

## O Sistema Único de Saúde (SUS)

### Realidade atual – organização regionalizada e hierárquica

Após 21 anos de existência e sob muitos percalços, o SUS continua obtendo destaque negativo nas políticas públicas sociais. São muitos motivos que mantêm o tema Saúde como prioridade do governo, no entanto, nada agradáveis, uma vez que a Saúde é, sem dúvida alguma, o setor que mais preocupa os gestores municipais em decorrência de demandas crescentes e infundáveis, da fragmentação da assistência à saúde, das poucas estruturas existentes, da pulverização dos recursos financeiros federais e da ausência dos recursos estaduais.

Todas as dificuldades enfrentadas no

SUS são de conhecimento das três esferas de governo e dos espaços deliberativos que compõem o SUS, como o Conselho Nacional de Saúde, os conselhos estaduais e municipais de saúde, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartites (CIB), e ainda permanecem sem respostas.

O simples fato de haver uma concentração dos profissionais médicos nos grandes centros urbanos e uma dificuldade real de contratação e fixação desses profissionais em Municípios de pequeno porte populacional e com poucos atrativos locais impossibilita a implantação dos programas federais e a captação de novos investimentos no setor local. Fato que eleva os valores das contratações e tornam precários os vínculos de trabalho, resultando

em incapacidade técnico-administrativa, legal e financeira para manutenção destes.

De acordo com os dados do Departamento de Informática do SUS (Datasus), existem mais de 211,6 mil médicos que atendem ao SUS, dos quais 39% estão nas capitais, ou seja mais de 82,7 mil profissionais. As situações mais graves de concentração dos profissionais médicos em suas capitais são registradas em Roraima (90%), Amapá (84%), Amazonas (78%), Sergipe (71%) e Acre (70,5%).

Até o momento, não se registra o esforço da Direção Nacional do SUS em solucionar esse problema, que é comum à maioria dos Municípios. Ao contrário do que se esperava, o Ministério da Saúde promoveu a suspensão dos recursos financeiros do Saúde da Família em 2011, prejudicando mais de 2,5 mil Municípios, com a justificativa do não cumprimento da carga horária dos profissionais exigida pelo programa. Para remediar a carência de médicos, a proposta ofertada foi o recrutamento pelo Ministério da Saúde de novos profissionais, porém o ônus das contratações ficou totalmente sobre a esfera municipal.

Práticas dessa natureza saturam o SUS e as finanças municipais, inviabilizando a cada ano a ampliação e a manutenção do Sistema. As pendências se acumulam e perduram sem se quer o brilho de uma luz no final do túnel. Com isso, a regionalização e a hierarquização do SUS, princípios constitucionais e fundamentais à atenção integral à saúde, foram deixados no esquecimento. O foco principal da organização atual é o princípio da municipalização, que

ainda é bastante distorcido, prevalecendo a desconcentração de serviços.

É inegável que a participação dos Municípios nas políticas públicas de Saúde proporcionaram maior abrangência e multiplicidade de serviços e ações de saúde por todo o território nacional, contemplando, de alguma forma, os milhares de brasileiros. As demandas das comunidades são os verdadeiros motivadores da luta dos gestores municipais por melhores condições de atenção integral à saúde, pois fazem parte do cotidiano vivido por cada prefeito ou secretário municipal de Saúde.

A CNM entende e orienta que a rede assistencial do SUS deve obedecer a regionalização dos serviços e a hierarquização por nível de complexidade, possibilitando atender às demandas da população de determinada região sem sacrificar apenas o Município.

O processo de organização do Sistema de Saúde em curso no País traz vários desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes da federação e, para que isso aconteça, é necessária a participação técnica e financeira de Estados e União. Ser eficiente e eficaz é muito importante, pois produz resultados com qualidade para todos, principalmente, para a população.

## **Responsabilização excessiva sobre os Municípios**

É nítida a ausência das estruturas federais e estaduais de Saúde no País, o que obriga os Municípios a assumirem responsabilidades que não lhe competem,

como a de estruturar, organizar e de manter a rede ambulatorial e hospitalar de média complexidade e parte da alta complexidade. De acordo com a Lei nº 8.080/1990, essa é uma competência das esferas estadual e federal do SUS.

A partir da pesquisa sobre demandas reprimidas no Estado do Rio Grande do Sul, realizada pela CNM, em 2010, foi possível retratar um novo perfil de organização do Sistema de Saúde, estando à frente das estruturas, das ações e dos serviços de atenção primária e secundária de Saúde a esfera municipal, possuindo como retaguarda ambulatorial e hospitalar a rede privada (filantrópicas e particulares).

Isso demonstra uma triste realidade, que traz o registro do descaso estadual marcado pelo menor percentual de investimento em Saúde, cerca de 7,6% de suas receitas (SIOPS, 2010), dos quais 49% são destinados às ações de saneamento da companhia estadual de água e esgoto. Em se tratando de estruturas, o SUS gaúcho conta com apenas 4 hospitais estaduais, contendo pouco mais de 420 leitos, o que equivale a 2% do total disponível no Rio Grande do Sul, para atender aos seus mais de 10,7 milhões de habitantes.

