Antes do advento da LC nº 141, de 2012, as despesas com saúde de servidores do Ministério da Saúde vinham sendo computadas no piso constitucional simplesmente por se encontrarem alocadas naquela pasta. Com a regulamentação da emenda constitucional, os recursos destinados a financiamento de sistemas de saúde de servidores do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde deverão deixar de serem computados em função de se referir a clientela específica.

<sup>20</sup> Vide Capítulo II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.



### **III.2.5 Restrição ao Cômputo de Despesas com Ações de Assistência Social (art. 4º, VIII, da LC)**

A Lei Maior dispõe sobre a assistência social em seu art. 203, prevendo que seja prestada a quem dela necessitar - independentemente de contribuição à seguridade social - e tendo por objetivos: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Disciplinando a norma constitucional, a Lei nº 8.742, de 1993, regulou a assistência social e considerou como serviços socioassistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população, devendo haver a criação de programas de amparo às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social e às pessoas que vivem em situação de rua (art. 23 da Lei nº 8.742, de 1993).

Dessa forma, confirmando o disposto no inciso III do art. 2º, que afasta do cômputo do piso despesas que não sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, o art. 4º, VIII, da LC nº 141, de 2012, expressamente impede que gastos com ações de assistência social sejam considerados para fins do mínimo constitucional da saúde.

### **III.2.6 Restrição ao Cômputo de Despesas com Merenda Escolar e Programas de Alimentação (art. 4º, IV, da LC)**

Segundo o art. 4º, IV, da LC nº 141, de 2012, as despesas com *“merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS”* não poderão integrar a apuração do piso constitucional. Portanto, mesmo que tais serviços sejam prestados por unidades de saúde não comporão o mínimo de aplicação do setor.

Da vedação, contudo, são ressalvados os gastos com recuperação de deficiências nutricionais (inciso II do art. 3º da LC). Dessa forma, apenas as despesas com doentes e desnutridos serão consideradas, mas não aquelas que se destinam a completar a renda e a alimentação de pessoas carentes.

### **III.2.7 Restrição ao Cômputo de Despesas com Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRAS**

Com a regulamentação da EC nº 29, de 2000, aparentemente deixa de haver autorização legal para manter o cômputo no piso constitucional das despesas realizadas com *“participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de*



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA  
NÚCLEO DA SAÚDE

*Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRAS*”. De fato, em que pese a importância da atividade da empresa, a despesa não ocorre propriamente para atendimento da saúde, mas sim para integralização da participação federal em empresa pública.

A obrigatoriedade de aplicação mínima prevista no § 2º do art. 198 da Constituição<sup>21</sup> refere-se às despesas realizadas pelos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) com “ações e serviços de saúde”, e não com “participação em capital social de empresas”, ainda que tais empresas venham a atuar na produção, aquisição e distribuição de hemoderivados. Dessa forma, smj, não há como considerar a realização de dispêndios com a “constituição da empresa” como despesas com produção de hemoderivados (inciso V do art. 3º da LC nº 141/2012)<sup>22</sup>.

Além disso, segundo o art. 2º da Lei nº 10.972, de 2004 (que autoriza a criação da Hemobrás), a empresa tem por finalidade a exploração direta de atividade econômica, nos termos do art. 173 da Constituição Federal.

*“Art. 2º A HEMOBRÁS terá por finalidade explorar diretamente atividade econômica, nos termos do art. 173 da Constituição Federal, consistente na produção industrial de hemoderivados prioritariamente para tratamento de pacientes do SUS a partir do fracionamento de plasma obtido no Brasil, vedada a comercialização somente dos produtos resultantes, podendo ser ressarcida pelos serviços de fracionamento, de acordo com o previsto no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001”. (grifo nosso)*

*“Art. 173. Ressalvados os casos previstos nesta Constituição, a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei”. (Constituição)*

Portanto, trata-se de pessoa jurídica de direito privado cuja atividade se fundamenta em preceitos comerciais, o que não se coaduna com o campo ou a forma de atuação inerentes à seguridade social e constitucionalmente submetidos à competência e responsabilidade dos entes federados (cf. art. 194 e parágrafo único do art. 199 da CF).

Dessa forma, nem a futura produção da empresa poderia ser considerada para fins de piso. Pois, apesar do que dispõe o citado art. 3º, V, da LC nº141, de 2012, a norma regula exclusivamente a aplicação dos “entes federados”, e não a realizada por “outra pessoa jurídica”.

Por fim, cabe mencionar que a vedação prevista no § 4º do art. 199 da Constituição, referente a comercialização relacionada a “remoção de órgãos, tecidos e

<sup>21</sup> Art. 198, §2º. § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

<sup>22</sup> “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: 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”;



*substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados”, não desnatura a natureza comercial da empresa e não afasta a possibilidade de percepção de outras receitas afetas aos serviços prestados (cf. §1º do art. 2º e art. 6º da Lei nº 10.972, de 2004) ou de ser ressarcida pelo SUS por insumos, materiais, exames realizados para a seleção de sangue, componentes ou derivados, bem como honorários por serviços médicos prestados na assistência aos pacientes e aos doadores (cf. art. 2º parágrafo único da Lei nº 10.205, de 2001, e art. 2º da Lei nº 10.972, de 2004).*

“Art. 2º ...

§ 1º *Observada a prioridade a que se refere o caput deste artigo, a HEMOBRÁS poderá fracionar plasma ou produtos intermediários obtidos no exterior para atender às necessidades internas do País ou para prestação de serviços a outros países, mediante contrato”.*

(...)

