

## O SUS E A EFETIVA PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) continua sendo um destaque nas políticas públicas sociais. Demandas crescentes e infundáveis; criação de novos programas, estratégias, propostas de ações e atividades; reformulação de políticas de saúde e orientações técnicas; municipalização da totalidade dos serviços e ações; transferência e acúmulo de responsabilidades por meio de pactos, pactuações e termos de responsabilidades; falta de financiamento; e baixa resolutividade.

Esses são alguns temas que se acumulam e permanecem sem respostas. Sem contar com as iniciativas municipais próprias e isoladas para enfrentar demandas locais e regionais que não recebem apoio ou não são de interesse para as demais esferas de governo, cabendo ao ente

local a criação e implantação de ações e serviços de saúde, além do financiamento unilateral.

São muitos motivos que mantêm o tema saúde como uma prioridade de governo municipalista. Mais que organização técnica, política, econômica e administrativa da saúde, as demandas das comunidades são os verdadeiros motivadores da luta dos gestores municipais por melhores condições de atenção integral à saúde. Essas demandas fazem parte do cotidiano vivido por cada Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde.

É na atividade diária de administrador público, no atendimento individual, em visitas comunitárias, nas reclamações ou denúncias pelos meios de comunicação, no passeio com a família ou durante a sua

prática religiosa que o gestor municipal tem a possibilidade de conviver a todo instante e bem próximo com as demandas de sua comunidade, identificando necessidades e prioridades, tomando decisões e agindo em busca de melhores condições de vida para seus munícipes.

É inegável que a participação dos Municípios nas políticas públicas de saúde proporcionaram uma abrangência e uma multiplicidade de serviços e ações de saúde por todo o território nacional, elevando o SUS a uma das maiores políticas de inclusão social do mundo, contemplando de alguma forma os mais de 190 milhões de brasileiros.

Há pouco tempo, os serviços de saúde acumulavam-se nos grandes centros urbanos, mas com a municipalização chegaram aos locais de mais difícil acesso. No campo, no pampa, nos assentamentos rurais, nas localidades ribeirinhas, nos quilombolas e nas aldeias indígenas. As ações e os serviços de saúde pública se fazem cada vez mais presentes para a população brasileira por meio da gestão municipal.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde, no “Caderno de Informações de Saúde”, com base de dados nacionais de 2009, tem-se:

- A rede assistencial do SUS possui mais de 208 mil estabelecimentos de saúde.
- A rede do SUS realizou mais de 3,4 bilhões de procedimentos ambulatoriais.
- Foram mais de 1,2 bilhão de consultas/atendimentos/acompanhamentos.

- Mais de 500 milhões de ações de prevenção e promoção em saúde.
- 11,1 milhões de internações hospitalares.
- O programa de imunização conseguiu realizar em média 98% de cobertura em todas as vacinas.
- A mortalidade infantil reduziu para 15 a cada mil crianças nascidas vivas (2008).
- São mais de 1,5 milhão de profissionais atendendo no SUS, dos quais 60% são vinculados à esfera municipal (Datusus/MS, jan. 2011).

As informações em saúde confirmam que o Município é a base sustentável de toda a política de saúde pública e é desta forma que deve ser visto pelos governos estaduais e federal, que têm a responsabilidade constitucional de apoiar técnica e financeiramente a esfera municipal para o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS.

É necessária a revisão do Pacto Federativo (art. 23, CF/1988), da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), redefinindo e respeitando as competências e responsabilidades de cada ente com a saúde pública, principalmente no que se refere à coparticipação financeira.

## **SAÚDE DA FAMÍLIA – SOLUÇÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA OU PROBLEMA PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

A estratégia saúde da família conta com os segmentos de equipes de saúde da família (ESF), saúde bucal (SB), agente

comunitário de saúde (ACS) e os núcleos de apoio à saúde da família (Nasf). A implantação da estratégia decorre de interesse do Município que, após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), solicita habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Há a previsão de financiamento tripartite para os componentes da estratégia saúde da família, ou seja, recursos financeiros da União, dos Estados e dos Municípios. Nesse processo de adesão às políticas nacionais, os Municípios ficam responsáveis pelas contratações de recursos humanos e disponibilização de estrutura física, além da manutenção e execução das ações de saúde vinculadas a elas. À União e aos Estados cabem as responsabilidades de coordenação, apoio técnico e participação no financiamento.

Após 17 anos de institucionalização da estratégia saúde da família, com o objetivo de reorientar o modelo médico-assistencialista ou curativista focado nas doenças apresentadas pela população para um modelo preventivo centrado na saúde e na qualidade de vida da população, alguns problemas se configuram como ameaças à estratégia:

- Falta de amparo legal para a estratégia, pois sua institucionalização e normatização é infralegal.
- Subfinanciamento presente em todos os segmentos da estratégia (ESF, SB, ACS e Nasf), seja pela insuficiência de incentivo financeiro federal, seja pela ausência ou

insuficiência de financiamento estadual.

