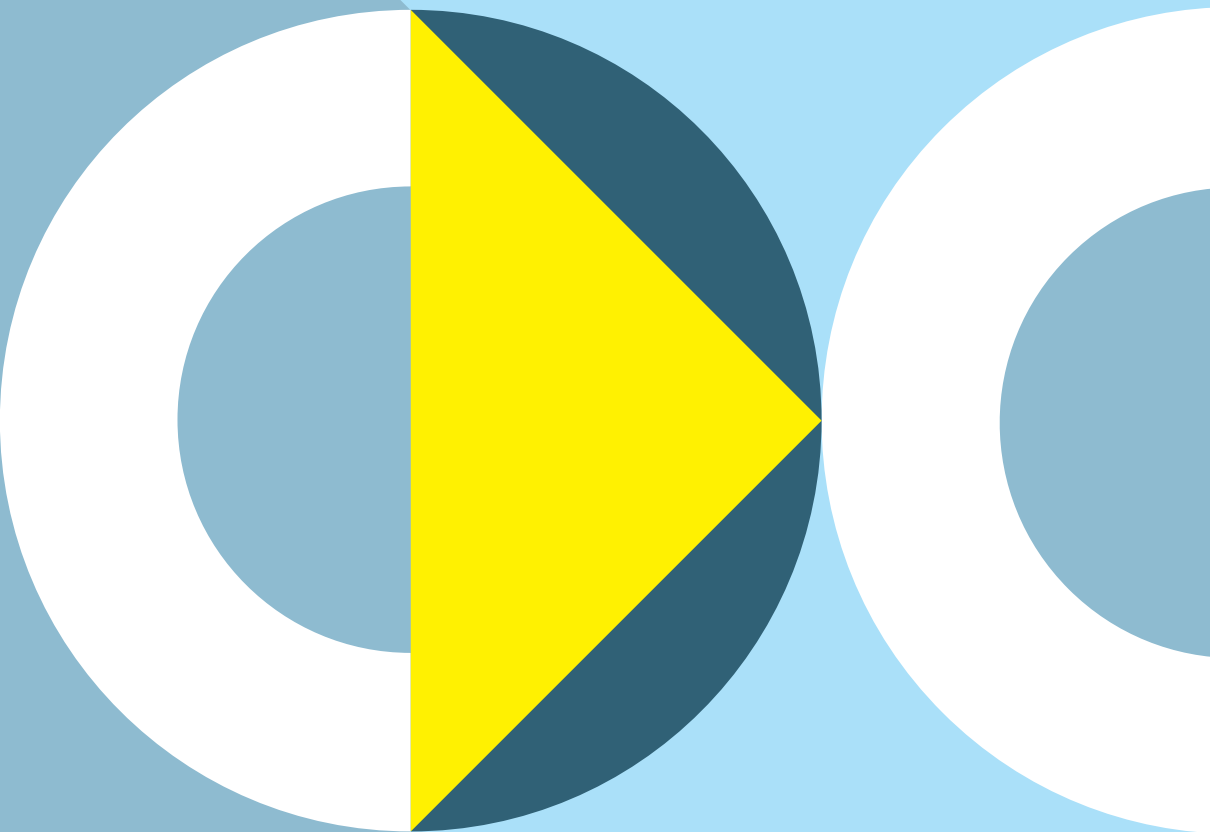


**RECOMENDAÇÕES
PARA O ENCERRAMENTO
DA GESTÃO MUNICIPAL NA SAÚDE**





RECOMENDAÇÕES PARA O ENCERRAMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL NA SAÚDE

Brasília, 2016

EQUIPE

ORGANIZAÇÃO

FERNANDA TERRAZAS

EDIÇÃO GERAL

LUIZ FILIPE BARCELOS

DIAGRAMAÇÃO

GRANDE CIRCULAR

AUTORES

ALESSANDRO CHAGAS

BLENDIA PEREIRA

DANIEL FALEIROS

DENISE RINEHART

ELTON CHAVES

FÁBIO MAZZA

FERNANDA TERRAZAS

MARCIA PINHEIRO

MAREMA PATRÍCIO

MÔNICA SAMPAIO

NILO BRETAS

RODRIGO LACERDA

1. APRESENTAÇÃO

Estamos chegando ao final de 4 anos de gestão em nossos municípios. Muitas lutas, muitas coisas ainda por fazer, mas também muitas conquistas em cada um dos 5570 municípios brasileiros.

Nessa hora, além de preparar nossas Secretarias e equipes para uma nova gestão, os secretários municipais de saúde precisam estar atentos às obrigações que deverão ser cumpridas antes de sua saída. Precisam também realizar um balanço de tudo que projetaram em seus planos municipais de saúde, prestar contas do realizado e apontar sugestões e estratégias para o futuro. É importante revisar e verificar se estão devidamente registrados todos os atos administrativos desenvolvidos durante o respectivo mandato e também verificar a situação de registro nos sistemas de informação oficiais, pois além de cumprir obrigações legais, assumimos este compromisso com a população de nossas cidades.

A relação de documentos a serem apresentados ao novo governo terá a mesma finalidade de uma prestação de contas de sua gestão, além de servir de subsídio para o novo prefeito e secretário orientarem sua atuação na área da saúde.

Desse modo, pretende-se neste documento apresentar as principais ações que deverão ser providenciadas pelo gestor neste período de finalização de gestão.

Esperamos que esta publicação seja portanto, uma ferramenta de apoio aos gestores municipais e que apoie a transição de gestão que acontecerá ao final do ano, mesmo diante da possibilidade de reeleição e da continuidade como gestor municipal da saúde a partir de janeiro de 2017.

