



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.681, DE 2009

(Do Sr. Raimundo Gomes de Matos)

Dispõe sobre o piso salarial profissional nacional e as diretrizes para os planos de carreira do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias, e a sistemática de assistência financeira complementar da União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial, nos termos previstos no § 5º do art. 198 da Constituição Federal.

DESPACHO:

Apense-se à (ao) PL 6111/2009

APRECIAÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º É o Poder Executivo autorizado a instituir o piso salarial profissional nacional e as diretrizes para os planos de carreira de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias, e a estabelecer a sistemática de assistência financeira complementar da União aos Estados, Distrito Federal e Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

Art. 2º A aplicação do piso salarial profissional nacional exige regularidade do instrumento contratual firmado entre o contratante e o contratado e a comprovação da habilitação do contratado, obtida em instituição de ensino ou de capacitação profissional, credenciada junto ao órgão de educação competente, mediante apresentação do respectivo certificado de conclusão do curso requerido para o exercício das atividades de atenção básica à saúde e de vigilância em saúde.

§ 1º O valor inicial do piso salarial profissional nacional, a ser observado para os profissionais com jornada de trabalho de 40 (quarenta horas) semanais, será de R\$ 1.020,00 (hum mil e vinte reais), que sofrerá atualização correspondente à variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) no período transcorrido desde 1º de janeiro de 2010 até o início de vigência plena desta Lei.

§ 2º Nos exercícios subsequentes ao do início da vigência plena desta Lei, o piso salarial profissional nacional será fixado por ato normativo de iniciativa do Poder Executivo Federal, no mês de janeiro, com base na variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) nos doze meses anteriores à data do reajuste.

§ 3º Cabe ao Ministério da Saúde estabelecer, anualmente, o valor da assistência financeira complementar da União, por habitante ao ano, a ser transferida do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, com a finalidade de custear o pagamento do piso salarial profissional nacional de que trata esta Lei.

Art. 3º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento do princípio do piso salarial profissional nacional, com a assistência financeira complementar da União, nos termos estabelecidos no § 3º do art. 2º.

§ 1º O piso salarial profissional nacional, em cada sistema local de saúde, será assegurado aos agentes comunitários de saúde e aos agentes de combate às endemias em efetivo exercício nos serviços e ações, no âmbito individual e coletivo, que abranjam a promoção e a proteção da saúde, a vigilância em saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

§ 2º Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias têm o direito de optar pelos regimes de trabalho e de remuneração atuais ou de se adaptarem à jornada de

trabalho exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei, a qual nunca será inferior a 40 (quarenta) horas semanais.

§ 3º A jornada de trabalho integral de 40 (quarenta) horas exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei deverá incluir, pelo menos, dois terços dedicados, de modo efetivo e direto, às ações e serviços de atenção à saúde e de vigilância em saúde junto às famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação.

§ 4º A critério dos gestores dos sistemas locais de saúde, no caso em que a remuneração atual for superior ao valor do piso salarial profissional nacional, esta poderá ser mantida inalterada até tornar-se de valor igual ou inferior ao piso fixado nesta Lei, quando será compulsória a aplicação do previsto no § 2º do art. 2º.

Art. 4º Serão oriundos das dotações previstas nos §§ 1º e 2º do art. 198 da Constituição Federal os recursos necessários ao pagamento da remuneração dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios, assegurando-se o cumprimento do piso salarial instituído por esta Lei.

Art. 5º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão, no prazo de doze meses da publicação desta Lei, dispor de novos planos de carreira do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias, de modo a assegurar:

- I - a remuneração condigna dos agentes em efetivo exercício nas atividades de atenção básica à saúde e de vigilância em saúde;
- II - o estímulo ao trabalho junto às famílias e às comunidades assistidas;
- III - a melhoria da eficácia da atenção básica à saúde e da vigilância em saúde, com reflexos positivos nos indicadores de qualidade de vida, saúde e nutrição, e com aumento da expectativa de vida da população.