Por outro lado, a União estabelece a sua forma de participação e contribuição financeira, criando infindáveis programas e estratégias aos quais o seu orçamento fica vinculado. Além de incentivos sempre insuficientes e apoio técnico que deixa a desejar, condiciona os novos investimentos a esses programas. Se não fosse o bastante, regras e normas ministeriais alheias à realidade brasileira cerceiam o acesso dos Municípios de pequeno porte

populacional aos novos projetos e mais recursos financeiros, limitando-os à aplicação de recursos próprios ou oriundos de emendas parlamentares.

Diante desse panorama, é importante ressaltar que o Município é a base sustentável de toda a política de Saúde pública brasileira e é dessa 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 Sistema Único de Saúde.

Como resultado da política desconcentradora de responsabilidades adotada na União e nos Estados, a responsabilidade pela execução e pela manutenção das ações e dos serviços de saúde tem recaído quase que 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 à Saúde para suas populações.

Porém, muitos sofrem por não ter o apoio necessário da União e do seu Estado e acabam não conseguindo cumprir as metas e os objetivos estabelecidos para a Saúde da sua população ou região. Cumprir as responsabilidades atribuídas a cada esfera de gestão do SUS também é fundamental para que o Sistema possa se organizar e atender integralmente a todos os brasileiros. Dessa forma, é necessário rever o papel e a atuação da União e dos Estados junto ao Sistema de Saúde brasileiro.

# Decreto 7.508/2011 – Novas responsabilidades e o contrato organizativo

## Novas responsabilidades

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e abordou a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Resumindo o contido neste novo instrumento legal, pode-se afirmar que é mais um instrumento de cobrança das responsabilidades assumidas pelos gestores municipais do SUS.

O diploma legal reafirma a importância dos três entes federativos na execução das ações e dos serviços do SUS, mediante a participação complementar da iniciativa privada. Também ratifica a organização de forma regionalizada e hierarquizada, com a definição das regiões de saúde e a organização dos serviços em níveis de complexidade, conforme tratado anteriormente e na Constituição Brasileira de 1988.

“Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS, caberá a União, aos Estados e aos Municípios a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; a definição dos fluxos das ações e dos serviços; assim como a regionalização e o monitoramento”. Nesse trecho do decreto, defini-se mais uma vez a Saúde como uma competência comum às três esferas de governo.

Além disso, ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, nos hospitais e em outras unidades integrantes à rede de atenção da respectiva região. Por isso, é importante ressaltar que, sem a efetiva participação dos Estados e da União, não será possível avançar nas propostas do dispositivo legal.

As atividades de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde; gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a direção estadual; e participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho são competências do Município.

O planejamento passa a ser obrigatório e, além dos serviços públicos, deverão contemplar todos os serviços privados, prestadores ou não de serviços ao SUS, presentes no âmbito do Município ou região de saúde. A partir do planejamento, o ente deve apresentar o Plano Municipal de Saúde aprovado no respectivo Conselho de Saúde. O Plano deverá conter todas as ações de Saúde planejadas e os recursos financeiros disponíveis para realização. O Plano poderá ser alterado ou adequado ao

longo de sua execução, com a aprovação do Conselho de Saúde.

Na assistência à Saúde, o dispositivo inova criando a Renases (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde), que ainda será regulamentada pelo Ministério da Saúde e aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esta por sua vez definirá o conjunto de ações e serviços de Saúde que será ofertado na rede do SUS, própria e contratada. Essa medida pode ser um bom caminho para minimizar ou até mesmo solucionar os problemas com a judicialização da Saúde.

Na assistência farmacêutica, o diploma legal deixou muito a desejar quando contemplou a regulamentação apenas da Renam (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), uma vez que esta se refere aos medicamentos usados na atenção básica de saúde. Mais uma vez se faz a regulamentação das competências municipais, deixando as federais e as estaduais sem instrumento legal que os ampare, ou mesmo que oriente as decisões judiciais.

É importante frisar essa informação, visto que a demanda judicial que se acumula nos tribunais decorre da solicitação de medicamentos especializados utilizados na média e na alta complexidade, e os medicamentos especiais ou de alto custo, os quais são de competência dos Estados e da União, conforme a política nacional de medicamentos, implementada desde 1998, em instrumentos infralegais. A ausência das competências estadual e federal na regulamentação da assistência farmacêutica torna-se mais uma lacuna de difícil reparação a curto prazo e prejudicial à política de saúde pública brasileira.

## **Articulação interfederativa e contrato organizativo**

A articulação interfederativa abordada limita-se a regulamentar novas competências às Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional e traz um novo instrumento de pactuação e compromisso entre os entes, denominado Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

Surpreendentemente, o Decreto proporcionou às Comissões Intergestores do SUS *status* deliberativo superior, dispensando a aprovação ou a homologação das pactuações e das deliberações entre os gestores do SUS nos seus respectivos Conselhos de Saúde. Essa medida exclui dos processos de deliberação e pactuação os usuários, os trabalhadores e os prestadores de serviços do Sistema de Saúde, uma vez que a composição dessas comissões se faz apenas pelos gestores do SUS.

