

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ  
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

MAURILIO RIBEIRO REZENDE

**FINANCIAMENTO DO PSF:  
UM PROBLEMA PARA O MUNICÍPIO DE SANTA RITA DO SAPUCAÍ**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

CURITIBA - PR  
2014

MAURILIO RIBEIRO REZENDE

**FINANCIAMENTO DO PSF:  
UM PROBLEMA PARA O MUNICÍPIO DE SANTA RITA DO SAPUCAÍ**

Monografia de Especialização apresentada ao Departamento Acadêmico da Universidade Tecnológica Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Regina Hopfer

CURITIBA - PR  
2014

A Deus, minha esposa, Juliana, e  
aos meus filhos, Mariana e Lutero.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus Pai, autor da vida, que me concede inúmeras dádivas, dentre elas, a luz do Cristo e a força do Espírito Santo.

A minha família – em especial aos meus pais, que me deram a vida –, a minha esposa Juliana, pela compreensão e pelo apoio incondicional, e aos meus filhos, Mariana e Lutero – minha motivação.

Aos meus professores, que compartilharam um pouco de seus conhecimentos. Dentre o corpo docente, destaco minha orientadora Profa. Dra. Kátia Regina Hopfer.

A todos os colegas de curso e, em especial, ao Luiz Carlos e ao Raffael, companheiros nesta caminhada.

Aos funcionários da UTFPR, que, direta ou indiretamente, contribuíram com a conclusão deste curso.

A minha tutora Alda, meu muito obrigado.

Há pessoas que desejam saber só por saber, e isso é curiosidade; outras, para alcançarem fama, e isso é vaidade; outras, para se enriquecerem com a sua ciência, e isso é um negócio torpe; outras, para serem edificadas, e isso é prudência; outras, para edificarem os outros, e isso é caridade.

São Tomás de Aquino

## RESUMO

REZENDE, Maurilio Ribeiro. Financiamento do PSF: um problema para o Município de Santa Rita do Sapucaí. 2014. 42 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2014.

Um novo modelo assistencial de saúde passou a vigorar em 1990 com a promulgação da Lei n.º 8.080, que concebeu o SUS – Sistema Único de Saúde. Para esse Sistema, foram definidos, como princípios doutrinários, a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, que, por sua vez, deram origem aos princípios organizativos como a Descentralização, Hierarquização e Participação dos cidadãos. Essa organização se deu por níveis de complexidade num esquema piramidal dividido em Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. A Atenção Básica se responsabiliza por, aproximadamente, 85% das demandas de saúde apresentadas pela população, sendo a principal porta de entrada do Sistema de Saúde. Seu financiamento é garantido por meio do Bloco de Atenção Básica, que é constituído por dois componentes, a saber: Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) – para o qual os recursos são calculados com base no número de habitantes – e Piso de Atenção Variável (PAB Variável) – que custeia as ações básicas por meio de programas (dentre os quais, destaca-se o Programa Saúde da Família – PSF). Este trabalho tem, como finalidade principal, expor, de modo claro e objetivo, os desafios enfrentados pelo município de Santa Rita do Sapucaí (localizado no Sul do Estado de Minas Gerais) para manutenção do referido programa, para o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal e para contratação dos profissionais que compõem o PSF.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. Gasto com servidores. Lei de Responsabilidade Fiscal.

## ABSTRACT

REZENDE, Maurilio Ribeiro. Familiar Health Programme Fundings: a dilemma faced by the municipality of Santa Rita do Sapucaí. 2014. 42 f. Monograph – Specialization Course in Public & Municipal Management. Postgraduation Programme – Federal & Technological University of Paraná. Curitiba, 2014.

A new supportive health maintenance system came into force in 1990 when the Brazilian Law No. 8080, which conceived the Health Single System (HSS), was published. The Doctrinal Principles – namely: Universality, Equity and Integrity – were established to such System and they, in their turn, gave birth to organisational principles, such as Decentralization, Hierarchical Arrangement and Citizenry's Wide Participation. Such organisation was devised in levels of complexity and inserted in a tripartite-pyramidal schema whose outline comprises Basic Attention, Medium Complexity and High Complexity priorities. Basic Attention Level is in charge of, approximately, 85% of all popular health demands and it is the main gateway to one enters the Brazilian Health System. Its financial funds are guaranteed by Basic Attention Segment, formed by two components, as follows: Permanent Basic Attention Fund (*PBAF*) – to which the resources are calculated and reserved according to the number of inhabitants – and Variable Attention Fund (*VAF*) – that provides the necessary money for all basic actions through social programmes – among which one can point out the Familiar Health Programme (FHP). The most substantial aim of this research work endeavours to expose, in a clear and objective way, the challenges faced by the municipality of Santa Rita do Sapucaí (located in the Southern Region of Minas Gerais) when the local government dedicates itself to maintain such social health programme, to obey the Fiscal Responsibility Law and to hire those professionals who must compose the FHP.

Keywords: Familiar Health Programme. Public servers' expenses. Fiscal Responsibility Law.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMM – Associação Mineira dos Municípios  
APS – Atenção Primária de Saúde  
ESB – Equipes de Saúde Bucal  
ESF – Equipes de Saúde da Família  
GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica  
PSF – Programa de Saúde da Família  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema piramidal de organização do Sistema Único de Saúde .....	21
Figura 2 - Meta e evolução do número de equipes de saúde da família implantadas (Brasil, 1994 - agosto de 2011) .....	26
Figura 3 - Evolução do número de municípios com equipes de saúde da família implantadas (Brasil, 1994 - agosto de 2011) .....	26
Figura 4 - Evolução da população coberta por equipes de saúde da família implantadas (Brasil, 1994 - agosto de 2011) .....	27

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Receitas Públicas .....	32
Tabela 2 - Receitas do PSF – Programa Saúde da Família .....	33
Tabela 3 - Despesas do PSF – Programa Saúde da Família .....	33
Tabela 4 - Equipes de PSF no município de Santa Rita do Sapucaí .....	34
Tabela 5 - Evolução de gastos com pessoal .....	35
Tabela 6 - Despesas com pessoal do PSF - Repasse do Governo Federal x Recurso Próprio .	36
Tabela 7 - Comparativo entre gastos Pessoal do PSF x Pessoal Geral .....	37

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. DESCRIÇÃO DO TRABALHO.....	12
2.1 Problema.....	12
2.2. Objetivo.....	12
2.2.1. Objetivo Geral.....	12
2.2.2. Objetivos Específicos.....	12
3. JUSTIFICATIVA.....	14
4. UMA ESTRATÉGIA DE REORIENTAÇÃO ASSISTENCIAL DE SAÚDE.....	16
4.1. Princípios doutrinários do SUS.....	18
4.1.1. Universalidade.....	18
4.1.2. Equidade.....	18
4.1.3. Integridade.....	19
4.2. Princípios Organizativos.....	19
4.2.1. Descentralização.....	19
4.2.2. Hierarquização.....	20
4.2.3. Participação dos cidadãos.....	20
4.3. Organização do Sistema Único de Saúde.....	21
5. BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA.....	24
5.1. Programa Saúde da Família (PSF).....	25
6. LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL.....	28
6.1. Gastos com pessoal, segundo a LRF.....	28
6.2. A Fiscalização dos gastos com pessoal.....	30
7. METODOLOGIA.....	32
8. ESTUDO DE CASO DO PSF EM SANTA RITA DO SAPUCAÍ.....	34
8.1. Financiamento do PSF em Santa Rita do Sapucaí.....	35
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41

## 1. INTRODUÇÃO

As políticas de saúde pública de nosso país, desde 1994, estão sofrendo transformações de natureza política, econômica, social e ética, que trazem novos desafios de ordem legal, política, técnica, gerencial e financeira. Instituído em 1994, o Programa da Saúde da Família (PSF) surge como prioritário dentre essas novas mudanças, alocando-se no Bloco de Atenção Básica.