- Sobrecarga de responsabilidades e financiamento na gestão municipal.
- Dificuldades na contratação e fixação de profissionais de saúde, principalmente o profissional médico.
- Fiscalização punitiva dos órgãos de controle.
- Suspensão dos recursos financeiros federais.
- Ineficiência federal e estadual no apoio técnico e na resolutividade para problemas identificados, a exemplo da dificuldade de contratação e fixação de profissional médico, que é de conhecimento nacional.
- Definição de pisos salariais para profissionais de saúde.

Neste exemplar serão detalhados os problemas em evidência nas demandas municipais recentes, como o financiamento, a excessiva responsabilização dos Municípios, a fiscalização e suas consequências e a dificuldade de contratação de profissionais de saúde.

## **FINANCIAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DEMAIS COMPONENTES**

É desnecessário enfatizar que existe um subfinanciamento na “mola mestra” da atenção básica de saúde, e porque não da saúde pública brasileira. A estratégia saúde da família veio decidida a reorientar e

reorganizar o modelo assistencial e rapidamente ganhou a atenção e a dimensão merecidas. Porém, sua própria forma de organização e financiamento não acompanhou a evolução política e econômica brasileira.

Com uma proposta de financiamento federal de R\$ 6,4 ou R\$ 9,6 mil mensais por equipe de saúde da família, publicada e não reajustada há mais de 2 anos (Portaria GM nº 3,066, de 23 de dezembro de 2008), aliada à ínfima ou inexistente participação financeira dos Estados e a dificuldade de estabelecer condições financeiras que atendam às exigências dos profissionais de saúde, é nítida a insuficiência de recursos financeiros, dispensando qualquer tipo de avaliação pormenorizada.

Sendo conhecedora da importância e do destaque que a estratégia e seus demais componentes receberam dos gestores do SUS e da população, a CNM realizou pesquisa sobre o financiamento da estratégia saúde da família no Brasil, chegando ao montante de R\$ 28 mil mensais por equipe de saúde da família. Essa foi a média

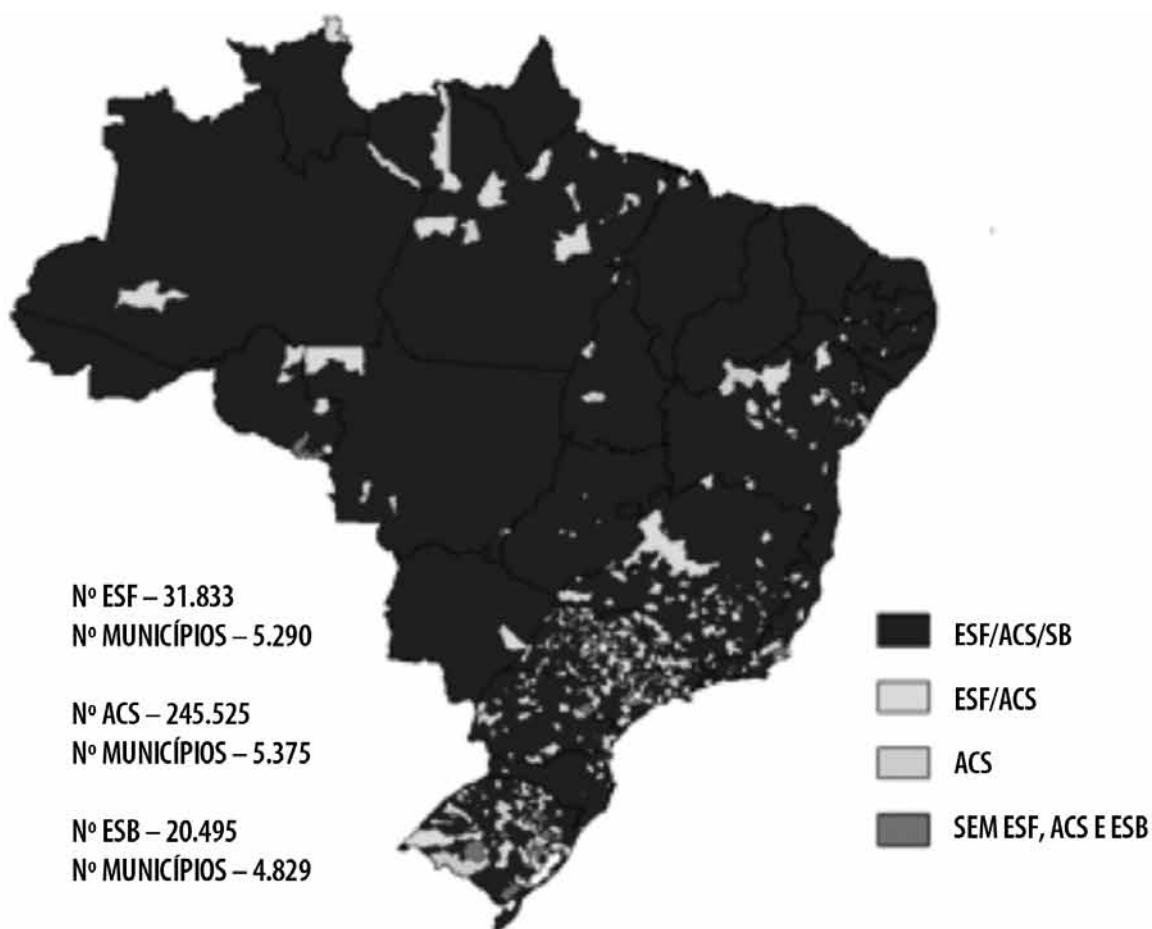
nacional necessária para a manutenção de cada equipe e sua respectiva unidade básica de saúde, durante a realização da pesquisa em 2010.