As Comissões Intergestores do SUS, quando criadas, tinham a finalidade de pactuar apenas os aspectos operacionais do SUS com efeitos organizativos, submetendo-as aos respectivos Conselhos de Saúde para apreciação e homologação. Com a ampliação das possibilidades de pactuação e a autonomia deliberativa e decisória, as Comissões também vão atuar nos aspectos financeiros e administrativos do SUS, bem como definindo diretrizes nacionais, estaduais, regionais e interestaduais das regiões de saúde.

Nesse meio de novas competências atribuídas às Comissões Intergestores, o dispositivo comete um grande equívoco e ultrapassa as competências legais dos gestores do SUS, quando estabelece que

estes poderão pactuar responsabilidades individuais e compartilhadas entre os entes. Aqui, é importante frisar que apenas o representante legal do Ente Federativo pode pactuar tais responsabilidades e, no caso dos Municípios, resume-se na figura única do chefe do Poder Executivo – os prefeitos.

A segunda parte da articulação federativa traz o contrato organizativo definido como um acordo entre os entes federativos para organização da rede de atenção à Saúde. Este tem como objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

O Contrato definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes

federativos com relação às ações e serviços de saúde, aos indicadores e às metas de saúde, aos critérios de avaliação de desempenho, aos recursos financeiros que serão disponibilizados, à forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implantação integrada das ações e serviços de saúde.

Este é mais um instrumento de pactuação, monitoramento e fiscalização do cumprimento dos compromissos assumidos pelos entes federativos. As normas de elaboração e o fluxo do Contrato serão estabelecidos na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no Ministério da Saúde. E, aqui, mais uma vez, observa-se que as decisões verticais prevalecem no SUS, cabendo aos Municípios o cumprimento das deliberações centrais. Uma prática ultrapassada, para a atual realidade.

## Lei Complementar 141/2012 – Regulamentação da Emenda 29

### O financiamento

O orçamento da saúde continua em destaque desde o ano de 2000. A Emenda Constitucional 29 definiu os percentuais de aplicação em saúde para cada ente da federação. Aumentou a participação dos Estados (12%) e dos Municípios (15%), porém, sem definir um percentual mínimo de investimento para a União, possibilitou a redução de sua participação, sobrecarregando, desta forma, as finanças municipais.

A Lei Complementar nº 141, sancionada

pela presidente Dilma Rousseff no ano de 2012, a qual regulamentou a Emenda 29, não acrescentou recursos federais novos ao orçamento da saúde. Isso, em razão de ter mantido a mesma regra de investimento com base nas despesas do ano anterior adicionada da variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto).

Ao contrário do que se esperava e do que foi anunciado pelo governo federal, o orçamento aprovado para 2012 pela Comissão Mista do Congresso Nacional é inferior ao mínimo que a União deve aplicar

em Saúde, com base na regra transitória da Emenda 29 e ratificada pela nova lei complementar.

Mesmo após tantos anos de tramitação no Congresso e inúmeras manifestações dos Municípios por meio da CNM, não houve a aprovação da vinculação dos 10% da receita corrente bruta da União para a Saúde, o que acarretou uma perda de R\$ 14,6 bilhões somente para o ano de 2012.

Na prática, a realidade manteve-se como de costume. Em uma breve análise do orçamento federal para 2012, verifica-se que na reprogramação financeira a União retirou da Saúde mais de R\$ 5,4 bilhões, restando apenas R\$ 72,1 bilhões para o exercício. Esse valor é inferior ao empenhado em 2011 com ações e serviços de saúde, não cumprindo a Lei Complementar nº 141/2012. A situação é bem pior quando estimado o valor real de aplicação em Saúde, retirando os gastos não considerados como despesa da saúde, esse valor pode ser inferior a R\$ 66,2 bilhões.

Caso o Congresso tivesse aprovado a vinculação de, no mínimo, 10% da receita

bruta para a Saúde, a CNM estima que o orçamento de 2012 da União seria de, no mínimo, R\$ 93,3 bilhões, o que já auxiliaria financeiramente o SUS em mais de R\$ 21,2 bilhões, quando comparado com o orçamento aprovado.

Mais uma vez, a União se exime de assumir sua responsabilidade no financiamento tripartite do SUS. Sem a vinculação de recursos mínimos da União para a Saúde e o descumprimento da legislação, uma prática também presente nos Estados, os Municípios continuarão com suas finanças sobrecarregadas para a manutenção do SUS.