2. TRANSIÇÃO

O final do mandato da Administração Pública Municipal deve ser precedido de uma transição, geralmente conduzida por comissões com representantes indicados pelo novo prefeito e pelo seu antecessor.

Inexiste legislação federal tornando obrigatória a criação de equipe ou comissão de transição nos Municípios, devendo ser consultada a eventual existência de norma estadual ou municipal.

No entanto, nada impede e é recomendável que se institua uma comissão com a finalidade de troca das informações necessárias para subsidiar a continuidade da gestão pela nova equipes, destacando-se o dever estabelecido pela Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011) de transparência sobre todas as informações e documentos relativos à gestão, ressalvadas as exceções expressamente previstas na lei.

Nesse sentido, no período de transição o gestor da Saúde e sua equipe deverão considerar que precisam ser disponibilizadas ao novo gestor todas as informações imprescindíveis para que ele dê continuidade às ações e serviços de saúde já programados e também para que possa planejar os anos que virão .



PARA SABER MAIS

A Presidência da República em parceria com as associações que representam os municípios elaborou uma proposta de roteiro para o período de transição para toda a prefeitura, mas que poderá servir como guia também para a área da saúde. Confira na publicação *Orientações para o Gestor Municipal: encerramento de mandato*¹.

¹ Brasil. Presidência da República. Secretaria de Relações Institucionais. **Orientações para o Gestor Municipal : encerramento de mandato** / Secretaria de Relações Institucionais.

– Brasília: SRI, 2016, disponível em <http://www.portalfederativo.gov.br/publicacoes/guia-encerramento-de-mandato>

3. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é a base das atividades e programações da secretaria municipal de saúde. Além de ser aprovado pelo conselho municipal de saúde e ser uma exigência legal², é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, por meio dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para atingir sua missão. Assim, ele apresenta a orientação política sobre o que deverá ser feito na área da saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas.

Considerando a relevância deste instrumento, é de suma importância que o novo gestor receba o Plano Municipal de Saúde em curso, uma vez que este foi construído em 2013 e estará em vigor até 2017, portanto há ações previstas para serem implementadas no primeiro ano da nova gestão que será eleita.

Lembre-se que o Plano Municipal de Saúde é um produto construído considerando as necessidades de saúde da população, portanto ele deve contemplar as demandas apresentadas na Conferência Municipal de Saúde.

Além disso, deve haver uma abordagem integrada dos instrumentos de planejamento. Especialmente, o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual (PAS) devem se articular com os outros instrumentos gerais de planejamento e orçamento da administração pública. Isso significa dizer que o Plano Municipal de Saúde, assim como os demais instrumentos de planejamento, tais como o Plano plurianual (PPA)³, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)⁴, a Lei de Orçamento

² Cf., entre outros, na Lei 8080/90 o art. 36 e na Lei Complementar 141/12 os artigos 2º, II; 22, II; 31, parágrafo único e 38, I.

³ Plano Plurianual (PPA) – É o instrumento que estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para 4 anos (3 da atual gestão e o primeiro ano da gestão seguinte, em especial aquelas relativas às despesas de capital e aos programas/atividades de duração continuada).

⁴ Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) - Compreende as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, principalmente porque vai orientar a elaboração da lei orçamentária anual e dispor sobre as alterações na legislação tributária.

Anual (LOA)⁵ e Programação Anual de Saúde (PAS), devem conter as mesmas prioridades, diretrizes, objetivos e metas.

Nesse sentido, embora apresentem lógicas aparentemente diferentes, é necessário que haja uma integração entre os programas e ações constantes no PPA, as diretrizes, objetivos e metas constantes no PMS, e os recursos previstos na LOA.

Por todo o exposto, transmitir o conteúdo integral do PMS no momento da transição é, em muitos casos, a melhor forma de garantir a continuidade das políticas e ações ali inscritas e aprovadas pela conferência e pelo conselho municipal de saúde.



FIQUE ATENTO

Nada pode ir para o orçamento sem estar no Plano Municipal de Saúde e nada será executado na saúde se não estiver previsto no orçamento⁶.

Saiba que uma exigência frequente durante ações de auditoria é a solicitação do Plano Municipal de Saúde para análise e avaliação do auditor. Portanto, é importante garantir que o PMS chegue às mãos do novo gestor.



PARA SABER MAIS

CONASEMS. Lei complementar 141: Guia prático para a gestão municipal. Brasília: 2015. Disponível em www.conasems.org.br



LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.

Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

⁵ Lei Orçamentária Anual (LOA) - Elaborada anualmente, é ela que vai discriminar a receita e a despesa por programa de trabalho do governo, fontes e dotações por órgãos do governo e da administração.

⁶ Nesse sentido o §2 do Art. 36 da Lei nº 8080/90: “É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas no plano de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública”.

4. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO E RELATÓRIOS QUADRIMESTRAIS

O Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumento elaborado anualmente para prestação de contas e comprovação da aplicação dos recursos em saúde, apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde⁷ e, nos termos do art. 36, § 1º, da LC 141, deverá ser apresentado até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho de Saúde emitir parecer conclusivo sobre ele, por meio do Sistema de Apoio à Elaboração de Relatório Anual de Gestão (SARGSUS).

E, no ano em que se encerram as gestões municipais, o gestor atual deverá deixar organizadas todas as informações necessárias à elaboração do RAG referente ao ano de 2016, pois o próximo gestor é que apresentará o Relatório de Gestão no mês de março do próximo ano (2017).

Já os relatórios trimestrais são instrumentos de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual em Saúde (PAS), e devem ser apresentados pelo gestor do SUS até o final dos meses de **maio, setembro e fevereiro**, em audiência pública na Câmara Municipal e ao respectivo conselho de saúde.