Dessa forma, a estratégia, que é considerada a mola propulsora da atenção básica de saúde e a base de sustentação de todo o SUS, recebendo na sua maioria financiamento bipartite – União e Municípios – tem o seu subfinanciamento identificado e comprovado. Mesmo considerando a parcela maior de financiamento federal, ou seja, R\$ 9,6 mil, os Municípios acabam arcando com no mínimo 68,4% do financiamento anual de cada equipe de saúde da família.

Com um quantitativo total de mais de 31,8 mil equipes de saúde da família implantadas, esses valores podem ser dimensionados em mais de R\$ 7,9 bilhões a cada ano como contrapartida municipal para a manutenção da estratégia saúde da família, sacrificando as finanças municipais e confirmando mais uma vez as informações que subsidiam a luta do Movimento Municipalista.



## Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde - Brasil, fevereiro 2011



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

### A EXCESSIVA RESPONSABILIZAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL

A saúde pública brasileira passa por um momento fundamental para sua consolidação. Constitucionalmente, a saúde é direito de todos e dever do Estado, o que, além de permitir interpretações diversas, ganhou uma dimensão enorme nos meios de comunicação, nos debates técnicos, políticos e sociais. Com isso, existe uma gama infindável de demandas na saúde pública que recai sobre a esfera municipal e acaba

permeando os três poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário.

Após 22 anos de sua idealização e muitas conquistas marcantes em sua trajetória, o SUS luta pela sua manutenção e sustentabilidade. Porém, as interferências que recebe também são resultantes da inexistência ou do não cumprimento de um pacto federativo que deveria definir as responsabilidades entre os entes nas questões referentes à saúde. A legislação do SUS permite algumas reflexões, como:

1. O texto constitucional, quando responsabiliza o Estado pela prestação dos serviços de saúde, estabelece a responsabilidade solidária e a participação dos entes, que posteriormente vem definida na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) como atribuições comuns e competências específicas de cada esfera de gestão do SUS.
2. A rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde é integrada por todos os estabelecimentos públicos de saúde municipal, estadual e federal, bem como, de forma complementar, pelos estabelecimentos privados, ratificando a responsabilidade das três esferas de governo, e mais, a participação das instituições privadas.
3. A Carta Magna também prevê que o financiamento é tripartite. União, Estados e Municípios têm a obrigação legal de financiar a saúde pública.
4. Por que os Estados e a União insistem em não cumprir a legislação do SUS e, juntamente com os órgãos de controle, atribuem a culpa pela ineficiência do sistema à esfera municipal?

Na mesma linha de raciocínio, merece destaque o princípio da descentralização das ações e serviços de saúde, previsto na Constituição e reforçado pela Lei

nº 8.080/1990, art. 7º, que enfatiza a descentralização político-administrativa para a esfera municipal. O que em momento algum pode ser confundido como responsabilização única do Município.

Ao contrário do que realmente se entende por descentralização, o sistema de saúde tem vivido nos últimos anos uma total responsabilização da gestão municipal, deixando em um estágio muito confortável as demais esferas de governo. A União estabelece sua participação e contribuição financeira na forma de incentivos – sempre insuficientes – e deixa a desejar no apoio técnico. Quanto aos Estados, além de não cumprirem o mínimo constitucional, se posicionam como coordenadores e fiscalizadores do sistema.

Como resultado desse grande contrassenso, a responsabilidade pela execução e manutenção das ações e serviços de saúde tem recaído quase exclusivamente sobre a esfera municipal, que mesmo detentora da menor parcela do bolo tributário nacional, se esmera para garantir a manutenção dos serviços e a atenção integral com qualidade.

Como se não bastasse, no Legislativo federal prevalecem os debates sobre os pisos salariais dos profissionais de saúde e dos agentes comunitários, o que demanda maior parcela financeira dos Municípios, já que estes detêm mais de 76% da força de trabalho do SUS, quando avaliados os mais de 1,2 milhão de profissionais vinculados ao poder público.