A CNM apurou os totais gastos pela União, pelos Estados e pelos Municípios no período de 2000 a 2009. O quadro abaixo mostra a evolução dos investimentos e um enorme déficit da União e dos Estados com a Saúde brasileira. No mesmo período, os Municípios investiram R\$ 103,7 bilhões acima do limite legal, sacrificando seus recursos próprios em Saúde, impossibilitando novos investimentos e o atendimento de outras demandas sociais.

**Tabela 1 – Evolução dos gastos com saúde e as obrigações constitucionais das esferas de governo (R\$ milhões de dezembro de 2011, corrigidos pelo IPCA)**

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
União	Gastou	42.016	43.428	44.076	42.219	46.456	46.920	52.400	55.084	57.169	61.154	490.921
	Deveria ter gasto	39.785	43.553	44.336	43.864	47.334	50.921	54.055	57.562	61.180	66.449	509.039
	diferença (-)	2.232	- 126	- 260	- 1.645	- 878	- 4.001	- 1.655	- 2.479	- 4.011	- 5.295	- 18.118
Governo do Estado	Gastou	17.241	22.581	26.984	26.189	30.153	28.280	32.910	36.918	40.896	40.011	302.162
	Deveria ter gasto	17.227	21.372	24.265	25.418	31.080	33.073	34.864	37.755	42.442	41.730	309.226
	diferença (-)	15	1.209	2.719	771	- 927	- 4.793	- 1.954	- 837	- 1.547	- 1.719	- 7.064
Municípios	Gastou	21.024	22.726	26.395	26.319	26.712	30.273	32.363	36.381	40.061	42.281	304.534
	Deveria ter gasto	7.629	14.589	16.581	16.826	19.601	21.299	22.854	25.178	28.751	27.497	200.805
	diferença (-)	13.395	8.137	9.814	9.493	7.112	8.974	9.509	11.203	11.309	14.784	103.730

Fonte: Elaboração Própria com base nas fontes primárias: FINBR/STN; Siga Brasil/SIAFI; SIOPS.

A busca por melhores condições de financiamento e a implantação de uma política digna de financiamento para a Saúde continuam sendo metas do Movimento Municipalista. Duas novas propostas de vinculação de porcentual do orçamento federal destinado à Saúde já tramitam no Congresso Nacional e necessitam do apoio dos gestores municipais, por isso, a CNM desde já convoca a todos para participarem desse movimento social, em favor da Saúde da população brasileira.

## **Restrição e suspensão dos recursos da saúde – novas regras**

Com a publicação da Lei nº 141/2012, novas regras para a suspensão e restrição dos recursos da saúde foram estabelecidas. Em seu art. 26, § 1º, ficou definido que no caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído na Lei – o Siops –, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos das transferências constitucionais destinados às ações e aos serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta-corrente vinculada ao Fundo de Saúde.

As medidas restritivas deverão ser no sentido de garantir a aplicação dos percentuais mínimos legais de investimentos em Saúde. A medida reserva parte das

transferências constitucionais do ente que deixou de cumprir o mínimo legal, em uma conta específica do Fundo de Saúde deste. Esse valor reservado será aplicado de forma adicional no exercício seguinte. Dessa forma, o percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente não deverá sofrer prejuízo algum com a aplicação adicional de déficits anteriores com a Saúde.

É importante destacar que os efeitos das medidas restritivas previstas serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação do investimento adicional do montante que deixou de ser aplicado.

Os restos a pagar computados no mínimo constitucional da Saúde, se cancelados ou prescritos, necessariamente serão aplicados em ações e serviços de saúde no exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição, sem interferir no mínimo do exercício correspondente. Ou seja, também serão consideradas aplicações adicionais para suprir o déficit anterior.

Quando identificado o descumprimento da aplicação do percentual mínimo em Saúde, por parte de Estados, Distrito Federal e Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados, a exemplo dos recursos de convênios, poderão ser imediatamente suspensas. O restabelecimento dessas transferências se dará após sanado o problema.

A União e os Estados deverão editar atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais sob sua responsabilidade, a fim de dar cumprimento ao estabelecido na Lei Complementar.

Esse processo de elaboração dos

procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais deve ser acompanhado pelos gestores municipais, evitando-se exageros, uma vez que a Lei Complementar é bem clara em relação à parcela de recursos que poderá sofrer a restrição ou a suspensão (§§ 1º e 2º, art. 26 da Lei nº 141/2012), ou seja, o equivalente apenas ao valor que faltou para o cumprimento do mínimo legal da Saúde no exercício. Além da restrição dessa parcela das transferências constitucionais, o ente terá a suspensão das transferências voluntárias, porém, sem comprometer a totalidade das transferências constitucionais.

A CNM, por meio da sua equipe técnica, está acompanhando e participando dos debates junto à Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e ao Ministério da Saúde a respeito da elaboração dos atos próprios da União sobre esses procedimentos de restrição e suspensão dos recursos federais.

## O Siops

O Siops é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Teve origem em 1993, com a finalidade de acompanhar o financiamento do SUS e aferir o cumprimento dos percentuais mínimos investidos por Estados, Distrito Federal e Municípios. O sistema disponibiliza em ambiente *web*, e de forma pública, garantindo aos órgãos fiscalizadores e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos no setor.

