

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO A DISTÂNCIA  
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA  
EM SAÚDE**

**UMA REFLEXÃO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DA  
GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: A  
EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**GLAUCIA TEREZINHA MARASCHIN CONTERATO**

**Constantina/RS, Brasil  
2011**

**UMA REFLEXÃO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DA  
GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: A  
EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

**por**

**Glaucia Terezinha Maraschin Conterato**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação à Distância – Especialização *Lato sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria como requisito para obtenção do título de **Especialista**.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MSc. Leila Mariza Hildebrandt**

**Constantina/RS, Brasil  
2011**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em  
Saúde EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Monografia de Conclusão de Curso**

**UMA REFLEXÃO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: A EXPERIÊNCIA DE UM  
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

elaborada por

**Glaucia Terezinha Maraschin Conterato**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista**

**Comissão Examinadora**

---

**Leila Mariza Hildebrandt, Msc.**  
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

---

**Luciane Miritz, Msc.**  
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

---

**Marinês Tambara Leite, Dra.**  
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Constantina, 02 de julho de 2011.

## SUMÁRIO

<b>Resumo .....</b>	<b>05</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>06</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>07</b>
<b>Metodologia .....</b>	<b>11</b>
<b>Análise da Descentralização da Gestão dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde em município de pequeno porte .....</b>	<b>12</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>15</b>
<b>Referências .....</b>	<b>16</b>

## **RESUMO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do Rio  
Grande do Sul (CESNORS).

### **UMA REFLEXÃO SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: A EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

AUTORA: GLAUCIA TEREZINHA MARASCHIN CONTERATO

ORIENTADORA: LEILA MARIZA HILDEBRANDT MSc.

Data e Local da Defesa: Constantina, 02 de julho de 2011

## **RESUMO**

Este artigo traz uma reflexão sobre a descentralização da gestão dos recursos financeiros oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada para a assistência da saúde em um município de pequeno porte. Trata-se de um relato de experiência, a partir de situações vivenciadas na gestão dos recursos públicos de saúde, pois como ocorre no Brasil, o município analisado recebe recursos financeiros da esfera federal, estadual e municipal. Entretanto, há dificuldades em atender todas as demandas do campo da saúde da população em função de muitos aspectos, como: a falta de implementação da Emenda Constitucional 29/2000, repasse das transferências financeiras insuficientes e com atrasos, aumento da responsabilidade financeira, econômica, contábil e administrativa do município, ausência de clareza nas regras para o comprometimento dos orçamentos da União, Estados e Municípios com as políticas de saúde, ocasionando maior responsabilidade à atenção integral da saúde dos habitantes. O município também possui em seu território, um número significativo de indígenas, os quais requerem atenção diferenciada, embora haja recursos financeiros específicos para atender esse estrato populacional. Conclui-se que os municípios de pequeno porte precisam unir esforços no sentido de buscar maior disponibilidade de recursos financeiros para o campo da saúde e co-responsabilidades da esfera federal e estadual.

Palavras-Chave: Descentralização. Gestão de recursos. Gestão da Saúde. Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

Trabalho de Conclusão de Curso  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte  
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **A REFLEXION ABOUT THE DECENTRALIZATION FROM MANAGEMENT THE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): EXPERIENCE THE SMALL TOWNS**

AUTORA: GLAUCIA TEREZINHA MARASCHIN CONTERATO

ORIENTADOR: LEILA MARIZA HILDEBRANDT MSc.

Data e Local da Defesa: Constantina, 02 de julho de 2011

## **ABSTRACT**

This article brings a reflexion about the decentralization of the financial resources management from the Sistema Único de Saúde (SUS) directed to the health assistance in a small town. It is, in fact an experience related from a given situation faced in the management of healthn public resources, once as it occurs in Brazil, the town in question receives resources coming from the federal, state and municipal sphere. Nonetheless there are difficulties in aswering all the needs in the health field of the population due to many aspects as the lack of implementation of the 29/2000 Constitutional law, insufficient financial transferences and sometimes a delay in the arrival of these resources, an increase of the financial, economical, accountancy and administrative responsibility of the town, lack of clear rules to the commitment of the federal budgets as well as States and Towns with health policies, generating more responsibility to the health of its inhabitants. The town also has in its territory a significant number of indigenous people who need special attention although there is enough resource to take care of this population part. One concludes that the small towns need to gather their efforts in the sense of reaching a larger level of finacial resources to the fied of health and co-responsibilities from federal and state institutions.