Assim, frente à implantação do PSF, o Município de Santa Rita do Sapucaí – localizado na região sul do Estado de Minas Gerais – enfrenta alguns problemas de ordem financeira e legal. Ressalta-se que, no Município de Santa Rita do Sapucaí, o principal entrave é o custeio de despesas com os profissionais do Programa da Saúde da Família e do Programa de Saúde Bucal, pois o valor repassado pelo Governo Federal representa, aproximadamente, 30% (trinta por cento) das despesas.

Outro desafio corresponde ao aumento do percentual de gastos com **saúde**: o ideal é que a municipalidade respeite o intervalo de 15,5% a 17%; com essas novas despesas, a porcentagem reservada aos gastos com saúde ultrapassa 19%.

Diante desse *déficit* financeiro, pretende-se diagnosticar quais os problemas enfrentados pelo Município e quais melhorias devem ser propostas para que esse Programa continue a beneficiar a população.

## **2. DESCRIÇÃO DO TRABALHO**

### **2.1 Problema**

Ao longo dos anos, as políticas públicas no Brasil voltadas à saúde ganharam novos desafios, principalmente na área financeira. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a população passou a ter acesso aos cuidados com a saúde. Com o objetivo de facilitar o acesso ao atendimento da população, foram criados vários programas. Dentre eles, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), que visa ir ao encontro das necessidades da população.

A manutenção do referido programa é responsabilidade federal e municipal, sendo que a maior parte fica a cargo do município. O município de Santa Rita do Sapucaí implantou o PSF no ano de 2005. Uma vez observadas a implantação e a manutenção, delimitamos nosso questionamento, referente aos problemas passíveis de serem enfrentados pelo Município.

A partir desta situação apresentamos o seguinte problema de pesquisa: Quais são os problemas encontrados pelo Município de Santa Rita do Sapucaí devido à implantação das novas estratégias de saúde públicas do Bloco de Atenção Básica, principalmente no PSF?

### **2.2. Objetivo**

#### **2.2.1. Objetivo Geral**

Diagnosticar os problemas encontrados pelo Município de Santa Rita do Sapucaí decorrentes da implantação das novas estratégias de saúde pública do Bloco de Atenção Básica, principalmente no PSF.

#### **2.2.2. Objetivos Específicos**

1. Analisar o comportamento e a evolução da despesa com pessoal desde a implantação dos Programas do Bloco de Atenção Básica, em especial o PSF;

2. Identificar o impacto das despesas com pessoal do PSF diante dos gastos totais de pessoal do Município – em acordo com os limites estabelecidos pela Lei Complementar N.º 101/2000;
3. Levantar as dificuldades na contratação de equipe especializada para manutenção do PSF.

### 3. JUSTIFICATIVA

A definição de saúde não está vinculada apenas à ausência de doenças, pois existem tanto fatores internos quanto externos que influenciam os modos de vida das pessoas e que, conseqüentemente, afetam a saúde física, mental e social. Os fatores externos podem ser denominados como saneamento básico, trabalho, renda, educação, os quais influenciam diretamente as questões internas do indivíduo. A partir de uma perspectiva de saúde igualitária e de qualidade a todos os cidadãos brasileiros, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, diz que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Antes da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde da população estava limitada à condição de trabalho. Quem tinha emprego registrado na carteira profissional possuía assistência médica por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Para quem não atendia a essa exigência, a saída era pagar pelo serviço ou recorrer às Santas Casas de Misericórdia ou aos Postos de Saúde Municipais.

Para acabar com essas desigualdades, surgiu um movimento de Reforma Sanitária que defendia que todos deveriam ter acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição social, que não devia mais ser vista pelas lentes da Previdência Social (BRASIL, 2010).

Com a perspectiva do acesso da população ao tratamento da saúde com qualidade, foram dados os primeiros passos em 1994 com a criação do PSF – Programa Saúde da Família, conhecido também como “Estratégia de Saúde da Família”, por não se tratar mais apenas de um “programa”. A Estratégia de Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, no qual predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes, em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção e o ambiente em que se encontra é considerado para que o processo saúde/doença seja amplamente compreendido. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

O financiamento das ações de saúde é tripartite, ou seja, realizado pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal. No entanto, os municípios estão sendo penalizados com a necessidade cada vez maior em investimentos municipais. Segundo dados

da Associação Mineira dos Municípios (AMM), não é raro encontramos municípios aplicando valores que se situam entre 20% e 30% dos seus orçamentos. Em Minas Gerais, a média dos recursos investidos na saúde é de 22%.

A motivação a este trabalho surgiu das dificuldades encontradas na elaboração orçamentária para manutenção dos programas de saúde pública, em especial o PSF, que, por sua vez, tem apresentado um custo elevado, ocasionando um aumento do percentual de gastos com pessoal e com os índices legais de gastos com **saúde**, que são, minimamente, de 15%. O ideal para a municipalidade – conforme suas receitas e outras carências do Município – é que o referido gasto fique entre 15,5% a 17%. Em Santa Rita do Sapucaí, essas despesas têm ficado acima de 19%, o que faz com que o Município deixe de investir em outras áreas deficitárias.

O custeio do referido programa tem onerado o município de Santa Rita do Sapucaí; diante disso, torna-se importante diagnosticar os problemas referentes ao excesso de gastos com a manutenção do PSF.

Esta monografia tenta apresentar os problemas e ajudar o município de Santa Rita do Sapucaí a pleitear mais recursos e a planejar melhor seus gastos, de modo que venha a dar continuidade ao Programa dentro das exigências legais.



## 4. UMA ESTRATÉGIA DE REORIENTAÇÃO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 foi um passo importante para garantir a todos os brasileiros o direito à saúde, à educação e ao saneamento básico. Embora a Carta Magna tenha determinado a garantia de tais direitos aos cidadãos brasileiros, a assistência à saúde ficou à espera até o ano de 1990.

Em setembro de 1990, com o almejo de melhorias na saúde, novas políticas públicas foram adotadas e foi promulgada a Lei N.º 8.080, que concebe o SUS – Sistema Único de Saúde. “Esta lei regula, em todo território nacional, as ações de serviço da saúde executados isolada ou conjuntamente em caráter permanente e eventual por pessoas naturais e jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990).

Entretanto, Silveira (2006) fundamentou discussões que mostram que o SUS teve suas bases em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual também serviu de base para contemplação da Seção II Da Saúde, citada na Constituição Federal de 1988.

Segundo a Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990), “o SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. E em caráter complementar a iniciativa privada pode também participar do Sistema Único de Saúde”.

Os objetivos e as atribuições do SUS também foram definidos pela Lei N.º 8.080, em seus artigos 5 e 6:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
  - II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1.º do art. 2.º desta lei;
  - III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- I - a execução de ações:
- a) de vigilância sanitária;
  - b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
  - III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
  - IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
  - V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
  - VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (BRASIL, 1990).

Conforme visto, os objetivos do SUS exigem uma atenção específica daqueles que estão ligados direta e indiretamente a ele. Entretanto, sabe-se que o Brasil é composto por Estados e Municípios com características diferentes, os quais apresentam inúmeras divergências, principalmente na área socioeconômica. Tomemos como exemplo o comparativo dos grandes centros com as cidades do interior.

Para garantir o acesso de toda a população ao SUS faz-se necessário um grande investimento de recursos financeiros de ordem federal, estadual e municipal e uma efetiva política para que o referido sistema venha a contemplar o que está proposto na Constituição Federal de 1988.

