

6

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS – VERSÃO 2013

Introdução

As políticas públicas estão, ao longo do tempo, sendo cada vez mais executadas por meio de programas e convênios entre a União, Estados e Municípios. A transferência de responsabilidades, principalmente quando essa é da União em direção aos Municípios, vem configurando um cenário de sobrecarga destes últimos no que diz respeito à divisão de responsabilidades do setor público na prestação de serviços básicos à população.

Existem, atualmente, por volta de 180 programas federais sendo executados pelos Municípios. Essa quantidade de programas vem crescendo a cada ano, uma vez que o atual governo federal vem valorizando a criação de inúmeras políticas sociais e a transferência de recursos e de responsabilidades de execução aos Municípios. Essa prática vem acarretando despesas adicionais aos cofres municipais, que devem entrar com altas contrapartidas e assumir diversos outros gastos no custeio dos programas.

A tentativa do governo federal de melhorar os indicadores sociais, como mortalidade infantil, redução das internações, combate ao analfabetismo, ampliação de creches municipais, entre outras coisas, é muito nobre, no entanto, esse mecanismo de transferência de responsabilidades vem gerando alguns desgastes aos entes municipais.

Percebe-se que está havendo um desequilíbrio, porque na grande maioria das vezes, os repasses do governo federal para a execução dos programas são menores do que o custo efetivo que realmente acarreta aos cofres municipais, que assumem uma série de despesas que não seriam de sua competência, arcando com grandes gastos para colocar em prática obrigações da União. A União, por sua vez, mantém a centralidade do poder sobre seus programas.

Essa relação acaba sendo perversa, pois a adesão dos Municípios aos programas federais muitas vezes é uma alternativa de acesso a recursos federais, uma vez que sua participação no bolo tributário é reduzida e insuficiente para colocar em prática todos os projetos sociais e obras necessárias. E essa alternativa de acesso aos recursos nem sempre gera os efeitos desejados. Na realidade,

de, as despesas de execução com os programas governamentais chegam a ser de até 200% maiores que o repasse recebido do governo, acarretando um desequilíbrio nas contas dos Municípios.

O pacto federativo brasileiro é desigual e centralizador. Enquanto a Carga Tributária Bruta Brasileira é uma das maiores do mundo, conforme estudo da CNM, chegando a 37,32% do PIB em 2012, a divisão desses recursos entre os três entes da federação é extremamente centralizada na União, que fica com 66,92%, os Estados com 26,44% e os Municípios somente com 6,64% do total. Esta disparidade é perversa porque os serviços básicos que são prestados à população se dão nos Municípios.

Quando a União resolve transferir recursos aos Municípios para que estes executem a integridade dos programas, acaba imperando, na maioria das vezes, uma exigência de contrapartida muito alta para os gestores locais. E, além da contrapartida, ocorrem outros gastos diversos na execução dos programas, sobrecarregando os cofres municipais, aqueles que recebem a menor fatia do bolo tributário.

Com base nesta problemática, a CNM realizou estudo sobre o ônus da execução dos programas federais para os Municípios. Para tanto, foram selecionados para a análise os principais programas disseminados pelo país e que exercem um maior impacto nas contas municipais, quais sejam: PAIF/CRAS, PETI, Bolsa Família, PNAE, PNATE, PSF, PAB, Saúde Bucal, CEO, Farmácia Básica, PACS, Vigilância Sanitária e SAMU.

Foi feita uma análise pormenorizada dos valores repassados pelo governo federal para que os Municípios executem os programas, acompanhada da correção monetária e de uma previsão das reais despesas das prefeituras. A correção monetária dos repasses mostra o quão defasados podem ser esses valores e o quanto podem estar aquém das reais despesas dos Municípios na execução das tarefas que lhes são delegadas.

Será feita aqui uma análise por programa, os quais estarão divididos em temáticas que incluem as áreas de: desenvolvimento social, educação e saúde.

I. Desenvolvimento Social

Nesta área, existem alguns programas amplamente disseminados pelo país. São apresentados, aqui, dados dos principais programas sociais do governo federal que estão sendo geridos pelos Municípios, quais sejam: Programa Bolsa Família; PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil; e PAIF – Programa de Atenção Integral à Família.

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

O PAIF foi criado em abril de 2004 pela Portaria nº78/2004 MDS, que ampliou a proposta do Programa Nacional de Atenção Integral à Família (PNAIF) de 2003. Trata-se de um programa socioeducativo dirigido às famílias em situação de vulnerabilidade e risco social. O atendimento às famílias é feito no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que deve ser construído no Município que aderir ao programa.

O CRAS é uma unidade sócio assistencial que possui uma equipe de trabalhadores responsáveis pela implementação do PAIF. Este Centro oferece os serviços e projetos de proteção básica sob orientação do gestor municipal. A composição da equipe de referência do CRAS é regulamentada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS), e depende do número de famílias referenciadas ao CRAS.

O governo federal traça as normas sobre o espaço físico do CRAS, que deve possuir, no mínimo: hall de espera, recepção, sala de atendimento individualizado, sala para os grupos socioeducativos e atividades coletivas/comunitárias, e sala administrativa.

Despesas na execução do programa

Os recursos para implantação dos CRAS nos Municípios são provenientes do Governo Federal, através do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Já a estruturação e manutenção do espaço físico do CRAS são de responsabilidade do Município, que deve disponibilizar toda a infraestrutura necessária para o funcionamento do Centro de Referência da Assistência Social. Esses gastos de manutenção compreendem: despesas de custeio (recursos humanos, material de expediente, contas de água, luz, telefone, manutenção de veículos e equipamentos) e despesas de capital (equipamentos e materiais permanentes).

Nos Centros de Referência da Assistência Social, o principal capital é o humano: assistentes sociais, psicólogos, educadores e outros profissionais. O salário de todos os profissionais envolvidos no programa fica sob a responsabilidade do Município, que também deve capacitá-los continuamente.