Key words: Decentralization. Resources Management. Health Management. Sistema Único de Saúde.

## INTRODUÇÃO

A presente reflexão tem como propósito efetuar uma discussão sobre o tema relacionado à descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de pequeno porte. O fato de ele possuir território reduzido e ser essencialmente monocultor agrícola, seu potencial de geração de receita própria é ineficiente, aumentando a dependência dos recursos estaduais e federais para garantir saúde digna aos seus habitantes.

A descentralização da gestão do SUS é um tema polêmico, que vem causando grande impacto nos municípios por repassar mais responsabilidades do que recursos financeiros para o desempenho das suas atribuições. Aos municípios foi transferido o encargo de gerir os recursos financeiros para o desempenho das funções pactuadas, pacto este apresentado por atributos e imposições produzidos pelos governos federal e estadual. Dessa maneira, os municípios, sobretudo, os de pequeno porte, devem acatar e ainda levar adiante um projeto de saúde que pode comprometer a qualidade do atendimento à população.

Considerando os aspectos elencados, a descentralização tem conceito variado “o qual pode estar relacionado à democratização, centralização, desconcentração, autonomia, privatização, dependendo do contexto, concepção e de posições político-ideológicas de quem os define e utiliza” (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 50). Segundo os autores, a descentralização do SUS possui quatro princípios norteadores de sustentação, que são: flexibilidade, definida pelo tratamento diferenciado aos governos sub-nacionais; gradualismo e progressividade que consiste na adequação às distintas realidades; transparência no processo decisório, caracterizado por transferir um poder transparente; e controle social, elemento de democratização do Estado, associado à transparência do poder decisório. Para os autores:

A descentralização absoluta provavelmente representaria o caos, principalmente para uma nação com tantas desigualdades como o Brasil. (...) Neste sentido, a descentralização – e a centralização – têm que coexistir, de forma pactuada, para garantir o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde e não a atomização dos Sistemas Locais (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 51).

No intuito de contribuir, Ceccim e Feuerwerker (2004), embasados em (Campos, 2002) relatam que, com um projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira, segundo uma ética de planejamento e de gestão também descentralizados, novos arranjos e estruturas organizativas possam estar fortemente comprometidas com a gestão colegiada, como uma roda de co-gestão da educação permanente em saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.55), amparados em Ceccim e Armani (2002) relatam que:

Não é demais sugerir que, quando a Constituição Federal incorporou essa ética na lei, emprestou à expressão “regionalização e hierarquização” o sentido da luta política de universalização do direito à saúde: acessibilidade e resolutividade (aproximar ao máximo as ações e serviços de cada população - regionalizar - e elevar ao máximo a capacidade de resposta de cada âmbito da atenção - hierarquizar). A regionalização e a hierarquização devem acontecer sob o desígnio da rede única e sob três diretrizes: comando único por esfera de governo, atendimento integral capaz de enfatizar as ações coletivas da atenção básica e participação organizada da população.

Segundo Solla (2006), foi por meio da Constituição de 1988 que a saúde no Brasil passou a ser entendida como direito social universal, direito de cidadania e foi por meio dela que as ações e serviços de saúde passaram a ser vistas como uma importância pública, em que o Estado passou a garantir o direito à saúde para toda a população brasileira. Em decorrência disso, foram diversas iniciativas institucionais e legais para criar condições de viabilizar o direito à saúde, dentre as quais se destacaram as chamadas Leis Orgânicas da Saúde: a Lei 8.080/90 que regulamenta as ações e serviços de saúde em todo o território brasileiro (BRASIL, 1990 a) e a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990 b).