O dispositivo fortalece e torna obrigatória a ferramenta eletrônica utilizada para o acompanhamento dos investimentos em Saúde, sob a responsabilidade do Ministério

da Saúde – o Siops ou outro que venha a substituí-lo. O Sistema torna-se de alimentação obrigatória, e a não utilização, não alimentação ou não atualização dos dados serão suficientes para a suspensão imediata das transferências voluntárias ao ente.

Outra novidade da Lei Complementar é a obrigatoriedade de alimentação do Sistema por parte da União, que apresentava relatórios consolidados e limitados, sem regularidade.

Os resultados do monitoramento e da avaliação dos dados serão apresentados de forma objetiva e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado. Sempre que o Ministério da Saúde verificar o descumprimento das disposições previstas na Lei, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

A fim de que o Sistema possa se manter sempre atualizado, os Municípios deverão cadastrar seus relatórios em até 30 dias após o encerramento do 3º e 6º bimestres, ou seja, 30/7 e 30/1.

Portanto, fique atento e não perca o prazo para o envio das informações do seu Município! O não cumprimento do percentual

mínimo de investimento em Saúde gera pendências no Cauc (Cadastro Único de Exigências para Transferências Voluntárias), e

a falta de envio de dados ao Siops promove a imediata suspensão das transferências voluntárias.

# A fragmentação da Saúde e dos recursos federais – uma metodologia ultrapassada e prejudicial ao SUS

## Fragmentação da atenção à Saúde

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e dos serviços de saúde. Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer decisão dos gestores do SUS, vez que o financiamento federal das ações e dos serviços está diretamente voltado aos programas e às estratégias do governo federal.

A atenção básica de saúde, que é considerada o nível primário de atenção à saúde e obrigatória a todos os Municípios brasileiros, encontra-se estruturada na estratégia do Saúde da Família, contemplando o programa de agente comunitário de saúde, saúde bucal, saúde da família e, ainda, o núcleo de apoio à saúde da família, nos quais, do mesmo modo, são distribuídos os recursos federais. Sem contar com: piso da atenção básica (PAB-fixo), farmácia

básica, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do homem, saúde indígena, controle do tabagismo, controle do câncer, alimentação e nutrição, humanização do pré-natal e nascimento, imunização e vigilância em saúde.

Acreditando não ser suficiente, o Ministério da Saúde implementou a pulverização dos recursos financeiros federais, por meio da criação de mais treze programas federais, já na nova gestão. Na atenção básica: rede cegonha; melhor em casa; melhoria do acesso e qualidade (PMAQ); academia da saúde; de volta pra casa; valorização do profissional da atenção básica (Provab). Na atenção especializada: Saúde toda hora – SOS Emergência; unidade de acolhimento do crack; consultórios de rua; residências terapêuticas; leitos de atenção integral em álcool e droga; Nasf 24h; e escola de redutores de danos (ERD).

A modalidade praticada pelo governo federal, que estabelece regras próprias para implantação desses programas e, consequentemente, a conquista de novos investimentos financeiros, restringe o acesso aos

grandes centros urbanos ou aglomerados populacionais e exclui, principalmente, os Municípios de pequeno porte populacional, com poucas estruturas e baixa capacidade técnica-operacional.

Para a CNM, a solução está em inovar o processo de organização do Sistema de saúde de acordo com as especificidades locais e regionais, além das capacidades técnica, administrativa, operacional e financeira, promovendo, dessa forma, a redução das desigualdades regionais. Experiências municipais têm mostrado que é possível desenvolver ações e serviços de saúde com qualidade que atenda a toda a população, sem ficar dependente de programas e financiamentos federais.

Isso representa um mecanismo de superação, autonomia federativa e sustentabilidade, sendo apontado como mais eficientes e eficazes, tanto em termos de organização interna quanto em sua capacidade de enfrentar os desafios atualmente impostos pela Saúde pública.

## **Incentivos financeiros insuficientes e mal distribuídos**

Não é de agora que a CNM vem mostrando o subfinanciamento e cobrando do governo federal uma solução para esse problema que afeta a totalidade dos Municípios brasileiros. O subfinanciamento é uma consequência do modelo adotado pelo governo federal com a fragmentação das ações e dos serviços de saúde e a pulverização do recurso financeiro em programas e estratégias de saúde, que, em sua maioria, não atende às necessidades de organização e estruturação do SUS.

Os recursos financeiros não chegam à totalidade dos Municípios, principalmente, os de pequeno porte populacional, como já mencionado. Outro problema grave na prática federal é a falta de regularidade nos reajustes ou minimamente a correção monetária dos valores dos incentivos federais, ocasionando defasagens na totalidade desses incentivos, resultando no agravamento do subfinanciamento existente do Setor.