Já com o envolvimento do Judiciário, surge a judicialização da saúde que, em síntese, é a forma que o Poder Judiciário encontrou para fazer cumprir a legislação

do SUS e para que a população tenha a garantia da atenção integral à saúde. Porém, esta é mais uma forma de responsabilizar e penalizar aquele que está mais próximo à população e em busca de soluções viáveis em seu território, os Municípios. Com isso, o Judiciário, mesmo que pontual e indiretamente, vem interferindo no ordenamento de despesas do Executivo, e em alguns casos comprometendo a gestão.

No cenário atual de descentralização da saúde e desresponsabilização ou desobrigação de entes, os Municípios investem acima do mínimo constitucional (15%) e chegam a gastar até 30% de suas receitas anuais em ações e serviços de saúde, na busca do cumprimento de suas responsabilidades e até mesmo de compromissos que não assumiram ou pactuaram, ou mesmo que são de outras esferas de governo.

## **FISCALIZAÇÃO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

A Administração Pública Municipal, sem dúvida nenhuma, é a mais fiscalizada pelos órgãos de controle, pela sociedade e pelos meios de comunicação. Desde 2010, duas frentes de fiscalização se fazem presentes constantemente nos Municípios brasileiros, verificando possíveis irregularidades e denúncias na saúde pública, que são: o Departamento de Auditoria do SUS (Denasus) e a Controladoria-Geral da União (CGU).

Irregularidades apontadas pelo Denasus em convênios encerrados há mais de ano e que já tiveram suas prestações de

contas aprovadas pela equipe técnica do Ministério da Saúde estão sendo utilizadas para intimar os Municípios a restituírem ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) os recursos dos convênios, corrigidos e atualizados. Aos Municípios, cabe recorrer ao Judiciário, uma vez que os projetos foram executados e os serviços estão disponíveis à população, além de terem as contas aprovadas pelo Ministério da Saúde.

Essa prática do Denasus confirma a ausência do nível federal na orientação técnica aos Municípios, já que no estabelecimento de contratos e convênios, assim como na prestação de contas, deveria instruir os entes executores para que não cometessem erros ou equívocos, evitando-se, dessa forma, esse mal desnecessário para a gestão do SUS.

Também os relatórios da CGU, que se detém em apontar apenas irregularidades na execução financeira pública, subsidiam a decisão do Ministério da Saúde em suspender as transferências de recursos financeiros para os Municípios. Como exemplo, o piso da atenção básica variável (PAB-variável) referente às estratégias saúde da família, saúde bucal, agente comunitário e núcleo de apoio à saúde da família, que foi suspenso em 2011.

O fato se deu em virtude de irregularidades na gestão das ações financiadas pelo PAB-Variável, na composição das equipes que se apresentaram incompletas, na duplicidade do cadastro dos profissionais (CNES) e no não cumprimento da carga horária pelos profissionais das equipes. Somente em fevereiro de 2011, quase 1.500 Municípios tiveram os recursos suspensos.

Portaria Ministerial	Quantidade de Municípios	ESF	ESB1	ESB2	ACS	Valor total (R\$)
200, 03/02/11	280	69	2	0	0	666.400,00
201, 03/02/11	306	255	207	15	1.978	4.313.292,00
202, 03/02/11	264	229	172	15	1.698	3.793.772,00
296, 24/02/11	302	267	221	16	1.911	4.411.254,00
855, 20/04/11	1	2	0	0	0	19.200,00
857, 20/04/11	343	295	246	17	2.211	4.946.854,00
858, 20/04/11	1	4	0	0	0	38.400,00
<b>Total</b>	<b>1.497</b>	<b>1.121</b>	<b>848</b>	<b>63</b>	<b>7.798</b>	<b>18.189.172,00</b>

O impacto financeiro da medida totaliza mais de R\$ 18 milhões por mês. Além dos prejuízos administrativos e financeiros acarretados para a gestão municipal do SUS, quem perde mesmo é a população, que fica sem os serviços de atenção básica de saúde. Essa é mais uma situação que precisa ser revista pelo governo federal, já que os problemas que motivaram a suspensão dos recursos também são de conhecimento e responsabilidade dos Estados e da União.

## **PISOS SALARIAIS PODEM INVIABILIZAR O SUS**

De acordo com informações dos próprios consultores técnicos do Senado e da Câmara, o Legislativo federal, quando estabelece pisos salariais profissionais nacionais, não avalia o impacto financeiro nas contas públicas, exceto no governo federal.

Por isso, os Municípios devem se mobilizar e solicitar ao Congresso Nacional o fim dessa prática que fere a autonomia constitucional conferida aos entes

federativos para estabelecerem os seus quadros de recursos humanos e os planos de cargos, carreiras e salários.