Para dar continuidade aos apontamentos em relação à regulação do SUS, sobretudo, à sua descentralização, em 1991 começaram a ser instituídas as Normas Operacionais Básicas (NOB). Primeiramente, a NOB do Inamps 01/91, em 1993, a NOB-SUS 01/93 e em 1996, a NOB-SUS 01/96, sendo implementadas gradativamente no Brasil, gerando grande impacto sobre a organização e funcionamento do SUS (SOLLA, 2006). Cada Norma apresenta novas formas de relacionamento entre os gestores e diferentes modelos de participação dos entes federais, estaduais e municipais. Segundo Mansur (2001, p.91), “quando a NOB 01/91 foi criada, passou a ser implementado um modelo de repasse de recursos aos Estados e Municípios através de transferências negociadas de acordo com a produção de serviços”.

Conforme a mesma autora, a NOB 01/93, por sua vez, criou os organismos colegiados, denominados de Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) em nível federal e Bipartite (CIB) em nível estadual e municipal, para promover a pactuação das metas dos indicadores sociais entre as esferas de governo. Com esta Norma, o SUS teve a sua execução descentralizada por níveis de gestão, progressivamente iniciando pela incipiente, depois parcial e finalmente com a semiplena. Isso se deu conforme o comprometimento de estados e municípios com a organização da atenção à saúde (MANSUR, 2001). Esta iniciativa impulsionou a capacitação municipal para a gestão descentralizada, exigindo habilitação dos municípios para receber os referidos recursos fundo a fundo. Para isso, os mesmos deveriam preencher os seguintes

requisitos: Conselho Municipal de Saúde (órgão fiscalizador e representante da sociedade civil); Fundo Municipal de Saúde (atualmente com CNPJ próprio); Relatório de Gestão que permitisse o controle das contas; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). (BRASIL, 1990 b).

A NOB 01/96 foi criada para agilizar a descentralização dos recursos federais em direção aos municípios, consolidando a autonomia dos mesmos com a gestão plena da atenção básica, ou seja, a municipalização da saúde conferia aos gestores municipais do SUS (Prefeito e Secretário Municipal de Saúde) a responsabilidade de atender a demanda da sua população (SCATENA; TANAKA, 2001). As atividades financiadas pelo PAB, previstas na NOB 01/96 são relacionadas por Mansur (2001, p. 94) que cita Vianna; Piola (1999). São elas: pronto atendimento; consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimento domiciliar pela equipe do programa de saúde da família; vacinação; atividades educativas comunitárias; planejamento familiar e assistência pré-natal; pequenas cirurgias ambulatoriais; atividades do programas de agentes comunitários de saúde; e outros.

No ano de 2001, um novo instrumento normativo de assistência à saúde foi editado, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/01, reeditada em janeiro de 2002, pela NOAS-SUS 02, que foi elaborada para garantir maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção. (CARVALHO; BARBOSA, 2010). Para alcançar tais objetivos, a referida Norma prevê ampliar as responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica; lançar os fundamentos da regionalização como macro-estratégia de reorganização assistencial; criar mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS; e atualizar os critérios de habilitação de Estados e municípios (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Para garantir o êxito da descentralização do SUS, o governo aposta na eficácia do controle social que, conforme o *Guia do Conselheiro* (BRASIL, 2002, p.31), sugere que os membros devem “participar na formulação das políticas de saúde, acompanhar a implementação das ações escolhidas, fiscalizar e controlar gastos, prazos, resultados parciais e a implantação definitiva destas políticas”. A Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ainda, expõe que “o processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde (...). O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde” (BRASIL, 2003, p. 04).

No intuito de contribuir, Cotta; Cazal; Rodrigues (2009, p.419) sustentam que “para fortalecer o exercício do controle social, os membros devem ter: efetivo conhecimento

do SUS; da legislação; da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, etc. (...) partindo do pressuposto que só se pode controlar aquilo que se conhece”. Estas explicações demonstram que os municípios devem estar organizados, neste caso, com Conselhos Municipais de Saúde, por meio de representantes da sociedade civil com capacitação e conhecimento do objetivo primordial apresentado pela legislação. Pessoas comprometidas com a gestão pública, que deixam trabalho, estudo, família, etc. para praticar um exercício de cidadania.

