

ASPECTOS LEGAIS DA EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29/00

LEGAL ASPECTS OF THE CONSTITUTIONAL AMENDMENT N. 29/00

Ana Gabriela Filippi Sambiase^()*

RESUMO

A Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, teve como objetivo garantir um volume mínimo de recursos públicos para o financiamento das ações e dos serviços de saúde, assegurando efetivamente a participação dos entes federados neste processo. Para perfeita implementação de seus ditames, foram elaborados alguns documentos e instrumentos normativos, resultado de amplo debate nacional, estabelecendo diretrizes para a operacionalização da Emenda. O questionamento acerca da força normativa destes instrumentos torna-se imperiosa, na medida em que vinculam os gestores de saúde quando da aplicação dos montantes destinados para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde. A elaboração e aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Complementar prevista no art. 198, que irá regulamentar de forma definitiva os conceitos introduzidos pela Emenda, é a solução para que as divergências quanto a sua aplicação sejam dirimidas. O conteúdo da proposta em trâmite comporta toda a discussão até então travada, sendo mais abrangente ao definir as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União, as regras de fiscalização e controle dos gastos em saúde, bem como os critérios de rateio dos recursos federais para Estados, Distrito Federal e municípios.

Palavras-chave

Financiamento. Sistema Único de Saúde. Emenda Constitucional n. 29. Regulamentação. Projeto de Lei Complementar.

(*) Advogada do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.

ABSTRACT

The Constitutional Amendment n. 29, September 13 of 2000, had as objective guarantee a minimum volume of public resources for the financing of the actions and the services of health, assuring effectively the co-participation of the federate beings in this process. For perfect implementation of its ditames, some normative documents and instruments, result of ample national debate had been elaborated, establishing lines of direction for the operationalization of the Amendment. The questioning concerning the normative force of these instruments becomes imperious, in the measure that ties the managers of health when of the application of the sums destined for the development of public health action and services. The elaboration and approval by the National Congress of the Complementary Law foreseen in art. 198, that it will prescribe of definitive form the concepts introduced by the Emendation, are the solution to nullify the divergences about its application. The content of the proposal in proceeding holds all the stopped quarrel until then, being more including when defining the norms of calculates of the sum to be applied by the Union, the rules of fiscalization and control of the expenses in health, as well as the criteria of divides of the federal resources for States, Federal District and Cities.

Key-words

Financing. Unified Health System. Constitutional Amendment n. 29. Regulation. Project of Complementary Law.

INTRODUÇÃO

A aprovação da Emenda Constitucional n. 29, em 13 de setembro de 2000, foi um passo fundamental para a garantia da efetivação do direito à saúde, ao vincular um aporte mínimo de recursos a serem gastos pelos entes federados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde.

Para perfeita aplicabilidade de seus ditames, diversos debates de âmbito nacional envolvendo os atores políticos da saúde foram travados, para maior entendimento acerca dos aspectos conceituais e operacionais do texto constitucional. Este processo culminou, dentre outros documentos, na elaboração da Portaria n. 2.047, de 05 de novembro de 2002, do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, e na aprovação da Resolução n. 322, em 08 de maio de 2003, pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, estabelecendo diretrizes para a operacionalização da Emenda.

Não obstante apresentarem conteúdo similares, há de se analisar a força normativa de cada um destes instrumentos, visto que seus dispositivos vinculam os gestores de saúde quando da aplicação dos montantes

previstos em ações e serviços de saúde. A idéia é que seja aprovada pelo Congresso Nacional, ainda este ano, a Lei Complementar a que se refere o art. 198 da Carta Magna, para que se tenha uma regulamentação definitiva acerca de seus ditames.

A proposta de Projeto de Lei Complementar n. 01/2003, de autoria do Deputado Federal *Roberto Gouveia*, encontra-se na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, sendo apresentado um substitutivo pelo relator da Comissão, o qual sistematiza os consensos e as reflexões até então produzidas. A proposição é muito mais abrangente, definindo as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União, regras rígidas de fiscalização e controle dos gastos em saúde, bem como os critérios de rateio dos recursos federais para Estados, Distrito Federal e municípios.

