

NOTA TÉCNICA N. 3/2015

Assunto: obrigações da gestão municipal do SUS na contratação de agentes de controle de endemias, em face da Lei n. 12.994/2015

Com a promulgação da Lei n. 12.994, de 17 de junho de 2015 (que alterou a redação da Lei n. 11.350/2006), instituindo piso salarial profissional nacional, jornada de trabalho e diretrizes para plano de carreira para Agentes de Controle de Endemias (ACEs) e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), bem como instituindo assistência financeira complementar (AFC) da União aos Estados e Municípios para cumprimento desses pisos salariais, e com o advento da respectiva regulamentação pelo Decreto n. 8.474/2015 e pela Portaria GM/MS n. 1.025/2015, haverá aumento do aporte financeiro da União para complementar o financiamento de ações e serviços de saúde, na esfera de vigilância e de atenção básica.

O recente diploma legal, dando nova redação ao art. 9º-C da Lei n. 11.350/2006, instituiu piso salarial profissional nacional de ACSs e ACEs em R\$ 1.014,00, com jornada de trabalho de 40 horas semanais integralmente dedicadas para ações e serviços de promoção de saúde, vigilância epidemiológica e combate a endemias.

Para tanto, determina-se à União a prestação de assistência financeira complementar (AFC) aos Estados e Municípios, em 95% desse valor, para o cumprimento do mencionado piso salarial.

Autoriza a expedição de decreto para fixar os parâmetros para a quantidade máxima de agentes passíveis de contratação com o uso da AFC. Para fins de fixação desse quantum, determinou considerar-se apenas os agentes efetivamente registrados no mês anterior à respectiva competência financeira, e que se encontrem no exercício de suas funções e com aquela carga horária de jornada semanal de trabalho.

Adveio, então, o Decreto, sob n. 8.474, de 22 de junho de 2015, que estabeleceu, para a fixação da quantidade máxima de ACEs e ACS cujas contratações serão custeadas com o aporte da AFC da União, no art. 3º, I a III, considerar-se apenas os ACEs e ACSs registrados no CNES-MS¹, no estrito desempenho de suas atribuições e submetidos à jornada de trabalho semanal de 40 horas.

E nos seus artigos 4º e 5º condicionou o repasse da AFC da União aos ACEs e ACSs com vínculos regularmente formalizados perante o ente federativo pelo regime jurídico previsto no art. 8º da Lei n. 11.350/2006. Dessa forma, excluiu-se a possibilidade de aporte dessa assistência financeira complementar para remuneração dos agentes contratados mediante práticas de “terceirização”, através de contratos, convênios, termos de parceria e/ou de gestão com instituições privadas de qualquer natureza jurídica, admitindo-se apenas o aporte adicional de recursos financeiros para o pagamento de agentes contratados diretamente pelos entes federativos, pelos regimes estatutário ou celetista.

¹ *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde, acessível em <http://cnes.datasus.gov.br/>*

Sobreveio a Portaria GM/MS n. 1025, de 21 de julho de 2015, que, com base nesses critérios, definiu o número máximo de ACEs por município, passível de contratação com o auxílio da AFC da União, em tabela anexa.

Para além desse quantitativo, fazendo consulta ao sítio do Fundo Nacional de Saúde², é possível aferir-se o quantum mensal dessa AFC que cada municipalidade já venha recebendo desde julho de 2015, como transferências correntes, automáticas e obrigatórias, para remuneração dos agentes (basta acessar, a partir da competência de julho 2015, as transferências ao Fundo de Saúde de município, no bloco “Atenção Básica”, no item “Assistência Financeira Complementar – 95 por cento”).

Tendo em vista os critérios limitadores para o repasse da AFC, apenas para cumprimento do piso salarial aos ACEs e ACSs contratados diretamente pelos Municípios pelos regimes celetista ou estatutário e registrados no CNES-MS no mês anterior à respectiva competência, o número desses profissionais será em regra sempre abaixo dos quantitativos necessários para fazer frente a todas as necessidades da população local.

Isso poderá ocorrer porque ainda é comum Municípios deixarem de proceder a constante atualização dos dados de todas as suas equipes técnicas no CNES-MS e ainda adotarem práticas de admissão inadequadas de ACEs através de contratações de empresas, organizações sociais, OSCIPs e outras entidades (já vedadas pelo art. 16 da Lei n. 11.350/2006).

Não obstante sejam contemplados os Municípios com AFC para auxiliar em 95% no custeio do piso salarial de menos ACEs do que o necessário, **isso não exclui a obrigação municipal em prover em seus quadros a quantidade de ACEs indispensável³, ainda que eventualmente superior ao quantitativo para o qual recebe o benefício complementar da União** ora nominado. Ou seja: o financiamento federal não limita necessariamente a implantação de ações e serviços de saúde necessários, cuja atribuição primordial é dos municípios.

Recordemos que o Sistema Único de Saúde é um sistema organizado e estruturado de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Tendo como diretriz o princípio da descentralização, previsto no art. 198, I, da Constituição Federal.