O piso salarial dos agentes comunitários de saúde e agentes de combates às endemias, estabelecido pela Emenda Constitucional nº 63, de 4 de fevereiro de 2010, é um exemplo bem claro do que pode acontecer com as finanças municipais, inviabilizando a estratégia saúde da família e as ações de atenção básica de saúde. Além do impacto financeiro nas finanças municipais, de no mínimo R\$ 1,7 bilhão ao ano, a proposta acarretará graves problemas administrativos, desorganizando os quadros de recursos humanos e as tabelas de cargos e salários dos entes municipais.

Com o entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), proferido em abril de 2011, sobre o piso do magistério e que deverá se estender aos demais pisos salariais, o impacto financeiro ainda é maior, inviabilizando as propostas em tramitação no Congresso Nacional que passam a ser ameaças para a saúde pública.

Atualmente são mais de 17 propostas





de estabelecimento de pisos salariais nacionais para os profissionais de saúde. O quadro a seguir resume as propostas em destaque para a gestão municipal do SUS. A CNM estima que, caso aprovadas todas

essas propostas, o impacto financeiro em 1 ano, contando apenas as despesas de salários mensais, 1/3 de férias e 13º salários dos profissionais que atendem no SUS, seria superior a R\$ 53 bilhões.

Projeto de lei	Categoria	Valor do piso	Quantitativo profissionais	Valor pisos/ano
PLS 140/2009	Médico	7.000,00	221.933	20.661.962.300,00
PLS 140/2009	Cirurgião Dentista	7.000,00	54.802	5.102.066.200,00
PL 5.979/2009	Fisioterapeuta	4.650,00	29.263	1.809.770.235,00
PL 5.979/2009	Terapeuta Ocupacional	4.650,00	9.410	581.961.450,00
PL 7.495/2006	Agente Comunitário	930,00	268.472	3.320.730.168,00
PL 7.495/2006	Agente de Endemias	930,00	32.143	397.576.767,00
PL 4.924/2009	Enfermeiro	4.650,00	121.777	7.531.298.565,00
PL 4.924/2009	Técnico de Enfermagem	2.325,00	176.322	5.452.317.045,00
PL 4.924/2009	Auxiliar de Enfermagem	1.860,00	242.020	5.987.090.760,00
PL 4.924/2009	Parteira	1.860,00	594	14.694.372,00
PL 5.439/2009	Nutricionista	4.650,00	11.990	741.521.550,00
PL 5.359/2009	Farmacêutico	4.650,00	26.523	1.640.314.935,00
PL 2.880/2008	Cuidador em saúde	817,50	3.005	32.672.613,75
<b>Totais</b>			<b>1.195.249</b>	<b>53.241.304.347,00</b>

Por fim, segundo informações do Datasus, 76% dos mais de 1,2 milhão de profissionais da rede pública do SUS estão vinculados à esfera municipal, o que significa que a maior parcela do impacto financeiro dos pisos salariais seria nas contas municipais, aproximadamente R\$ 40,5 bilhões/ano, inviabilizando definitivamente a existência do SUS.

## **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE – NA CONTRAMÃO DO SUS**

Esses serviços devem ser objeto de muita análise pela gestão municipal do SUS. A análise crítica deve ser relacionada à forma de atenção à saúde utilizada e a relação com a atenção básica de saúde, verificando-se uma possível interferência no modelo preventivo. Já a viabilidade financeira é outra análise que deve ser bem detalhada, avaliando os custos reais da manutenção com esses serviços, que possuem regime de funcionamento de 24 horas.

Há 17 anos o Ministério da Saúde vem estimulando a inversão do modelo de atenção à saúde da população brasileira, acreditando e fazendo acreditar que as ações de prevenção em saúde desenvolvidas na atenção primária são os caminhos mais viáveis e de possível implantação pela totalidade dos Municípios, tornando-se, com o processo de descentralização, as ações mínimas obrigatórias destes entes. Além de serem consideradas menos onerosas aos cofres públicos.

A atenção básica e suas estratégias tornaram-se objeto de cobiça dos gestores

locais do SUS e alcançaram em 2011 mais de 5.290 Municípios (95%) com o Saúde da Família implantado. Somente PSF atingiu uma cobertura de mais de 50% da população brasileira.

Agora a corrida estimulada pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC II) da Saúde são as ações de assistência em urgências e emergências, com destaque para o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A partir de então, como suporte às demandas de urgências e emergências, inicia-se um processo que vai na contramão da atenção básica ou mesmo do modelo preventivo adotado pelo SUS. Quando avaliadas as facilidades oferecidas pelas ações de urgência e emergência, pode-se perceber claramente os riscos que a atenção primária em saúde corre. O pior é que a gestão municipal do SUS mais uma vez encontra-se ameaçada por uma política subfinanciada e altamente onerosa, sendo impraticável sua manutenção pela maior parte dos Municípios, visto que 85% são considerados de pequeno porte, com populações inferiores a 30 mil habitantes.