Contudo, quanto a este último aspecto, não foi além do que já estava estabelecido pelas Leis Orgânicas de Saúde, não suprimindo a lacuna existente quanto à regulamentação destes critérios, de modo a favorecer a manutenção da mesma sistemática de alocação de recursos da União.

Este artigo discorre sobre o processo de discussão acerca da regulamentação dos ditames estabelecidos pela Emenda Constitucional n. 29/2000, abordando os aspectos legais dos documentos produzidos, de modo a sistematizar os conceitos e esclarecer o texto constitucional. Após, apresenta a situação atual dos Projetos de Lei Complementar em trâmite perante o Congresso Nacional, dando destaque ao dispositivo que define regras de transferência dos recursos federais para os demais entes federados.

APRESENTAÇÃO DA EMENDA COMPLEMENTAR N. 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000

Ao ser incluído dentre as garantias e os direitos fundamentais no art. 6º da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi reconhecido pela sociedade brasileira como um direito social. Por ter esta natureza, o direito à saúde encontra-se no rol de direitos doutrinariamente chamados de direitos progressivos, os quais dependem de uma ação do Estado para sua plena efetivação. Ou seja, sendo a saúde um direito de todos, traduz-se também como um dever do Estado, cabendo ao poder público formular e implementar ações que assegurem o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação de sua condição de saúde, conforme preconiza o art. 196 da Carta da República.

Talvez o maior avanço na esfera das garantias materiais para a plena realização do direito à saúde foi a aprovação, em 13 de setembro de 2000, da Emenda Constitucional n. 29 — EC 29/2000, determinando que a União,

os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão aplicar anualmente recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde. De fato, ao vincular a receita orçamentária dos entes federados, garantindo um aporte mínimo de recursos para serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde, a EC 29/2000 procurou evitar os recorrentes obstáculos e problemas que, nos anos 90, comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde — SUS, tais como: inexistência de base legal que obrigasse os entes aplicarem recursos em saúde e a instabilidade das fontes de financiamento.

O texto da EC 29/2000 altera a redação do art. 198 da Constituição Federal, determinando o montante dos Estados, Distrito Federal e municípios a ser vinculado à referida destinação — ou seja, qual a base de cálculo dos valores sujeitos à vinculação dos recursos mínimos a serem aplicados exclusivamente em ações e serviços de saúde. Ademais, determina que os percentuais anuais de aplicação de cada ente federado, as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União, os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados a Estados e municípios, e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde deverão ser regulamentados por uma Lei Complementar, devendo a mesma ser periodicamente reavaliada.

Visando disciplinar tais conceitos até que seja promulgada a Lei Complementar prevista, a Emenda incluiu o art. 77 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias — ADCT, o qual define regras de adequação para o período entre 2000 e 2004, no que tange aos percentuais mínimos de aplicação e ao montante a ser aplicado pela União. Ademais, prevê que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como aqueles transferidos pela União, destinados ao custeio de ações e serviços de saúde, deverão ser aplicados por meio do Fundo de Saúde, acompanhado e fiscalizado pelos Conselhos de Saúde.

Para efeito do cumprimento dos preceitos estabelecidos pela EC 29/2000, as receitas vinculadas dos Estados a serem aplicadas em ações e serviços públicos de saúde são aquelas referentes ao produto da arrecadação dos impostos de que trata o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a* e inciso II da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Já a base vinculável dos municípios deve ser composta pelo 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 da Carta Magna.

Para a apuração dos recursos mínimos a serem gastos com ações e serviços de saúde, o art. 77 da ADCT determina que, até o exercício financeiro de 2004, os Estados e municípios deverão estar aplicando, pelo menos, 12 e 15% da base vinculável, respectivamente.

O Distrito Federal, por sua peculiaridade administrativa, possui tanto as receitas próprias dos Estados como as específicas dos municípios. Por tal razão, o cálculo da sua base vinculável e do percentual de aplicação devem seguir os ditames do art. 198, § 2º, II e III, da CF, e do art. 77, II e III, do ADCT.

Para os entes que não tiverem aplicado os percentuais mínimos anteriormente definidos, foi estabelecida uma regra de evolução progressiva de aplicação, segundo a qual os Estados, os municípios e o Distrito Federal deveriam elevar seus percentuais gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto ao ano, sendo que, no ano de 2000, deveriam estar aplicando, no mínimo, 7% de sua base vinculável.