O valor inicial, que começou a vigorar em agosto de 2005, era de R\$ 1,80 por família referenciada. Esse valor não foi alterado até hoje e, caso fosse corrigido pelo IPCA, deveria estar em R\$ 2,31 por família referenciada, sendo que há uma defasagem de 28%, conforme exposto na tabela abaixo:

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

| Tipo | Valor Inicial Agosto 2005 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Valor por família referenciada | R\$ 1,80 | R\$ 1,80 | R\$ 2,31 | 28% |

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Foi criado a partir de um acordo celebrado em 6 de setembro de 1996, entre a União, os Estados e entidades da sociedade civil, com o apoio da Organização Internacional do Trabalho – OIT.

A Portaria nº 458, de 4 de outubro de 2001, estabelece as Diretrizes e Normas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI. A Portaria GM/MDS nº 666, de 28 de dezembro de 2005 realizou a integração entre o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI e o Programa Bolsa Família – PBF.

O público-alvo desse programa é a família que tenha filho(s) na faixa etária de 7 a 15 anos de idade que estejam inseridos em algum contexto de trabalho considerado como perigoso, penoso, insalubre ou degradante (formas regulamentadas pela Portaria nº 20/2001 – MTE). Terão prioridade as famílias com renda per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

As ações desse programa compreendem: repasse da Bolsa Criança Cidadã; execução da jornada ampliada; trabalho com as famílias (socioeducativo e de geração de emprego e renda).

Competências e Despesas Municipais na execução do programa

Os serviços sócioeducativos do PETI também são realizados no CRAS – Centros de Referência da Assistência Social. O Município deverá arcar com as despesas geradas pelas responsabilidades abaixo e com todos os salários dos profissionais envolvidos no programa.

Para garantir a execução do programa, o Município deve assumir os seguintes compromissos:

- co-financiar, em parceria com o Governo Federal e Estado, os recursos para concessão da Bolsa Criança Cidadã e para custeio da jornada ampliada;
- estruturar e ofertar os serviços sócioeducativos, garantindo acesso a programas de qualificação profissional e geração de trabalho e renda;

- identificar e inscrever no Cadastro Único as famílias com crianças em situação de trabalho infantil, potenciais beneficiárias do programa;
- providenciar a divulgação da listagem de beneficiários do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil no Município.
- acompanhar as ações ofertadas pelos serviços sócioeducativos e inserir no SISPETI sistema de controle do programa;
- acompanhar a frequência escolar das crianças e incluir no SISPETI;
- executar a operacionalização do pagamento da Bolsa Criança Cidadã;
- executar a jornada ampliada, monitorando suas atividades.

Repasse do Governo Federal

Os recursos do co-financiamento federal do serviço socioeducativo do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI são repassados, de modo regular e automático, do Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS para os Fundos Municipais de Assistência Social e para o Fundo de Assistência Social do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Média Complexidade.

Como se percebe na tabela abaixo, os valores repassados pelo governo federal não sofreram alteração desde dezembro de 2008, sendo que há uma defasagem de 28% se for considerada a inflação para o período.

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

| Tipo | Valor Inicial Dezembro 2008 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Grupo 20 crianças (+ de 1) | R\$ 500,00 | R\$ 500,00 | R\$ 640,59 | 28% |
| Grupo 20 crianças (somente 1) | R\$ 1.000,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 1.281,19 | 28% |

Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) foi instituído pela Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Trata-se de um programa de transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com condicionalidades ligadas às áreas de educação e saúde.

Esse programa unificou os procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Educação – Bolsa Escola (2001), Acesso à Alimentação – PNAA (2003), Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde – Bolsa Alimentação (2001), Programa Auxílio-Gás (2002), e Cadastro Único do Governo Federal (2001).

Competências e Despesas dos Municípios na execução do programa

Os Municípios assumem uma série de responsabilidades relativas à execução desse programa, que é um dos que mais sobrecarregam as prefeituras. Abaixo seguem as atividades mais onerosas:

- Identificar e inscrever no Cadastro Único (CadÚnico) as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza;
- Dispor de infraestrutura e recursos humanos permanentes para a execução das atividades inerentes à operacionalização do CadÚnico;
- Garantir o acesso dos beneficiários do PBF aos serviços de educação e saúde, em articulação com os governos federal e estadual;
- Acompanhar o cumprimento das condicionalidades nas áreas de saúde e educação;
- Acompanhar as famílias beneficiárias, em especial na atuação em casos de maior vulnerabilidade social;
- Estabelecer parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não-governamentais, para a oferta de programas complementares aos beneficiários do Programa Bolsa Família.

Repases do governo federal

No início do programa, cada prefeitura recebia uma parcela única de R\$ 6,00 por família cadastrada no CadÚnico. Todas as despesas ocasionadas no decorrer da gestão do programa eram inteiramente assumidas pelos Municípios.

Em 2006 foi instituído o IGD – Índice de Gestão Descentralizada (Portaria nº 148, de 26 de abril de 2006). O índice é um número indicador que varia de 0 a 1 e mede a qualidade da gestão municipal tanto do Bolsa Família quanto do Cadastro Único (CadÚnico). O IGD é a garantia dos Municípios de que o repasse mensal de recursos financeiros seja efetuado. Quanto maior o IGD conseguido pelo Município, maior será o valor do recurso que receberá do MDS.

Ou seja, o Município executa todas as tarefas de um programa que não é seu e, para receber algum financiamento para isso, é julgado segundo sua capacidade de gestão do programa. Quanto melhor for a gestão, maior será o repasse que receberá do governo federal, uma vez que todas as tarefas de administração do CadÚnico e de acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação recaem sobre a gestão local.

Para receber os recursos, o Município deve atingir o valor mínimo de 0,55 no cálculo do IGD e o valor mínimo de 0,2 em cada um dos quatro indicadores que compõem o IGD. Esses quatro indicadores são a média aritmética das seguintes variáveis: taxa de cobertura de cadastros; taxa de

atualização de cadastros; taxa de crianças com informações de frequência escolar; taxa de famílias com acompanhamento das condicionalidades de saúde.