O formato de apresentação do relatório observará o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 2012 e na Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012 que institui e regulamenta o uso do SARGSUS, ferramenta eletrônica de uso obrigatório para essa finalidade.

⁷ Art. 6º, Portaria GM/MS nº 2.135/13

Os Relatórios Quadrimestrais conterão no mínimo as seguintes informações⁸: i) Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; ii) Metas da PAS previstas e executadas; iii) Análise da execução orçamentária; iv) Montante e fonte dos recursos aplicados no período; v) Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; vi) oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Cumprir destacar que o relatório referente ao último quadrimestre de 2016 será apresentado ao fim do mês de fevereiro de 2017, razão pela qual o gestor atual deverá deixar organizadas todas as informações necessárias à sua elaboração, pois o é próximo gestor que o apresentará.



FIQUE ATENTO

O acesso ao SARGSUS depende de cadastramento dos gestores e conselheiros de saúde no cadastro de sistema e permissões de usuários (CSPUWEB/DATASUS).

Para mais informações acesse <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus>



LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Portaria nº 575, de 29 de março de 2012.

Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012.

Portaria nº 2.135, De 25 de setembro de 2013.

5. AUDITORIAS E OUTROS PROCEDIMENTOS FISCALIZATÓRIOS

O Relatório Anual de Gestão e os Relatórios Quadrimestrais devem apontar as auditorias realizadas ou em fase de execução no período a que se refere e suas recomendações e determinações.

Desse modo, o gestor deve relacionar para que depois também conste nesses relatórios todas as auditorias e fiscalizações em curso na saúde sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde ou deflagradas por outros órgãos, tais como o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), a Controladoria Geral da União (CGU), o Tribunal de Contas da União (TCU), os Tribunais de Contas dos Estados e/ou dos Municípios e a Secretaria de Saúde do Estado.

Cumprir destacar que no decurso de algumas auditorias o município pode celebrar Termo de Ajuste Sanitário (TAS), conforme a Portaria GM/MS n. 2046, de 03 de setembro de 2009. Caso tenha celebrado este ajuste, o gestor deverá apresentar cópia do termo com os respectivos comprovantes de cumprimento das obrigações ou a fase em que se encontra seu cumprimento.

Recomenda-se ainda que eventuais procedimentos fiscalizatórios promovidos por conselhos de classe, tais como o CRM, COREN, CRF, entre outros, sejam informados com seus respectivos estágios de tramitação (defesa no auto de infração, recurso, etc).



PARA SABER MAIS

O Termo de Ajuste Sanitário é celebrado com base nas ações de auditoria ou fiscalização realizadas pelos diversos órgãos de controle, quando constatadas impropriedades na gestão do sistema decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS. O andamento e o resultado final da verificação do cumprimento do termo pode ser consultado pela internet no sítio: <http://sna.saude.gov.br>



LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Portaria GM/MS n. 2046, de 03 de setembro de 2009.

6. APLICAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

O Gestor de Saúde e sua equipe deverão considerar que ao novo gestor precisam ser franqueadas todas as informações imprescindíveis para que ele prepare a execução do seu projeto, dentre elas as informações financeiras.

A Lei Complementar 141 definiu, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos em saúde por ela estabelecidos, o que será considerado despesa com ações e serviços públicos de saúde em seus artigos 2º e 3º.

Além disso, ela manteve a mesma metodologia para o cálculo do mínimo de recursos a serem aplicados pelos municípios em saúde previstos pela EC 29, qual seja, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

São consideradas ações e serviços de saúde a partir do artigo 3º da Lei Complementar 141:

- I. vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II. atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III. capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

- IV.** desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V.** produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI.** saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas na Lei Complementar 141;
- VII.** saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII.** manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX.** investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X.** remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI.** ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII.** gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Adicionalmente, a Lei Complementar 141 considera como despesas aplicadas em ações e serviços de saúde 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 municipal de saúde.



FIQUE ATENTO

Os recursos provenientes da disponibilidade de caixa vinculados aos Restos a Pagar, referentes às despesas empenhadas e não liquidadas que forem canceladas ou prescritos, deverão necessariamente ser aplicados em ações e serviços de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou prescrição.

Despesas provenientes de receitas de operações de crédito deverão estar demonstradas em separado, pois não são consideradas para aplicação em ações e serviços de saúde.

Necessário lembrar que as receitas e despesas com ações e serviços de saúde estarão destacadas nos balanços orçamentários, por meio do demonstrativo da função saúde do Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO que é informado por meio da alimentação do SIOPS.

A demonstração de cumprimento do percentual de aplicação das receitas próprias em ações e serviços de saúde ocorre por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), e, no caso dos municípios, a aplicação mínima de 15% de suas receitas, salvo se a Lei Orgânica estabelecer percentual maior.

O SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos dos Municípios, Estados e União.

O preenchimento do SIOPS é obrigatório e sua periodicidade é bimestral. Desse modo, é importante que a alimentação do SIOPS referentes a todas as versões bimestrais estejam devidamente concluídas e homologadas e as informações necessárias à alimentação do SIOPS referente ao último bimestre (nov./dez-2016), que deverão ser declaradas até 30 de janeiro de 2017, estejam organizadas para que sejam disponibilizadas à nova gestão.

**FIQUE ATENTO**

Assegure o cumprimento dos dispositivos da EC 29 e da LC 141, a fim de evitar a aplicação das penalidades previstas, como a suspensão das transferências constitucionais e obrigatórias⁹. Além disso, os gestores municipais podem ser alvo de processos judiciais que podem torná-los inelegíveis.