Um exemplo simples e remanescente é o do PAB-fixo (piso da atenção básica *per capita*), que, em 1996, era de R\$ 12 por habitante/ano. Quando corrigido pelo IPCA, para janeiro de 2012, o valor deveria ser no mínimo de R\$ 32,57 por habitante/ano. Dessa forma, quando comparado com o novo valor estabelecido pelo Ministério da Saúde e o valor apresentado pela CNM, há uma diferença a menor de R\$ 12,57, o que equivale a um déficit de 62,9%.

Quando utilizada a mesma comparação acima para um Município com 50 mil habitantes, o PAB fixo anual será de R\$ 1,2 milhão, segundo as informações do Ministério da Saúde, já com o reajuste anunciado. Se o valor do PAB fixo tivesse regularmente sofrido as correções anuais pelo IPCA, o mesmo Município receberia mais de R\$ 1,6 milhão ao ano. O que este Município poderia realizar com R\$ 400 mil a mais no seu orçamento da atenção básica?

Na prática, verifica-se o quanto a gestão municipal é prejudicada pela política federal, independente do porte populacional, pois, se de pequeno porte, ele não consegue implantar os programas federais e alcançar novos investimentos financeiros. Se de médio ou grande porte populacional,

implanta os programas e vivencia o subfinanciamento com valores ínfimos e defasados de incentivos financeiros federais.

Logo, por meio desses exemplos, é possível visualizar o subfinanciamento existente e a realidade da política de

financiamento da saúde adotada pelo governo federal que, aliada à inércia e à acomodação dos Estados, acaba comprometendo mais recursos dos Municípios, que já investem em média 22% de seus orçamentos em Saúde (SIOPS, 2010).

## Pisos salariais para profissionais de saúde

### Projetos que estão tramitando

Esse é um tema bastante polêmico, por se tratar da remuneração do pessoal da Saúde. Considerado como serviço essencial à vida e de responsabilidade do Estado, a administração pública Municipal vem se empenhando em atender de forma integral às necessidades de saúde da população brasileira, investindo valores financeiros bem acima do mínimo legal, o que impossibilita assumir qualquer compromisso financeiro com o cumprimento de pisos salariais profissionais.

A Confederação Nacional de Municípios coloca essa questão como uma prioridade para a gestão municipal do SUS, pelo simples fato de refletir direta e negativamente nas finanças municipais. Isso se justifica com os dados disponíveis pelo Datasus, que, em fevereiro de 2012, registrou um total de 1,6 milhão de profissionais atendendo no SUS, dos quais mais de 1 milhão estão vinculados à esfera municipal.

Ou seja, os Municípios já assumem cerca de 61% das contratações da força de trabalho da Saúde brasileira.

O estabelecimento de pisos salariais que contemplem os servidores ou funcionários públicos desrespeita o art. 39 da Constituição Federal e fere a autonomia do ente Município, ao qual compete estabelecer os seus planos de cargos, carreiras e salários, conforme necessidade e capacidade técnica, administrativa e financeira local. Dessa forma, a CNM é contrária ao estabelecimento de tais pisos salariais com interferência na administração municipal.

O quadro seguinte mostra os Projetos de Lei que estão tramitando, atualmente, tanto na Câmara quanto no Senado Federal, com valores de pisos salariais por categoria profissional e o impacto financeiro para o cumprimento apenas do valor do piso, adicionado de férias e 13º salário. Pela estimativa, verifica-se a inviabilidade das propostas, que totalizam quase R\$ 53 bilhões ao ano.

**Tabela 2: Síntese dos projetos de lei de pisos salariais, segundo a categoria profissional, valor do piso, quantitativo de profissionais e valor estimado para cumprimento do piso em um ano, 1/3 de férias e 13º salário. Congresso Nacional, 2012**

Projeto de Lei	Categoria	Valor do piso	Quantitativo profissionais	Valor ano
PLS 140/09	Médico	7.000,00	221.933	20.661.962.300,00
PLS 140/09	Cirurgião Dentista	7.000,00	54.802	5.102.066.200,00
PL 5979/09	Fisioterapeuta	4.650,00	31.337	1.938.036.765,00
PL 5979/09	Terapeuta Ocupacional	4.650,00	9.410	581.961.450,00
PL 7495/06	Agente Comunitário	1.090,00	272.483	3.950.186.051,00
PL 7495/06	Agente de Endemias	1.090,00	35.631	516.542.607,00
PL 4924/09	Enfermeiro	4.650,00	96.810	5.987.214.450,00
PL 4924/09	Técnico de Enfermagem	2.325,00	177.308	5.482.806.630,00
PL 4924/09	Auxiliar de Enfermagem	1.860,00	251.752	6.227.840.976,00
PL 4924/09	Parteira	1.860,00	516	12.764.808,00
PL 5439/09	Nutricionista	4.650,00	12.862	795.450.390,00
PL 5359/09	Farmacêutico	4.650,00	27.588	1.706.179.860,00
PL 2880/08	Cuidador	817,50	3.005	32.672.613,75
<b>Totais</b>			<b>1.192.432</b>	<b>52.963.012.487,00</b>

Fonte: CNM.