No que tange às deliberações propositivas de políticas de saúde que são originadas pela plenária de conselheiros, na prática da grande maioria dos municípios e também pesquisas demonstram que os membros só participam para ouvir, aprovar as resoluções prontas pelos gestores, como aprovação do Relatório de Gestão, aplicação de recursos, Plano Municipal de Saúde, dentre outros mais. É o que demonstram Landerdhal et al. (2010, p. 2434), apoiados em Wendhausen e Caponi (2002), relatando o resultado da análise do discurso entre os presentes de um conselho de saúde, constataram que ocorre “a prática de técnicos falando para leigos por meio de um espaço que legitima ações governamentais, em detrimento de ações de controle e avaliação (...) é válido afirmar que, na prática, os conselheiros não participam das decisões sobre alocação de recursos da saúde”.

Conveniente a colocação de Ceccim e Feuerwerker (2004) relatando que o SUS é um sistema de saúde singular em nível internacional e histórico devido à participação da sociedade no processo decisório, defendendo que os usuários devem ampliar seus conhecimentos sociais e culturais para aumentar seu grau de autonomia e intervenção sobre suas próprias vidas. Os autores, apoiados em Côrtes (1996a; 1996b), relatam que “a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.42-43). Para os autores, o controle social dentro do sistema de saúde é um exemplo de que a sociedade tem direito e dever de participar das discussões e das decisões acerca da formulação, implementação e avaliação da política nacional de saúde.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a descentralização da gestão dos recursos financeiros oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada para a assistência da saúde em um município de pequeno porte.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo visa analisar a descentralização dos recursos provenientes do SUS em um pequeno município com população de 1.530 habitantes. Segundo o Censo Demográfico (IBGE; 2010), desse total, em média, 560 são indígenas que habitam 53% do território municipal. O referido município possui duas Unidades de Saúde, que contam também com duas equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), uma situada na cidade e uma na área indígena. Para atender aos usuários, a Secretaria Municipal de Saúde conta com profissionais como: Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Fisioterapeuta, Nutricionista, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário, Vigilante Sanitário, Agentes Comunitários de Saúde, Agente Administrativo, entre outros. Estes atuam para promover o bem estar da população por meio da vigilância em saúde, vigilância sanitária, grupos de gestantes, saúde mental e dependência química, consultas, atendimento odontológico, autorização de exames, encaminhamentos e transporte para tratamento de média e alta complexidade, prevenção de doenças por meio de visitas domiciliárias, grupos de educação em saúde, dentre muitos outros. O município conta, ainda, com um Hospital de Pequeno Porte (HPP), pois devido ao número reduzido de habitantes, não comporta maior estrutura de hospitais, clínicas ou centros de diagnóstico.

Os recursos financeiros para atender a atenção básica do município estudado são oriundos das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, recebidos fundo a fundo por depósito bancário em conta própria do Fundo Municipal de Saúde (FMS). A esfera Federal transfere recursos para o município atender ações/serviços dos seguintes blocos: Assistência Farmacêutica; Atenção Básica (pelos componentes: piso da atenção básica fixo e variável, incentivo de atenção básica dos povos indígenas, programa de agentes comunitários de saúde, saúde bucal e saúde da família); Gestão do SUS; e Vigilância em Saúde (pelos componentes: piso fixo de vigilância sanitária, piso variável de vigilância e promoção da saúde, vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, vigilância sanitária e vigilância e promoção da saúde) (BRASIL, 2011 b). Da esfera estadual, o município recebe recursos para atender: a Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família (Agentes Comunitários de Saúde, ESF, ESF indígena, saúde bucal, saúde bucal indígena); Primeira Infância Melhor (PIM); Assistência Farmacêutica Básica (contrapartida do estado e para insumos do controle de diabetes); e Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde (pagamento de procedimentos de média complexidade realizados nas unidades de saúde do município) (BRASIL, 2011 b).