Essas duas políticas juntas oferecem transporte para as urgências e emergências, em qualquer parte da área urbana e em algumas rurais, bastando para tanto acionar o serviço pela ligação gratuita (192). Por outro lado, a UPA que oferece pronto atendimento 24 horas possui uma equipe médica, em sistema de plantão, durante todo o dia, ininterruptamente. Ou seja, transporte terrestre e atendimento médico-hospitalar garantido, sem filas e sem demora, tornando-se uma ameaça

para a organização e estruturação da atenção básica.

A questão financeira deve ser muito bem avaliada, identificando a viabilidade de implantação dos serviços sem sacrificar as finanças municipais e sem desestruturar os demais serviços, principalmente os de atenção primária. Nesse caso, a existência e exigência de uma contrapartida estadual é necessária. Prefeito, veja os valores a seguir e verifique o que esses programas lhe oferecem e quanto o serviço custará para o seu Município.

Valor do incentivo federal para custeio do Samu, segundo o tipo.

Tipo do Serviço	Incentivo	
	Implantação	Manutenção
Samu básico	-	12.500,00
Samu avançado	-	27.500,00
Central Samu	150.000,00	19.000,00

Senhor gestor, lembre que a avaliação do custo do serviço deve incluir:

- manutenção da estrutura física (água, luz, telefone, internet etc.);

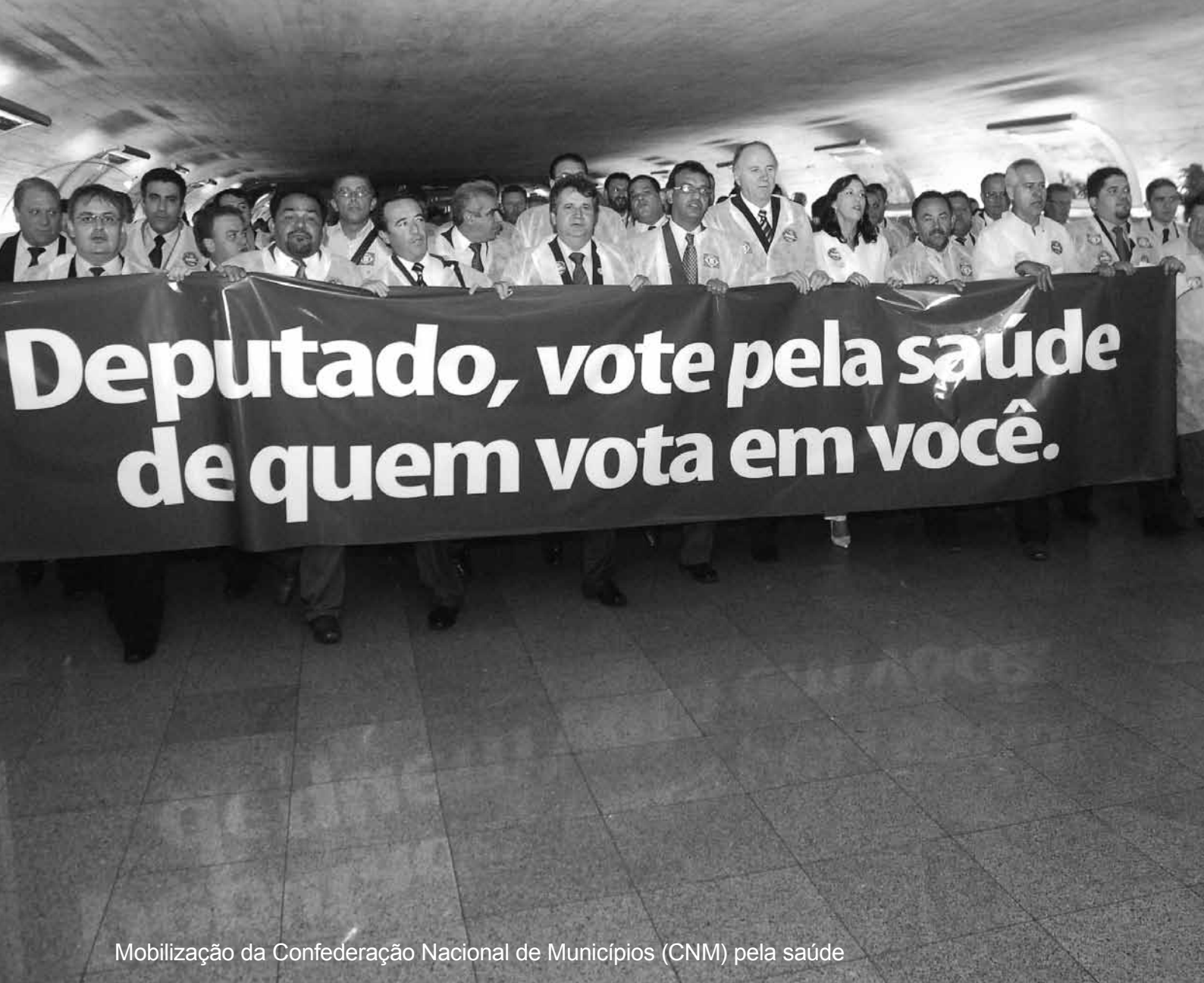
- salários, encargos e direitos trabalhistas para toda a equipe;
- plantões e adicionais noturnos;
- pessoal administrativo, de limpeza e de apoio;
- combustível e manutenção do veículo;
- insumos e medicamentos; etc.