A Lei Complementar n.º 141/2012 define o que deve ser gasto com saúde e fixa os limites mínimos de investimentos na área pela União, Estados e Municípios. A União aplicará o valor destinado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores ao que se refere à lei orçamentária. Isso significa que não há um percentual fixo e sua variação ainda pode ser negativa, já os Estados e Municípios continuam obrigados a aplicar 12% e 15%, respectivamente, de sua receita corrente líquida.

Em 2013, foi lançada uma campanha com o apoio das Assembleias Legislativas de todo Brasil em parceria com a Associação Médica Brasileira, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e Academia Brasileira de Medicina. A campanha, intitulada “Assine Mais Saúde”, teve o objetivo de coletar assinaturas para apresentação de um projeto de lei de iniciativa popular por meio do qual se estabeleceria que o Governo Federal investisse 10% de sua receita corrente bruta em saúde.

O sistema federativo brasileiro concentra excessivamente recursos financeiros na União, em detrimento dos Estados e dos Municípios, que carregam consigo todos os males que a centralização proporciona a uma nação de grandes dimensões territoriais. Em contrapartida, lança diversos programas e ações que, embora sejam direcionados aos seus entes, não atendem de maneira satisfatória às demandas locais, seja pela burocracia e lentidão dos processos, seja pela padronização de ações destinadas a realidades distintas, seja pelas

exigências excessivas na implementação das medidas – com contrapartidas, aportes extras e encargos administrativos e operacionais. Há ainda que se registrar que a União Federal exige dos Municípios o cumprimento de inúmeras pré-condicionantes, sem as quais eles são considerados inadimplentes e inaptos para firmar convênios e parcerias. Não bastassem tantos desafios, os Municípios têm que lidar, ainda, com as rigorosas exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal, com as Instruções Normativas e Recomendações dos inúmeros órgãos de controle, e finalmente com a incerteza orçamentária e financeira de um quadro econômico desfavorável, que tem provocado a diminuição de suas receitas.

#### **4.1. Princípios doutrinários do SUS**

Foram definidas, como princípios doutrinários do SUS, a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

##### 4.1.1. Universalidade

O significado desse princípio é de suma importância para solidificação da democracia e está diretamente ligado à garantia do direito à saúde a todos os brasileiros, sem discriminação ou restrição do acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

Segundo esse princípio a saúde é um direito de todos e um dever do Poder Público a provisão de serviços e ações que lhe garanta. A universalização, todavia, não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde. A universalização, diferentemente, coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que deles necessitem, todavia, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (BRASIL, 2000, p. 30).

##### 4.1.2. Equidade

Equidade significa tratar as diferenças em busca da igualdade. Esse princípio veio ao encontro da questão do acesso aos serviços – acesso muitas vezes prejudicado pela desigualdade social entre os indivíduos. Nesse sentido, busca-se garantir prioridade no acesso às ações e serviços de saúde para grupos sociais considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.

O princípio da equidade reafirma que essa necessidade (redução das disparidades regionais e sociais existentes no Brasil) deve dar-se também por meio das ações e

dos serviços de saúde. Ainda são grandes as disparidades regionais e sociais no Brasil. No entanto, há uma sinergia e uma série de externalidades positivas geradas a partir da melhora das condições de saúde da população, o que faz concluir que de fato a saúde é fundamental na busca de uma maior equidade. (BRASIL, 2000, p. 32)

#### 4.1.3. Integridade

A integralidade parte da ideia de que existem várias dimensões que são integradas, envolvendo a saúde dos indivíduos e das coletividades. Assim, o SUS procura ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação.

A integralidade, entendida como totalidade ou expressão de todas as partes, indica, em primeiro lugar, a abordagem global do indivíduo nos seus diferentes aspectos. Na ótica do sistema, a integralidade deve considerar a abordagem integral do processo saúde-doença (enquanto ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação) e, ainda, a possibilidade de acesso do usuário a todos os serviços e ações de saúde. (BRASIL, 2009a, p. 30)

A incorporação do princípio da Integralidade, com vistas à reorientação do modelo assistencial, implica integrar várias esferas, compreendendo a articulação entre os vários níveis de assistência e entre os profissionais para uma compreensão ampliada dos problemas de saúde. (ALVES, 2005).

## 4.2. Princípios Organizativos

Dos princípios doutrinários apresentados derivam alguns princípios organizativos, dentre os quais se destacam a descentralização, hierarquização e a participação dos cidadãos.

### 4.2.1. Descentralização

A descentralização da saúde proposta pelo SUS consiste no reconhecimento da responsabilidade política do município e de seus níveis locais com a saúde de seus cidadãos, onde estes participam e decidem.

O SUS é um sistema de saúde de abrangência nacional, porém, coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada estado (o SUS estadual) e em cada município (SUS municipal). É sempre bom lembrar que a ênfase está nos municípios. Assim, a totalidade das ações e dos 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 os subsistemas municipais –

o SUS - Municipal – voltados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional. (BRASIL, 2000, p. 8)

A regionalização é entendida como processo de constituição de regiões de saúde, nas quais se arranjam redes regionalizadas de atenção à saúde, visando garantir a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e a resolubilidade das ações e serviços de saúde. Este processo deve considerar diferentes dimensões relacionadas a aspectos socioculturais, geográficos, logísticos (envolvendo cálculo das distâncias e dos gastos dos usuários) e econômicos (segundo a atração dos pólos econômicos). O processo de regionalização é parte integrante do processo de descentralização do SUS. (BRASIL, 2009a, p. 30)

#### 4.2.2. Hierarquização

A hierarquização do SUS consiste em um sistema organizado por níveis – primário, secundário e terciário –, denominado hierarquia piramidal e que reflete os diferentes graus de procedimentos realizados em seus serviços. Tais procedimentos são classificados como sendo de alta, média ou baixa complexidade. É importante salientar que essa categorização adotada pelo Ministério da Saúde (MS) serve para denominar os serviços de saúde correspondentes a determinado nível hierárquico do sistema de saúde.

Assim, em cada nível hierárquico do SUS, existe uma rede de serviços de saúde em conformidade com a densidade tecnológica incorporada aos procedimentos desenvolvidos. Por outro lado, em função de um agravo, risco e/ou fase do ciclo de vida, organizam-se, no âmbito do SUS, redes temáticas de saúde que integram serviços e ações de diversos níveis hierárquicos. (BRASIL, 2009a, p. 30)

O objetivo da hierarquização é que o acesso deve dar-se pelo nível primário de atenção, se necessário, encaminhar para os serviços de maior complexidade.

#### 4.2.3. Participação dos cidadãos

A participação dos cidadãos cria um legítimo espaço de democratização nos processos decisórios, consolidados na participação de representantes de diversos segmentos nas instâncias do SUS.

Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de

atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS. (BRASIL, 2009b, p. 106)

### 4.3. Organização do Sistema Único de Saúde

Conforme apresentado anteriormente, o Sistema Único de Saúde está organizado em níveis de complexidade, ou seja, num esquema piramidal, onde a atenção básica ocupa a base da pirâmide e se responsabiliza por aproximadamente 85% das demandas por ações de saúde apresentadas pela população, sendo a principal porta de entrada do sistema.

A média complexidade está no centro da pirâmide, sendo responsável por serviços e procedimentos cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de equipamentos tecnológicos mais avançados para atender a população.

Já a alta complexidade ocupa o topo da pirâmide, referindo-se ao conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, sendo realizado no âmbito hospitalar.

Figura 1 - Sistema piramidal de organização do Sistema Único de Saúde



Fonte: Elaborada pelo autor.

Esse modelo tem recebido críticas pelo fato de estabelecer uma relação hierárquica principalmente na distribuição dos recursos financeiros.

