

Élida Graziane Pinto

Financiamento dos Direitos à Saúde e à Educação

Uma Perspectiva Constitucional

Prefácio
Ingo Wolfgang Sarlet

À GUIA DE CONCLUSÃO
VEDAÇÃO DE RETROCESSO NA
RESPONSABILIDADE ORÇAMENTÁRIA DA
FEDERAÇÃO PELO CUSTEIO DOS DIREITOS À
EDUCAÇÃO E SAÚDE

Não se empreende uma proposta de pesquisa como esta sem levar consigo algumas fortes impregnações dela resultantes para o futuro. O apanhado final vai além do esforço de apenas diagnosticar eventuais conflitos distributivos na federação brasileira e fragilidades normativas nos arranjos constitucionais das políticas públicas de educação e saúde.

Ademais disso, a presente pesquisa permitiu desvendar o sistema ampliado de deveres estatais de proteção que estão a reclamar progressividade no financiamento dos direitos fundamentais. A vedação de retrocesso, nesse sentido, precisa ser reinterpretada como princípio de coloração dinâmica, assim como também o é a máxima eficácia dos direitos fundamentais.

Máximo de eficácia e vedação de retrocesso, a bem da verdade, expressam não apenas o estágio adquirido de evolução material de determinado direito fundamental, mas indicam um dever social e historicamente comprometido de dirigir a ação governamental para o incremento sistemático daquele estágio inicial, dado o nível de riqueza disponível. Tais princípios, por isso, não podem ser tratados constitucionalmente apenas como vedação de extinção ou de redução deliberada.

O processo emancipatório da dignidade da pessoa humana reclama que se vá além e que se promova a vedação da estagnação, assim como manifesta repulsa à restrição interpretativa que retire do direito fundamental a sua possibilidade fática de progredir.

Essa diretiva aplica-se igualmente ao princípio federativo, pois a distribuição do poder por diversas unidades políticas autônomas, ao longo do território brasileiro, nada mais seria que um modo institucional de orientar a ação estatal para o mesmo processo emancipatório.

O federalismo foi o meio constitucionalmente escolhido no Brasil para organizar o Estado de modo a torná-lo capaz de assegurar progressividade à noção de dignidade da pessoa humana. Uma coisa não se afasta da outra, pelo contrário, os direitos fundamentais reclamam a forte proteção estatal, e o Estado recebe competências constitucionais para promover tal dever de guarda e satisfação progressiva.

Emerge, daí, a responsabilidade orçamentário-financeira de todos os entes da federação pelo dever de custeio progressivo aos direitos fundamentais. Com maior força normativa, apresentam-se os deveres constitucionais de gasto mínimo em favor dos direitos à saúde e à educação. É óbvio que o mínimo pode e deve ser superado, ao longo da evolução político-econômica da sociedade brasileira.

A responsabilidade de não apenas cumprir o piso, mas de assumir um dever de progressividade fiscal e material em tais direitos fundamentais, passa a ser o norte da máxima eficácia propugnada constitucionalmente para a saúde e a educação.

Para que tal progressividade assuma a “força irradiante” dos direitos fundamentais, na feliz expressão de Sarlet (2009), é preciso, contudo, que não haja distorções federativas na distribuição das responsabilidades de gasto e das receitas socialmente disponíveis.

A guerra fiscal de despesa no SUS, os impasses interpretativos havidos tanto na área da educação, quanto na política pública de saúde e os próprios conflitos distributivos entre os entes da Federação são distorções apontadas pelo presente estudo e que precisam ser reavaliadas à luz de todos os pilares interpretativos acima firmados.

Na área da saúde, restou comprovada a hipótese de que, durante algum tempo, a falta e, depois da LC nº 141/2012, a insuficiente regulamentação da EC nº 29/2000 causaram, em maior ou menor medida, as instabilidades do financiamento do SUS em Minas Gerais no pós-EC nº 29/2000, à luz da regressividade do gasto federal, das manobras contábeis do estado e da sobrecarga suportada pelos municípios em tal financiamento.

As séries históricas (2003 a 2008) dos gastos com saúde dos 26 municípios com mais de 100 mil habitantes de Minas Gerais e do próprio estado, quando cruzadas com os dados do mesmo período da União, denotam que os municípios, em média, gastaram 43,80% mais do que o mínimo constitucionalmente exigido em saúde, para suprir a regressividade do gasto federal e o caráter evasivo do gasto do estado de Minas Gerais nas ações e serviços públicos em saúde.