§ 1º Os novos planos de carreira do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias deverão contemplar os seguintes aspectos:

- I - definição de critérios para estruturação e criação de novas carreiras;
- II - estabelecimento de uma política de ingresso, recrutamento e seleção;
- III - aperfeiçoamento dos critérios de progressão e promoção;
- IV - vinculação do desenvolvimento na carreira a critérios objetivos da capacitação profissional;
- V - estabelecimento de referenciais para definição de estruturas remuneratórias;
- VI - composição de tabelas remuneratórias, com especificação quanto ao vencimento básico, gratificações de desempenho, gratificações de exercício, retribuição por titulação e gratificação de qualificação;
- VII - delineamento de sistemas adequados de avaliação e gratificação por desempenho;
- VIII – viabilidade orçamentária e financeira do custeio do plano de carreira;
- IX – acatamento das diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde quanto aos limites e restrições para o uso da assistência financeira complementar da União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o custeio do piso salarial profissional nacional.

§ 2º Os planos de carreira deverão ser estabelecidos com base nas diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde, observado o disposto nesta Lei e na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

Art. 6º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, na forma do regulamento, deverão comprovar:

- I - efetivo cumprimento do disposto no § 5º do art. 198 da Constituição Federal e da legislação aplicável;
- II - apresentação de plano de carreira de acordo com as diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde, no prazo referido no *caput* do art. 5º.

Parágrafo único. O não-cumprimento das condições estabelecidas nesta Lei, a partir do décimo-terceiro mês de sua publicação, acarretará impedimento à transferência de recursos prevista no § 3º do art. 2º, na forma do regulamento.

Art. 7º As infrações ao disposto nesta Lei serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal); a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950; a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992; e demais normas da legislação pertinente.

Art. 8º O Poder Executivo Federal, para fins de observância do estabelecido no art. 17 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, estimará a despesa decorrente desta Lei, e a incluirá no projeto de lei orçamentária cuja apresentação se der após a publicação desta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Parágrafo único. O art. 1º só produzirá efeitos a partir de 1º de janeiro do exercício subsequente àquele em que for implementado o disposto no art. 8º.

JUSTIFICAÇÃO

A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 391, de 2009, tem como objetivo alterar o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, de modo a criar condições adequadas para as atividades de Atenção Básica à Saúde e de Vigilância em Saúde, em especial aquelas a cargo dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias.

A PEC nº 391, de 2009, foi aprovada pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal e deverá ser promulgada no início da próxima Sessão Legislativa Ordinária, em fevereiro de 2010.

Enquanto se dá essa última etapa de sua tramitação, proponho iniciar o debate sobre os pontos centrais desta alteração constitucional: o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os planos de carreira e o estabelecimento da sistemática de assistência financeira

complementar da União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

Com o objetivo de estimular e subsidiar tal debate, apresento o projeto da lei federal prevista na nova redação dada pela PEC nº 391, de 2009, ao § 5º do art. 198 da Constituição, nos termos aprovados pelas duas Casas do Congresso Nacional:

“Art. 198.

.....
 § 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os planos de carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

”

Inicialmente, convém esclarecer que diversos pontos do § 5º são mantidos inalterados na PEC nº 391, de 2009. Tais questões já foram, inclusive, objeto de normatização pela Lei nº 11.350, de 2006, que regulamentou as atividades do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias e tratou do regime jurídico desses profissionais. A mesma lei também disciplinou a questão do aproveitamento do pessoal que desenvolvia atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias nos termos estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006.

Os novos pontos agora tratados no § 5º do art. 198 – piso salarial, diretrizes para os planos de carreira e sistemática de assistência financeira complementar da União – são os assuntos ainda pendentes de regulamentação e constituem o propósito do presente projeto de lei.

Antes de abordar cada um dos pontos pendentes acima mencionados, gostaria de fazer uma correlação entre este projeto de lei e aquele que deu origem à Lei nº 11.738, de 2008, e regulamentou o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica.