Não diferente dos pisos salariais, a fixação ou a redução de carga horária de profissões regulamentadas afetam a administração pública, uma vez que essas reivindicam junto às esferas públicas o cumprimento das leis federais que as regulamentam.

A redução da carga horária dos profissionais de enfermagem para 30 horas semanais, por exemplo, na estratégia saúde da família, que conta atualmente com mais de 32 mil equipes implantadas pelos Municípios brasileiros, gera um déficit de 10 mil enfermeiros, o que inviabiliza a manutenção da estratégia e causa prejuízos imensuráveis à atenção básica de saúde.

Dessa forma, o Movimento Municipalista justifica seu posicionamento contrário aos pisos salariais e à redução da carga horária em virtude da necessidade de contratação de um número maior de profissionais para suprir o déficit no quadro

de servidores municipais e do comprometimento de mais recursos financeiros municipais, o que certamente irá extrapolar o limite legal de despesa com pessoal.

## Consequências para os Municípios

O estabelecimento de um piso salarial, mesmo que cofinanciado pela União, causa impacto negativo irreparável à gestão municipal do SUS, que envolve além da questão financeira, questões administrativas, técnicas, organizacionais e de equidade nos quadros permanentes de servidores municipais, colocando em grande risco a autonomia constitucional da administração municipal.

Nesse caso, o exemplo utilizado é a proposta de piso salarial nacional para os agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. A CNM estima que o impacto financeiro com um piso

salarial equivalente a dois salários-mínimos, o que representa R\$ 1.244,00 para 2012, chega a R\$ 3,2 bilhões ao ano, e isso inviabilizará o SUS e a manutenção do programa de agentes comunitários de saúde como estratégia da atenção básica de saúde.

Quando avaliados os valores de pisos salariais descritos no quadro anterior em relação ao quantitativo de profissionais vinculados diretamente à esfera municipal, verifica-se que a gestão municipal do SUS sofrerá o maior impacto financeiro

negativo, de cerca R\$ 32 bilhões ao ano somente com esses pisos salariais.

Estabelecer piso salarial e plano de cargos e carreiras de âmbito nacional é um desrespeito à autonomia dos Municípios, uma vez que estes são os responsáveis pela contratação da maior parte dos profissionais de saúde no SUS. Desrespeito também ao regime jurídico único, ao plano de carreiras e à tabela de salários estabelecida pelos Municípios. Essa medida provoca o desequilíbrio administrativo e financeiro do ente municipal.

## **Demandas reprimidas – como identificar e como solucionar?**

No ano passado, a CNM realizou uma pesquisa sobre as “demandas reprimidas” junto aos Municípios do Rio Grande do Sul, com o intuito de identificar possíveis gargalos no sistema público de saúde gaúcho. O resultado foi surpreendente, quando foram identificados mais de 109,6 mil procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar não atendidos, revelando um estrangulamento na rede assistencial de referência para a atenção básica de saúde. Um problema que exige soluções da gestão estadual do SUS.

Atendendo às solicitações dos gestores municipais, no ano de 2012, a CNM aplicou a pesquisa nos Municípios dos Estados de Goiás e Bahia. Para um melhor entendimento, demanda reprimida é todo e qualquer procedimento ambulatorial ou hospitalar, pactuado ou não com um

Município de referência, que está aguardando agendamento, ou que não obteve resposta de realização ou sua negação, permanecendo o usuário pendente de assistência à saúde.

A finalidade da pesquisa é de coletar informações sobre consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais e hospitalares, exames de diagnóstico, internações e tratamentos cirúrgicos que os Municípios não conseguem agendar ou realizar nas unidades de referência de média e alta complexidade. A seleção dos Municípios foi aleatória, observando-se um limite entre 10% e 30% de Municípios pesquisados, por porte populacional.

Participaram da pesquisa 97 Municípios baianos e 70 goianos, totalizando 167. Dentre os pesquisados, a demanda reprimida identificada foi de 189.525 procedimentos

para a Bahia e 59.061 para o Goiás dentre consultas, exames e internações.

Os Municípios que apresentaram o maior quantitativo de demanda reprimida foram Mucuri/BA e Firminópolis/GO, representando, respectivamente, 13% e 26,7% do total de procedimentos reprimidos em seus Estados.

O conjunto dos 10 primeiros Municípios que possuem maior demanda reprimida, de cada Estado, são responsáveis por 58,7% e 71,7% na Bahia e no Goiás, respectivamente, conforme as tabelas abaixo, e totalizam uma demanda reprimida de mais de 170.254 procedimentos.

**Tabela 3: *Ranking* dos dez primeiros Municípios baianos com maior demanda reprimida de procedimentos**

<b>Ranking BA</b>		
<b>Posição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Município</b>
1	24.722	Mucuri/BA
2	19.889	Irecê/BA
3	14.280	Mansidão/BA
4	11.110	Guanambi/BA
5	9.121	Caetanos/BA
6	8.139	Salvador/BA
7	8.039	Capim Grosso/BA
8	6.720	Santa Rita de Cássia/BA
9	4.995	Manoel Vitorino/BA
10	4.178	Central/BA

Fonte: CNM.