Com relação às receitas vinculadas da União, para o ano de 2000 será aplicado o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5% (ADCT, art. 77, I, a); para os anos de 2001 a 2004, deve ser aplicado o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto — PIB (ADCT, art. 77, I, b).

NECESSIDADE DE ESCLARECIMENTO CONCEITUAL E OPERACIONAL

Apesar de o texto constitucional ser auto-aplicável, a Emenda Constitucional n. 29/2000 apresentou-se de forma genérica, de modo que, até sua regulamentação pela Lei Complementar prevista no art. 198, § 3º, foram travados diversos debates entre os atores da política de saúde, a fim de se estabelecer consensos acerca de aspectos conceituais e operacionais para sua perfeita aplicabilidade pelos gestores públicos.

Em 2001 foi criado um Grupo Técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde — CNS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde — CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde — CONASEMS, Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal, Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas — ATRICON, cujos resultados levaram à elaboração do documento “Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29”, de junho de 2001. Este documento foi a base das discussões subseqüentes sobre o tema.

Da mesma forma, em 2001 e 2002 foram realizados três seminários nacionais, para dar continuidade aos debates acerca da operacionalização da Emenda Constitucional n. 29/2000. Promovidos pelo Ministério da Saúde e pela ATRICON, esses eventos tiveram o objetivo de discutir e analisar questões relacionadas ao cumprimento dos dispositivos da Emenda em

questão, e de emitir recomendações técnicas, dirigidas aos associados e aos gestores do SUS, acerca de tais temas. No terceiro seminário, ocorrido em Salvador, BA, o Ministério da Saúde, a ATRICON e a Associação Brasileira de Conselhos e Tribunais de Contas dos Municípios — ABRACCOM firmaram Termo de Cooperação Técnica criando o Comitê Técnico para Discussão de Contas Públicas em Saúde, com o intuito de criar um foro permanente de discussão sobre o tema, de modo a estimular a convergência das interpretações sobre os dispositivos da EC 29/2000, no âmbito de todos os Tribunais de Contas.

As deliberações e consensos resultantes destas amplas discussões culminaram na elaboração e publicação de dois instrumentos normativos:

1. A Resolução n. 316, aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 118ª reunião Ordinária, realizada em 03 e 04 de abril de 2002. Tal Resolução, em 08 de maio de 2003, passou a constituir-se na Resolução n. 322, após ter sido referendada pelo Plenário do Conselho e homologada pelo Ministro de Estado da Saúde; e
2. A Portaria n. 2.047, editada pelo Ministério da Saúde em 05 de novembro de 2002, definindo diretrizes para a operacionalização dos ditames estabelecidos pela EC 29/2000.

Ambos instrumento visam, em suma, estabelecer diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n. 29/2000, esclarecendo e detalhando, basicamente, os seguintes aspectos conceituais e operacionais: (i) a base vinculável dos Estados, Distrito Federal e municípios; (ii) as regras de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pelos entes federados; (iii) a definição dos gastos que devem se incluídos como “ações e serviços de saúde” para efeitos da EC 29/00; e (iv) os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.

Conforme já mencionado, o conteúdo de ambos documentos foi fruto de amplas discussões com diversos atores ligados ao tema, visando a sistematização de conceitos legais para a perfeita aplicação da Emenda Constitucional n. 29/2000, pelos agentes públicos. Durante todo este processo, houve grande preocupação em garantir que os princípios e as diretrizes constitucionais afetos à saúde fossem preservados.

De fato, enquanto os ditames do art. 198 da Constituição necessitam de regulamentação por meio de uma Lei Complementar, conforme prevê o § 3º do referido artigo, o art. 77 do ADCT deve ser imediatamente aplicado, não dependendo de nenhum instrumento para sua operacionalização. Os conceitos presentes em seus mandamentos já têm suas definições tratadas na Constituição Federal, bem como em outras normas legais e infralegais, como as Leis Orgânicas da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Assim, tanto a Resolução quanto a Portaria em tela, pretendem apenas realizar uma sistematização destes conceitos, não implicando nenhuma inovação. O que se pretendeu foi apontar

estes elementos, ordenar o que já existe, superando a dispersão de conceitos nas diferentes normas de diversos níveis hierárquicos, de modo a facilitar o cumprimento da norma constitucional pelos agentes públicos.