A esfera municipal investe a maior parcela de recursos financeiros, por meio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). São estes recursos que realmente fazem a “máquina funcionar”, ou seja, são os valores oriundos da receita municipal, os responsáveis pelo pagamento da maior parcela das despesas da Secretaria Municipal de Saúde, como: remuneração e encargos dos funcionários, combustível, manutenção de veículos e do patrimônio, material de expediente, limpeza e consumo, auxílios a pessoas físicas, serviços terceirizados, dentre muitos outros (BRASIL, 2011c). Ressalta-se que o município também investe recursos nos programas específicos dos entes Federal e Estadual, devido à insuficiência de recursos repassados para a execução dos referidos programas, como é o caso da compra de medicamentos para a farmácia básica do município.

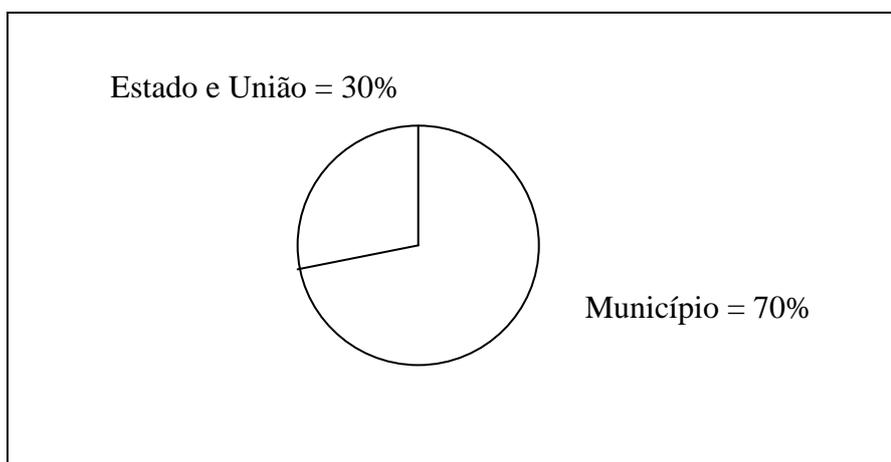
## **ANÁLISE DA DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

Dirigindo um olhar para o município estudado, percebe-se que vários fatores desafiam os gestores da saúde em relação à gestão dos recursos financeiros, como: as transferências financeiras de recursos insuficientes e com atrasos; aumento da responsabilidade financeira, econômica, contábil e administrativa; falta de clareza nas regras para o comprometimento dos orçamentos da União, Estados e Municípios com as políticas de saúde; linhas de cuidado fragmentadas, que dificultam o acesso e aumentam as despesas; necessidade em firmar convênio com hospitais, centros de diagnóstico, laboratórios e clínicas para atender a população, falta da implementação da Emenda Constitucional (EC) 29/2000, dentre muitos outros. Lembrando a importância da instituição da EC 29/2000 para os municípios brasileiros, sobretudo, os de pequeno porte, pois pela sua instituição, a União e os Estados comprometem-se em aplicar recursos mínimos para as ações e serviços públicos de saúde, conforme consta em seu Artigo 7º:

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77: Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I – no caso da União: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB; II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos (...); e III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos (...) (BRASIL, 2000, p. 02).

Levando em consideração a EC 29 e fazendo um estudo do Relatório de Gestão Municipal de Saúde (RMGS) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), constata-se que o município analisado aplicou durante o ano de 2010, um total de R\$ 1.157.244,06 em ações e serviços de saúde, um percentual de 20,95% de sua receita com impostos (BRASIL, 2011 b; BRASIL, 2011 c). Isso significa que o município absorveu mais de 70% das despesas da saúde de seus habitantes, sendo que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Fundo Estadual de Saúde (FES) financiaram em torno de 30% dos gastos da saúde deste município. Com este conjunto de ações, cada habitante foi beneficiado com R\$ 1.096,96, em média (BRASIL, 2011 c). Sendo assim, o município fica com o respaldo de investir, em média, R\$ 767,87 na prevenção da saúde e cura de doenças de cada munícipe.