“Art. 6º *Constituem recursos da HEMOBRÁS:*

*I - receitas decorrentes de:*

- a) serviço de fracionamento de plasma para a produção de hemoderivados e demais serviços compatíveis com as suas finalidades;*
- b) serviços de controle de qualidade;*
- c) repasse de tecnologias desenvolvidas; e*
- d) fundos de pesquisa ou fomento;*

*II - dotações orçamentárias e créditos que lhe forem destinados;*

*III - produto de operações de crédito, juros e venda de bens patrimoniais ou de materiais inservíveis;*

*IV - doações a ela feitas; e*

*V - rendas provenientes de outras fontes”.* (Lei nº 10.972, de 2004)

Evidentemente, os recursos despendidos pelo SUS ao ressarcir a HEMOBRAS pela produção e fornecimento deverão futuramente ser considerados para fins de piso, uma vez que atenderão a Lei Complementar nº 141, de 2012 (art. 3º, V)<sup>23</sup>.

Portanto, a despesa com a “constituição da empresa” não atende as diretrizes do art. 2º nem às previsões dos incisos do art. 3º da Lei Complementar.

### III.3 REQUISITOS ESPECÍFICOS AFETOS A FONTES (arts. 4º, X, 5º, 6º, 7º e 24, §4º, da LC)

O art. 198 da CF, em seu §2º, torna obrigatória a aplicação de recursos em “ações e serviços públicos de saúde” pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Portanto, refere-se exclusivamente aos entes autônomos que integram a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil (art. 18 da CF).

Com efeito, nos termos do que dispõe a Lei nº 10.406, de 2002, são classificadas como pessoas jurídicas de direito público interno: União, Estados, o

<sup>23</sup> O dispositivo trata da produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados”





**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

Distrito Federal, Territórios, Municípios, autarquias, associações públicas e demais entidades de caráter público criadas por lei (cf. art. 41<sup>24</sup>) e, como pessoas jurídicas de direito privado: associações, sociedades, fundações, organizações religiosas, partidos políticos e empresas individuais de responsabilidade limitada (cf. art. 44<sup>25</sup>). Portanto, a Carta Política ao atribuir a obrigação de aplicação mínima em saúde o fez especificamente em relação aos entes federados.

Na prática, pode-se perceber que a EC nº 29, de 2000, adotou a classificação entre administração direta e indireta prevista no Decreto-Lei nº 200, de 1967<sup>26</sup>. A primeira composta por órgãos ligados diretamente a um poder central, seja federal estadual ou municipal (ministérios<sup>27</sup> e secretarias) e a segunda como congregação das entidades criadas com personalidade jurídica própria para realizar atividades de Governo de forma descentralizada e que integram a Administração Pública por relação de vinculação e cooperação (autarquias, empresas públicas; sociedades de economia mista e fundações públicas<sup>28</sup>). Mas a norma constitucional expressamente atribuiu à primeira a responsabilidade pela aplicação mínima em saúde.

Tal entendimento é reforçado pelo disposto nos art. 12 da LC nº 141, de 2012, que dispõem: *“Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde”*.

Ocorre que, na esfera federal, há a possibilidade de cômputo dos recursos da União entregues (repassados diretamente) a pessoas jurídicas distintas da União

<sup>24</sup> Art. 41. São pessoas jurídicas de direito público interno:  
I - a União;  
II - os Estados, o Distrito Federal e os Territórios;  
III - os Municípios;  
IV - as autarquias, inclusive as associações públicas;  
V - as demais entidades de caráter público criadas por lei.

<sup>25</sup> Art. 44. São pessoas jurídicas de direito privado:  
I - as associações;  
II - as sociedades;  
III - as fundações.  
IV - as organizações religiosas;  
V - os partidos políticos.  
VI - as empresas individuais de responsabilidade limitada.

<sup>26</sup> Tal segregação é prevista também no art. 4º do Decreto-Lei nº 200, de 1967

<sup>27</sup> Os Institutos (Inca – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad; Inca – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e INC – Instituto Nacional de Cardiologia) são órgãos da Administração Direta atrelados à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

<sup>28</sup> Segundo o art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 1967: “Para os fins desta lei, considera-se:

**I - Autarquia** - o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada.

**II - Empresa Pública** - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito. (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969)

**III - Sociedade de Economia Mista** - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou a entidade da Administração Indireta. (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969)

**IV - Fundação Pública** - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes. (Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987)”





**CÂMARA DOS DEPUTADOS  
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA  
NÚCLEO DA SAÚDE**

(administração direta). O art. 14 da LC nº 141, de 2012, assim regula o assunto: “*O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde*”.

É exatamente o que ocorre em relação à Fundação Nacional de Saúde (cf. art. 14 da Lei nº 8.029, de 1990, e Decreto nº 100, de 1991), à Fundação Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (art. 3º do Decreto-Lei nº 904, de 1969) e a parte dos recursos das agências (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que é autarquia especial criada pela Lei nº 9.782, de 1999; e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, também autarquia sob o regime especial, criada pela Lei nº 9.961 de 2000) e dos hospitais vinculados ao Ministério da Saúde e constituídos sob a forma de sociedades de economia mista (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Fêmeina e Hospital Cristo Redentor). A situação dessas entidades é de mera vinculação, uma vez que não integram o Ministério, e, conseqüentemente, não integram a União, situação que é evidenciada no organograma do Ministério.