Estando claro que tal sistematização não comporta nenhuma inovação, apenas em esclarecimento e detalhamento de preceitos já existentes, deve-se analisar, portanto, se os instrumentos em tela devem assumir caráter regulamentar, ostentando, assim, força normativa para vincular as condutas no âmbito do SUS. Tal debate perpassa pela definição de qual órgão é competente para editar a norma referente ao tema.

ANÁLISE DA FORÇA NORMATIVA DOS INSTRUMENTOS

Dada a configuração federativa do SUS, que estabelece competências de cada esfera de gestão, resta que o Ministério da Saúde é o órgão competente para estabelecer diretrizes gerais para o sistema. A competência de direção nacional do SUS aparece nos arts. 16, incisos XIII e XVII, e 33, § 4º, da Lei n. 8.080/90, que cria o sistema, bem como no art. 5º, da Lei n. 8.142/90. Mas tal prerrogativa pode ser encontrada, mais explicitamente, na Lei n. 9.649, de 27 de maio de 1998, que organiza a Presidência da República e os Ministérios, com as alterações da Medida Provisória n. 2.216-37, de 31 de agosto de 2001. Segundo o art. 14, inciso XVII, alínea *b* da referida lei, cabe ao Ministério da Saúde a “coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde”.

Como órgão de coordenação do SUS, o Ministério da Saúde é responsável pela definição das normas de funcionamento do sistema, prerrogativa que atinge também os gestores estaduais, municipais e distrital, em sua esfera de competências. Com base no exercício desta atribuição, o Ministério da Saúde já vem emitindo, desde a criação do sistema, portarias que definem normas operacionais para seu funcionamento, como as Normas Operacionais Básicas — NOB-SUS ns. 01/91, 01/93 e 01/96, e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde — NOAS-SUS ns. 01/2001 e 01/2002.

Em síntese, resta claro que o Ministério tem competência normativa para estabelecer as diretrizes gerais para o SUS e a fiscalização do Sistema, de modo a vincular os agentes públicos nas esferas estadual, distrital e municipal.

Quanto ao CNS, compete-lhe o papel de órgão de controle social do SUS, conforme estabelecido na Lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema, nos âmbitos estadual, distrital e municipal: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões

serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.” (grifo)

Tendo em vista estas prerrogativas, cabe ao colegiado a avaliação, o acompanhamento e a fiscalização da execução das políticas públicas de saúde. Assim, no âmbito federal, o exercício destas atividades possibilita ao CNS a formulação de estratégias de aperfeiçoamento do sistema, de modo a auxiliar o Ministério da Saúde em suas competências, desempenhando papel deliberativo, mediante a aprovação de resoluções pelo plenário do colegiado.

Assim, conclui-se que o Ministério da Saúde é órgão competente para emitir o instrumento normativo necessário à sistematização dos conceitos previstos na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional. Por conseguinte, sob o aspecto jurídico, a Portaria do Gabinete do Ministro é o instrumento mais adequado para vincular os gestores de saúde quando da aplicação da EC 29/2000.

Ocorre que, em que se pese a discussão jurídica acerca do instrumento normativo capaz de vincular os agentes, o fato é que hoje a Resolução n. 322/2003 é o documento básico de orientação acerca da aplicação da EC n. 29/2000. Tal prerrogativa já vem sendo questionada judicialmente perante os tribunais, sendo o fato mais recente o ingresso, no Supremo Tribunal Federal — STF, pela governadora do Rio de Janeiro, de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade — ADIn contra o Conselho Nacional de Saúde, questionando a sua competência para normatizar o Sistema Único de Saúde, por meio de resoluções, e portanto, estabelecer diretrizes para a aplicação da EC 29/2000. Em suma, a ADIn questiona a Resolução n. 322/2003, pois entende que os recursos do Fundo Estadual de Combate e Erradicação da Pobreza podem ser incluídos como gastos em saúde para efeitos do cumprimento da Emenda. Este entendimento é contrário às diretrizes da Resolução n. 322/03 e Portaria n. 2.047/02 sobre o conceito de “ações e serviços de saúde” previsto no texto constitucional.