Não é verdade que a Atenção Primária de Saúde (APS) seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidade. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS. (MENDES, 2011, p. 83)

A importância da Atenção Primária à Saúde (APS), funcionando como base do sistema de saúde, é internacionalmente reconhecida. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2008), os valores da APS para o alcance de saúde para todos englobam reconhecer:

- A centralidade das pessoas no processo do cuidado;
- Os valores e expectativas da população sobre a saúde e cuidados de saúde como parâmetros importantes para a gestão da saúde;
- A necessidade da participação popular no processo de tomada de decisão;
- O direito das pessoas ao nível ótimo de saúde, potencializando a equidade e solidariedade;
- A necessidade de os sistemas de saúde responderem a demandas de um mundo em constante transformação.

Starfield (2002, p. 28) define a atenção primária como:

aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

No Brasil, a atenção primária é oficialmente intitulada **atenção básica**, sendo regulada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006, e homologada pela Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006.

De acordo com esse documento (BRASIL, 2006, p. 10):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas

e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

São fundamentos da atenção primária (BRASIL, 2006, p. 11):

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social.



## 5. BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA

O bloco de atenção básica é constituído por dois componentes, Piso de Atenção Básica Fixa (PAB Fixo) e Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Criado em 1997, é um mecanismo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que altera a lógica do pagamento por produção, adotada no passado. Refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. Tem como objetivo diminuir as desigualdades socioeconômicas e fortalecer o princípio da equidade, considerando as dimensões geográficas do país e as especificidades de cada Município com atuação específica na atenção básica.

Como já mencionado, o PAB é composto de uma parte fixa de recursos (PAB FIXO), destinada à assistência básica, e de uma parte variável (PAB VARIÁVEL), relativa aos incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção.

O PAB Fixo funciona com um financiamento de ações de atenção básica à saúde, por meio do qual os recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática. É calculado com base no número de habitantes, cujo valor mínimo é definido pela portaria GM/MS n.º 1.409, de 10 de julho de 2013.

No PAB Variável, os incentivos para o custeio das ações especiais desenvolvidas no campo da atenção básica são garantidos por meio de programas. O Município recebe um montante de acordo com os programas descentralizados do Ministério da Saúde nele executados.

Dentre os programas contemplados atualmente, destacamos o:

- Programa Saúde da Família (PSF);
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Saúde bucal.

De acordo com o estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica, os recursos que compõem o PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes do respectivo Plano de Saúde. Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de ESF registrado no sistema de cadastro

nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Os valores transferidos variam segundo a modalidade da equipe, carga horária dos profissionais, número de agentes comunitários de saúde registrados.

Segundo a portaria n.º 978, de 16 de maio de 2012, que define valores de financiamento do piso da atenção básica variável para as Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica, o valor do incentivo financeiro referente às ESF na Modalidade 1 (municípios de até 30.000 hab e/ou equipes que atendam a populações quilombolas ou assentamentos) é de R\$ 10.695,00 (dez mil, seiscientos e noventa e cinco reais) a cada mês, por equipe. O valor dos incentivos financeiros referentes às ESF da Modalidade 2 (todas as equipes que não se enquadram no critério da Modalidade 1), que é o caso do município de Santa Rita do Sapucaí, é de R\$ 7.130,00 (sete mil, cento e trinta reais) a cada mês, por equipe.

Para as ESB da Modalidade 1 (compostas por, no mínimo, 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário) serão transferidos R\$ 2.230,00 (dois mil, duzentos e trinta reais) a cada mês, por equipe; e para as ESB na Modalidade 2 (composta por, no mínimo, 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental), serão transferidos R\$ 2.980,00 (dois mil, novecentos e oitenta reais) a cada mês, por equipe.

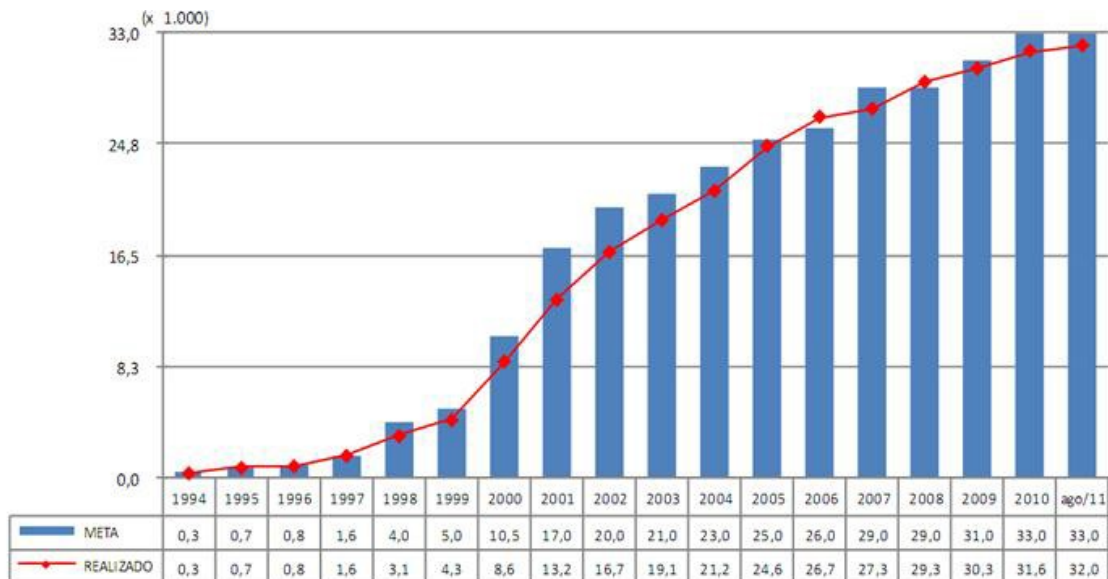
Segundo estudos da Confederação Nacional dos Municípios (CMN), referentes ao ano de 2012, a diferença entre os incentivos repassados aos Municípios e os custos do Programa de Saúde de Família ainda é de 67,4%, ou seja, os valores repassados não cobrem nem 1/3 dos gastos para manutenção do Programa. A saúde bucal recebe incentivos para apenas 34,3% de suas despesas.

### **5.1. Programa Saúde da Família (PSF)**

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado oficialmente em 1994 como ação articulada do Ministério da Saúde para alteração do modelo assistencial então vigente, pautado em práticas individualistas e curativas, sem resolutividade. Sua origem remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, como parte do processo do setor de saúde. Desde então, a denominação Programa vem sendo substituída pelo termo Estratégia, pela caracterização do conjunto de práticas que integram a proposta Saúde da Família no Brasil. Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família, em vez de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início,

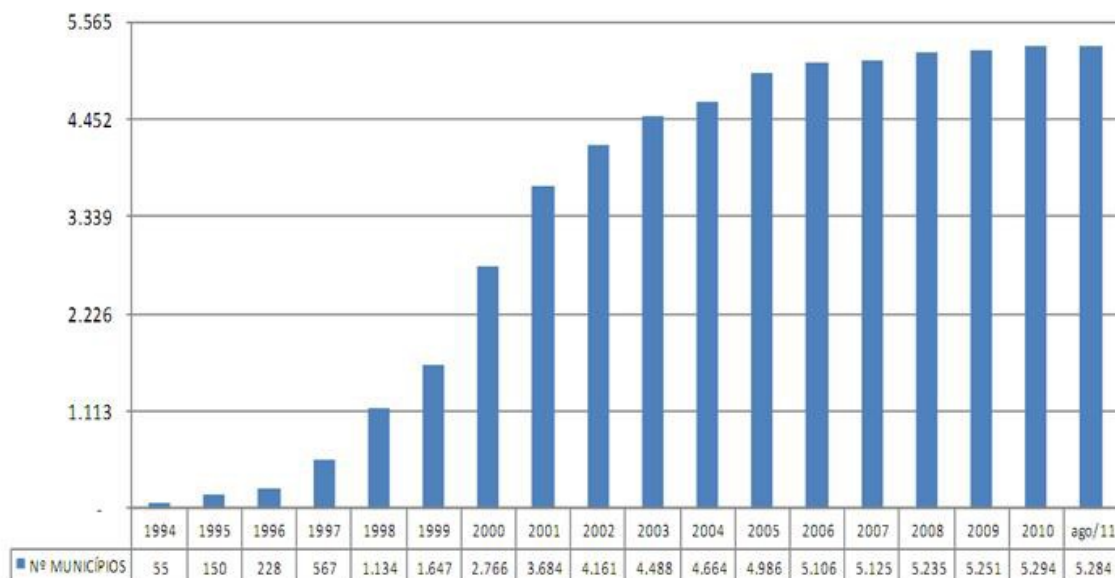
desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar essa reorganização. Trata-se, portanto, de uma iniciativa permanente. Os gráficos abaixo demonstram essa permanência por meio do número de equipes de saúde da família implantadas desde 1994.