Por outro lado, na educação, as séries históricas mostraram que existe uma estrutura de financiamento menos díspar e mais estável, para a qual os custos do financiamento foram mais bem repartidos, sem sobrecarga de ônus fiscal sobre os municípios. Os municípios mineiros observados aplicaram, em média, de 2003 a 2008, o patamar de 26,70% de suas receitas com impostos e transferências constitucionais em educação, o que excede o mínimo do art. 212 (que é de 25%) em apenas 6,80%.

Quanto ao estado, a média foi de 28,79% (o mínimo também é de 25% para os estados), tendo o excedente médio da série sobre esse mínimo sido de 15,16%, até porque a responsabilidade do financiamento do ensino médio e a rede de escolas estaduais já constituída no ensino fundamental não foram integralmente municipalizadas.

A bem da verdade, em educação, todos os entes da federação observados progrediram²⁰⁹ em repasses e no próprio modelo de prestação desse direito, o que se explica, como visto no capítulo 3, pela maior clareza das “regras do jogo” federativo em seu financiamento.

Com tal arranjo estável, não é de se estranhar que a educação tenha tido já duas novas emendas (além da EC nº 14/1996, criadora do Fundef) que ampliaram consistentemente a base de inclusão material do que se entende direito à educação (EC nº 53/2006, instituidora do Fundeb, e EC nº 59/2009, que finalmente conseguiu mitigar a DRU no financiamento da educação).

A saúde ficou à revelia de um modelo paralelo (normas a serem editadas por lei complementar e, enquanto essas não viessem, norma transitória no ADCT), além de haver optado por uma busca errática de fontes de financiamento provisórias e politicamente instáveis (como ocorreu, por exemplo, com a CPMF, que tinha de ser prorrogada de tempos em tempos). Talvez seja por isso que a política pública de saúde tenha ficado mais suscetível e fragilizada diante dessa guerra fiscal

²⁰⁹ É preciso registrar que a União fez progredir o seu patamar de gasto de forma mais errática e conturbada que a assumida pelos entes subnacionais.

de despesa no cenário de contracionismo orçamentário da União, de interpretações evasivas dos estados-membros e de judicialização, por vezes, míope do setor.

Enquanto a estrutura de financiamento estatal da educação progrediu em meio a um processo socialmente construído de correção dos erros e “renegociação” federativa do seu custeio, por meio de novas emendas à Constituição, a política pública de saúde estagnou-se. Em decorrência da sua maior precariedade jurídico-normativa, o arranjo constitucional do dever de financiamento mínimo da saúde, em última instância, apenas lhe conferiu eficácia a mais tímida possível, ou seja, o piso do art. 77 do ADCT e mais de uma década de omissão legislativa que fez emergir a insuficiente regulamentação feita na LC nº 141/2012, a qual não ousou resolver o impasse federativo da regressividade do gasto federal em saúde.

Mas o que fazer para enfrentar tal impasse normativo-distributivo e para afastar os abusos (verdadeiras estratégias de dissimulação, razão pela qual foram chamadas aqui de “evasão fiscal de despesa”)?

Há limites normativos à discricionariedade na esfera orçamentária e, em se tratando dos direitos à saúde e à educação, independentemente de eles serem percebidos e exigidos individual ou coletivamente, alguns desses limites estão inscritos nos preceitos fundamentais inscritos na Carta de 1988.

O que se pode depreender do presente estudo é que não só cabe controle para assegurar a conformidade constitucional da execução orçamentária federal com as ações e serviços públicos em saúde e com o dever de manutenção e desenvolvimento do ensino no Brasil, como há diversas hipóteses de controle.

Importa ressaltar que essas hipóteses são difusas e, precisamente por isso, devem ser operadas pelas diversas instâncias competentes e interessadas. A começar pelo próprio cidadão, ele pode:

1. Ajuizar ação no sistema de controle difuso para questionar a constitucionalidade da tredestinação (perpetrada pelo Poder Constituinte Derivado) de receitas vinculadas da seguridade social, o que torna a instituição das contribuições sociais constitucionalmente ilegítima;
2. Ajuizar ações populares para invalidar a aprovação de balanços de execução orçamentária que descumpram, aberta ou dissimuladamente, os patamares mínimos de gasto em saúde e em educação;
3. Buscar junto aos legitimados ativos (previstos no art. 103 da CR/1988 c/c art. 2º da Lei nº 9.882/1999) o ajuizamento

de arguições de descumprimento de preceito fundamental para fixar a interpretação constitucionalmente adequada dos dispositivos que asseguram aplicação mínima de recursos em saúde e em educação;