**PARA SABER MAIS**

Para mais informações sobre o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS acesse o sítio eletrônico: <http://siops.datasus.gov.br>

**LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA**

Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.

Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.

Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

7. LEGISLAÇÃO

Além da legislação federal que estabelece as normas gerais de caráter nacional referentes à organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde, dentre as quais a Lei 8080/90, Lei 8142/90, Lei Complementar nº 141/12 e o Decreto 7508/11, os demais entes federados podem estabelecer legislações específicas na área da saúde que contemplem as questões próprias de um estado ou município.

Os municípios, além de estarem atentos a eventuais normas estaduais a ele aplicáveis, podem e, em alguns casos,

⁹ Os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos, de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141 estão previstos no Decreto 7.827 de 16 de outubro de 2012.

devem elaborar leis e outras normas que regerão a organização e funcionamento da saúde em seu território, desde que adequadas às normas gerais nacionais e estaduais.

Desse modo, no momento da transição o gestor deverá apresentar todos os instrumentos legais referentes à saúde, tais como: i) Lei Orgânica do Município (Seção Saúde); ii) Código Sanitário (quando houver); iii) Lei de Criação do Fundo Municipal de Saúde¹⁰; iv) Lei de Criação do Conselho Municipal de Saúde¹¹; v) Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde (quando houver).

Especificamente no tocante aos aspectos orçamentários da saúde, caberá ao gestor apresentar a Lei de Diretrizes Orçamentárias (2017) e a Lei Orçamentária Anual (2017), elaboradas no decorrer do ano de 2016 pela atual gestão, mas que produzirão seus efeitos no ano de 2017 na nova gestão.

Por fim, caso existam projetos de lei em tramitação na Câmara Municipal que sejam do interesse da área da saúde, estes deverão ser informados na transição, com seus respectivos números, assuntos, estágio da tramitação, entre outros.



FIQUE ATENTO

Legislação para repassar à nova gestão:

Lei Orgânica (Seção Saúde)

Código Sanitário (se houver)

Lei de Criação do FMS

Lei de Criação do CMS

LDO (2017)

LOA (2017)

Regimento Interno da SMS (se houver)

Projetos de Lei em tramitação na Câmara Municipal (se houver)

¹⁰ Art. 14 e 22, I, da Lei Complementar nº 141/12.

¹¹ Art. 1º, II e ss da Lei 8.142/90 e art. 22, I, da Lei Complementar nº 141/12.

8. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, ou seja, o encerramento da gestão não pode implicar no encerramento das atividades do conselho. Assegure-se de criar condições para que a gestão subsequente compreenda o importante papel deste colegiado, responsável pela formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde.

É importante esclarecer o novo gestor sobre o duplo papel dos conselhos: o de ser propositivo – aprovar o plano municipal de saúde; e o de ser controlador – acompanhar e fiscalizar o fundo municipal de saúde. O exercício destes dois papéis encontra-se bem estipulado na legislação vigente, como se observa na Lei Orgânica da Saúde e na Lei Complementar nº 141/12.

Apresente ao novo gestor tudo o que diz respeito ao conselho, assim como também às conferências, periodicidade, funcionamento, composição, base legal e, quando houver, espaço físico, força de trabalho e destinação orçamentária à disposição do conselho.

Além disso, deverão ser apresentadas ao gestor: i) lei de criação do Conselho Municipal de Saúde; ii) relação nominal dos conselheiros municipais de saúde e o segmento que cada um deles representa; iii) cópias das atas de reunião do conselho para fins de comprovação do seu funcionamento.

Apresente também ao novo gestor, ou à equipe de transição, os fluxos de informação e de aprovação dos instrumentos de gestão no conselho: Plano Municipal de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Programação Anual de Saúde e as prestações de contas.

FIQUE ATENTO

A Lei 8.142/90 determina que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, a metade dos integrantes do conselho deve ser representada por usuários;

Segundo a Lei Complementar n. 141/12 a União e os Estados poderão restringir repasses de recursos nos casos em que o conselho municipal de saúde não estiver em funcionamento.



PARA SABER MAIS

Publicação do CONASEMS: “Lei complementar 141: Guia prático para a gestão municipal”

Brasília: 2015. Disponível em www.conasems.org.br

Publicação do CONASEMS: “A Participação da Comunidade na Saúde” Brasília: 2015. Disponível em www.conasems.org.br



LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.

Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.

Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

9. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Os recursos destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde do município deverão ser aplicados por meio dos fundos de saúde que, instituídos no âmbito da União e de cada Estado, Distrito Federal e Municípios, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64.

A Lei Complementar 141/2012¹² estabelece que a União, Estados e Municípios devem contar com Fundo de Saúde em funcionamento, constituído como Unidade Gestora e Orçamentária, para receber os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, os quais devem ser movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde, não podendo ser destinados à outra atividade que não seja ao financiamento de ações e serviços de saúde.

Os fundos de saúde constituem-se em instrumento de gestão dos recursos que financiam as ações e serviços de saúde, de planejamento por parte dos gestores e de controle para facilitar o acompanhamento permanente da utilização

¹² Art. 12 e seguintes.

destes recursos. Os fundos necessariamente precisam alocar todos os recursos da saúde provenientes de todas as receitas vinculadas ao setor.

De acordo com a Lei Complementar 141/2012¹³, os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde deverão ser movimentados até sua destinação final em contas específicas e mantidas em instituição financeira oficial.

As transferências dos recursos federais para financiamento das ações e serviços de saúde são realizados pelo Fundo Nacional de Saúde, agente financeiro da esfera federal do SUS. Estas transferências são tratadas como obrigatórias e realizada na modalidade fundo a fundo de forma regular e automática conforme estabelecido pela Lei Complementar 141.