A Constituição Federal em seu art. 30, VII, atribui aos municípios a competência para

“prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

² <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

³ Na proporção de pelo menos 1 (um) ACE para cada 800 a 1000 imóveis existentes no município, como previsto no “Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD”, atualizado nas “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”, ambos do Ministério da Saúde.

A Lei nº 8080/90 atribuiu competência aos Municípios para execução das ações de vigilância epidemiológica no art. 18 da Lei Federal nº 8.080/90:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

LV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica;"

Na Constituição do Estado do Paraná prevê-se o seguinte:

Art. 169 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema estadual de saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - municipalização dos recursos, serviços e ações, com posterior regionalização dos mesmos, de forma a apoiar os Municípios;"

Desta forma, as ações de vigilância epidemiológica, entre as quais se encontram as ações de controle de vetores e de combate a endemias (atividades dos ACEs), são de competência direta e primordial dos Municípios, e, complementarmente dos Estados.

Portanto, não há dúvidas de que a **execução** das ações de vigilância epidemiológica cabe **aos Municípios**, apenas com a supervisão, a avaliação e controle das ações e a fornecimento de alguns insumos por parte dos Estados e da União, que já financiam parte das ações que diretamente devem ser exercidas pelas secretarias municipais de saúde.

E a Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1378/2013, ao dispor sobre as ações de vigilância epidemiológica, enumera algumas das atribuições municipais estritamente de acordo com as Constituições Federal e Estadual e com a Lei Federal nº 8.080/90:

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites

territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde;

II - coordenação municipal e execução das ações de vigilância;

Sob outro aspecto, de igual relevância, é de se frisar que os ACEs, embora tenham papel relevante no controle do vetor da **dengue**, não têm atribuições somente em relação a essa moléstia, mas de controle e prevenção de várias outras doenças, inclusive aquelas de transmissões de outras formas (como raiva, leishmaniose, tuberculose, etc), como se infere pelo contido no art. 4º da Lei 11.350/2006:

Art. 4o O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Assim, mesmo à luz da recente Lei n. 12.994/2014, permanece íntegro o dever legal dos municípios em contratar e manter em seus quadros próprios os ACSs e ACEs, mesmo que o aporte da AFC da União para tanto seja inferior ao quantitativo necessário de agentes.

Essa obrigação se torna **ainda mais genuína em municípios infestados** com o mosquito *Aedes aegypti*, nos quais se impõe à gestão local do SUS o integral cumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde através do “Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD”, atualizado nas “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue” (documento inclusive pactuado na CIT – Comissão Intergestores Tripartite, a vincular todos os entes federativos), **em especial mantendo a proporção de pelo menos 1 ACE exclusivamente para as atividades de campo relativas a cada 800 a 1000 imóveis locais.**

Caso, para se compor essas equipes de ACEs, com tal proporção, os recursos da AFC da União **não sejam suficientes, não se exige a municipalidade do dever legal de, fazendo uso de verbas que aportam ao Fundo Municipal de Saúde no financiamento tripartite** (em especial daqueles 15% mínimos previstos na EC n. 29/2000 e regulamentados na LC n. 141/2012), **contratar e manter**, pelo piso nacional salarial da Lei n. 11.350/2006, com a nova redação conferida pela Lei n. 12.994/2015.

Ademais, a todos os Municípios, a União já repassa regularmente, para compor o financiamento das ações de prevenção e

promoção de saúde: 1) o PAB – Piso de Atenção Básica, no componente Fixo (proporcional ao número per capita de habitantes) e no componente Variável (incluindo incentivo financeiros para manutenção de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde outros), 2) o Piso de Vigilância em Saúde no componente Fixo (proporcional ao número de habitantes) e no componente Variável (abrangendo incentivos pontuais para qualificação de determinados serviços de vigilância) e o 3) Piso Fixo de Vigilância Sanitária.

E a gestão estadual do SUS também transfere a todos os Municípios recursos mensais do Fundo Estadual de Saúde para custeio das ações da Vigilância em Saúde (sanitária e epidemiológica), através do programa denominado VigiaSUS.

Enfim, *ad argumentantum*, mesmo que os Municípios não recebessem esses aportes de recursos federais e estaduais, (reforçados agora com a contemplação da AFC da União ora decorrente da Lei n. 12.994/2015), não poderia servir de pretexto para as Secretarias Municipais de Saúde descuidarem desse vital eixo da vigilância epidemiológica.

Por derradeiro, recorde-se que a Constituição Federal de 1988, em seu art. 198, II, determina sejam priorizadas as ações de prevenção e promoção de saúde (exatamente do que ora se trata):

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:

(...)

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (grifos nossos).

Conclui-se, portanto, que **remanesce íntegra a obrigação municipal de exercer todas as ações e serviços de vigilância**, em especial a **contratação e manutenção de equipes de ACEs**, com vínculo direto, pelos regimes celetista ou estatutário, na proporção prevista no “Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD”, atualizado nas “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”, podendo fazer uso da AFC da União **apenas como plus** para custeio mensal de seu quadro próprio.

MARCO ANTONIO TEIXEIRA
Procurador de Justiça

FERNANDA NAGL GARCEZ
Promotora de Justiça