#### **Aplicação de recursos em Saúde no ano de 2010**



Fonte: SIOPS 2010

Segundo informações contidas no SIOPS (BRASIL, 2011 c), no relatório que trata sobre o Histórico do Percentual Mínimo e Aplicado pelos Estados de acordo com a EC-29, o Rio Grande do Sul (RS), é um dos poucos estados que jamais aplicou o percentual mínimo de recursos previstos. Em 2010, o RS aplicou 7,62% do total de 12% previsto na EC 29/2000, uma defasagem de 36,5% no valor investido. Em reais, isso significa que R\$ 84.297,62 deixaram se aplicados na saúde dos munícipes. Para salientar a importância da execução da Emenda Constitucional 29/2000, um grupo de quinze Entidades gaúchas ligados à saúde, levou à Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, no dia 30 de setembro de 2009 (RIO GRANDE DO SUL, 2009), uma proposta de Emenda Popular ao Orçamento 2010 que propunha assegurar 12% da receita estadual para a área da saúde. Isso demonstra que iniciativas estão sendo tomadas para reverter a situação em benefício dos municípios.

O Sistema de Informações SIOPS (BRASIL, 2011 c) descreve em seu relatório sobre Despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde financiadas por recursos próprios – 2000 a 2006, que o Brasil vem aumentando, em torno de 5% ao ano, o investimento em despesas com ações e serviços de saúde. Valores estes investidos nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), em R\$ milhões correntes e percentual do Produto Interno Bruto (PIB), perfazendo em 2006, um total de 3,60% do PIB. Em milhões de reais, isso representa R\$ 84.033 milhões correntes, equivalente a R\$ 449,93 por habitante.

Para aumentar ainda mais a responsabilidade dos municípios, no ano de 2006 foi editada a Portaria nº. 399, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, tendo por finalidade consolidar o SUS com seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, o qual é firmado pelo Termo de Compromisso de Gestão, assinado pelos municípios, sendo que para receber os recursos financeiros, os gestores devem possuir planejamento, gestão e controle social (BRASIL, 2006). Com a implantação deste, os municípios se tornam responsáveis pelos procedimentos de média e alta complexidade de seus usuários e passam a receber da União, os recursos pertinentes às referidas execuções. Recursos estes, muito aquém dos valores cobrados por hospitais, clínicas e laboratórios, isso novamente torna o município o responsável pelo pagamento destas novas despesas.

O processo de descentralização, no município analisado, está se dando de maneira cautelosa, com muita preocupação no que diz respeito à cobertura dos três níveis de complexidade. Sobretudo, pelo fato de o município possuir, em média 560 indígenas em seu território, os recursos aplicados para o atendimento da saúde destes são significativamente maiores do que o investimento na população não-indígena. Mesmo recebendo recursos específicos para atender a população Kaingang, pela transferência do Fundo Nacional de Saúde (FNS) – Bloco da Atenção Básica – Serviço: Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas (BRASIL, 2011 b), a carência financeira destes gera total dependência dos recursos públicos, sobrecarregando assim os cofres municipais.

Na tentativa de amenizar este tipo de problema e realizar um atendimento específico à saúde indígena, o governo federal emitiu a Lei nº 12.314 com a finalidade de transferir a competência da Saúde Indígena para o Ministério da Saúde por meio da nova Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que irá compor a estrutura central do Ministério da Saúde, assumindo a responsabilidade por elaborar, propor e implementar as políticas públicas de promoção e proteção da saúde indígena. Estas atribuições, até então reservadas à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), serão desenvolvida pela nova Secretaria, por meio das unidades organizacionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (BRASIL,

2010). Esta transição deve ser efetivada até o dia 31 de dezembro de 2011, conforme prevê o Decreto nº 7.461 de 2011 (BRASIL, 2011 a). Esses elementos também são elencados por autores que discutem acerca da atenção a saúde indígena, como Chaves, Cardoso e Almeida (2006, p.299) relatando que segundo a Reforma Sanitária:

As ações de saúde no SUS devem ser desenvolvidas de forma integrada e com a participação dos diferentes atores para que se atinja maior efetividade e impacto sobre a saúde de determinado grupo populacional. Esse conceito aplicado à gestão da saúde indígena se reveste de maior importância, na medida em que os povos indígenas apresentam especificidades culturais.