Figura 2 - Meta e evolução do número de equipes de saúde da família implantadas (Brasil, 1994 - agosto de 2011)



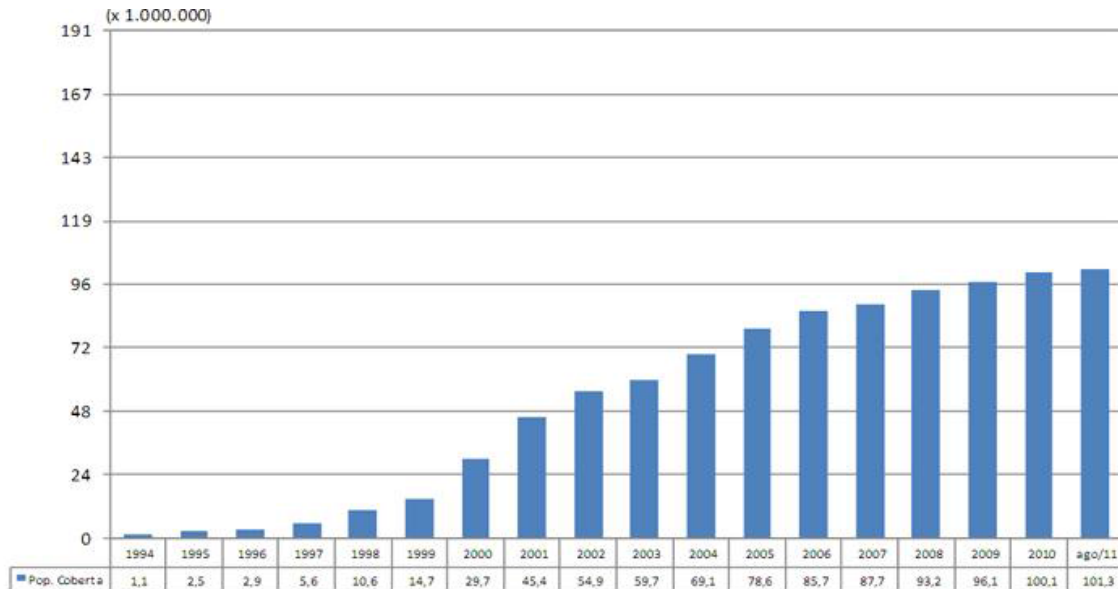
Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES).

Figura 3 - Evolução do número de municípios com equipes de saúde da família implantadas (Brasil, 1994 - agosto de 2011)



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES).

Figura 4 - Evolução da população coberta por equipes de saúde da família implantadas (Brasil, 1994 - agosto de 2011)



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES).

Compete ao PSF reorganizar a prática assistencial de saúde por meio da atenção centrada da família a partir dos ambientes físico e social, garantindo de forma igualitária o acesso à saúde a todos os cidadãos.

As equipes são constituídas, minimamente, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental. Tais equipes se responsabilizam pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Suas ações compreendem promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2008).

## 6. LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

A Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), foi criada com o intuito de moralizar os gastos da administração pública, principalmente no que tange aos gastos com pessoal, cujas despesas eram exorbitantes. Outra prática comum antes da regulamentação da lei era gastar mais do que se arrecadava, de modo que a conta a pagar ficava para o sucessor. A LRF passa então a responsabilizar os administradores públicos que praticam tais atos.

O principal objetivo da LRF, de acordo com o *caput* do artigo 1.º, consiste em estabelecer “normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal” (BRASIL, 2000). Por sua vez, o parágrafo primeiro desse mesmo artigo procura definir o que se entende como “responsabilidade na gestão fiscal”, estabelecendo os seguintes postulados:

§ 1.º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar (BRASIL, 2000).

A LRF adotou os mesmos instrumentos de planejamento previstos na Constituição Federal, a saber: o Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA, com objetivo de vincular as atividades de planejamento com a execução do gasto público, e, em especial, os gastos com pessoal.

### 6.1. Gastos com pessoal, segundo a LRF

A Constituição Federal de 1988 determina, em seu artigo 169, que: “a despesa com pessoal ativo e inativo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não poderá exceder os limites estabelecidos em lei complementar.” Nesse sentido, a LC n.º 101/00 vem atender o disposto no artigo acima mencionado, estabelecendo limites para as despesas com pessoal ativo e inativo, cuja redação é a seguinte:

Art. 18. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis,

militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

§ 1.º Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas de Pessoal".

§ 2.º A despesa total com pessoal será apurada somando-se a realizada no mês em referência com as dos onze imediatamente anteriores, adotando-se o regime de competência.

Art. 19. Para os fins do disposto no *caput* do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

I - União: 50% (cinquenta por cento);

II - Estados: 60% (sessenta por cento);

III - Municípios: 60% (sessenta por cento).

§ 1.º Na verificação do atendimento dos limites definidos neste artigo, não serão computadas as despesas:

I - de indenização por demissão de servidores ou empregados;

II - relativas a incentivos à demissão voluntária;

III - derivadas da aplicação do disposto no inciso II do § 6º do art. 57 da Constituição;

IV - decorrentes de decisão judicial e da competência de período anterior ao da apuração a que se refere o § 2.º do art. 18;

V - com pessoal, do Distrito Federal e dos Estados do Amapá e Roraima, custeadas com recursos transferidos pela União na forma dos incisos XIII e XIV do art. 21 da Constituição e do art. 31 da Emenda Constitucional n.º 19;

VI - com inativos, ainda que por intermédio de fundo específico, custeadas por recursos provenientes:

a) da arrecadação de contribuições dos segurados;

b) da compensação financeira de que trata o § 9º do art. 201 da Constituição;

c) das demais receitas diretamente arrecadadas por fundo vinculado a tal finalidade, inclusive o produto da alienação de bens, direitos e ativos, bem como seu superávit financeiro.

§ 2.º Observado o disposto no inciso IV do § 1.º, as despesas com pessoal decorrentes de sentenças judiciais serão incluídas no limite do respectivo Poder ou órgão referido no art. 20.

Art. 20. A repartição dos limites globais do art. 19 não poderá exceder os seguintes percentuais:

I - na esfera federal:

a) 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas da União;

b) 6% (seis por cento) para o Judiciário;

c) 40,9% (quarenta inteiros e nove décimos por cento) para o Executivo, destacando-se 3% (três por cento) para as despesas com pessoal decorrentes do que dispõem os incisos XIII e XIV do art. 21 da Constituição e o art. 31 da Emenda Constitucional n.º 19, repartidos de forma proporcional à média das despesas relativas a cada um destes dispositivos, em percentual da receita corrente líquida, verificadas nos três exercícios financeiros imediatamente anteriores ao da publicação desta Lei Complementar;

d) 0,6% (seis décimos por cento) para o Ministério Público da União;

II - na esfera estadual:

a) 3% (três por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Estado;

b) 6% (seis por cento) para o Judiciário;

c) 49% (quarenta e nove por cento) para o Executivo;

d) 2% (dois por cento) para o Ministério Público dos Estados;

III - na esfera municipal:

a) 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver;

b) 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Executivo.