O respectivo repasse é organizado na forma de Blocos de Financiamento e é disciplinado pela Portaria GM/MS n. 204/2007. Vale ressaltar que as demais transferências não realizadas na modalidade fundo a fundo são efetivadas mediante convênios ou instrumento congêneres e são consideradas como voluntárias.

Nesse sentido, o gestor da saúde, na qualidade de ordenador de despesa e gestor do fundo de saúde, deverá disponibilizar as seguintes informações no momento da transição:

- I. Detalhamento das Fontes de Receitas que compõem o Fundo Municipal de Saúde – ex. repasses federais, estaduais, convênios, etc.
- II. Cópia da Lei de criação do Fundo Municipal de Saúde;
- III. Cópia da Programação Anual de Saúde,
- IV. Relação de todas as contas bancárias do Fundo Municipal de Saúde;

¹³ Art. 13, § 2º.

- V. Números das contas bancárias, agências e banco, inclusive anexos com demonstrativos dos saldos disponíveis devidamente conciliados;
- VI. Contratos de prestação de serviços que envolvem recursos do fundo de saúde pagos e a pagar;
- VII. Valores médios mensais recebidos a título de transferências fundo a fundo oriundos do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde;
- VIII. Relação global dos repasses federais com os respectivos valores por blocos;
- IX. Valores médios mensais recebidos a título de transferências da contrapartida municipal para fins de cumprimento da Emenda Constitucional 29;
- X. Relação de dívidas;
- XI. Programação de receitas e dos restos a pagar sujeitos ao art. 42 e parágrafo único da Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000)¹⁴;
- XII. Demonstrativos fiscais – Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO.

**FIQUE ATENTO**

No mesmo intuito do que ocorre quanto aos conselhos de saúde, a Lei Complementar n. 141 também prevê que a União e os Estados também poderão restringir repasses de recursos nos casos em que o fundo municipal de saúde não estiver em funcionamento.

14 Art. 42. É vedado ao titular de Poder ou órgão referido no art. 20, nos últimos dois quadrimestres do seu mandato, contrair obrigação de despesa que não possa ser cumprida integralmente dentro dele, ou que tenha parcelas a serem pagas no exercício seguinte sem que haja suficiente disponibilidade de caixa para este efeito. Parágrafo único. Na determinação da disponibilidade de caixa serão considerados os encargos e despesas compromissadas a pagar até o final do exercício.



LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

10. PESSOAL

Para a garantia de continuidade e tranquilidade na assistência à saúde do cidadão no período de encerramento e transição de gestão, é muito importante o cuidado com a gestão dos trabalhadores da saúde do município - responsáveis pela “entrega” do serviço de atenção às necessidades de saúde da população. A fim de se evitar qualquer tipo de dificuldade que redunde na interrupção de serviços é importante que a Secretaria Municipal de Saúde tenha bem organizadas as informações acerca da gestão de pessoal, a saber:

XIII. Estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde: organograma atualizado e com a listagem nominal dos ocupantes dos cargos de provimento em comissão.

XIV. Quadro de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde: relação completa dos trabalhadores organizada por categoria profissional, cargo/função, forma de contratação – estatutários, celetistas, terceirizados, contrato temporário – e lotação.

XV. Cargos de provimento por concurso e em comissão: relação completa dos cargos criados para a Secretaria Municipal de Saúde, identificando os que foram transferidos ou que estão cedidos provisoriamente para outras Secretarias e Órgãos.

- XVI. Cargos em comissão e afastamentos de servidores:** sempre que possível, garantir a permanência dos ocupantes de cargos de provimento em comissão e de posições de chefia, acordados na transição.
- XVII. Escalas de plantão:** garantir a presença dos profissionais nos plantões correspondentes aos feriados de fim de ano de modo a que não haja interrupção de serviços essenciais e prejuízos à população. Para tanto, é importante dar publicidade às escalas de plantão dos hospitais e das unidades que compõem a rede de urgência e emergência.
- XVIII. Residência médica:** estimar necessidade de reposição de contingente médicos contratados e que se demitem dos serviços no fim do ano para iniciar residência médica.
- XIX. Quadro com quantitativo de vagas:** relação dos postos de trabalho com vagas em aberto;
- XX. Concursos públicos:** informar os vigentes e os em andamento, estágio de desenvolvimento de cada um, cargos vagos disponíveis para nomeação, lista de remanescentes por concurso e respectivos prazos de validade. Concursos públicos programados.
- XXI. Demonstrativo da situação das folhas de pagamento;**
- XXII. Demonstrativo do recolhimento e do respectivo pagamento de encargos sociais e demais obrigações patronais;**

11. CONVÊNIOS, CONTRATOS E RESPECTIVOS TERMOS ADITIVOS

Embora a gestão esteja chegando ao seu fim, é muito comum que convênios e contratos não se encerrem juntamente com a gestão e continuem vigentes para além dela.

Por esse motivo, o gestor deverá relacionar todos os convênios, contratos e respectivos termos aditivos firmados pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo, no que couberem, as seguintes informações:

- Nome do concedente;
- Objeto;
- Valores total, parcial e por rubrica;
- Parcelas recebidas e a receber;
- Cronograma de execução;
- Prazo de vigência inicial e final;
- Fase de prestações de contas.