Dessa forma, em regra devem ser considerados no piso os recursos repassados pela União a tais entidades vinculadas (salvo o disposto no tópico referente à *Princípio da Universalidade e a Saúde Suplementar* desta Nota), tendo em vista os termos do art. 14 da LC nº 141, de 2012.

Porém, é questionável a situação de recursos relativos a taxas específicas dessas entidades (geralmente advindos de fonte específica pelo exercício do poder



de polícia). Além disso, a legislação previu restrições afetas às fontes de financiamento relacionadas a operações de crédito.

### ***III.3.1 As Agências de Saúde e os Recursos Derivados de Taxas pelo Exercício do Poder de Polícia***

As taxas cobradas pela ANS e ANVISA são decorrentes do exercício do poder de polícia sobre a iniciativa privada, uma vez que as empresas reguladas estão exercendo o seu direito de desenvolver atividade econômica em sentido estrito. Portanto, smj, são recursos atrelados à sobrevivência de pessoas jurídicas diversas da União e não poderiam integrar o piso constitucional que diz respeito especificamente aos entes federados, nos termos do art. 198, §2º da Constituição<sup>29</sup> e da Lei Complementar nº 141, de 2012.

### ***III.3.2 Recursos Derivados de Operações de Crédito***

Segundo o art. 24, §4º, I, da LC, não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais as ações e serviços públicos de saúde custeadas com: *receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou com quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita*. Portanto, diferentemente do que vigia até então, a União fica impedida de computar no piso da Saúde toda e qualquer despesa financiada com recursos de operações de crédito (vide também itens “IV.1 e IV. 2”, desta Nota Técnica) .

## **III.4 REQUISITOS ESPECÍFICOS AFETOS AO ESTÁGIO DA DESPESA (art. 24, I e II, da LC)**

Prevê ainda o art. 24 da LC nº141, de 2012, que “*para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas: as despesas liquidadas e pagas no exercício; e as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.*” Portanto, somente os gastos nesses estágios comporão o piso.

Uma vez que o dispositivo considera no piso as despesas “*empenhadas e não liquidadas*”, entendemos que devam ser também consideradas as “*liquidadas no exercício*”, e não apenas as “*liquidadas e pagas*”. Entender de outra forma ensejaria considerar no piso os restos a pagar não processados e deixar de considerar os processados, o que evidentemente não foi a intenção da norma.

---

<sup>29</sup> Constituição Federal: Art. 198 (...) § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:  
I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;  
II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;  
III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.



#### IV. O SERVIÇO DA DÍVIDA E O PISO CONSTITUCIONAL

A CF, ao dispor sobre a aplicação mínima em saúde, estabeleceu regras distintas para a União e para os demais entes federados. De fato, enquanto os Estados, o Distrito Federal e os Municípios – por força das disposições permanentes (art. 198, § 2º, II e III) e transitórias (art. 77, II e III do ADCT) – têm parte de suas receitas (*impostos e transferências constitucionais*) vinculadas ao financiamento de tais ações e serviços, o mesmo já não ocorre com a União. Os gastos federais, inicialmente em decorrência das regras transitórias (art. 77, I do ADCT) e agora por força da LC nº 141/2012, têm por base montante pré-definido (*valor empenhado no exercício financeiro anterior*), sobre o qual se aplicam percentuais mínimos de correção,<sup>30</sup> não havendo, por conseguinte, vinculação de fontes de recursos, como ocorre com os demais entes federados.

Em razão dessa diferença entre o piso constitucional de saúde da União (definido a partir de gasto pretérito) e dos demais entes federados (definido por vinculação de receitas próprias), o governo federal considerava como ações e serviços de saúde as despesas financiadas com recursos derivados de operações de crédito e deixava de considerar o “*pagamento dessas operações de crédito*” Na prática, no âmbito da União, independentemente de se tratar de recurso de operação de crédito, a despesa relacionada à saúde era considerada no piso constitucional e a amortização dessa operação deixava de ser computada para evitar duplicidade.

Situação exatamente oposta ocorria com os demais entes federados. Tendo em vista a obrigatoriedade constitucional de Estados, Distrito Federal e Municípios aplicarem “*percentual das receitas próprias*” (tributos e transferências constitucionais de sua competência), as aplicações em ações de saúde com recursos de fontes diversas das previstas não podiam (e não podem) ser consideradas para fins de piso constitucional. Porém, a amortização dessas operações (pagamento) era considerada como ação e serviço público de saúde.

Tal entendimento é parcialmente mantido pela Lei nº 141, de 2012. Como tratado anteriormente, a nova Lei regulou especificamente o que deve ser considerado para fins de piso (art. 3º) e também o que não pode ser computado para tal finalidade (art. 4º), sem fazer menção à amortização de operações de crédito. Dessa forma, em regra, o pagamento de operações de crédito não poderia ser considerado no piso constitucional de quaisquer dos entes federados.

---

<sup>30</sup> No primeiro ano de vigência (exercício financeiro de 2000), o percentual foi de cinco por cento; nos seguintes, a variação nominal do PIB.



#### IV.1 O Serviço da Dívida e o Piso de Estados Municípios e Distrito Federal

Entretanto, no §3º do art. 24, a norma expressamente prevê a possibilidade de “Estados, Distrito Federal e Municípios considerarem para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados na Lei Complementar as despesas referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde”. Portanto, quanto a esse aspecto, a norma manteve inalterada a regra anterior à LC nº 141/2012, **impedindo apenas a União** de computar no piso da saúde as despesas com amortizações e encargos.