4. Representar a ocorrência de crime de responsabilidade na forma do disposto no art. 85, II, III e VI, da CR/1988, para que o Congresso Nacional promova a devida responsabilização político-administrativa do Presidente e dos Ministros da República que a) lesarem, no concernente ao inc. II, o direito dos entes subnacionais a uma equilibrada repartição de receitas; b) no que se refere ao inc. III, negarem validade e progressividade aos direitos objetivos de financiamento mínimo da saúde e da educação públicas e que, c) relativamente ao inc. VI, descumprirem a lei orçamentária, notadamente, ao longo de ações que carecem de motivação e aprovação do Legislativo, como exemplo, o contingenciamento de empenhos e a substituição de fontes de receitas para minimizar o alcance das vinculações constitucionais;
5. Buscar, mais uma vez, junto aos legitimados ativos do art. 103 da Carta de 1988 o ajuizamento de ação direta de inconstitucionalidade das emendas constitucionais que instituíram e que mantêm, ao longo de mais de vinte anos, a desvinculação de receitas vinculadas à seguridade social e de recursos mínimos destinados às políticas de saúde e educação;
6. Requerer — no curso dos processos administrativos federais de execução orçamentária, na forma do que dispõem os arts. 2º, VII, e 50, I, da Lei nº 9.784/1999 — a apresentação do resultado da avaliação dos programas de ação governamental, tal como o exigem o art. 74, I, da CR/1988, e o art. 75, III, da Lei nº 4.320/1964; e, enfim,
7. Defender individualmente seus direitos fundamentais (em especial, vale citar os direitos prestacionais), quando se configurar no caso concreto lesão (ou ameaça de lesão), seja por ação ou omissão, diante dos rearranjos orçamentários (defendidos em nome do sempre necessário ajuste fiscal do Governo Federal) que impliquem retrocesso social e afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana.

A partir do cidadão, todas as demais instâncias devem ser mobilizadas e o serão em movimento que não pode pretender resolver todos os problemas de uma única vez e de uma vez por todas. Vale

lembrar que o controle é esforço sisífico que insiste em mostrar aos governantes que a delegação de poder é sempre instrumento para a consecução de finalidades definidas como públicas. Tais finalidades assim são consideradas não porque o ditado dogmático da lei as enuncia como públicas, mas porque o público é sempre o resultado da tensão dialógica entre os procedimentos democráticos de inclusão dos interessados na decisão e o respeito às salvaguardas constitucionais.

É, pois, na pluralidade significativa de instâncias e de hipóteses de controle que se abre o esforço de juridicizar — sob o signo da conformidade constitucional — o tema ora estudado. O resultado não poderia ser mais democratizante e republicano, na medida em que a definição do que seja prioridade alocativa estatal e de como o Estado se desincumbe de suas competências constitucionais não podem ser temas aferíveis apenas pelos gestores públicos.

Vive-se — cada vez mais — em uma “comunidade aberta de intérpretes da Constituição” (HÄBERLE, 1997), uma vez que essa deve admitir sua interpretação como um processo aberto a todos os cidadãos, que são seus legítimos intérpretes democráticos, mais do que apenas destinatários de seus comandos.

A discursividade democrática precisa reinstaurar em novos patamares o debate sobre a execução orçamentária em todos os níveis da federação; mas, especialmente, no âmbito federal, é preciso cuidar de controlar as diversas formas de emancipação ilegítima do poder administrativo, para que o manejo da atividade financeiro-orçamentária da União não seja feito deliberadamente no intuito de restringir o grau materialmente possível de execução de políticas públicas (especialmente as prestacionais).

Afastar algumas pretensas obviedades, como a aparente normalidade da guerra fiscal de despesa no SUS e a DRU, por exemplo, exige, sobretudo, que o Direito não se descuide do controle estendido no tempo sobre cada ato estatal para que não sejam esvaziadas as relações entre Legislativo e Executivo, para que o Judiciário siga avançando sobre os arbítrios (administrativos e legislativos) que causam lesão a direitos e para que os fluxos comunicativos da esfera pública possam continuar tendo ressonância na definição democrática dos rumos da Administração Pública. É esse, como já dito, um verdadeiro esforço sisífico, tão inafastável, quanto reiterado e complexo, quiçá tão penoso que somente pode ser exercido difusa e pluralmente.