Abordando alguns convênios e contratos mais comuns nas secretarias municipais de saúde, é importante destacar alguns pontos específicos desses contratos¹⁵:

- I. **Assistência médica e outros serviços terceirizados:** identificar empresas ou profissionais autônomos envolvidos, respectivos contratos, prazos de validade, especialidades médicas e serviços relacionados, tais como anestesia, endoscopia, laboratório, exames de imagem e outros essenciais para o adequado funcionamento dos hospitais e serviços de saúde municipais.
- II. **Apoio diagnóstico, locação de equipamentos, gases medicinais, segurança e limpeza:** identificar os principais itens e contratos, sua vigência e respectivos prazos de vencimento.

¹⁵ Texto elaborado por técnicos da saúde de São Paulo e entregue pelo Grupo de Transição à gestão que assumiu a prefeitura do município de São Paulo no ano de 2013.

- III. **Contratos de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos:** identificar os principais e os respectivos prazos de validade.
- IV. **Veículos:** identificar os principais contratos de locação de veículos (frotas) para transporte de passageiros e insumos, informando os respectivos prazos de validade.
- V. **Convênios com o MS, SES e outros:** identificar convênios, prazos de vencimento, valores recebidos e não gastos, aplicação de recursos no mercado financeiro, necessidade de prorrogação desses convênios. Informar também os prazos para execução de **projetos de investimento**, com recursos de capital.

12. LICITAÇÕES

Assim como ocorre com os contratos e convênios, também é comum que no encerramento da gestão alguns procedimentos licitatórios estejam em curso ou que seja necessário sua abertura tão logo a nova gestão assuma para que não haja falta de medicamentos, insumos hospitalares, entre outros, ou períodos sem contratos de prestação de serviços de saúde (serviços hospitalares, ambulatoriais, de diagnóstico, etc) ou de atividades meio (limpeza, manutenção, segurança, etc).

Desse modo, é de suma importância que sejam informados à nova gestão todos os processos licitatórios da área da saúde em curso e o atual estágio de cada processo (habilitação, recebimento de propostas, homologação, etc.). Importante também apontar quais processos de licitação precisam ser abertos com urgência sob pena de desabastecimento ou descontinuidade no atendimento da população.

13. BENS PATRIMONIAIS, INSUMOS E ALMOXARIFADO

Em se tratando de bens, materiais, equipamentos, medicamentos e produtos de interesse para a saúde deverá ser informado no momento da transição os aspectos gerais de posição de estoque, prazos de validade, condições de uso, contratos e licitações finalizadas e/ou em vigência e/ou a finalizar, elaborar inventário para cada item conforme a natureza dos produtos.

Desse modo, o gestor deve apresentar a relação de todos os materiais armazenados (Central de abastecimento farmacêutico – CAF, almoxarifados, armazéns, depósitos, etc.), por meio de um inventário atualizado dos bens patrimoniais e materiais permanentes.

Além disso, é necessário informar à nova gestão a relação dos bens móveis e imóveis sob a guarda e responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, apontando qual o grau de uso e conservação deles.

Importante também elaborar mapa de situação dos bens patrimoniais que estão localizados nas unidades da atenção básica, hospitalar, de urgência e emergência, etc. E, além do levantamento dos itens já existentes (verificar relatório anterior e relatório de comparabilidade no início e término de gestão), recomenda-se identificar e relacionar as novas aquisições, licitações em andamento ou programadas.

No tocante especificamente aos medicamentos, que costumam ser um item que apresenta muitos problemas em sua gestão, recomenda-se identificar o mapa de estoque por item (mapa de situação), contendo: i) consumo médio mensal e respectivos prazos de validade ; ii) situação atual dos contratos de fornecimento, providenciando, caso necessário, aditamento a tempo pelo prazo mínimo contratual; iii) descrição da rotina de recebimento de material; iv) a partir do consumo médio mensal, estimar qual o tempo de duração do estoque de cada item

para planejamento de futuras compras . Esses pontos devem ser descritos tanto em relação ao almoxarifado central, quanto a outros almoxarifados (regional ou de unidades) se houver.

Adicionalmente, é importante estar atento às exigências relacionadas aos medicamentos sujeitos a controle especial e a necessidade de entrega de balanços e inventários às autoridades sanitárias (Anvisa, Vigilâncias Sanitárias municipais e estaduais).

Recomenda-se também o mesmo procedimento para os demais produtos de interesse para saúde (material médico hospitalar, dispositivos médicos, etc.) – Almoxarifados/CAF.

Cuidado semelhante deve ser tomado com os materiais de expediente (materiais de escritório, higiene, informática, etc.)



FIQUE ATENTO

Estes relatórios e inventários devem constar em capítulo específico no Relatório Anual de Gestão-RAG.

14. PROCESSOS JUDICIAIS

Não é incomum que os municípios estejam cumprindo decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos, procedimentos e outros produtos ou serviços de saúde.

Caso a Secretaria Municipal esteja fornecendo medicamentos ou outros itens de forma contínua em razão de determinação judicial é necessário que ela informe quem são os usuários e quais produtos estão sendo fornecidos para que não haja descontinuidade no tratamento desses usuários, nem descumprimento de determinação judicial, o que poderá acarretar multa à gestão e/ou ao gestor.

É importante também que seja feito um levantamento criterioso das pendências judiciais, investigando o cumprimento de prazos, a situação em que se encontra o processo, a instância que irá julgá-lo e outros detalhes que a assessoria jurídica vier a identificar.

Essas informações deverão ser transmitidas à nova gestão, ressaltando-se que as medidas acima citadas serão necessá-

rias para fins de prestação de contas e também para facilitar o diálogo com o Poder Judiciário e demais órgãos do sistema de justiça, sendo importante haver um controle e organização (sistematização) de todas as demandas judiciais existentes.