PROPOSTAS DE PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR

Visando dirimir tais controvérsias, o Ministério da Saúde deu prosseguimento a este processo de discussão acerca da regulamentação da EC 29/2000, criando, em 17 de junho de 2003, por meio da Portaria GM n. 755, uma Comissão para elaborar uma proposta de Lei Complementar, conforme preconiza o art. 198, § 3º do texto constitucional, composta por representantes do Ministério da Saúde.

Ademais, foram realizados mais dois seminários nacionais em 2003, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Senado Federal, da Câmara dos Deputados, do Ministério Público Federal, do CONASS, do CONASEMS, da Organização Pan-

Americana de Saúde — OPAS, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, da Associação Brasileira de Economia da Saúde — ABRES, do Conselho Federal de Contabilidade, da ATRICON e do Banco do Brasil S/A. Durante estes dois seminários foram discutidas diversas propostas de Lei Complementar, bem como aquelas em trâmite perante o Congresso Nacional, aprofundando-se os consensos já existentes e as sugestões acerca dos aspectos ainda não previstos nos instrumentos vigentes.

Como fruto destas discussões, foi elaborada uma minuta de Projeto de Lei Complementar — PLP, agregando as sugestões de todos os atores envolvidos, a qual foi apresentada no Congresso Federal, como forma de substitutivo ao PLP n. 01, de autoria do Deputado Federal Roberto Gouveia, em trâmite desde 2003. O conteúdo deste PLP vai além dos ditames estabelecidos pela Resolução n. 322/02 e pela Portaria n. 2.047/03, ao disciplinar e definir detalhadamente os conceitos previstos no art. 198 da CF/88, para serem observados a partir de 2004.

No âmbito da Câmara dos Deputados, estão sendo discutidos dois projetos de Lei Complementar: o PLP n. 01/2003, de autoria do Deputado Federal Roberto Gouveia, conforme acima mencionado, e o PLP n. 159/2004, de autoria do Deputado Federal Geraldo Resende, o qual foi apensado ao primeiro, por tratar de matéria análoga ou conexa, e, portanto, tramitando em conjunto.

Para dar força normativa à Resolução n. 322/03, o PLP n. 159/2004 resultou em mera transcrição de suas diretrizes, não resolvendo a problemática dos ditames que devem ser estabelecidos para os casos posteriores a 2004, bem como não contemplou certos aspectos que devem ser disciplinados, como os critérios de rateio dos recursos da União para Estados, Distrito Federal e municípios.

Atualmente o PLP n. 01/2003 encontra-se na Comissão de Seguridade Social e Família — CSSF, devendo ser posteriormente encaminhado para as Comissões de Finanças e Tributação — CFT e de Constituição e Justiça e de Redação — CCJR. Na CSSF, o relator Deputado Guilherme Menezes apresentou parecer rejeitando o PLP n. 159/2004 e favorável à aprovação do PLP n. 01/2003, nos termos de um substitutivo que incorpora a minuta elaborada pelo Ministério da Saúde, com as sugestões e consensos resultantes de todo o processo de discussão acerca da regulamentação da EC 29/2000 até então.

Tal proposição detalha de forma minuciosa os aspectos conceituais e operacionais previstos no art. 198, bem como estabelece: (i) as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde; (ii) os percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; (iii)

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, visando à progressiva redução das disparidades regionais; e (iv) as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

As principais inovações dizem respeito aos seguintes aspectos: (i) mudança da fórmula de cálculo do montante a ser aplicado pela União, passando a ser o valor resultante da aplicação de 10% sobre suas despesas correntes; (ii) definição dos critérios de rateio dos recursos da União para Estados, Distrito Federal e municípios, bem como dos Estados para municípios; e (iii) normas mais rígidas quanto ao controle, fiscalização, avaliação e transparência dos gastos em saúde.

CRITÉRIOS DE RATEIO DOS RECURSOS FEDERAIS

Um ponto que merece destaque é a definição dos critérios de rateio dos recursos da União destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios e dos recursos dos Estados aos municípios, para desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde. A proposição em tela estabelece que tal repartição terá como objetivo reduzir progressivamente as disparidades regionais e, para tanto, será baseada nas necessidades de saúde da população, devendo ser levado em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, respeitado o “princípio da igualdade de recursos para necessidades iguais”.