#### IV.2 O Veto ao Inciso II do §4º do Art. 24 e seu Impacto no Piso Constitucional da União

O veto ao inciso II do §4º do art. 24 em nada altera a situação anteriormente descrita. O referido dispositivo impedia a União de considerar no piso as despesas com “*amortização e encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde*”. Entretanto, considerando a ausência de previsão dessa espécie de despesa no art. 3º da citada Lei (que prevê as despesas consideradas como ações e serviços de saúde) e o alcance limitado do §3º do art. 24 aos “*demais entes federados*”, permanece inviabilizado, no âmbito federal, o cômputo de tais despesas (amortização e encargos financeiros) no piso da saúde.

#### V. OPERAÇÕES DE CRÉDITO E O PISO CONSTITUCIONAL

O inciso I do §4º do art. 24 impede que quaisquer dos entes federados computem no piso da saúde as despesas financiadas com operações de crédito. Prevê o dispositivo que “não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º: na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º”.

Tal restrição não altera a situação de Estados e Municípios. Como já mencionado, segundo a determinação constitucional esses entes devem aplicar recursos derivados de tributos próprios e de transferências constitucionais, dentre os quais não se incluem os provenientes de operações de crédito.

#### VI. TRANSFERÊNCIAS AUTOMÁTICAS (*Fundo a Fundo*)

A Constituição de 1988 estabeleceu como diretriz do SUS a descentralização, com direção única em cada esfera de governo (art. 198, I, da CF). Nos dois anos que se seguiram, foram sancionadas as Leis nºs 8.080 e 8.142. A primeira dispôs sobre o SUS, e a segunda, sobre as transferências intergovernamentais de recursos da saúde.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

Segundo o art. 3º da Lei nº 8.142/90, “os recursos referidos no inciso IV do art. 2º da citada lei devem ser repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal”. Trata-se da chamada modalidade “*fundo a fundo*”, uma vez que o inciso IV do art. 2º da Lei nº 8.142/90 diz respeito aos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) repassados aos fundos de saúde dos demais entes da federação (cf. dispõe o §3º do art. 77 do ADCT). Constitui regra de exceção, que afasta a formalização de convênios e garante a automatização das transferências, além de conferir regularidade aos repasses<sup>31</sup>. São auditadas e fiscalizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão responsável pela auditoria no âmbito do Ministério da Saúde, conforme artigo 34 do Decreto nº 7.530 de 2011.

Como se percebe, transferência *fundo a fundo* é espécie de transferência automática<sup>32</sup>, que integra o elenco de transferências legais. Tais despesas, nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF<sup>33</sup> (art. 17), são consideradas “*obrigatórias de caráter continuado realizadas por meio de transferências a Estados, Municípios e Distrito Federal em decorrência de mandamento constitucional, lei, medida provisória ou ato administrativo normativo*”<sup>34</sup> que fixem para o ente a obrigação legal de execução” (art. 17 da LRF).

A categoria das despesas obrigatórias de caráter continuado presta-se a uma função: estabelecer uma regra de discriminação de despesas. Dessa forma, essas despesas apresentam deveres e garantias que lhes são próprias. Como dever, sua criação deve se sujeitar às exigências dos arts. 16, 17, 21 e 24 da LRF; como garantia, a exclusão dos mecanismos de controle da execução orçamentária<sup>35</sup> e das exigências para transferências voluntárias previstas no art. 25 da LRF<sup>36</sup>. Justamente por isso, a regra de discriminação deve ser tão precisa quanto possível, sob pena de, não o sendo, confundirem-se as categorias de despesa e permitir que sejam geradas despesas que comprometam o equilíbrio fiscal.

<sup>31</sup> Essa espécie de repasse ocorre nas áreas de saúde e de assistência social.

<sup>32</sup> realizada na área de educação.

<sup>33</sup> Lei Complementar nº 101/2000.

<sup>34</sup> Em regra, ato regulamentador da norma legal.

<sup>35</sup> contingenciamentos nos termos do art. 9º da LRF

<sup>36</sup> LRF. Art. 25. Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária 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.

§ 1º São exigências para a realização de transferência voluntária, além das estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias:

I - existência de dotação específica;

II - (VETADO)

III - observância do disposto no inciso X do art. 167 da Constituição;

IV - comprovação, por parte do beneficiário, de:

a) que se acha em dia quanto ao pagamento de tributos, empréstimos e financiamentos devidos ao ente transferidor, bem como quanto à prestação de contas de recursos anteriormente dele recebidos;

b) cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde;

c) observância dos limites das dívidas consolidada e mobiliária, de operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, de inscrição em Restos a Pagar e de despesa total com pessoal;

d) previsão orçamentária de contrapartida.

§ 2º É vedada a utilização de recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada.

§ 3º Para fins da aplicação das sanções de suspensão de transferências voluntárias constantes desta Lei Complementar, excetua-se aquelas relativas a ações de educação, saúde e assistência social.