§ 1.º Nos Poderes Legislativo e Judiciário de cada esfera, os limites serão repartidos entre seus órgãos de forma proporcional à média das despesas com pessoal, em percentual da receita corrente líquida, verificadas nos três exercícios financeiros imediatamente anteriores ao da publicação desta Lei Complementar.

§ 2.º Para efeito deste artigo entende-se como órgão:

I - o Ministério Público;

II - no Poder Legislativo:

a) Federal, as respectivas Casas e o Tribunal de Contas da União;

b) Estadual, a Assembleia Legislativa e os Tribunais de Contas;

c) do Distrito Federal, a Câmara Legislativa e o Tribunal de Contas do Distrito Federal;

d) Municipal, a Câmara de Vereadores e o Tribunal de Contas do Município, quando houver;

III - no Poder Judiciário:

a) Federal, os tribunais referidos no art. 92 da Constituição;

b) Estadual, o Tribunal de Justiça e outros, quando houver.

§ 3.º Os limites para as despesas com pessoal do Poder Judiciário, a cargo da União por força do inciso XIII do art. 21 da Constituição, serão estabelecidos mediante aplicação da regra do § 1.º.

§ 4.º Nos Estados em que houver Tribunal de Contas dos Municípios, os percentuais definidos nas alíneas *a* e *c* do inciso II do *caput* serão, respectivamente, acrescidos e reduzidos em 0,4% (quatro décimos por cento).

§ 5.º Para os fins previstos no art. 168 da Constituição, a entrega dos recursos financeiros correspondentes à despesa total com pessoal por Poder e órgão será a resultante da aplicação dos percentuais definidos neste artigo, ou aqueles fixados na lei de diretrizes orçamentárias.

§ 6.º (VETADO) (BRASIL, 2000).

Os Poderes Executivos, tanto da União, Estados e Municípios serão fiscalizados para que as metas acima dispostas sejam cumpridas.

## 6.2. A Fiscalização dos gastos com pessoal

A fiscalização compete ao Legislativo e ao Tribunal de Contas, conforme determinação legal, a saber:

Art. 59. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, e o sistema de controle interno de cada Poder e do Ministério Público, fiscalizarão o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que se refere a:

...

III - medidas adotadas para o retorno da despesa total com pessoal ao respectivo limite, nos termos dos arts. 22 e 23;

...

§ 1.º Os Tribunais de Contas alertarão os Poderes ou órgãos referidos no art. 20 quando constatarem:

...

II - que o montante da despesa total com pessoal ultrapassou 90% (noventa por cento) do limite;

...

§ 2.º Compete ainda aos Tribunais de Contas verificar os cálculos dos limites da despesa total com pessoal de cada Poder e órgão referido no art. 20.(BRASIL, 2000).”

De acordo, portanto, com a LRF, existem alguns limites de gastos com pessoal na esfera municipal que devem ser seguidos, os quais são fiscalizados pelo Tribunal de Contas conforme especificação abaixo:

(a) Limite Legal – previsto no inciso III, alínea b do art. 20, onde se esclarece que os gastos com pessoal no Executivo não poderão exceder 54% da receita corrente líquida. Quando houver o descumprimento em relação ao que está preconizado na lei, algumas medidas devem ser tomadas. Nesse caso específico, as medidas a serem tomadas para que esse gasto volte a situar-se nos respectivos parâmetros é a extinção de gratificações e cargos comissionados, além da demissão de servidores públicos, nos termos já previstos na Constituição Federal.

(b) Limite Alerta – previsto § 1.º, inciso II do art. 59, onde se registra que os gastos com pessoal no Executivo não poderão exceder 90% do limite legal, ou seja, 48,6%.

(c) Limite Prudencial – previsto no parágrafo único do art. 22, onde se indica que os gastos com pessoal no Executivo não poderão exceder 95% do limite legal, ou seja, 51,3%. Quando o limite de alerta estiver acima de sua previsão legal, ficará o Município impedido de realizar novos gastos com pessoal conforme a seguir:

- I - concessão de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no inciso X do art. 37 da Constituição;
- II - criação de cargo, emprego ou função;
- III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;
- IV - provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança;
- V - contratação de hora extra, salvo no caso do disposto no inciso II do § 6º do art. 57 da Constituição e as situações previstas na lei de diretrizes orçamentárias (BRASIL, 2000).



## 7. METODOLOGIA

Esta monografia corresponde a uma pesquisa quantitativa, de natureza descritiva e retrospectiva, por meio da qual se busca verificar o comportamento dos gastos na manutenção das políticas de saúde pública no Município de Santa Rita do Sapucaí – em especial o PSF – no período de 2005 a 2013. Conforme argumenta Zanella (2009), a pesquisa quantitativa é aquela que se caracteriza pelo emprego de instrumentos estatísticos. Procura-se medir e quantificar os resultados da investigação, utilizando amostra para mensurar qualidade. Ao tratar da pesquisa descritiva, a mesma autora define esse tipo de iniciativa como um tipo de estudo que se presta a descrever as características de um determinado fato ou fenômeno.

Para a realização da pesquisa, o ano de 2005 foi escolhido como marco inicial para o período de estudo, visto que foi nesse ano que se implantou o PSF no município de Santa Rita do Sapucaí.

Os dados analisados foram: receita referente ao repasse do governo federal vinculadas ao referido programa, despesa com a manutenção do Programa Saúde da Família, evolução dos gastos com despesa de pessoal. A fonte dos dados foi obtida por meio de relatórios consolidados fornecidos pelo setor de Contabilidade do Município.

Segundo Andrade (2002), a receita pública é definida como todo e qualquer recolhimento aos cofres públicos em dinheiro ou outro bem representativo de valor; por outro lado, a despesa pública é constituída de toda saída de recursos ou todo pagamento efetuado para saldar os gastos fixados na Lei do Orçamento. Tanto as receitas como as despesas são classificadas conforme abaixo:

Tabela 1 - Receitas Públicas

Receita Pública			
Receita Orçamentária			
Receitas Correntes	Receita Tributária	Receitas de Capital	Operações de Crédito
	Receita de contribuição		Alienação de bens
	Receita Patrimonial		Amortização de empréstimos
	Receita Agropecuária		Transferência de capital
	Receita Industrial		Outras receitas de capital
	Receita de Serviço		
	Transferências correntes		
	Outras receitas correntes		
Receita Extraorçamentária			
São exemplos: cauções, fianças, retenções na fonte, entre outros.			

Despesa Pública			
Despesa Orçamentária			
Despesas Correntes	Pessoal e encargos Sociais	Despesas de Capital	Investimentos
	Juros e Encargos da Dívida		Inversões Financeiras
	Outras Despesas Correntes		Amortizações de Dívida
Despesas Extraorçamentárias			
São os pagamentos realizados pela Administração Pública que não dependem de autorização legislativa. São exemplos: pagamentos de cauções, fianças, recolhimento de INSS, entre outros.			

Fonte: Elaborada pelo autor

As receitas do PSF no município de Santa Rita do Sapucaí são registradas conforme demonstrado abaixo:

Tabela 2 - Receitas do PSF – Programa Saúde da Família

Receita Orçamentária
Receitas Correntes
Transferências correntes
Receita 17213300 00 - Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde

Fonte: Elaborada pelo autor

Já as despesas do programa são registradas da seguinte maneira:

Tabela 3 - Despesas do PSF – Programa Saúde da Família

Despesas Orçamentárias
Despesas Correntes
Pessoal e encargos Sociais
Despesa 339004 00 - Contratação por Tempo Determinado

Fonte: Elaborada pelo autor.