Se o Município não faz o acompanhamento das famílias, o Governo Federal fica sem a informação e entende que elas não estão cumprindo com as condições exigidas pelo programa e pode cancelar o pagamento da bolsa.

$$\text{REPASSE MENSAL} = [\text{IGD} \times \text{R\$ } 2,50 \times (200 \times 2)] + [\text{IGD} \times \text{R\$ } 2,50 \times (\text{n}^\circ. \text{ de famílias} - 200)]$$

- Para os Municípios de pequeno porte, que normalmente têm um número menor de famílias no Programa, o MDS regulamentou que eles receberão recursos em dobro por até 200 famílias. Assim, ao número de famílias beneficiárias devem ser somadas mais 200 famílias.

O valor por cadastro válido estabelecido em 2006 era de R\$ 2,50 e em 2010, foi alterado para R\$ 3,25. Após essa data não sofreu reajuste e, portanto, já está defasado em 18% se for considerada a inflação do período. A tabela abaixo mostra o comparativo de valores:

IGD – Índice de Gestão Descentralizada

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 2006 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|---------------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Valor por cadastro válido | R\$ 2,50 | R\$ 3,25 | R\$ 3,82 | 18% |

II – Educação

Programa Nacional de Apoio ao Transporte Escolar – PNATE

O Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar (Pnate) foi instituído pela Lei nº 10.880, de 9 de junho de 2004, com o objetivo de garantir o acesso ao transporte escolar a alunos do ensino fundamental público, residentes em área rural, por meio de assistência financeira, em caráter suplementar, aos Estados, Distrito Federal e Municípios. A assistência financeira de que trata este programa tem caráter suplementar, conforme o disposto no inciso VII do art. 208 da Constituição Federal, uma vez que também é de responsabilidade do Município o transporte dos alunos matriculados na rede de ensino municipal.

A Medida Provisória 455/2009 – transformada na Lei no 11.947/2009, ampliou o programa para toda a educação básica, beneficiando também os estudantes da educação infantil e do ensino médio residentes em áreas rurais.

O objetivo é a transferência automática de recursos financeiros, sem necessidade de convênio ou outro instrumento congêneres, para custear despesas com reforma, seguros, licenciamento, impostos e taxas, pneus, câmaras, serviços de mecânica em freio, suspensão, câmbio, motor, elétrica e funilaria, recuperação de assentos, combustível e lubrificante do veículo ou, no que couber, da embarcação utilizada para o transporte de alunos da educação básica pública residentes em área rural. Serve, também, para o pagamento de serviços contratados junto a terceiros para o transporte escolar.

Despesas do Município na execução do programa

Ficam sob a responsabilidade dos Municípios, as seguintes despesas:

- Aquisição de frota para realização do transporte escolar;
- Remuneração dos motoristas responsáveis pelo transporte dos alunos e dos monitores responsáveis pelo acompanhamento e segurança dos alunos nos trajetos percorridos;
- Planejamento das rotas de acordo com a localização das escolas e residências dos estudantes.

Tabela - Valores repassados Programa Nacional de Apoio ao Transporte Escolar 2004-2013

| Ano | Legislação do PNATE | R\$ – Valores variam por municípios |
|------|------------------------------|-------------------------------------|
| 2004 | Resolução nº | R\$ 76,47 |
| 2005 | Resolução nº | R\$ 80,33 |
| 2006 | Resolução nº 12 - 05/04/2006 | R\$ 81,00 a R\$ 116,32 |
| 2007 | Resolução nº 10 - 24/04/2007 | R\$ 81,00 a R\$ 116,32 |
| 2008 | Resolução nº 10 - 07/04/2008 | R\$ 81,00 a R\$ 116,32 |
| 2009 | Resolução nº 14 - 08/04/2009 | R\$ 88,13 a R\$ 125,72 |
| 2010 | Resolução nº 69 - 08/04/2010 | R\$ 120,73 a 172,24 |
| 2011 | Resolução nº 12 - 17/03/2011 | R\$ 120,73 a 172,24 |
| 2012 | Resolução nº 12 - 17/03/2011 | R\$ 120,73 a 172,24 |
| 2013 | Resolução nº 12 - 17/03/2011 | R\$ 120,73 a 172,24 |

Valor per capita (aluno/ano)

campo e posição do município na linha de pobreza.

*** A partir de 2008 passou a ser considerado também o Ideb do Município*

Embora o PNATE seja um programa suplementar, é possível depreender dessas estimativas que essa porcentagem com que a União vem contribuindo é muito reduzida, pois este é o ente federativo que fica com a maior fatia do bolo tributário. Está havendo uma razão inversa, onde os muni-

cípios, aqueles com a participação mais limitada na distribuição dos tributos, entram com 85% dos gastos.

Se for analisada a defasagem do programa que foi instituído em 1995, ao considerar os reajustes de valores ao longo do tempo percebe-se que há uma perda de 20% quando se atualiza o último valor (2011) sendo contabilizada a inflação (IPCA), conforme mostra a tabela a seguir:

PNATE - Programa Nacional de Apoio ao Transporte Escolar

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 1995 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Valor por estudante | R\$ 76,47 | R\$ 120,73 | R\$ 145,29 | 20% |

Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE

O Programa Nacional de Alimentação Escolar, implantado em 1955, transfere recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios, para auxiliar na aquisição de gêneros alimentícios para a merenda escolar dos alunos da educação infantil (creches e pré-escola) e do ensino fundamental, inclusive das escolas indígenas, matriculados em escolas públicas e filantrópicas.

O Pnae tem caráter suplementar, como prevê o artigo 208, incisos IV e VII, da Constituição Federal, quando coloca que o dever do Estado (ou seja, das três esferas governamentais: União, estados e Municípios) com a educação é efetivado mediante a garantia de “atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade” (inciso IV) e “atendimento ao educando no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde” (inciso VII).

Até o ano de 1993, a execução do programa se deu de forma centralizada. O órgão gerenciador planejava os cardápios, adquiria os gêneros por processo licitatório, contratava laboratórios especializados para efetuar o controle de qualidade e ainda se responsabilizava pela distribuição dos alimentos em todo o território nacional.