**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

Nesse sentido, destacamos entendimento do Ministro do TCU, Raimundo Carreiro, exarado ao relatar o processo TC nº 017.320/2000-5:

“**Voto do Ministro Relator (...)**

6. Em que pese não ser, nesta oportunidade, uma condição necessária para o deslinde do recurso em exame, **corroboro com o posicionamento da unidade técnica e do Ministério Público** no sentido de que recursos transferidos na modalidade “**fundo a fundo**” são **passíveis de glosa pelo órgão repassador**, quando identificado despesas ilegítimas ou irregularidades em sua aplicação, e adoto os argumentos apresentados no relatório precedente. **Vale dizer, mesmo os recursos considerados como transferências não voluntárias, em determinadas circunstâncias podem ter o repasse suspenso ou glosado pelo órgão repassador.** Como exemplo cito os Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios (FPE e FPM), cujo direito à retenção está definido na Constituição Federal (art. 160). **Quanto ao repasse de recursos aos fundos estaduais e municipais de saúde, também definido como transferências não voluntárias** (art. 25 da Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF), embora não haja, no texto constitucional, previsão de causas que possam ensejar a sua retenção, não fica afastada a possibilidade de que, diante de irregularidades na aplicação desses recursos, medidas financeiras sejam adotadas”. (TC nº 017.320/2000-5, Relator Min. Raimundo Carreiro; Acórdão 3114/2010 - Segunda Câmara; Ata 21/2010; Sessão 22/06/2010; Aprovação 30/06/2010; Dou 30/06/2010) (grifo nosso)

A Lei Complementar nº 141, de 2012, confirma esse entendimento. Em seu art. 22, a norma considera como transferência obrigatória para custeio (despesa corrente) todos os repasses em ações e serviços de saúde realizados na modalidade regular e automática (fundo a fundo) para as demais unidades federadas.

Na Saúde, merecem destaque quatro grupos de despesas que adotam transferências fundo a fundo. O primeiro deles é o Piso de Atenção Básica Fixo<sup>37</sup>, o qual canaliza os fundos destinados à assistência básica de saúde da população. Essa modalidade de transferência é obrigatória e condicional (uso obrigatório nos programas de saúde aos quais se destina), atribuindo-se um valor fixo per capita a cada governo subnacional.

O segundo é o Piso de Atenção Básica Variável<sup>38</sup>. Os recursos transferidos dessa forma devem ser destinados ao desenvolvimento de programas específicos, tais como o de medicamentos básicos, o de combate a carências nutricionais, o de agentes comunitários de saúde e o de saúde da família. Essa transferência é obrigatória (sendo feita a todos os estados e municípios habilitados a atuar nos programas acima relacionados) e condicional. Além disso, seu valor total depende do nível de produção ou de cobertura de cada programa, havendo, contudo, um limite máximo por estado ou município.

Existem também as transferências fundo a fundo para procedimentos de

<sup>37</sup> Trata-se de um valor per capita nacional que, multiplicado pela população de cada Município, compõe quota anual de recursos destinados a serviços e ações básicas de saúde de natureza ambulatorial. Destina-se a Municípios habilitados em qualquer condição de gestão do SUS e a Estados habilitados (recebem as parcelas relativas aos Municípios não habilitados).

<sup>38</sup> Inclui parcelas relativas aos Programas de Saúde da Família – PSF, de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN, Assistência Farmacêutica Básica – PAFB e Programa de Endemias e Controle de Doenças - PECD. A parte variável do PAB aumenta o total repassado para a atenção básica na proporção em que esses programas são implementados pelo gestor local do SUS. Destina-se a Municípios habilitados em alguma condição de gestão prevista na NOB/1996 e a Estados habilitados (parcelas relativas aos Municípios não habilitados e de outros Municípios que, apesar de habilitados, tenham suas parcelas parcialmente transferidas para o fundo de saúde do respectivo Estado, por deliberação da CIB).





média e alta complexidade<sup>39</sup>, que abrangem atendimentos ambulatoriais e hospitalares mais sofisticados. Essa transferência também é do tipo obrigatória, condicional, baseada na produção e submetida a um teto de recursos.

Tais despesas obrigatórias são hoje relacionadas em anexo próprio da lei de diretrizes (anexo de despesas obrigatórias) e identificadas na Lei de Meios pelo Identificador de Resultado Primário – RP<sup>40</sup> (código 01).

## **VI.1 Restrição ao Uso da Modalidade Fundo a Fundo ao FNS**

Mantendo a orientação constante dos arts. 2º, IV e 3º da Lei nº 8.142, de 1990, a nova lei complementar manteve a restrição de uso de transferências automáticas e regulares (sem convênio) ao FNS. Nos termos do que dispõe o art. 18 da LC nº141, de 2012, *“os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática”*.

Portanto, não há previsão legal para uso da citada modalidade de transferência de recursos automática em outras unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, além do FNS.

## **VI.2 Em Regra, as Transferências Voluntárias do FNS Não Compõem o Piso**

Também por força do que dispõe o citado art. 18 da LC nº 141, de 2012, as transferências do FNS aos entes federados, para fins de aplicação dos recursos mínimos, devem ocorrer, em regra, por meio de transferências automáticas. Dessa forma, as transferências voluntárias estariam, em princípio, afastadas do cômputo.

De fato, o parágrafo único do citado art. 18 da LC, estabelece que *“em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária”* (grifo nosso). A exceção aludida pela LC exigirá um mínimo de regulamentação, em que se definam situações que atendam a tal especificidade, o que é de suma importância, visto alcançar as programações inseridas na lei de meios por aprovação de emendas parlamentares, que se classificam, em sua grande maioria, como transferências voluntárias.

Tendo em vista tal restrição dizer respeito apenas à forma de aplicação (modalidade de aplicação), e não propriamente à finalidade da despesa, parece razoável supor que os gastos efetuados nessa situação durante 2011 devam ser considerados na base de cálculo para projeção do piso de 2012. Já o cômputo de

<sup>39</sup> Ação orçamentária 8585-Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.