15. VEDAÇÕES DA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

As vedações previstas pela Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000 (LRF), para o último ano de mandato são relativas à prefeitura como um todo e a necessidade de cumprimento dessa legislação nem sempre está sob a governabilidade dos gestores municipais da saúde.

No entanto, como tais vedações podem impactar a área da saúde também, é importante que os secretários municipais de saúde tenham conhecimento delas. Desse modo, as situações previstas na LRF cuja prática é vedada no último ano de mandato municipal são:

- I. Aumento de despesa com pessoal, realizado nos 180 dias anteriores ao final de mandato. (art. 21, parágrafo único).
- II. Operações de crédito por antecipação de receita, destinadas a atender insuficiência de caixa durante o exercício financeiro, durante todo o último ano de mandato do prefeito municipal. (art. 38, IV, alínea “b”).
- III. Obrigação de despesa contraída nos dois últimos quadrimestres que não possam ser cumpridas de forma integral dentro do exercício financeiro, ou que tenha parcelas a serem pagas no exercício seguinte sem que haja disponibilidade de caixa para este efeito (art. 42).
- IV. Limite de despesa total com pessoal (arts. 20 e 23, §§ 3o e 4o).
- V. Exceder o limite da Dívida Consolidada (art. 31, §§ 1o e 3o).



LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

16. VEDAÇÕES DA LEI ELEITORAL

A Lei Federal nº 9.504, de 30 de setembro de 1997, recentemente alterada pela Lei 13.165/15 (mini reforma eleitoral) estabelece uma série de condutas vedadas no período eleitoral que, assim como no caso da LRF, não necessariamente dizem diretamente respeito à área da saúde, mas que podem impactá-la, por isso a necessidade de conhecê-las.

Cumprir destacar que em matéria de legislação eleitoral, é importantíssimo estar atento às orientações expedidas pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE) e à jurisprudência deste Tribunal e dos Tribunais Regionais Eleitorais (TRE), além de conhecer a extensão da interpretação que estes tribunais tem acerca dos dispositivos abaixo elencados.

Dito isso, as principais vedações aplicáveis no período eleitoral são:

- VI.** ceder ou usar, em benefício de candidato, partido político ou coligação, bens móveis ou imóveis pertencentes à administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios, ressalvada a realização de convenção partidária (Art. 73, I);
- VII.** usar materiais ou serviços, custeados pelos Governos ou Casas Legislativas, que excedam as prerrogativas consignadas nos regimentos e normas dos órgãos que integram (Art. 73, II);
- VIII.** ceder servidor público ou empregado da administração direta ou indireta federal, estadual ou municipal do Poder Executivo, ou usar de seus serviços, para comitês de campanha eleitoral de candidato, partido político ou coligação, durante o horário de expediente normal, salvo se o servidor ou empregado estiver licenciado (Art. 73, III);

- IX.** fazer ou permitir uso promocional em favor de candidato, partido político ou coligação, de distribuição gratuita de bens e serviços de caráter social custeados ou subvencionados pelo Poder Público; (Art. 73, IV)
- X.** Nos três meses que o antecedem o pleito até a posse dos eleitos, sob pena de nulidade de pleno direito, nomear, contratar ou de qualquer forma admitir, demitir sem justa causa, suprimir ou readaptar vantagens ou por outros meios dificultar ou impedir o exercício funcional e, ainda, ex officio, remover, transferir ou exonerar servidor público, na circunscrição do pleito, ressalvados: a) a nomeação ou exoneração de cargos em comissão e designação ou dispensa de funções de confiança; b) a nomeação para cargos do Poder Judiciário, do Ministério Público, dos Tribunais ou Conselhos de Contas e dos órgãos da Presidência da República; c) a nomeação dos aprovados em concursos públicos homologados até o início daquele prazo; d) a nomeação ou contratação necessária à instalação ou ao funcionamento inadiável de serviços públicos essenciais, com prévia e expressa autorização do Chefe do Poder Executivo; e) a transferência ou remoção ex officio de militares, policiais civis e de agentes penitenciários. (Art. 73, V)
- XI.** Nos três meses que antecedem o pleito realizar transferência voluntária de recursos da União aos Estados e Municípios, e dos Estados aos Municípios, sob pena de nulidade de pleno direito, ressalvados os recursos destinados a cumprir obrigação formal preexistente para execução de obra ou serviço em andamento e com cronograma prefixado, e os destinados a atender situações de emergência e de calamidade pública (Art. 73, VI, a).
- XII.** Nos três meses antes da eleição realizar gastos com publicidade institucional dos atos, programas, obras,

serviços e campanhas dos órgãos públicos municipais, ou das respectivas entidades da administração indireta (Art. 73, VI, b).

- XIII.** No primeiro semestre do ano de eleição, realizar despesas com publicidade dos órgãos públicos municipais, ou das respectivas entidades da administração indireta, que excedam a média dos gastos no primeiro semestre dos três últimos anos que antecedem o pleito (Art. 73, VII).
- XIV.** Fazer, na circunscrição do pleito, revisão geral da remuneração dos servidores públicos que exceda a recomposição da perda de seu poder aquisitivo ao longo do ano da eleição, a partir a partir de 5 de abril de 2016 até a posse dos eleitos.



LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Lei nº 9.504 de 30 de setembro de 1997.

Resolução TSE nº 23.457/15 disponível em <http://www.tse.jus.br/legislacao-tse/res/2015/RES234572015.html>

17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cumprido destacar que alguns dos documentos elencados ao longo desta publicação também deverão estar presentes em relatórios de outras áreas, porém isto não impede que o secretário municipal de saúde faça o seu próprio relatório.