Agora faça esse exercício e verifique quanto realmente é necessário para a implantação e manutenção dos serviços de urgência e emergência no seu Município. Veja se os incentivos federais serão suficientes. Caso seu Estado compartilhe do financiamento, verifique quanto será necessário de recursos próprios.

A mesma situação você deve fazer para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Na tabela a seguir você poderá verificar que tipo de UPA seu Município foi contemplado e, caso ainda não tenha iniciado a implantação, verifique a estrutura física necessária, recursos humanos e financeiros para o funcionamento 24 horas. Verifique se as contrapartidas da União e do Estado serão suficientes.

#### Regras para implantação da UPA e incentivo federal, segundo o tipo

Especificação	Sala de estabilização	UPA tipo I	UPA tipo II	UPA tipo III
População coberta	< 50 mil habitantes	50 a 100 mil habitantes	101 a 200 mil habitantes	201 a 300 mil habitantes
Incentivo financeiro para construção e equipamentos	77,5 mil	1,4 milhão	2 milhões	2,6 milhões
Incentivo de custeio mensal	35 mil	100 mil	175 mil	250 mil
Atendimentos médicos 24 horas	-	50 a 100 pacientes	151 a 300 pacientes	310 a 450 pacientes
Mínimo de médicos por plantão	-	Dois (um pediatra e um clínico geral)	Quatro (entre pediatras e clínicos gerais)	Seis (entre pediatras e clínicos gerais)
Mínimo de leitos de observação	-	5 a 8 leitos	9 a 12 leitos	13 a 20 leitos



Mobilização da Confederação Nacional de Municípios (CNM) pela saúde

Ao final de 2010, o governo federal entregou mais de 600 novas ambulâncias do programa Samu aos Municípios, porém, as obras de construção, reforma e adequação das centrais do Samu e das centrais de regulação do Samu estão sendo liberadas agora em 2011 ou em análise. Isso significa dizer que os veículos encontram-se parados aguardando a entrega das obras. A CNM alerta para os problemas que isso pode acarretar para os Municípios. Lembre-se, Prefeito, a culpa é sempre da gestão municipal.

## **FINANCIAMENTO DO SUS E A REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29**

Desde a criação do SUS sua forma de financiamento prevista constitucionalmente é a tripartite, com coparticipação das três esferas de governo – União, Estados e Municípios. Em 2000, a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) estabeleceu uma regra de investimento no setor saúde, com a finalidade de vincular valores financeiros mínimos ao setor e

garantir o financiamento pelas três esferas de governo.

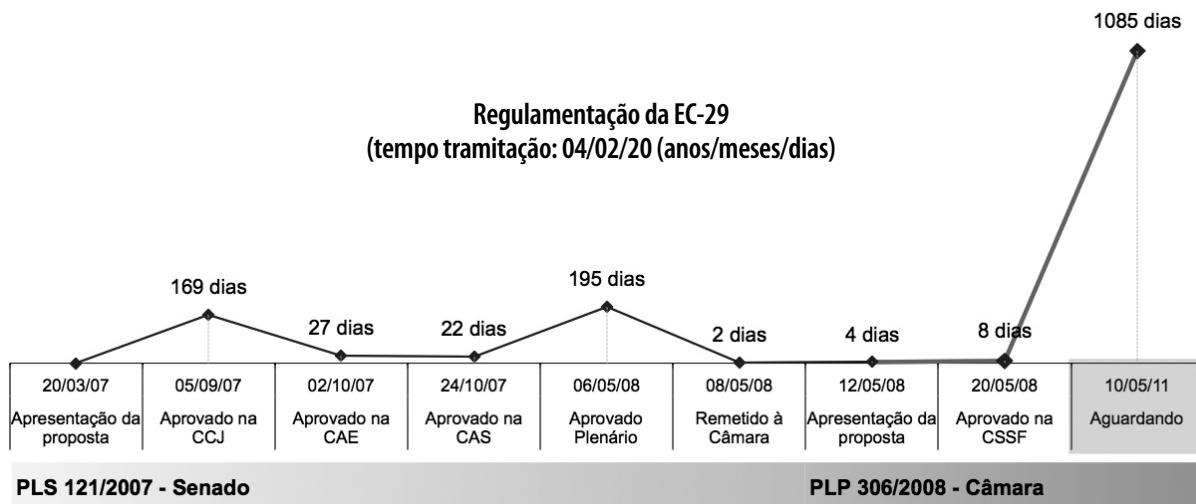
A também conhecida como EC 29, estabeleceu que os Municípios devem investir no mínimo 15% de suas receitas, enquanto os Estados 12%, excluídas as transferências obrigatórias a seus respectivos Municípios. Para a União, foi criada uma regra transitória.