<sup>40</sup> Lei nº 12.309, de 2010 (LDO para 2011). Art. 7º (...) §4º. O identificador de Resultado Primário – RP, de caráter indicativo, tem como finalidade auxiliar a apuração do resultado primário previsto no art. 2º desta Lei, devendo constar no Projeto de Lei Orçamentária de 2011 e na respectiva Lei em todos os grupos de natureza de despesa, identificando, de acordo com a metodologia de cálculo das necessidades de financiamento, cujo demonstrativo constará em anexo à Lei Orçamentária de 2011, nos termos do Anexo I, inciso XI, desta Lei, se a despesa é: (...) II - primária obrigatória, quando constar da Seção I do Anexo IV desta Lei (RP 1);



despesas realizadas em 2012 sob tal modalidade deve ser avaliado à luz da regulamentação da LC.

### **VI.3 Dificuldades de Fiscalização nas Transferências “Fundo a Fundo”**

É oportuno ainda mencionar que o controle das transferências federais para estados e municípios, nas áreas de Saúde e Educação, tem sido objeto de inúmeras críticas por parte da Controladoria-Geral da União - CGU. Segundo o ministro chefe da CGU<sup>41</sup>, a maior incidência de problemas nessas áreas (Saúde e Educação) se deve a três razões básicas: *“Primeiro, porque são as áreas onde é maior o volume de recursos federais transferidos; segundo, porque distribuem recursos de forma mais pulverizada, a todos os municípios. Finalmente, explicou o ministro, Saúde e Educação são as áreas nas quais grande parte das transferências dispensa a celebração de convênios, contratos de repasse, termos de parceria ou instrumentos congêneres, pois são as chamadas transferências automática (obrigatórias, legais ou fundo a fundo).”*

Tal situação é confirmada pela decisão do Ministério da Saúde que publicou a Portaria n.º 200, de 3.2.2011, suspendendo a transferência de incentivos financeiros repassados para custeio da Estratégia de Saúde da Família. A suspensão foi determinada devido à verificação de irregularidades pela CGU, sendo mantida até que os municípios as regularizassem.

Especificamente em relação ao caso citado, as falhas identificadas pela CGU parecem ser afetadas a: (1) desvio de finalidade na aplicação dos recursos do PSF; (2) descumprimento da carga horária semanal pelos profissionais do PSF; (3) equipes não implantadas, embora o município receba os incentivos financeiros do MS; e (4) não aplicação da contrapartida pelos municípios.

Para coibir tais irregularidades e evitar outras, encontram-se em estudo algumas propostas oferecidas pela Controladoria-Geral da União<sup>42</sup>. Porém, fica evidenciada a existência de fragilidade nas citadas transferências, apesar do expressivo volume de recursos transferidos sob tal modalidade.

## **VII. PIBs A SEREM UTILIZADOS NA APURAÇÃO FEDERAL**

O art. 5º da LC nº 141/2012 prevê que a União aplique em ações e serviços públicos de saúde o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

<sup>41</sup> <http://www.cgu.gov.br/Imprensa/Noticias/2011/noticia06011.asp>.

<sup>42</sup> Segundo o site da CGU, para tentar garantir um maior controle sobre o dinheiro transferido de forma automática, ou fundo a fundo, a estados e municípios, a Controladoria apresentou proposta de decreto que se encontra em discussão com os demais ministérios envolvidos e a Casa Civil.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS  
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA  
NÚCLEO DA SAÚDE**

Verifica-se, pois, que a aferição do montante a ser aplicado pela União depende não só do valor empenhado no ano anterior como também dos valores do PIB dos dois exercícios financeiros anteriores ao orçamento – dados esses necessários para se calcular a variação nominal do PIB constante da norma. Todavia, tanto as projeções quanto as apurações finais dos valores dos PIB estão sujeitas a constantes revisões, conforme se verifica nos valores divulgados periodicamente pelo IBGE, fato esse que gera insegurança na aplicação do piso constitucional da saúde.

Para afastar essa insegurança e evitar controvérsias quanto aos PIB a serem considerados na apuração do piso de aplicação em saúde, é de suma importância que as LDOs doravante estabeleçam critérios objetivos quanto aos PIB a serem utilizados na apuração desse mínimo, tanto na apreciação do projeto de lei orçamentária quanto na ulterior execução da lei aprovada.<sup>43</sup>

## **VIII. IDENTIFICAÇÃO DOS GASTOS AFETOS À EC Nº 29, DE 2000**

Como mencionado, a legislação vigente estabelece diversas regras e condições para que determinada despesa seja, ou não, considerada para fins de atendimento do piso constitucional. Dessa forma, os requisitos constantes da referida lei devem ser observados tanto na elaboração do orçamento quanto em sua execução, o que exige que a lei orçamentária identifique objetivamente a parcela dos recursos que se destinam às “ações e serviços públicos de saúde”, à luz do que estabelece a LC nº 141, de 2012.

Ademais, a citada LC prevê, em seu art. 25, que “eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos deve ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis”. Ou seja, por força desse dispositivo, verifica-se que o orçamento poderá contemplar despesas de saúde destinada a repor montante mínimo não atingido em orçamentos anteriores e, por essa razão, não poder ter essa parcela computada no mínimo exigido para o exercício financeiro a que se refere o orçamento.