ÚLTIMO CONVITE AO DIÁLOGO: AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE GASTO MÍNIMO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

(continua)

| Conteúdo do gasto mínimo | | Educação | Saúde |
|--------------------------|--------------------|--|--|
| Gasto mínimo formal | Despesas admitidas | <p>Art. 70 da Lei nº 9.394/1996:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remuneração e aperfeiçoamento do pessoal docente e demais profissionais da educação; 2. Aquisição, manutenção, construção e conservação de instalações e equipamentos necessários ao ensino; 3. Uso e manutenção de bens e serviços vinculados ao ensino; 4. Levantamentos estatísticos, estudos e pesquisas visando precipuamente ao aprimoramento da qualidade e à expansão do ensino; 5. Realização de atividades-meio necessárias ao funcionamento dos sistemas de ensino; 6. Concessão de bolsas de estudo a alunos de escolas públicas e privadas; 7. Amortização e custeio de operações de crédito destinadas a atender ao disposto nos incisos deste artigo; 8. Aquisição de material didático-escolar e manutenção de programas de transporte escolar. | <p>Art. 3º da LC nº 141/2012:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; 2. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; 3. Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); 4. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; 5. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; 6. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; 7. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; 8. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças; 9. Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; 10. Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais; 11. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e 12. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. |

| Conteúdo do gasto mínimo | | Educação | Saúde |
|--------------------------|--------------------|---|--|
| Gasto mínimo formal | Despesas excluídas | <p>Art. 23 da Lei nº 11.494/2007 c/c art. 71 da Lei nº 9.394/1996:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Garantia ou contrapartida de operações de crédito, internas ou externas, contraidas pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios que não se destinem ao financiamento de projetos, ações ou programas considerados como ação de manutenção e desenvolvimento do ensino para a educação básica; 2. Pesquisa, quando não vinculada às instituições de ensino, ou, quando efetivada fora dos sistemas de ensino, que não vise, precipuamente, ao aprimoramento de sua qualidade ou à sua expansão; 3. Subvenção a instituições públicas ou privadas de caráter assistencial, desportivo ou cultural; 4. Formação de quadros especiais para a Administração Pública, sejam militares ou civis, inclusive diplomáticos; 5. Programas suplementares de alimentação, assistência médico-odontológica, farmacêutica e psicológica, e outras formas de assistência social; 6. Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede escolar; 7. Pessoal docente e demais trabalhadores da educação, quando em desvio de função ou em atividade alheia à manutenção e desenvolvimento do ensino. | <p>Art. 4º da LC nº 141/2012:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde; 2. Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; 3. Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal; 4. Merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º; 5. Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; 6. Limpeza urbana e remoção de resíduos; 7. Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais; 8. Ações de assistência social; 9. Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e 10. Ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde. |

(continua)

| Conteúdo do gasto mínimo | | Educação | Saúde |
|--------------------------|----------------------------|---|---|
| Gasto mínimo material | Obrigações legais de fazer | <p>1. Assegurar o acesso à educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezesete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria, conforme o art. 208, I da CR/1988, art. 54 da Lei nº 8.069/1990 e art. 5º da Lei nº 9.394/1996;</p> <p>2. Destinar 60% dos recursos do Fundeb na remuneração do magistério da educação básica, conforme art. 22 da Lei nº 11.494/2007;</p> <p>3. Remunerar segundo o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica, conforme a Lei nº 11.738/2008;</p> <p>4. Recensar anualmente as crianças e adolescentes em idade escolar, bem como os jovens e adultos que não concluíram a educação básica; fazer-lhes a chamada pública e, por fim, zelar, junto aos pais ou responsáveis, pela frequência à escola. (art. 208, §3º da CR/1988 e art. 5º, §1º da Lei nº 9.394/1996);</p> <p>5. Demais obrigações definidas em legislação extravagante.</p> | <p>Conforme o art. 196 da CR/1988 c/c o art. 2º, §1º da Lei nº 8.080/1990:</p> <p>1. Reduzir os riscos de doenças e de outros agravos; e</p> <p>2. Assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>Conforme o art. 200 da CR/1988:</p> <p>3. Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;</p> <p>4. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;</p> <p>5. Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;</p> <p>6. Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;</p> <p>7. Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;</p> <p>8. Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;</p> <p>9. Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;</p> <p>10. Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.</p> <p>Conforme a legislação especial:</p> <p>11. Obedecer aos regimes legais de proteção diferenciada no direito à saúde destinados a:</p> <p>11.1. Criança e adolescente;</p> |