E, ao final da elaboração do que foi proposto enquanto recomendação para o encerramento da gestão à frente das secretarias municipais de saúde, recomenda-se também que o secretário faça a entrega formal de seu relatório, sendo o mesmo devidamente protocolado, devendo manter ainda para si uma cópia integral para subsidiá-lo em eventuais demandas ou questionamentos futuros.

18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, 13 DE SETEMBRO DE 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº 101, DE 4 DE MAIO DE 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece, em regime nacional, parâmetros a serem seguidos relativos ao gasto público de cada ente federativo brasileiro.: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012. Regulamenta o § 30 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

BRASIL. LEI Nº 8080 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: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. LEI Nº 8142 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.: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm

BRASIL. LEI Nº 9.504 DE 30 DE SETEMBRO DE 1997. Estabelece normas para as eleições: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9504compilado.htm

BRASIL. DECRETO Nº 7.827, DE 16 DE OUTUBRO DE 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prto204_29_01_2007_comp.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS N. 2046, DE 03 DE SETEMBRO DE 2009. Regulamenta o Termo de Ajuste Sanitário - TAS, instituído pela Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2046_03_09_2009.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 575, DE 29 DE MARÇO DE 2012 - Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto575_29_03_2012.html

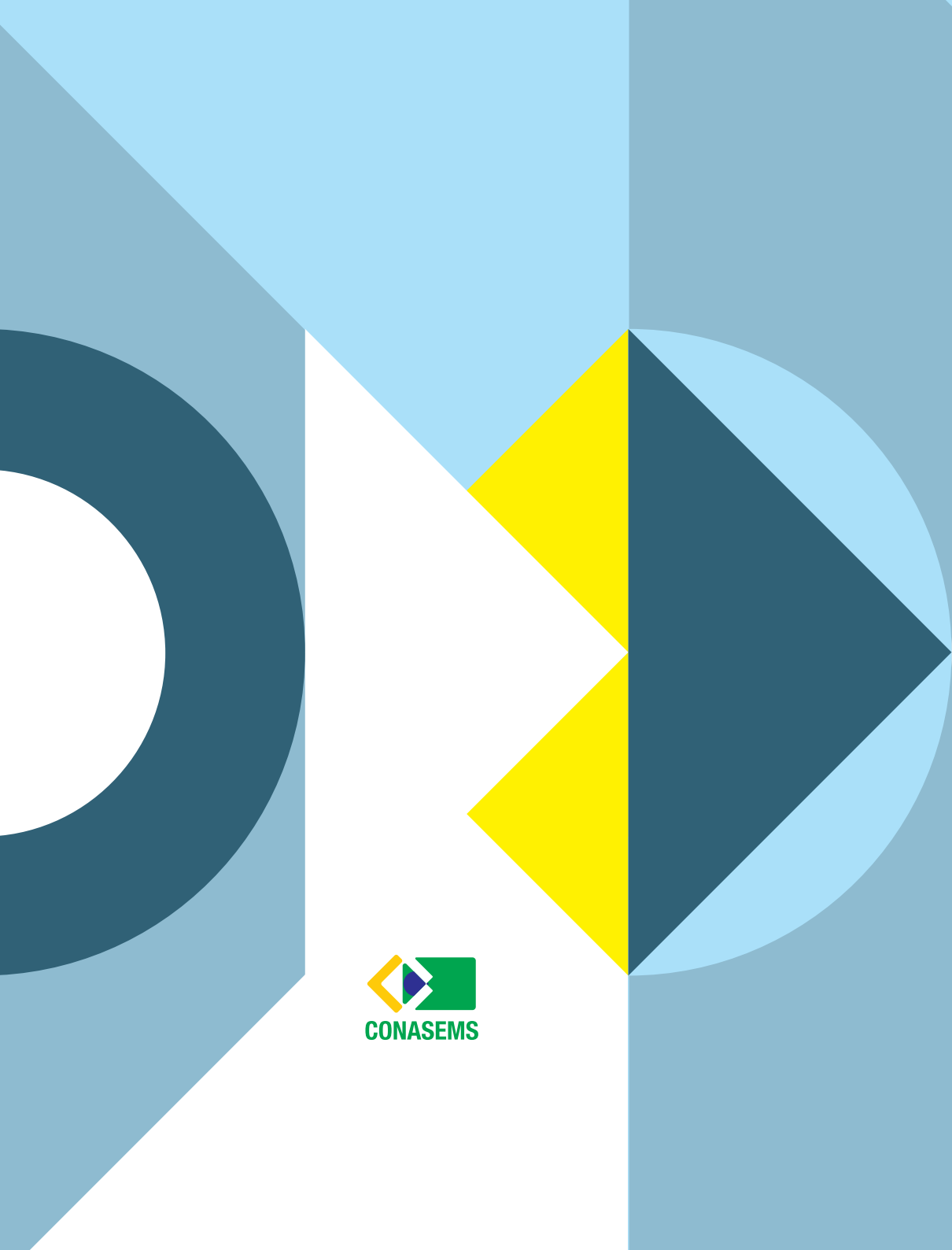
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013 - Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO CNS Nº 459, DE 10 DE OUTUBRO DE 2012 - Aprovar o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Relações Institucionais. Orientações para o Gestor Municipal : encerramento de mandato. Brasília: SRI, 2016, disponível em <http://www.portalfederativo.gov.br/publicacoes/guia-encerramento-de-mandato>

CONASEMS. Lei complementar 141: Guia prático para a gestão municipal. Brasília, 2015. 76p, disponível em: www.conasems.org.br

CONASEMS: A Participação da Comunidade na Saúde. Brasília, 2015. disponível em: www.conasems.org.br



CONASEMS