A referida Lei teve origem no Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 59, de 2004, de autoria do Senador Cristovam Buarque. É importante informar que o PLS 59/2004 foi apresentado em 24 de março de 2004, ou seja, 33 meses antes da promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 53, de 2006, que acrescentou ao art. 206 o inciso VIII com a seguinte redação:

“Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

.....
 VIII - piso salarial profissional nacional para os profissionais da educação escolar pública, nos termos de lei federal.”

Apresentados esses antecedentes, desejo voltar à análise dos pontos centrais desta minha contribuição à operacionalização das inovações introduzidas na Constituição Federal pela PEC nº 391, de 2009.

Quanto à primeira questão – o piso salarial profissional nacional – proponho fixar dois parâmetros: de um lado, o valor inicial de R\$ 1.020,00, que corresponde a cerca de dois salários-mínimos previstos para o exercício de 2010, e de outro lado, uma sistemática de atualização deste valor com base na variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC).

O início da vigência do piso salarial profissional nacional é subordinado a um quadro de incertezas derivadas da natureza do processo legislativo e dos trâmites necessários ao acatamento das disposições estabelecidas na Lei de Responsabilidade Fiscal. Assim, proponho que o valor inicial de R\$ 1.020,00 sofra atualização correspondente à variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) no período transcorrido desde 1º de janeiro de 2010 até o início de plena vigência desta Lei.

Mediante a previsão desta correção inicial do valor agora proposto para o piso salarial profissional nacional, estaremos evitando que os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias começem a perceber uma remuneração que já tenha sofrido a erosão derivada do processo inflacionário verificado no período que venha a anteceder a plena vigência desta Lei.

Uma vez implantado o piso salarial profissional nacional, haverá uma sistemática de natureza permanente para a recuperação de seu valor de compra, que será atualizado anualmente, no mês de janeiro, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) nos meses anteriores à data do reajuste.

Em 2009, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde, publicou a Portaria nº 2.008, de 1º de setembro de 2009, para fixar o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde. O art. 1º assim estabelece:

Art. 1º Fixar em R\$ 651,00 (seiscentos e cinqüenta e um reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS), a cada mês, o valor do Incentivo Financeiro referente aos Agentes Comunitários de Saúde das estratégias Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

.....

Coloca-se em discussão, portanto, um ponto crucial: como evoluir de R\$ 651,00 (valor atual do incentivo de custeio do agente comunitário de saúde que percebe, em termos líquidos, algo em torno do salário mínimo) para mais de R\$ 1.020,00 (valor previsto para o piso salarial profissional nacional, o qual deve ser acrescido do custo dos encargos sociais e do 13º salário). Tenho a expectativa de que este projeto de lei venha estimular e subsidiar esse importante debate e que venhamos obter um adequado equacionamento do apoio financeiro complementar da União para o cumprimento do piso salarial mínimo.

Por último, estão os temas relativos às diretrizes para os planos de carreira e à necessidade de um referencial coercitivo para estimular a correta atenção ao novo marco institucional previsto para as atividades do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias.

O art. 5º procura oferecer um marco inicial para essa questão. De um lado, o estabelecimento das diretrizes deve ser uma responsabilidade dos órgãos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, por outro lado, a lei federal prevista no § 5º do art. 198 da Constituição Federal deve estabelecer um conjunto mínimo de parâmetros para este exercício.

Trata-se de tema para o qual é necessário chamar a atenção e espero que a presente proposição legislativa possa fazer avançar uma reflexão e subsidiar os debates, pois devemos buscar um equilíbrio entre a fixação de parâmetros básicos na lei federal e a necessária flexibilidade para o estabelecimento de diretrizes pelos diversos órgãos gestores do SUS.

Por fim, o art. 6º coloca alguns parâmetros para forçar a pronta atenção por parte dos municípios à aplicação de um piso salarial uniforme no País e ao estabelecimento de um plano de carreira.