Apenas em 1994, a descentralização dos recursos para execução do programa foi instituída por meio da Lei nº 8.913, de 12/7/94, mediante celebração de convênios com os Municípios e com o envolvimento das secretarias de Educação dos estados e do Distrito Federal.

A consolidação da descentralização, já sob o gerenciamento do FNDE, se deu com a Medida Provisória nº 1.784, de 14/12/98, em que, além do repasse direto a todos os Municípios e secretarias de Educação, a transferência passou a ser feita automaticamente, sem a necessidade de cele-

bração de convênios ou quaisquer outros instrumentos similares, permitindo maior agilidade ao processo. Nessa época, o valor diário per capita era de R\$ 0,13.

Competências e Despesas do Município

Este não é um programa exclusivamente federal que o Município tenha que gerir. Trata-se de um complemento para a aquisição dos gêneros alimentícios da merenda escolar. As tarefas exercidas pelo Município são as seguintes:

- Ter um nutricionista responsável pela elaboração dos cardápios da alimentação escolar;
- Responsabilizar-se pelo recebimento e complementação dos recursos financeiros transferidos pelo FNDE;
- Instituir um Conselho de Alimentação Escolar (CAE);
- Garantir ao CAE a infraestrutura (instalações físicas e recursos humanos) necessária à execução das atividades de sua competência, inclusive o transporte para deslocamento dos integrantes do CAE aos locais relativos ao exercício de sua competência;
- Apresentar ao CAE o relatório anual de gestão do Pnae;
- Promover ações de saneamento básico nas instituições escolares de sua responsabilidade;
- Prestar contas dos recursos financeiros recebidos à conta do Pnae;
- Reprogramar para o exercício seguinte, nos termos disciplinados pela resolução vigente do FNDE, o saldo dos recursos financeiros existente ao final de cada ano.
- Possuir estrutura adequada para o armazenamento dos gêneros alimentícios na sede do Município e nas escolas;
- Realizar o transporte e entrega dos gêneros alimentícios a todas as escolas da sua rede e manutenção dos carros;
- Assegurar pessoal responsável pela elaboração e distribuição das refeições (merendeiras, motoristas, auxiliares de cozinha);
- Adquirir utensílios e equipamentos para distribuição da merenda, bem como garantir a sua manutenção (copo, pratos, talheres, panelas, outros);
- Adquirir o gás de cozinha e manter os equipamentos de cozinha;

Repasses do Governo Federal

Atualmente, o valor repassado pela União, por dia letivo, é de R\$ 1,00 por aluno de creches públicas e filantrópicas, de R\$ 0,30 por estudante do ensino fundamental. Para os alunos das escolas indígenas e localizadas em comunidades quilombolas, o valor per capita é de R\$ 0,60, conforme indicado na tabela abaixo.

O repasse é feito diretamente aos estados e Municípios, com base no censo escolar realizado no ano anterior ao do atendimento.

| Ano/Período | 1994 a 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2012 | 2013 |
|------------------------------|---------------------|--|-------------------------|----------|------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|----------|------------------------|-------------------------|
| Legislação | Res. nº. 15 2000 | Res. nº.15 16.06.03 Res. nº 45 31.10.03 | Res. nº. 38 23.08.04 | | Res. Nº 32 10.08.06 | | Res. nº. 38 19.03.06 | Res. nº. 42 10.08.09 | | Res. nº. 8 14.05.12 | Res. nº. 26 17.06.13 |
| Creche | - | R\$ 0,18 | R\$ 0,18 | R\$ 0,18 | R\$ 0,22 | R\$ 0,22 | R\$ 0,22 | R\$ 0,44 | R\$ 0,60 | R\$ 1,00 | R\$ 1,00 |
| Pré - Escola | 0,06 | R\$ 0,13 | R\$ 0,15 | R\$ 0,18 | R\$ 0,22 | R\$ 0,22 | R\$ 0,22 | R\$ 0,22 | R\$ 0,30 | R\$ 0,50 | R\$ 0,50 |
| Ensino Fundamental | 0,13 | R\$ 0,13 | R\$ 0,15 | R\$ 0,18 | R\$ 0,22 | R\$ 0,22 | R\$ 0,22 | R\$ 0,22 | R\$ 0,30 | R\$ 0,30 | R\$ 0,30 |
| Ensino Médio | - | - | - | - | - | - | - | R\$ 0,22 | R\$ 0,30 | R\$ 0,30 | R\$ 0,30 |
| Indígenas | - | 0,34 | R\$ 0,34 | R\$ 0,34 | R\$ 0,44 | R\$ 0,44 | R\$ 0,44 | R\$ 0,44 | R\$ 0,60 | R\$ 0,60 | R\$ 0,60 |
| Quilombolas | - | - | 0,13 | R\$ 0,34 | R\$ 0,44 | R\$ 0,44 | R\$ 0,44 | R\$ 0,44 | R\$ 0,60 | R\$ 0,60 | R\$ 0,60 |
| Educação de Jovens e Adultos | - | - | - | - | - | - | - | R\$ 0,22 | R\$ 0,30 | R\$ 0,30 | R\$ 0,30 |
| Mais Educação | - | - | - | - | - | - | - | R\$ 0,66 | R\$ 0,90 | R\$ 0,90 | R\$ 0,90 |

Fonte: <http://www.fnnde.gov.br/programas/alimentacao-esco>

Como evidenciado na tabela abaixo, no caso de se considerar o valor do início do programa em 1995, que era R\$ 0,13 por estudante, percebe-se que há uma defasagem de 23% nos valores trazidos para maio de 2013, já consideradas as quatro atualizações efetuadas ao longo dos anos. Isso mais uma vez corrobora o fato de que o repasse do governo federal fica aquém do que os municípios necessitam para manter os programas.