Em face do exposto, mostra-se indispensável criar marcador específico na base de dados orçamentária que propicie, a qualquer tempo, a extração de informações quanto aos recursos que efetivamente estão sendo computados no piso

---

<sup>43</sup> Considerando o PLDO 2013 em apreciação pela CMO quando do fechamento desta Nota, poder-se-ia considerar a inserção de dispositivo nos seguintes termos:

“Art.XX Para apuração da aplicação mínima em saúde, serão utilizados:

I - na aferição da aplicação mínima de 2012, o PIB nominal de 2011 e o de 2010, divulgados pelo IBGE respectivamente até 31 de julho de 2012 e 31 de julho de 2011; e

II - no Projeto de Lei Orçamentária para 2013, o PIB nominal estimado para 2012 e o verificado em 2011, divulgados pelo IBGE até 31 de julho de 2012;

Parágrafo único. As estimativas e projeções de PIB utilizadas para apuração dos recursos mínimos de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e as datas de publicação serão registradas no Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS e disponibilizadas na respectiva página na internet.”



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA  
NÚCLEO DA SAÚDE

da saúde e a que exercício financeiro se referem. Tal disciplinamento também deve ser matéria das leis de diretrizes orçamentárias.<sup>44</sup>

## IX. DESPESAS DE SAÚDE FINANCIADAS PELO PISO CONSTITUCIONAL

Considerando a interpretação que se confira às normas constantes da LC nº 141, de 2012, a base de valores liquidados no Ministério da Saúde em 2011, passível de utilização para projeção do piso para 2012 passa a ser a seguinte.

Tabela I

Em R\$ milhões

Itens	Liq. 2011	Aut. 2012	
<b>Total do MS - (a)</b>	<b>78.536,91</b>	<b>91.755,30</b>	
<b>Serviço da Dívida - (b)</b>	<b>28,14</b>	<b>20,83</b>	
<b>Encargos Previdenciários - (c)</b>	<b>6.176,48</b>	<b>6.237,05</b>	
<b>Ações e Serviços Públicos de Saúde –ASPS (até o advento da LC nº 141, de 2012) - (d) = (a)-(b)-(c)</b>	<b>72.332,28</b>	<b>85.497,42</b>	
Despesas de Saúde não computadas no piso constitucional, por força da LC nº 141, de 2012 (*)	Saneamento (art. 4º, V, da LC)	856,57	875,95
	Resíduos Sólidos (art. 5º, VI, da LC)	181,22	347,35
	Assist. Méd. a Servidores (art. 4º, III, da LC)	346,87	339,50
	Fonte de Operações de Crédito (art. 24, §4º, I, da LC)	53,30	203,48
	Farmácia Popular (art. 2º, I, da LC)	914,13	1.242,00
	Hemobrás (arts. 2º e 3º, da LC)	10,00	200,00
	Hospitais Universitários do MEC (art. 2º, III, da LC)	684,55	587,00
	ANS e Assistência Médica a Servidores (art. 2º, I e art. 4º, III, da LC)	0,59	0,68
	ANS e Taxa (art. 2º, I, da LC e art. 198, §2º, da CF)	80,68	99,44
	ANS (art. 2º, I, da LC.)	114,47	108,39
Taxa pelo exercício do poder de polícia atrelada a pessoa jurídica específica (art. 198, §2º, da CF)	339,13	344,00	
<b>Subtotal de despesas não computadas no piso (LC nº 141/2012) – (e)</b>	<b>3.581,51</b>	<b>4.347,79</b>	
<b>ASPS à luz da LC 141/2012 - (f) = (d)-(e)</b>	<b>68.750,77</b>	<b>81.149,63</b>	

(\*) Não incluídas as despesas com o *Programa de Academias de Saúde*, por se encontrarem englobadas nos gastos realizados na ação orçamentária “8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde,” que contabiliza também gastos outros, típicos de saúde, como a implantação de Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde, Centros de Saúde e Unidades de Apoio ao Programa Saúde da Família.

<sup>44</sup> Também considerando o PLDO 2013 em tramitação, a questão poderia ser disciplinada nos seguintes termos:

“Art. XX Os créditos orçamentários destinados ao atendimento da aplicação mínima de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 serão identificados na base de dados do Projeto e da Lei Orçamentária de 2013 por atributo específico, que identifique o exercício financeiro a que se refere à aplicação, com no mínimo o seguinte detalhamento:

I – exercício financeiro a que se refere o orçamento (0);

II - exercício financeiro imediatamente anterior ao do orçamento (1);

III - exercício financeiro dois anos anteriores ao do orçamento (2).

Parágrafo único. Para apuração dos recursos mínimos destinados para a saúde nos termos do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, consideram-se:

I - aplicação mínima do exercício anterior, ou base de cálculo para a aplicação mínima de 2013, o valor empenhado em 2012; e

II - estimativa de aplicação mínima para o PLOA 2013, o mínimo apurado a partir do inciso anterior corrigido pela variação nominal do PIB do ano anterior”.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

Por sua vez, em se considerando os PIBs de 2010 e de 2011, respectivamente, de R\$ 3.770,1 e de R\$ 4.109,4 (valores em milhões), o valor de aplicação mínima estimado para 2012 pelo governo federal passaria a ser o constante da tabela II.

**Tabela II**

<b>Situações</b>	<b>Base de Despesas</b> (Valores Liquidados em 2011)	<b>Mínimo Calculado</b> <b>para 2012</b>
Antes da LC nº 141, de 2012	72.332.283.366	78.842.945.247
Após a LC nº 141, de 2012	68.750.770.942	74.939.059.254

Deve-se frisar que não se trata propriamente de redução dos gastos em saúde, mas sim de qualificação das despesas que serão consideradas para fins do piso constitucional. Como já exposto, a lei complementar apenas incorporou as diretrizes do CNS que excluíam despesas com saneamento e resíduos sólidos, bem como aquelas que não atendiam aos princípios de universalidade, integralidade e gratuidade.