Em síntese, como não proponho medidas drásticas, espero o acolhimento das alterações aqui propostas pelos gestores locais do SUS, pois o presente projeto de lei não traz necessidade de mudanças estruturais na organização do financiamento da atenção básica em saúde e da vigilância em saúde, já que a atual estrutura de financiamento do Ministério da Saúde contempla a transferência de recursos aos Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo. Neste sentido, as Portarias nº 2.007 e nº 2.008, de 1º de setembro de 2009, contemplam, inclusive, um incentivo para o custeio do Programa Agentes Comunitários de Saúde.

Também em relação aos Agentes de Combate às Endemias, há uma sistemática de financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças que se encontra estabelecida desde 1999, mediante a Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

Em 2007, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou 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. Foram estabelecidos cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

Dois blocos de financiamento (Atenção Básica e Vigilância em Saúde) serão fortalecidos como resultado da promulgação da PEC nº 391, de 2009, e da aprovação deste projeto de lei que agora submeto à consideração de meus Pares. Sem mudanças radicais, o que aqui se propõe consiste na elevação do aporte de recursos pelo Ministério da Saúde aos dois

mencionados blocos de financiamento, base da atuação do SUS, pois constituem as portas de entrada do cidadão e da comunidade às ações e serviços de saúde e de vigilância em saúde.

Há de se compreender que enquanto não for estruturada com qualidade uma atenção básica em saúde e um eficiente serviço de vigilância em saúde, os recursos destinados às ações de média e alta complexidade nunca serão suficientes para atender à demanda, já que a prevenção das doenças que mais matam no Brasil depende de uma ação eficaz dos serviços de atenção básica e de vigilância em saúde. Tal proposta de investimento tem um duplo benefício: além de atuar evitando o surgimento e o desenvolvimento de doenças, atua também na promoção da saúde visando o ganho em qualidade de vida.

Cabe ressaltar, também, que atuar evitando o aparecimento de doenças acarreta em menor gasto com tratamentos de maior densidade tecnológica, diminuindo a demanda por serviços de média e alta complexidade, o que torna o sistema de saúde mais eficiente e menos oneroso aos cofres públicos. Como exemplo ilustrativo, pode ser mencionado que é bem mais barato evitar o surgimento e o desenvolvimento de diabetes ou hipertensão do que tratar seus efeitos desastrosos, além de ser muito mais benéfico para as pessoas, que ganham em qualidade de vida e evitam dor e sofrimento.

Para isso, um dos aspectos primordiais dessa qualificação da atenção básica à saúde e da vigilância em saúde passa pela remuneração adequada de seus trabalhadores, a perspectiva de carreira, a estabilidade funcional e a valorização pela qualificação profissional. Estudos apontam que o investimento em programas como Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias tem tido importância na redução da mortalidade infantil em nosso País, além de diminuir a morbidade e propiciar a melhoria das condições de vida de nossa população, em especial da população rural.

Com a apresentação desta justificação, desejo pedir o apoio de meus Pares para a imediata promulgação da PEC nº 391, de 2009, e para o debate que espero resultar no aperfeiçoamento e na aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, 17 de dezembro de 2009.

DEPUTADO RAIMUNDO GOMES DE MATOS

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI
--

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

Coordenação de Comissões Permanentes - DECOM - P_6748
CONFERE COM O ORIGINAL AUTENTICADO
PL 6.681/2009

TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

Seção II Da Saúde

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000*)

§ 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. (*Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000*)

§ 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. (*Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000*)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#))

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#))

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerce funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006](#))

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

.....
.....

CAPÍTULO III DA EDUCAÇÃO, DA CULTURA E DO DESPORTO

Seção I Da Educação

.....

Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber;

III - pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;

IV - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;

V - valorização dos profissionais da educação escolar, garantidos, na forma da lei, planos de carreira, com ingresso exclusivamente por concurso público de provas e títulos, aos das redes públicas; ([Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006](#))

VI - gestão democrática do ensino público, na forma da lei;

VII - garantia de padrão de qualidade.