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolas

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 1995 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|---------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|
| Valor por estudante | R\$ 0,13 | R\$ 0,30 | R\$ 0,37 | 23% |

III – Saúde

Programa Saúde da Família – PSF

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva. A intenção é atuar na manutenção da saúde e prevenção das doenças, alterando assim, o modelo de saúde centrado em hospitais.

O Programa Saúde da Família é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde responsáveis por ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade.

Competências e Despesas Municipais

- 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;
- 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;
- 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;
- organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;
- 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;
- 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;
- programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- 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;
- elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;
- desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;
- verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

- 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;
- acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;
- estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes;
- 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.
- Contratar recursos humanos (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

- Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;
- UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem: equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;
- consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;
- área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
- equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;
- garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e
- existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Repasse do Governo Federal

Os recursos do PSF são transferidos aos municípios na modalidade Fundo-a-Fundo (FAF), tendo por base as informações consolidadas enviadas ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS pelo DATASUS. A Portaria n.º 648/2006 estabelece os valores a serem transferidos conforme a modalidade de Equipe de Saúde da Família/Saúde Bucal implantada e o número de Agentes Comu-

nitários de Saúde implantados. Esporadicamente são publicadas Portarias para reajuste do financiamento do PSF, como é o caso das Portarias n.ºs 1.043/2004, 2.513/2004 e 650/2006.

Os recursos do PSF são transferidos aos municípios na modalidade Fundo-a-Fundo (FAF), tendo por base as informações consolidadas enviadas ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS pelo DATASUS. A Portaria n.º 648/2006 estabelece os valores a serem transferidos conforme a modalidade de Equipe de Saúde da Família/Saúde Bucal implantada e o número de Agentes Comunitários de Saúde implantados. Esporadicamente são publicadas Portarias para reajuste do financiamento do PSF, como é o caso das Portarias n.ºs 1.043/2004, 2.513/2004 e 650/2006.

PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 1998 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|
| Valor per capita | R\$ 1.750,00 | R\$ 1.750,00 | R\$ 3.073,57 | 76% |

Obs: Valor corrigido até Fevereiro de 2006. Após esse período a sistemática de repasse muda com a Portaria 650/06, conforme a tabela abaixo.

| Tipo | Valor Inicial Março 2006 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|---------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|
| Mod. 1 | R\$ 8.100,00 | R\$ 10.695,00 | R\$ 11.003,23 | 3% |
| Mod. 2 | R\$ 5.400,00 | R\$ 7.130,00 | R\$ 7.335,49 | 3% |
| Incentivo Adicional | R\$ 20.000,00 | R\$ 20.000,00 | R\$ 28.946,12 | 45% |

ESF Modalidade 1 atendem aos seguintes critérios: (Pt 648/06)

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.

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

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192) é um programa de atendimento pré-hospitalar móvel com a finalidade prestar socorro à população em casos de emergência. Esse programa é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003 pelo governo federal.

Trata-se de um serviço que deve ser prestado 24 horas por dia, com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

Competências e despesas do Município

A lista de responsabilidades do Município na implantação e execução do SAMU inclui, entre outras coisas:

- Implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu, com sua respectiva Central Samu 192, de caráter local ou regional, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências (192), em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências (Portaria MS n.º 2.048, 5 de novembro de 2002).

A estruturação do atendimento móvel de urgência inclui:

- Instalação de uma estrutura física que irá funcionar como a Central SAMU;
- Manutenção dos gastos com recursos materiais dessa estrutura;
- Contratação de recursos humanos: médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, condutor para a ambulância; telefonista para a Central 192, pessoal administrativo, limpeza e segurança;
- Implantação de todo o sistema de chamada 192;
- Capacitação dessa equipe;
- Aquisição de veículos para funcionarem como ambulâncias;
- Manutenção dos veículos e seus equipamentos;
- Elaboração de indicadores de desempenho do serviço;

Repasses do Governo Federal

Desde 2003, os recursos vêm sendo repassados de acordo com o porte dos Municípios. Entre 2003 e 2004 havia três tipos de repasses, sendo dois únicos e um mensal. Os dois repasses úni-

cos eram para a aquisição de equipamentos e para a instalação da área física. O repasse mensal é destinado ao co-financiamento do salário da equipe.

Abaixo, são mostradas as tabelas com os valores do SAMU e os respectivos percentuais de defasagem:

Equipe

| Tipo | Valor Inicial Outubro 2003 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Suporte Básico | R\$ 12.500,00 | R\$ 12.500,00 | R\$ 20.959,28 | 68% |
| Suporte Avançado | R\$ 27.500,00 | R\$ 27.500,00 | R\$ 46.110,42 | 68% |
| Central SAMU | R\$ 19.000,00 | R\$ 19.000,00 | R\$ 31.858,11 | 68% |

Área Física

| Tipo | Valor Inicial Outubro 2003 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Munic. até 250 mil | R\$ 50.000,00 | R\$ 50.000,00 | R\$ 83.553,04 | 67% |
| Munic. entre 250 e 500 mil | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 167.106,08 | 67% |
| Munic. acima de 500 mil | R\$ 150.000,00 | R\$ 150.000,00 | R\$ 251.511,36 | 68% |

Equipamentos

| Tipo | Valor Inicial Outubro 2003 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Munic. até 250 mil | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 167.674,24 | 68% |
| Munic. entre 250 e 500 mil | R\$ 150.000,00 | R\$ 150.000,00 | R\$ 251.511,36 | 68% |
| Munic. acima de 500 mil | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 419.185,60 | 110% |

Construção, Ampliação ou Reforma

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 2012 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Munic. até 350 mil | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 108.282,44 | 8% |
| Munic. entre 350 mil e 1,5 mi | R\$ 150.000,00 | R\$ 150.000,00 | R\$ 162.423,66 | 8% |
| Munic. entre 1,5 a 4 mi | R\$ 150.000,00 | R\$ 150.000,00 | R\$ 162.423,66 | 8% |
| Munic. acima de 4 mi | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 216.564,88 | 8% |