## 8. ESTUDO DE CASO DO PSF EM SANTA RITA DO SAPUCAÍ

A observação deste estudo, que se concentra na situação do município de Santa Rita do Sapucaí, localizado no sul do Estado de Minas Gerais, com uma população de 37.754 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – 2010, é em função dos expressivos gastos com a manutenção das equipes de Saúde da Família, denominados PSF. O Município conta hoje com oito equipes do PSF, distribuídas nas áreas com maior concentração da população, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Tabela 4 - Equipes de PSF no município de Santa Rita do Sapucaí

Denominação	População atendida	Composição das Equipes
PSF 1	940 famílias atendidas, totalizando 3.413 pessoas.	1 médico 1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem
PSF 2	828 famílias atendidas, totalizando 3.086 pessoas.	1 médico 1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem
PSF 3	1.008 famílias atendidas, totalizando 3722 pessoas	1 médico 1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem
PSF4	1.063 famílias atendidas, totalizando 3471 pessoas.	1 médico 1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem
PSF5	1.007 famílias atendidas, totalizando 3.421 pessoas.	1 médico 1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem
PSF6	752 famílias atendidas, totalizando 2.522 pessoas	1 médico 1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem
PSF7	993 famílias atendidas, totalizando 3.329 pessoas.	1 médico 1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem
PSF8	649 famílias atendidas, totalizando 2.256 pessoas.	1 médico 1 enfermeiro

		2 auxiliares de enfermagem
PSF 15	995 famílias atendidas, totalizando 3.205 pessoas.	Vinculada a uma UBS – Unidade Básica de Saúde – sob responsabilidade de 1 enfermeira.

Fonte: Elaborada pelo autor

Todas as unidades de PSF acima mencionadas contam ainda, no mínimo, com seis agentes comunitários de saúde, os quais não são remunerados com recursos do PSF.

### 8.1. Financiamento do PSF em Santa Rita do Sapucaí

Trata-se de um programa que exige profissionais mais qualificados – como é o caso dos médicos – e esses profissionais exigem uma remuneração mais elevada para o cumprimento de uma carga horária de oito horas diária. Essa necessidade tem gerado impacto na folha de pagamento e nos limites de gastos com pessoal previstos na LRF.

Um dos grandes desafios do município de Santa Rita do Sapucaí está na manutenção dos programas da Atenção Básica de Saúde, em especial o PSF, pois as receitas não são suficientes para atender todas as despesas. Com isso, o Município fica impedido de ampliar suas equipes devido a esse impasse e devido à necessidade de atender outras carências do Município.

Após a implantação do PSF, houve um aumento considerável no percentual de gastos com pessoal.

Tabela 5 - Evolução de gastos com pessoal

Ano	Receita Corrente Líquida	Despesa total com Pessoal	% gastos com pessoal
2005	R\$ 23.685.733,16	R\$ 9.483.895,97	40,04%
2006	R\$ 26.769.954,22	R\$ 10.333.363,42	38,60%
2007	R\$ 31.468.305,45	R\$ 13.186.962,18	41,91%
2008	R\$ 38.704.938,42	R\$ 17.715.445,12	45,77%
2009	R\$ 38.214.131,47	R\$ 17.793.424,66	46,56%
2010	R\$ 42.420.074,52	R\$ 20.100.269,59	47,38%
2011	R\$ 49.518.685,03	R\$ 24.417.327,98	49,31%
2012	R\$ 51.804.750,59	R\$ 27.585.010,12	53,25%

2013	R\$	59.294.632,84	R\$	26.294.745,91	44,35%
------	-----	---------------	-----	---------------	--------

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os dados acima demonstram o crescente aumento dos gastos com pessoal: no ano de 2012, as despesas estiveram muito próximas ao limite máximo determinado na LRF. No ano de 2013, foram feitos os cortes previstos na LRF e houve, portanto, aumento significativo na receita em comparação ao ano de 2012. A equipe diretiva cuidou do gasto de pessoal para que as despesas voltassem a um patamar bem mais confortável.

Outra dificuldade enfrentada pelo Município em relação à manutenção do PSF está nos valores repassados pelo Governo Federal, que representam, em média, apenas 30% dos gastos com pessoal. As demais despesas ficam a cargo do Município, que ainda tem de aplicar recursos para manutenção das unidades do PSF.

**Tabela 6 - Despesas com pessoal do PSF - Repasse do Governo Federal x Recurso Próprio**

Ano	Recurso PSF	% PSF	Recurso Próprio	% Rec . Próprio	Total
2005	R\$ 251.321,87	24%	R\$ 790.215,16	76%	R\$ 1.041.537,03
2006	R\$ 189.916,20	15%	R\$ 1.079.714,10	85%	R\$ 1.269.630,30
2007	R\$ 484.275,08	32%	R\$ 1.032.068,12	68%	R\$ 1.516.343,20
2008	R\$ 364.315,10	21%	R\$ 1.332.584,94	79%	R\$ 1.696.900,04
2009	R\$ 798.269,49	46%	R\$ 955.489,49	54%	R\$ 1.753.758,98
2010	R\$ 731.202,62	38%	R\$ 1.211.473,62	62%	R\$ 1.942.676,24
2011	R\$ 705.516,33	34%	R\$ 1.383.649,64	66%	R\$ 2.089.165,97
2012	R\$ 496.128,47	24%	R\$ 1.554.724,07	76%	R\$ 2.050.852,54
2013	R\$ 726.372,15	36%	R\$ 1.267.520,57	64%	R\$ 1.993.892,72

Fonte: Elaborada pelo autor

O município de Santa Rita do Sapucaí conta atualmente com 09 (nove) equipes do PSF, das quais 08 (oito) recebem seus salários como o referido recurso, totalizando 32 (trinta e dois) servidores.

Se analisarmos novamente o ano de 2012, em que os repasses totalizaram R\$ 496.128,47 (quatrocentos e noventa e seis mil, cento e vinte e oito reais e quarenta e sete

centavos), e dividirmos o valor gasto por 12 (doze) meses e por 08 (oito) equipes de PSFs, chega-se ao valor de R\$ 5.168,00 (cinco mil, cento e sessenta e oito reais).

Os valores repassados pelo Governo Federal por equipe de PSF ao município de Santa Rita do Sapucaí não são suficientes para pagar o salário de 01 (um) médico, que, no ano de 2012, estava em torno de R\$ 7.962,96 (sete mil, novecentos e sessenta e dois reais e noventa seis centavos), sem considerar os encargos que oneram o Município em mais 22,5% (vinte e dois, vírgula cinco por cento). Verificamos, a partir dos dados acima, que, ao longo dos nove anos analisados, considerando-se uma média histórica, a municipalidade tem assumido financeiramente 70% dos gastos com o Programa, enquanto a União tem se responsabilizado por apenas 30%.

O Município contava, em 2012, com um quadro na média de 1.245 (um mil, duzentos e quarenta e cinco) servidores, dos quais 32 (trinta e dois) servidores compõem as equipes do PSF, representando menos de 3% do total; no entanto, as despesas ficam bem acima desse percentual, como demonstrado no quadro abaixo.