VIII - piso salarial profissional nacional para os profissionais da educação escolar pública, nos termos de lei federal. (*Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006*)

Parágrafo único. A lei disporá sobre as categorias de trabalhadores considerados profissionais da educação básica e sobre a fixação de prazo para a elaboração ou adequação de seus planos de carreira, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (*Parágrafo único acrescido pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006*)

Art. 207. As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

§ 1º É facultado às universidades admitir professores, técnicos e cientistas estrangeiros, na forma da lei. (*Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 11, de 1996*)

§ 2º O disposto neste artigo aplica-se às instituições de pesquisa científica e tecnológica. (*Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 11, de 1996*)

.....
.....

DECRETO-LEI N° 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940

Código Penal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte lei:

CÓDIGO PENAL

PARTE GERAL

TÍTULO I DA APLICAÇÃO DA LEI PENAL

Anterioridade da Lei

Art. 1º Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal. (*artigo com redação dada pela lei nº 7.209, de 11/7/1984*)

Lei penal no tempo

Art. 2º Ninguém pode ser punido por fato que lei posterior deixa de considerar crime, cessando em virtude dela a execução e os efeitos penais da sentença condenatória.

Parágrafo único. A lei posterior, que de qualquer modo favorecer o agente, aplica-se aos fatos anteriores, ainda que decididos por sentença condenatória transitada em julgado (*Artigo com redação dada pela Lei nº 7.209, de 11/7/1984.*)

LEI Nº 1.079, DE 10 DE ABRIL DE 1950

Define os crimes de responsabilidade e regula o respectivo processo de julgamento.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

PARTE PRIMEIRA DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA E MINISTROS DE ESTADO

Art. 1º São crimes de responsabilidade os que esta lei especifica.

Art. 2º Os crimes definidos nesta lei, ainda quando simplesmente tentados, são passíveis da pena de perda do cargo, com inabilitação, até cinco anos, para o exercício de qualquer função pública, imposta pelo Senado Federal nos processos contra o Presidente da República ou Ministros de Estado, contra os Ministros do Supremo Tribunal Federal ou contra o Procurador Geral da República.

LEI Nº 8.429, DE 2 DE JUNHO DE 1992

Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Os atos de improbidade praticados por qualquer agente público, servidor ou não, contra a administração direta, indireta ou fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, de Território, de empresa incorporada ao patrimônio público ou de entidade para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com mais de cinqüenta por cento do patrimônio ou da receita anual, serão punidos na forma desta Lei.

Parágrafo único. Estão também sujeitos às penalidades desta Lei os atos de improbidade praticados contra o patrimônio de entidade que receba subvenção, benefício ou incentivo, fiscal ou creditício, de órgão público bem como daquelas para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com menos de cinqüenta por cento do patrimônio ou da receita anual, limitando-se, nestes casos, a sanção patrimonial à repercussão do ilícito sobre a contribuição dos cofres públicos.

Art. 2º Reputa-se agente público, para os efeitos desta Lei, todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função nas entidades mencionadas no artigo anterior.

.....
.....

LEI COMPLEMENTAR N° 101, DE 4 DE MAIO DE 2000

Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

.....

CAPÍTULO IV DA DESPESA PÚBLICA

.....

Subseção I Da Despesa Obrigatória de Caráter Continuado

Art. 17. Considera-se obrigatória de caráter continuado a despesa corrente derivada de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixem para o ente a obrigação legal de sua execução por um período superior a dois exercícios.

§ 1º Os atos que criarem ou aumentarem despesa de que trata o *caput* deverão ser instruídos com a estimativa prevista no inciso I do art. 16 e demonstrar a origem dos recursos para seu custeio.

§ 2º Para efeito do atendimento do § 1º, o ato será acompanhado de comprovação de que a despesa criada ou aumentada não afetará as metas de resultados fiscais previstas no anexo referido no § 1º do art. 4º, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa.