Custeio para manutenção das Unidades Móveis - 2012

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 2012 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|--|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Unid. Sup. Básico (habilitada) | R\$ 12.500,00 | R\$ 12.500,00 | R\$ 13.535,31 | 8% |
| Unid. Sup. Básico (hab. e qualif.) | R\$ 20.875,00 | R\$ 20.875,00 | R\$ 22.603,96 | 8% |
| Unid. Sup. Avançado (habilitada) | R\$ 27.500,00 | R\$ 27.500,00 | R\$ 29.777,67 | 8% |
| Unid. Sup. Avançado (hab. e qualif.) | R\$ 45.925,00 | R\$ 45.925,00 | R\$ 49.728,71 | 8% |
| Equipe Aeromédico (aeron. hab.) | R\$ 27.500,00 | R\$ 27.500,00 | R\$ 29.777,67 | 8% |
| Equipe Aeromédico (aeron. hab. qualif) | R\$ 45.925,00 | R\$ 45.925,00 | R\$ 49.728,71 | 8% |
| Equipe Embarcação (emb. hab.) | R\$ 27.500,00 | R\$ 27.500,00 | R\$ 29.777,67 | 8% |
| Equipe Embarcação (emb. hab. qualif) | R\$ 75.000,00 | R\$ 75.000,00 | R\$ 81.211,83 | 8% |
| Motolância (habilitada) | R\$ 7.000,00 | R\$ 7.000,00 | R\$ 7.579,77 | 8% |
| Motolância (habilitada e qualif) | R\$ 7.000,00 | R\$ 7.000,00 | R\$ 7.579,77 | 8% |
| VIR (habilitado) | R\$ 27.500,00 | R\$ 27.500,00 | R\$ 29.777,67 | 8% |
| VIR (habilitado e qualificado) | R\$ 45.925,00 | R\$ 45.925,00 | R\$ 49.728,71 | 8% |

Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos 90, foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. O ACS deverá atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolverá atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. O ACS deve visitar, no mínimo uma vez por mês, cada família da sua comunidade, identificar situações de risco e orientar as famílias em questões relacionadas à saúde.

São atribuições específicas dos ACS (Portaria 648/2006):

- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

- cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Competências e despesas dos Municípios

- Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;
- Contratar o trabalho em atenção básica;
- Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);
- Co-financiar as ações de atenção básica;
- Alimentar os sistemas de informação;
- Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão;
- Instalar as unidades de saúde;
- Contratar recursos humanos (enfermeiros e Agentes Comunitários) e pagar salários;
- Adquirir e manter meios de transporte para os Agentes.

Repasse do Governo Federal

Por expressa disposição de lei (art. 4º da Lei nº 10.507/2002 e subitem 7.6 do Anexo I da Portaria nº 1.886/1997, do Ministro de Estado da Saúde), o agente comunitário de saúde presta os seus serviços ao gestor local do SUS. Assim, a remuneração do seu trabalho incumbe ao Município e não ao Ministério da Saúde.

Existe um incentivo de custeio repassado pelo Ministério da Saúde ao Município. Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS são transferidos a cada mês, tendo como base o número de agentes registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

O cálculo para o repasse considera um agente a cada 400 habitantes. Para os 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. Foram encontrados apenas os valores de repasse a partir de 2002.

Com os reajustes ao longo do período de execução do programa e a atualização monetária (maio 2013), percebe-se que há defasagem de 3% com relação ao último valor:

PACS - PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 2002 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|------------------|---------------------------------------|----------------------------|--|----------------------------|
| Valor per capita | R\$ 240,00 | R\$ 950,00 | R\$ 977,38 | 3% |

Mesmo que esse valor venha sofrendo reajustes próximos da inflação, sabe-se que os gastos com despesas de custeio e de capital na execução do PACS ultrapassam em muito esses valores. Os salários dos Agentes Comunitários ficam acima desse valor ao se considerar também os gastos com os encargos trabalhistas previstos em lei. Além disso, os Municípios têm que arcar com outras despesas como: aquisição e manutenção de veículos; manutenção de unidades de saúde; capacitações de agentes e enfermeiros; aquisição e manutenção de equipamentos utilizados pelos ACS, entre outras atividades operacionais.

Saúde Bucal

Em dezembro de 2000, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 1444/GM incorporando as Equipes de Saúde Bucal (ESBs) ao então Programa de Saúde da Família (PSF). Nesta perspectiva, com a publicação da Portaria nº 267 GM/2001 ficam estabelecidas as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF.

A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta, como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias).

Com a inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família passou a ser necessária a criação de uma equipe de trabalho que atue em ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, são itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

I – No caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território

que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

II – No caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

III – existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:

- a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e
- b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à Saúde.

Competências Municipais na execução do Programa

Segundo a Portaria MS 648/06, as Secretarias Municipais de Saúde devem organizar, estruturar e gerenciar todas as ações de Atenção Básica e inserir a estratégia de Saúde da Família em suas redes de serviços. Isso inclui, entre outras coisas:

- 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;
- 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;
- 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;
- elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;
- desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- firmar, monitorar, avaliar, consolidar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

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

Para o Saúde Bucal, o Município deve arcar com as seguintes tarefas:

- instalação de consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal;
- compra de equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas;
- contratação e remuneração de equipe multiprofissional (cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental);
- contratação de recursos humanos administrativos e de apoio (recepção, manutenção, limpeza, condutores);
- manutenção de veículos do programa.

Repasses do governo federal ao Município

Para apoiar as atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal o governo federal efetua os seguintes repasses aos municípios:

PSB – PROGRAMA SAÚDE BUCAL

| Tipo | Valor Inicial Maio 2003 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|---------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Mod. 1 | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.700,00 | R\$ 2.830,33 | 66% |
| Mod. 2 | R\$ 1.600,00 | R\$ 2.200,00 | R\$ 3.662,78 | 66% |
| Incentivo Adicional | R\$ 7.000,00 | R\$ 7.000,00 | R\$ 8.324,50 | 19% |

Analisando os valores acima, percebe-se a expressiva defasagem de 66% no repasse do governo federal ao Programa Saúde Bucal, mostrando a dificuldade que os municípios enfrentam em administrar o programa.

Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

A partir de 2004, com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais conhecida como “Brasil Sorridente” passou a ocorrer os primeiros repasses de incentivos financeiros para atender as necessidades das ações de média e alta complexidade decorrentes da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

O CEO é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Trata-se da oferta de serviços odontológicos de média e alta complexidade, que não são oferecidos no Programa Saúde Bucal.

Os Centros de especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.
- Periodontia especializada.
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros.
- Endodontia.
- Atendimento a portadores de necessidades especiais.

A seguir, estão expostos os valores repassados aos municípios desde a implantação do programa, com os respectivos valores corrigidos (maio 2013). Destaca-se a defasagem de 9% com relação ao último valor reajustado.

CEO – CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

| Tipo I | Valor Inicial Janeiro 2004 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|-------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Implantação | R\$ 40.000,00 | R\$ 60.000,00 | R\$ 65.333,29 | 9% |
| Custeio | R\$ 6.600,00 | R\$ 8.250,00 | R\$ 8.983,33 | 9% |
| Tipo II | Valor Inicial Janeiro 2004 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
| Implantação | R\$ 50.000,00 | R\$ 75.000,00 | R\$ 81.666,62 | 9% |
| Custeio | R\$ 8.800,00 | R\$ 11.000,00 | R\$ 11.977,77 | 9% |
| Tipo III | Valor Inicial Janeiro 2006 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
| Implantação | R\$ 80.000,00 | R\$ 120.000,00 | R\$ 130.666,59 | 9% |
| Custeio | R\$ 15.400,00 | R\$ 19.250,00 | R\$ 20.081,01 | 4% |

Vigilância Sanitária – VISA

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária compreende um conjunto de ações definidas no § 1º do art. 6º da Lei 8.080/90, integradas ao Sistema Único de Saúde – SUS. A Portaria MS/GM nº 1.565/1994, define esse sistema e sua abrangência, esclarecendo a distribuição da competência material e legislativa da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e estabelece procedimentos para articulação política e administrativa das três esferas de governo.

Mais tarde, a Lei 9.782, de janeiro de 1999, também define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com ações integradas ao SUS, executadas por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante o exercício de atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de Vigilância Sanitária.

Segundo a Lei 8.080/90, “entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de prevenir, diminuir ou eliminar riscos à saúde, bem como intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio-ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”.

Competências e despesas dos Municípios

A municipalização de ações em Vigilância Sanitária requer a criação de infra-estrutura formal-administrativa e operacional instituída por ato legal, visando ao desenvolvimento das atividades, segundo as condições estabelecidas pelo SUS. Para tanto, são necessárias algumas providências, dentre as quais destacamos: instituir, por lei, a Unidade de Vigilância Sanitária, definindo a estrutura administrativa, competências e atribuições; elaborar o Código Sanitário Municipal; estabelecer por lei a cobrança de taxas e multas e regulamentar a cobrança de preços públicos; formar equipe, legalmente habilitada para a execução das ações de VISA; e gerenciar o sistema de informação em Vigilância Sanitária.

Os Municípios devem arcar com as seguintes despesas:

- Implantação e manutenção de estrutura física (unidade de vigilância sanitária);
- Contratação de recursos humanos (pessoal técnico e administrativo) e pagamento de salários;
- Provisão e manutenção de transporte (veículo e moto) para a execução dos trabalhos;
- Aquisição de materiais para as ações de vigilância sanitária.

VISA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 1998 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|-------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Valor per capita | R\$ 0,21 | R\$ 0,21 | R\$ 0,34 | 62% |
| Piso estruturante | R\$ 0,36 | R\$ 0,36 | R\$ 0,60 | 67% |
| Piso estratégico | R\$ 0,20 | R\$ 0,20 | R\$ 0,34 | 70% |

Município:

I – Piso Estruturante – calculado pelo valor per capita de R\$ 0,36 por habitante/ano (1998) ou Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 7.200,00/ano para Municípios cujo valor per capita configurar um teto abaixo desse valor, conforme o Anexo II, financiado por dotações da ação orçamentária de que trata o inciso I do artigo 1º, desta Portaria, referente ao segmento Estruturante do Elenco Norteador das Ações de VISA, conforme o Anexo IV da Portaria nº 1.998/GM, de 2007;

II – Piso Estratégico – calculado pelo valor per capita de R\$ 0,20 por habitante/ano (1998), se pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme critérios definidos no Anexo IV da Portaria/GM/MS nº 1.998/07, que compõem o segmento de Gerenciamento de Risco do Elenco Norteador das Ações de VISA.

Programa Assistência Farmacêutica Básica

O programa Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o acesso da população aos medicamentos básicos. O programa é responsável pelo financiamento dos medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Também há o desenvolvimento de outras ações, tais como distribuição de medicamentos relacionados a outros programas como AIDS, Diabetes mellitus, endemias focais, hanseníase, hemoderivados e tuberculose.

O pagamento dos medicamentos desta lista é feito com a participação do Governo Federal, Estados e Municípios, sendo que os repasses do Ministério da Saúde são feitos mensalmente aos estados ou aos municípios e, estes dois últimos são responsáveis pela compra.

Três insumos são financiados integralmente pelo Ministério da Saúde e entregues aos estados. São eles: insulinas, anticoncepcionais, diafragma e DIU. Além do restante dos medicamentos, Estados e municípios são responsáveis integralmente pelo financiamento e compra de tiras para medição da glicemia, lancetas e seringas.

Esse programa foi instituído pela Portaria nº 176, de 8 de março de 1999, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica e define valores a serem transferidos.

Quanto à regionalização, ressalta-se que o repasse do incentivo é realizado por meio de recursos financeiros, ficando o município com a responsabilidade de adquirir o medicamento. Não há um problema quanto à caracterização do público-alvo, uma vez que cabe ao município, com o recebimento da verba, comprar o medicamento de forma a atender as necessidades da sua região.