Esta matéria já havia sido disciplinada pelo art. 35 da Lei n. 8.080, quando da sua publicação em 1990, determinando que, para o estabelecimento de valores a serem transferidos pela União para os Estados, Distrito Federal e municípios, deveria ser utilizada a combinação dos seguintes critérios: (i) perfil demográfico da região; (ii) perfil epidemiológico da população a ser coberta; (iii) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; (iv) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; (v) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; (vi) previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; e (vii) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Ademais, a Lei n. 8.142/90, em seu art. 3º, também definiu que os recursos da União destinados para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, Estados e Distrito Federal deveriam ser repassados de forma regular e automática, de acordo com os critérios previstos no art. 35 acima citado. Caso não fossem regulamentados estes critérios, seria utilizado o critério *per capita*. O mesmo de-

termina o § 1º do art. 1º do Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, o qual dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Como tal dispositivo não foi regulamentado, o Ministério da Saúde vem utilizando diversos mecanismos para a transferência de recursos federais, sendo que o corte populacional está sendo utilizado basicamente para o financiamento das ações mínimas de atenção básica, incluídas na parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB-fixo). Já os incentivos variáveis, chamado de “PAB-variável”, são recursos transferidos para os Estados e municípios para a execução de ações previstas em programas específicos do Ministério da Saúde, com características assemelhadas, em todo o País, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde da Família (PSF), da Farmácia Básica e de Controle das Carências Nutricionais.

Ocorre que esta política de incentivos possibilita que os recursos financeiros federais transferidos passem a ter uma destinação específica, determinando o gestor federal como o definidor da política de saúde e transformando os gestores estaduais e municipais em meros executores desta política. Esta estratégia, hoje adotada pelo Ministério da Saúde na alocação de seus recursos, representa uma considerável diminuição na margem de manobra dos Estados e municípios para adotar políticas e programas de saúde “autônomos”, próprios, que não encontrem guarida na agenda central, e que se aproximem da realidade local.

Em que se pese o avanço conquistado com a prioridade dada ao repasse dos recursos federais para os Estados e os municípios, conforme prevê o processo de descentralização do sistema, rompendo com a lógica de pagamento direto ao prestador do serviço de saúde, a lacuna da regulamentação do art. 35 da Lei n. 8.080/90 possibilitou tais distorções, ou seja, municípios com autonomia financeira, mas impossibilitados de planejar seus próprios recursos na definição de suas políticas de saúde capazes de atender as necessidades locais.

Assim, os critérios definidos pelo substitutivo ao PLP n. 01/2003 não resolvem a problemática de sua operacionalização, posto que tais critérios já estão previstos nas Leis Orgânicas da Saúde, não sendo atualmente utilizados na alocação dos recursos da União para os Estados, o Distrito Federal e os municípios, como prioridade para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil 2000. Constituição de 1988. Emenda Constitucional n. 29, de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços

públicos de saúde. *Diário Oficial da União* n. 178, E. Brasília, 14 de setembro de 2000, Seção I, p. 1.

Brasil 2002. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução* n. 22, de 08 de maio de 2002. Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n. 29/00. Aprovada pelo Plenário do CNS em sua 130ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 2003.

Brasil 2003. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

Brasil 1990. Leis, decretos, etc. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 de setembro de 1990, Seção I.

Brasil 1990. Leis, decretos, etc. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 de dezembro de 1990, Seção I.

Brasil 1994. Leis, decretos, etc. Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 de agosto de 1994.

Brasil 2003. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico/Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. 3ª ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil 2002. Ministério da Saúde. Portaria n. 2047/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional n. 29/2000. *Diário Oficial da União*, n. 216. Brasília, 7 de novembro de 2002, Seção I, pp. 50-51.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. "A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas". *Ciênc. saúde coletiva*, 2003, vol. 8, n. 2, pp. 371-378, ISSN 1413-8123.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. *Ciênc. saúde coletiva*, 2003, vol. 8, n. 2, pp. 403-415, ISSN 1413-8123.