**Tabela 4: *Ranking* dos dez primeiros Municípios goianos com maior demanda reprimida de procedimentos**

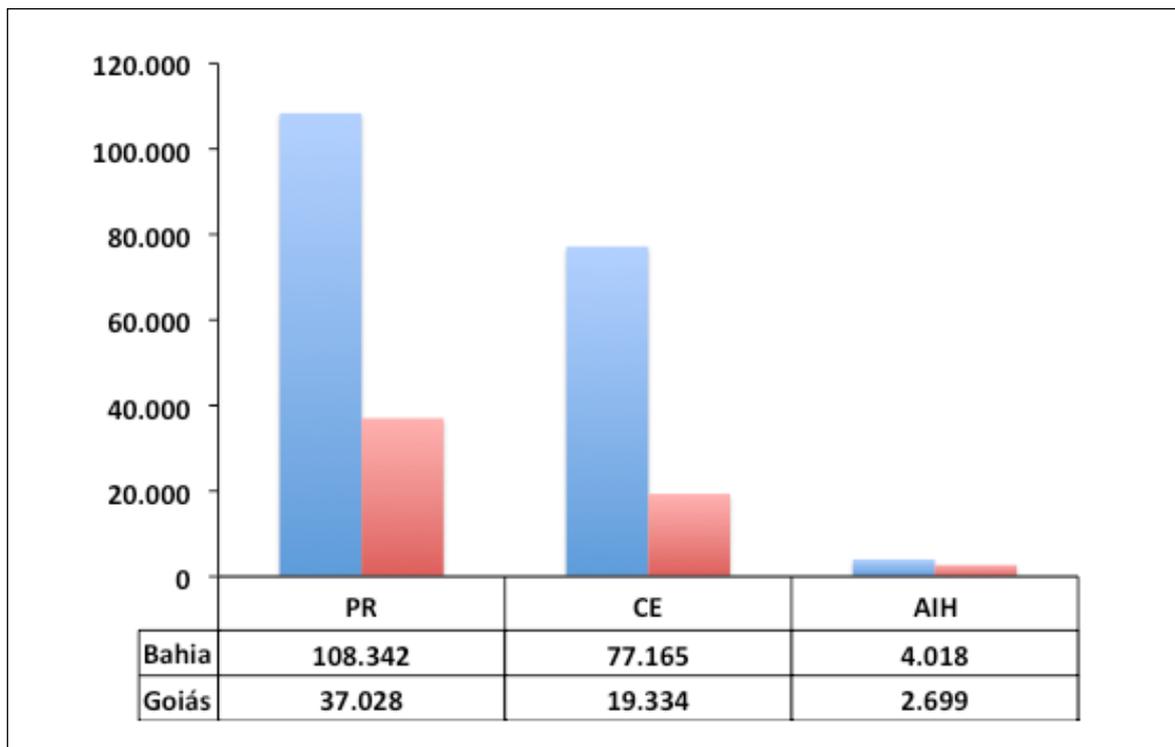
<b>Ranking GO</b>		
<b>Posição</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Município</b>
1	15.750	Firminópolis/GO
2	7.536	Orizona/GO
3	5.480	Valparaíso de Goiás/GO
4	4.690	Trindade/GO
5	2.121	Santo Antônio de Goiás/GO
6	1.855	Caldas Novas/GO
7	1.511	Campinorte/GO
8	1.340	Goianésia/GO
9	1.039	Corumbáiba/GO
10	1.009	Rialma/GO

Fonte: CNM.

O gráfico a seguir mostra, de forma mais detalhada, o número de procedimentos, consultas e internações que

ainda não foram atendidas, por Estado, totalizando mais de 249 mil procedimentos reprimidos.

**Gráfico 1: Número de consultas especializadas, procedimentos e internações não atendidos**



Fonte: CNM.

Quando avaliada a demanda por tipo de procedimento, verifica-se que a maior necessidade, na Bahia é de consulta especializada para oftalmologia (11.175), internação na clínica cirúrgica (1.159) e diagnóstico por ultrassonografia (16.947). No Estado de Goiás, os resultados apontaram que a maior necessidade é para o diagnóstico por radiologia (10.564), seguido de consulta especializada para oftalmologia (2.788) e internação na clínica cirúrgica (548).

Por fim, a pesquisa realizada pela CNM

revela que existe um déficit elevado de procedimentos da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade na rede do SUS na Bahia e em Goiás, confirmando os problemas enfrentados pelos Municípios para encaminharem os pacientes que necessitam de tratamento mais especializado. Essa é uma responsabilidade compartilhada e necessita de pactuação, porém a rede de média e alta complexidade é de responsabilidade dos Estados, segundo a Lei Orgânica da Saúde.