Principais ações

- Incentivo financeiro a municípios habilitados à parte variável do piso de atenção básica – PAB para assistência farmacêutica básica – farmácia básica.
- Aquisição e distribuição de medicamentos e insumos estratégicos.
- Modernização e capacitação de laboratórios oficiais de produção farmacêutica
- Promoção de eventos sobre assistência farmacêutica.

Competências e despesas dos Municípios

Segundo a Pt MS nº 3.916/98 – 5.4 cabe ao gestor municipal:

- coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;
- associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;
- promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
- coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;

- adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
- utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
- investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

Repasse do Governo Federal

Segundo a Pt MS 204/07 (art. 25, § 3º) “A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite – CIB”. Em seu § 3º a Portaria coloca que “Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente”.

Segundo a Pt MS 3.237/07 (Art. 4º), o financiamento da assistência farmacêutica básica é responsabilidade das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os valores mínimos definidos nesta Portaria. O valor mínimo a ser aplicado para Medicamentos do Elenco de Referência pelos Municípios será de R\$ 1,50 por habitante/ano. Em 2010 esse valor foi reajustado para R\$ 1,86 e até hoje não houve novos reajustes.

Os Municípios também são responsáveis (juntamente com os Estados e o DF) pelo financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulino-dependentes de que trata a Lei Federal nº 11.347/2006 e a Portaria GM 2.583 de 10/10/2007.

Os dados podem ser observados na tabela abaixo. Destaque para o percentual de defasagem, que ficou em 22%.

PAF - PROGRAMA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 2010 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| Valor per capita | R\$ 1,86 | R\$ 1,86 | R\$ 2,27 | 22% |

Piso da Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agrega as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde, tipicamente municipal.

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

As ações co-financiadas pela União com esses recursos são:

- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico;
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF);
- vacinação;
- atividades educativas a grupos da comunidade;
- assistência pré-natal e ao parto domiciliar;
- atividades de planejamento familiar;
- pequenas cirurgias;
- atividades dos agentes comunitários de saúde;
- pronto atendimento em unidade básica de saúde.

Competências e despesas dos Municípios

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos do SUS-Municipal não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais ou privadas têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos, estatal ou privado, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder.

São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

Segundo a Pt MS 648/06 – 2.1 compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

- 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;
- 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;
- 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;
- organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;
- 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;
- 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;
- programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- 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;

- elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;
- desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;
- verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;
- 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;
- acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;
- estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes;
- 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.

Repasse do Governo Federal

A seguir, estão listadas as portarias que estabelecem os critérios de repasses aos municípios:

| | |
|----------------|---|
| Pt MS 2.090/98 | - limite máximo 18,00/habitante/ano – municípios não habilitados NOB-SUS 01/96 - máximo 10,00/habitante/ano – municípios habilitados NOB-SUS 01/96 |
| Pt MS 2.024/04 | 13,00 habitante/ano |
| Pt MS 650/06 | 13,00 habitante/ano – base populacional de 2006. (pop. IBGE 2005) |
| Pt MS 2.133/06 | 15,00 habitante/ano – base populacional de 2005. (pop. IBGE 2005) |
| Pt MS 2.490/08 | 16,00 habitante/ano – base populacional de 2006 |
| Pt MS 3.067/08 | 17,00 habitante/ano – base populacional de 2008 |

PORTARIA Nº 953, DE 15 DE MAIO DE 2012

I – O valor mínimo passa para R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por habitante ao ano, para os municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.

II – O valor mínimo passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, para: os municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40, e população de até 100 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.

III – O valor mínimo passa para R\$ 21,00 (vinte e um reais) por habitante ao ano, para: os municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes.

IV – O valor mínimo passa para R\$ 20,00 (vinte reais) por habitante ao ano, para os municípios não contemplados nos itens anteriores.

Para a análise da defasagem, inicialmente tomou-se por base o valor de R\$ 10,00 com o reajuste em 2012 para R\$ 20,00. Considerando-se a inflação do período, constata-se uma perda de 7% para os municípios, conforme tabelas abaixo que mostram os valores estratificados por faixas populacionais:

PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (municípios até 50.000 hab)

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 1998 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|----------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| PAB Fixo | R\$ 10,00 | R\$ 25,00 | R\$ 26,72 | 7% |

PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (municípios entre 50.000 e 100.000 hab)

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 1998 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|----------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| PAB Fixo | R\$ 10,00 | R\$ 23,00 | R\$ 24,58 | 7% |

PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (municípios entre 100.000 e 500.000 hab)

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 1998 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|----------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| PAB Fixo | R\$ 10,00 | R\$ 21,00 | R\$ 22,45 | 7% |

PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (demais municípios)

| Tipo | Valor Inicial Janeiro 1998 | Valor Atual (A) | Valor Corrigido Maio 2013 (B) | Defasagem (A/B) |
|----------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| PAB Fixo | R\$ 10,00 | R\$ 20,00 | R\$ 21,38 | 7% |

Conclusão

Com esse levantamento pode-se concluir que os programas do governo federal, ao mesmo tempo em que devem beneficiar os cidadãos, oneram os orçamentos dos municípios por não receberem os recursos financeiros suficientes para a manutenção destes mesmos programas.

Isso faz com que o município, enquanto ente autônomo da Federação fique pressionado em suas contas. É importante destacar, por fim, que os programas federais são subfinanciados, além de as prefeituras terem cada vez mais atribuições, em especial nas áreas de Saúde e Educação e, em contrapartida, menos recursos. Na maioria das vezes isso inviabiliza a prefeitura, pois não tem de onde tirar a diferença.

Este trabalho de pesquisa e atualização de informações dos programas tem o objetivo de mostrar ao público como funcionam algumas políticas públicas das áreas de educação, saúde e assistência social, de que forma os recursos são repassados aos entes locais e quais são suas atribuições para sua execução.

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) espera que a sociedade tenha pleno conhecimento destes fatos e este assunto possa ser plenamente debatido e entendido por todos.