**Tabela 7 - Comparativo entre gastos Pessoal do PSF x Pessoal Geral**

Ano	Despesa Pessoal – PSF	Despesa Pessoal – Geral	Despesa total com Pessoal	% PFS
2005	R\$ 1.041.537,03	R\$ 8.442.358,94	R\$ 9.483.895,97	10,98%
2006	R\$ 1.269.630,30	R\$ 9.063.733,12	R\$ 10.333.363,42	12,29%
2007	R\$ 1.516.343,20	R\$ 11.670.618,98	R\$ 13.186.962,18	11,50%
2008	R\$ 1.696.900,04	R\$ 16.018.545,08	R\$ 17.715.445,12	9,58%
2009	R\$ 1.753.758,98	R\$ 16.039.665,68	R\$ 17.793.424,66	9,86%
2010	R\$ 1.942.676,24	R\$ 18.157.593,35	R\$ 20.100.269,59	9,66%
2011	R\$ 2.089.165,97	R\$ 22.328.162,01	R\$ 24.417.327,98	8,56%
2012	R\$ 2.050.852,54	R\$ 25.534.157,58	R\$ 27.585.010,12	7,43%
2013	R\$ 1.993.892,72	R\$ 24.300.853,19	R\$ 26.294.745,91	7,58%

Fonte: Elaborada pelo autor

Os números deixam bem claro que as despesas com a manutenção de pessoal do PSF representam em média aproximadamente 10% dos gastos total com pessoal, tendo sua contribuição negativa no aumento dos limites previstos na LRF. Os números apontam que o Município tem feito esforços no sentido de tentar manter o valor nominal dessa despesa ao longo dos anos com pouca variação percentual entre eles, o que, ao longo dos nove anos

analisados, tem provocado uma queda na participação percentual desse gasto em relação ao total das despesas com pessoal.

É importante frisar que as receitas públicas municipais sofrem constantes variações, e, quando ocorrem variações negativas, ou seja, redução das receitas, os impactos podem ser desastrosos porque as despesas de pessoal permanecem sem alterações, fazendo com que os percentuais se elevem e ultrapassem os limites legais.

Outro desafio enfrentado pelo Município está na contratação dos profissionais que compõem as equipes do PSF, pois, como mencionado, os médicos exigem salários bem acima do que está previsto na Lei de Cargos e Salários do Município, que é de R\$ 2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais) para uma dedicação diária de quatro horas, fazendo com que os índices de gastos com pessoal se elevem de maneira significativa.

Em meados de 2013, por meio do Decreto n.º 9277/2013, os salários dos médicos do PSF foram reajustados para R\$ 10.000,00 (dez mil reais), um aumento de 25,6% (vinte e cinco vírgula seis por cento) em comparação aos salários de 2012. Tal reajuste se deu em função das exigências dos médicos para se manterem no Programa.

A continuarem esses percentuais de aumento no salário dos médicos, ocorrerá, em um futuro breve, outro entrave para o Município, que estará infringindo o artigo 37, inciso XI, da Constituição Federal, que prevê que nenhum servidor municipal poderá receber salário superior ao do chefe do Executivo.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF é, antes de tudo, uma estratégia cujo principal objetivo é reorientar as práticas de atenção à saúde por meio da mudança do foco de atuação do indivíduo para a família e para o ambiente onde ele vive. A implantação do PSF já conseguiu diminuir as filas nos hospitais públicos, além de reduzir os índices de mortalidade infantil e o número de mortes por doenças de cura simples.

O Programa de Saúde da Família é um projeto de grande potencialidade que atende às necessidades básicas, desenvolvendo atividades de prevenção, pesquisa, educação e cura da população.

Importa mencionar a importância do PSF para a população de Santa Rita do Sapucaí, município em que o atendimento é feito de maneira mais próxima da população e em que os profissionais de saúde cumprem uma carga horária de 8 horas diárias, perfazendo 40 horas semanais. Toda a especial atenção e a disponibilidade dos servidores têm seu preço, uma vez que os municípios – que possuem as menores fontes de receitas – têm arcado com a maior parte das despesas do PSF.

O que se percebe nesta pesquisa é que a União tem descumprido alguns princípios previstos na Lei n.º 8.080/90, como, por exemplo, a universalização, que defende que a saúde é um direito de todos e um **dever** do Poder Público. Vale entender que, na ideia de Poder Público, devem estar subentendidas as três esferas de governo. Mas essa condição tríplice nem sempre é levada em conta, razão por que os municípios têm bancado, sozinhos, inúmeras despesas que deveriam ser rateadas.

A provisão de recursos para atendimento das demandas da população deveria ocorrer proporcionalmente com as receitas de cada ente da federação, ou seja, quem arrecada mais, contribui com mais, porém o que ocorre é o inverso. Municípios são obrigados, por lei, a investir, no mínimo, 15% de sua receita corrente líquida na saúde; os Estados, com 12%, enquanto para a União não existe um percentual fixo.

Segundo estudos da AMM, apenas 18% de tudo que é arrecadado ficam com os municípios; em contrapartida, se avolumam as obrigações e os encargos dos municípios, que são responsáveis diretos pela execução das políticas públicas federais, e de uma parte significativa pelo Estado. Tais programas e políticas têm sobrecarregado os municípios, que ainda são obrigados a entrar com contrapartida de recursos para garantir sua execução, perdendo assim capacidade financeira para elaboração e manutenção de suas próprias



políticas públicas e da resolução dos problemas locais. Os municípios vão se transformando em meros executores das políticas públicas federais, sem o direito sequer de opinar sobre elas.

O PSF é um exemplo claro disso. Trata-se de um programa criado pelo Governo Federal, determinando todas as normas de funcionamento, como número máximo da população a ser atendida por equipe, composição das equipes, carga horária, dentre outras. Em outras palavras, é como se o PSF fosse um filho gerado pelo Governo Federal, porém a criação e educação ficam a cargo do município, que, no final do mês, recebe uma pensão de, aproximadamente, 30% para ajudar custear as despesas.

Os dados desta pesquisa mostram que o Município tem assumido 70% dos gastos de pessoal com o Programa, o que tem comprometido o valor dos gastos totais com pessoal dentro dos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Analisou-se ainda o desafio que o município tem enfrentado em manter o Programa Saúde da Família à sua população, em detrimento do impacto dos gastos com pessoal sobre a folha de pagamento.

Diante do exposto, o ideal para um melhor desempenho do PSF seria o aumento nos repasses por parte do Governo Federal para o custeamento do referido Programa, desonerando assim o Município e permitindo que outras necessidades básicas possam ser atendidas. Caso contrário, a longo prazo, o Município terá que reduzir o número de médicos por faixa populacional, o que poderá causar um efeito desastroso na demora no atendimento ao paciente – problema este que a mídia aponta como sendo um dos mais agravantes da realidade brasileira.

Espera-se que este trabalho contribua para que outros municípios analisem seus gastos na manutenção do PSF e possam reivindicar mais recursos para manutenção deste Programa, que é de suma importância para a população.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saúde, educ.**, 2004/2005, v. 9, n. 16, p. 39-52.

ANDRADE, Nilton de Aquino. **Contabilidade Pública na gestão municipal**. São Paulo: Atlas, 2002.

BRASIL, Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 16 ago.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria n.º 1.409 de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html). Acesso em: 06 set.2014.

BRASIL. Portaria n.º 978 de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978\\_16\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html). Acesso em: 06 set.2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. **QualiSUS-Rede: manual operacional do projeto de investimento para a qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 a.

NERY JUNIOR, Nelson. **Constituição Federal comentada e legislação constitucional**. Nelson Nery Junior, Rosa Maria Andrade Nery. – 2. ed. ver, ampl. e atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

OMS. **Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca**. Geneve: OMS, 2008.

Responsabilidade fiscal/Carlos Pinto Coelho Motta ...[et. al] – Belo Horizonte . Editora: Del Rey, 2000.

SILVEIRA, C. H. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. *In*: MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Orgs.). **Saúde coletiva: um campo em construção**. Curitiba: Ibpx, 2006. p. 30-69.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.