| Conteúdo do gasto mínimo | | Educação | Saúde |
|--------------------------|----------------------------------|--|--|
| Gasto mínimo material | Obrigações legais de fazer | | 11.2. Idoso; 11.3. Mulher, gestante, parturiente e lactante; 11.4. Indígenas; 11.5. Pacientes de câncer; 11.6. Portadores de Aids/HIV; 11.7. Portadores de deficiência; 11.8. Portadores de transtornos mentais; 11.9. Pacientes que necessitem de transplante; 11.10. Usuários de drogas, dentre outros. |
| | Índices e indicadores relevantes | 1. Quantidade de vagas em face da população residente em idade escolar; 2. IDFB; 3. Taxa de distorção idade-série; 3. Taxa de abandono; 4. Taxa de aprovação; 5. Taxa de reprovação; 6. Média de horas-aula diária; 7. Média de alunos por turma; 8. Taxa de analfabetismo; 9. Taxa de escolarização; 10. Proporção de alunos com aprendizado adequado para etapa escolar. | 1. IDSUS; 2. Metas e indicadores definidos no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), conforme art. 36, IV do Decreto Federal nº 7.508/2011. <i>Para o triênio 2013/2015, as diretrizes, metas e indicadores foram fixadas por meio da Resolução nº 5/2013, da Comissão Intergestores Tripartite do SUS (cujo inteiro teor está disponível no endereço <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Resolucao_Indicadores_2013_2015.pdf>, acessado em 17 jan. 2014).</i> Segue relação de indicadores que serão objeto de avaliação de 2013 a 2015, a pretexto de fortalecimento do planejamento do SUS e implementação do aludido COAP: 2.1. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica; 2.2. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAAB); 2.3. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família; 2.4. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal; 2.5. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; |

(continua)

| Conteúdo do gasto mínimo | | Educação | Saúde |
|--------------------------|----------------------------------|----------|---|
| Gasto mínimo material | Índices e indicadores relevantes | | <p>2.6. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos;</p> <p>2.7. Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente;</p> <p>2.8. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente;</p> <p>2.9. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente;</p> <p>2.10. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente;</p> <p>2.11. Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado;</p> <p>2.12. Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado;</p> <p>2.13. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente;</p> <p>2.14. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM);</p> <p>2.15. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI);</p> <p>2.16. Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);</p> <p>2.17. Proporção das internações de urgência e emergência reguladas;</p> <p>2.18. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária;</p> <p>2.19. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária;</p> <p>2.20. Proporção de parto normal;</p> <p>2.21. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;</p> <p>2.22. Número de testes de sífilis por gestante;</p> <p>2.23. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência;</p> |

| Conteúdo do gasto mínimo | | Educação | Saúde |
|--------------------------|----------------------------------|----------|--|
| Gasto mínimo material | Índices e indicadores relevantes | | <p>2.24. Taxa de mortalidade infantil;</p> <p>2.25. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados;</p> <p>2.26. Proporção de óbitos maternos investigados;</p> <p>2.27. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados;</p> <p>2.28. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade;</p> <p>2.29. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial;</p> <p>2.30. Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);</p> <p>2.31. Percentual de crianças indígenas <7 anos de idade com esquema vacinal completo;</p> <p>2.32. Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados;</p> <p>2.33. Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados;</p> <p>2.34. Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados;</p> <p>2.35. Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas;</p> <p>2.36. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;</p> <p>2.37. Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose;</p> <p>2.38. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida;</p> <p>2.39. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação;</p> |

(continua)

| Conteúdo do gasto mínimo | | Educação | Saúde |
|--------------------------|----------------------------------|----------|---|
| Gasto mínimo material | Índices e indicadores relevantes | | <p>2.40. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados;</p> <p>2.41. Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios;</p> <p>2.42. Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos;</p> <p>2.43. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³;</p> <p>2.44. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados;</p> <p>2.45. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;</p> <p>2.46. Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados;</p> <p>2.47. Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral;</p> <p>2.48. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina;</p> <p>2.49. Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários;</p> <p>2.50. Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária;</p> <p>2.51. Número absoluto de óbitos por dengue;</p> <p>2.52. Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue;</p> <p>2.53. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;</p> <p>2.54. Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado;</p> <p>2.55. Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados;</p> <p>2.56. Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano;</p> |

| Conteúdo do gasto mínimo | | Educação | Saúde |
|--------------------------|----------------------------------|----------|--|
| Gasto mínimo material | Índices e indicadores relevantes | | <p>2.57. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas;</p> <p>2.58. Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva;</p> <p>2.59. Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental;</p> <p>2.60. Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados;</p> <p>2.61. Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos;</p> <p>2.62. Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento;</p> <p>2.63. Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde;</p> <p>2.64. Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS);</p> <p>2.65. Proporção de municípios com Ouvidoria Implantada;</p> <p>2.66. Componente do SNA estruturado; e</p> <p>2.67. Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.</p> |

Fonte: Elaboração própria.