§ 3º Para efeito do § 2º, considera-se aumento permanente de receita o proveniente da elevação de alíquotas, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributo ou contribuição.

§ 4º A comprovação referida no § 2º, apresentada pelo proponente, conterá as premissas e metodologia de cálculo utilizadas, sem prejuízo do exame de compatibilidade da despesa com as demais normas do plano plurianual e da lei de diretrizes orçamentárias.

§ 5º A despesa de que trata este artigo não será executada antes da implementação das medidas referidas no § 2º, as quais integrarão o instrumento que a criar ou aumentar.

§ 6º O disposto no § 1º não se aplica às despesas destinadas ao serviço da dívida nem ao reajustamento de remuneração de pessoal de que trata o inciso X do art. 37 da Constituição.

§ 7º Considera-se aumento de despesa a prorrogação daquela criada por prazo determinado.

Seção II Das Despesas com Pessoal

Subseção I Definições e Limites

Art. 18. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

§ 1º Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas com Pessoal".

§ 2º A despesa total com pessoal será apurada somando-se a realizada no mês em referência com as dos onze imediatamente anteriores, adotando-se o regime de competência.

.....
.....

LEI N° 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006

Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

Faço saber que o **PRESIDENTE DA REPÚBLICA** adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

.....
.....

LEI Nº 11.738, DE 16 DE JULHO DE 2008

Regulamenta a alínea "e" do inciso III do caput do art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei regulamenta o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica a que se refere a alínea "e" do inciso III do caput do art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 2º O piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica será de R\$ 950,00 (novecentos e cinqüenta reais) mensais, para a formação em nível médio, na modalidade Normal, prevista no art. 62 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

.....
.....

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de

forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio

do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável;

III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

CAPÍTULO III DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada “FMS – nome do município – PAB” de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação

dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

- I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
- II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações

previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena – SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

.....
.....

PORTRARIA Nº 2.007, DE 1º DE SETEMBRO DE 2009

Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB, por Município e para o Distrito Federal.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e dispõe como responsabilidade do Ministério da Saúde a garantia de recursos financeiros para compor o financiamento da atenção básica;

Considerando a necessidade de atualização dos valores do Piso da Atenção Básica com vistas a impulsionar mudanças na organização da atenção básica no País; e

Considerando a Portaria nº 3.067/GM, de 23 de dezembro de 2008, que define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB, por Município e para o Distrito Federal, resolve:

Art. 1º Fixar o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo em R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

Parágrafo único. Será mantido o valor per capita dos Municípios que recebem, atualmente, PAB superior a R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano.

Art. 2º Divulgar, na forma do Anexo a esta Portaria, os valores anuais e mensais da parte fixa do Piso da Atenção Básica (PAB), por Município e para o Distrito Federal.

.....
.....

PORTRARIA Nº 2.008, DE 1º DE SETEMBRO DE 2009

Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006;

Considerando os gastos da gestão municipal com a contratação de Agentes Comunitários de Saúde das estratégias Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, em conformidade com à legislação vigente; e

Considerando a necessidade de revisar o valor estabelecido para o incentivo de custeio referente aos Agentes Comunitários de Saúde das estratégias Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, definido pela Portaria Nº 1.234/GM, de 19 de junho de 2008, resolve:

Art. 1º Fixar em R\$ 651,00 (seiscentos e cinqüenta e um reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS), a cada mês, o valor do Incentivo Financeiro referente aos Agentes Comunitários de Saúde das estratégias Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

§ 1º Estabelecer como base de cálculo do valor a ser transferido aos Municípios e

ao Distrito Federal o número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema Nacional de Informação definido para esse fim, no mês anterior à respectiva competência financeira.

§ 2º No último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de Agentes Comunitários de Saúde registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para esse fim, no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo fixado no caput deste artigo.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários, de que trata a presente Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD Piso de Atenção Básica - Saúde da Família.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência julho de 2009.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

FIM DO DOCUMENTO