Assim, o Executivo passa a ter a obrigação de executar um núcleo indispensável de saúde (piso constitucional) e a liberdade de realizar as demais despesas sem a obrigação de mantê-las nos exercícios seguintes, eis que não integrantes do mínimo constitucional.

#### **X. INÍCIO DE APLICAÇÃO DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 2012**

Estabeleceu o legislador que a Lei Complementar nº 141, de 2012, entrasse em vigor na data de sua publicação (cf. art. 48). Portanto, a partir de janeiro de 2012, a norma complementar passou a vigorar em todo o país<sup>45</sup>, momento em que o Orçamento de 2012 já havia sido aprovado pelo Congresso Nacional, dependendo apenas de sanção do Poder Executivo.

Antevendo tal situação, a lei de diretrizes para a “*elaboração*” e “*execução*” da Lei Orçamentária de 2012 (LDO/2012<sup>46</sup>) previu no §1º do art. 48 que, para efeito da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde durante 2012, fossem consideradas as normas da LDO “*ressalva disposição em contrário que viesse a ser estabelecida pela lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, da Constituição*”. Assim, a LDO expressamente determinou que o orçamento 2012 se ajustasse a eventuais conflitos que viessem a ocorrer com a aprovação da lei complementar da saúde, o

<sup>45</sup> Art. 1º. Salvo disposição contrária, a lei começa a vigorar em todo o país quarenta e cinco dias depois de oficialmente publicada (Decreto-Lei nº 4.657, de 1942).

<sup>46</sup> Lei nº 12.465, de 2011.





que poderia (e pode) ser efetuado por meio de créditos adicionais,<sup>47</sup> caso se mostrem necessários.

Dessa forma, em que pese não ter sido possível ajustar previamente a lei de meios à nova lei, não se vislumbra óbice legal à aplicação imediata da lei complementar da saúde.

## XI. CONCLUSÃO

A Constituição de 1988 e o legislador ordinário ampliaram significativamente o conceito de saúde, nele incluindo condicionantes afetas a alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e outros<sup>48</sup>. Porém, deixaram, smj, de fixar o núcleo básico do sistema (o conjunto de ações e serviços públicos) a ser mantido e ampliado com os recursos do piso constitucional.

Nesse contexto, a regulamentação da EC nº 29/00 não busca apenas fixar (ou revisar) os percentuais de vinculação de recursos do setor e estabelecer critérios de rateio e de fiscalização<sup>49</sup>. Pretende também reduzir a subjetividade que durante anos permeou a definição das “ações e serviços de saúde” para fins de piso constitucional com a fixação das ações financiáveis com a vinculação constitucional.

Afinal, tão importante quanto o estabelecimento do percentual mínimo de aplicação é a definição de “quais ações e serviços públicos” serão considerados para cumprimento da EC nº 29/2000. Somente com tal definição é possível garantir o financiamento das despesas essenciais para a manutenção do Sistema Único, como pretendeu o constituinte derivado.

Entretanto, em função da complexidade da matéria e da necessidade de fixar regras, diretrizes e condições para identificação das despesas a serem consideradas para fins do piso constitucional, a Lei Complementar também fez surgir outros aspectos que podem ensejar novas discussões.

É importante relembrar que, à época da aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC nº 29/00), também surgiram divergências relacionadas à interpretação do mandamento constitucional. Em razão dessas discordâncias, a Câmara dos Deputados, por intermédio da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), formalizou consulta ao Tribunal de Contas da União (TCU) a fim de

---

<sup>47</sup> Caso implique a necessidade de aumento de dotações orçamentárias prevista para o exercício.

<sup>48</sup> Cf. art. 196 da CF c/c art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990.

<sup>49</sup> Constituição. Art. 198 (...) § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

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

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

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

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA**  
**NÚCLEO DA SAÚDE**

que o órgão se pronunciasse acerca dos aspectos que envolviam a aplicação da norma constitucional.

Atendendo à solicitação, a Corte de Contas emitiu a Decisão nº 143/2002 TCU – Plenário, onde analisou as questões suscitadas e apontou a interpretação que entendeu melhor acomodar a vontade do constituinte.

Dessa forma, pode eventualmente se mostrar conveniente uma nova solicitação à Corte de Contas para avaliar a aplicação da EC nº 29, de 2000, agora à luz da Lei Complementar nº 141, de 2012, em especial quanto aos seguintes aspectos, anteriormente abordados:

- Requisitos Gerais de Atendimento Cumulativo (art. 2º da LC);
- Requisitos Específicos Afetos ao Objeto do Gasto (arts. 3º e 4º da LC);
- Requisitos Específicos Afetos a Fontes de Recursos (arts. 4º, X, 5º, 6º, 7º e 24, §4º, da LC);
- Requisitos Específicos Afetos ao Estágio da Despesa (art. 24, I e II, da LC);
- O Serviço da Dívida e o Piso Constitucional da União;
- Início de Aplicação da Lei Complementar nº 141, de 2012;
- PIBs a Serem Utilizados na Apuração Federal;
- Identificação dos Gastos Afetos à EC nº 29, de 2000; e
- Transferências Automáticas (Fundo a Fundo).

*Elaborado pelo Núcleo de Saúde da Câmara dos Deputados<sup>50</sup>*

---

<sup>50</sup> Elaborado por Mario Luis Gurgel de Souza e Sidney Aguiar Bittencourt.