Nesse período de transição, a União deveria investir em 2000 o mesmo valor gasto com saúde em 1999, adicionado de 5%. Para o período de 2001 a 2004 o investimento seria com base nos gastos do ano anterior corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB). Lei complementar, pelo menos, a cada cinco anos deve redefinir os valores de investimento. Assim prevê a EC 29.

Os Municípios conseguiram se adequar às regras estabelecidas pela Emenda

29 e em média aplicam valores bem acima do mínimo constitucional, em alguns casos chegando a 30% de suas receitas. Porém, a indefinição do Congresso em regulamentar a Emenda 29 e atualizar os valores mínimos a serem aplicados em saúde tem ocasionado prejuízos irreparáveis para o SUS e, principalmente, para a população que necessita da assistência pública à saúde.

Os Municípios lutam por uma política de financiamento justa e equivalente às responsabilidades assumidas. Somente em 2010, a CNM realizou oito mobilizações de Prefeitos, com manifestações públicas em defesa da saúde, buscando o apoio de deputados e senadores para a conclusão da votação do Projeto de Lei Complementar nº 306/2008, parado no Plenário da Câmara há mais de 3 anos, conforme demonstrado na figura abaixo.



A Câmara já aprovou o texto base do projeto, inclusive a criação de uma nova Contribuição Social para a Saúde (CSS), nos moldes da antiga CPMF. Com alíquota de 0,1% sobre as movimentações financeiras acima de R\$ 1.900 e a previsão de

arrecadar R\$ 11 bilhões ao ano, a nova contribuição integrará os recursos próprios da União e deverá ser investida exclusivamente em saúde.

A proposta cria o novo imposto sem estabelecer qualquer tipo de partilha ou

previsão de repasse aos Municípios. Espera-se que, caso aprovada também pelo Senado, haja garantia de que parte dos recursos chegarão aos Municípios brasileiros.

Foi justamente a base de cálculo da nova contribuição que travou a votação da regulamentação da Emenda 29 na Câmara dos Deputados. Falta apenas um destaque a ser votado, não cabendo mais emendas ou alterações. Caso seja rejeitado, a União não poderá cobrar a CSS até que uma nova lei estabeleça sua base de cálculo. Se o destaque for votado e aprovado, caberá ao Senado a aprovação ou não do novo imposto, para posterior sanção presidencial.

O projeto é de suma importância para o SUS. Além de garantir investimentos mínimos pelas três esferas de governo, define o que são gastos com saúde, facilitando a aplicação correta dos recursos destinados ao setor e a prestação de contas do Município. Espera-se que assim não ocorram desvios de recursos da saúde ou aplicações equivocadas pelos entes.

Não dá para comentar sobre saúde sem falar em financiamento. A definição de percentuais de aplicação de recursos financeiros mínimos para a União garante o financiamento federal da saúde. Porém, a regulamentação da Emenda 29 tramita no Congresso desde 2003 e nesses pouco mais de 8 anos as perdas financeiras são irre recuperáveis. A demora na

conclusão da votação agrava o caos vivido na saúde pública em várias Unidades da Federação.

Com base na proposta aprovada pelo Senado, que estabelece à União um investimento mínimo de 10% da sua receita corrente bruta (RCB), integralizados gradativamente em 4 anos, a CNM estima que as perdas financeiras do SUS, no período de 2008 a 2010, ultrapassam os R\$ 70 bilhões em investimentos federais.

Caso a proposta aprovada pelo Senado já estivesse em vigor desde 2008, somente neste ano a perda para o Sistema de Saúde pode chegar aos R\$ 33,5 bilhões, quando a União deveria concluir a integralização e investir 10% de sua receita (RCB).

A regulamentação do financiamento da saúde, também conhecida como regulamentação da Emenda 29, não é a solução definitiva para o subfinanciamento comprovado no Sistema Único de Saúde, mas ajudará a minimizar grandes dificuldades encontradas pelas esferas gestoras na ampliação e manutenção das ações e serviços de saúde ofertados à população brasileira.

Ainda será necessária a revisão e a implementação de uma nova política nacional de financiamento que vislumbre as especificidades de cada ente, fundamentada no custo real dos serviços evitando-se desta forma o subfinanciamento existente e a sobrecarga nos cofres municipais.