Para os autores, um dos fatores primordiais para a instalação do subsistema é a capacitação dos recursos humanos para a área da saúde, um instrumento fundamental para adequação ao atendimento das especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas. Como visto, a legislação cita a FUNASA como encarregada das atribuições pertinentes a promoção e proteção da saúde indígena, mas na prática, os municípios também são co-responsáveis pela saúde desses habitantes. Se a Secretaria Especial de Saúde Indígena for instalada e executar suas atribuições como orienta a legislação, ao município estudado sobrarão mais recursos para investir nas ações e serviços de saúde da população não-indígena.

## **CONCLUSÃO**

Para contribuir com a organização do sistema de saúde local, se propõe a união dos municípios em defesa da execução da EC 29/2000 que culminaria com maior responsabilidade dos entes Federal e Estadual em relação ao financiamento de recursos para a saúde. O momento atual é adequado para tal reivindicação, pois a 14ª Conferência Nacional da Saúde acontece no fim do ano de 2011, após as Conferências Municipais e Estaduais da Saúde que estão sendo realizadas em meados deste ano. Estes podem ser eventos propícios para os municípios unir forças em defesa desta reivindicação. Se por um lado, os Governos Federal e Estadual exigem dos municípios o cumprimento da NOB-SUS 01/96 e do Pacto pela Saúde 2006, por outro, os gestores municipais devem cobrar um repasse maior de recursos, refletindo no mínimo, os percentuais identificados na EC 29/2000.

Um exemplo explícito que já ocorre nos municípios brasileiros é a descentralização da Atenção Básica, na qual a União e o Estado repassam aos municípios valores para atender programas específicos de ações e serviços de saúde. Em contrapartida, os municípios

comprometem, pactuam e investem parte de sua receita financeira, geralmente superior aos 15% obrigatórios, para atender toda sua demanda local, devido a insuficiência de valores repassados pelos entes federados. Para tanto, na maioria das vezes, os municípios comprometam o atendimento de outros setores de igual importância para os habitantes, como: educação, agricultura, estradas, habitação, obras, entre outros.

Isso demonstra que iniciativas devem ser tomadas para reverter a situação em benefício dos municípios. Isto também aponta que a união dos municípios sugerida acima, em defesa da execução da EC 29/2000 é próspera e pode resultar em melhoria do atendimento da saúde de seus habitantes, sobretudo nos de pequeno porte, que tanto dependem dos recursos financeiros do Estado e da União, como é o caso do município analisado.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Lei nº 7.461**. Emitido em 18/04/2011. Dá nova redação ao caput do art. 6º do Decreto no 7.336, de 19/10/2010. 2011 a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7461.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7461.htm)>. Acesso em: 10 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional 29/2000**. Emitida em 13/09/2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 10 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde** – consulta de pagamentos, ano 2011. 2011 b. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/ConsultaFundoafundo.asp>>. Acesso em: 30 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Conselheiro**: curso de capacitação para conselheiros estaduais e municipais de saúde. 2002, 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.314**. Emitido em 19/08/2010. 2010 a. Converte a Medida Provisória nº 483 de 24/03/2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm)>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde n° 8.080**. Emitida em 19/09/1990. 1990 a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccil/leis/l8080.htm>>. Acesso em: 10 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde n° 8.142**. Emitida em 28/12/1990. 1990 b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 10 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n° 399**. Emitida em 22/02/2006. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde, n° 333**. Emitida em 04/11/2003. 2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333...](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333...)>. Acesso em: 30 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Emitido em 01/04/2011. 2011 c. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 de junho de 2011.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Material da Especialização em Gestão em Saúde. Florianópolis, Departamento de Ciências da Administração/UFSC. 2010. 2010 b. 86 p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41- 65, 2004.

CHAVES, M. de B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p. 295-305, 2006.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselhos de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

IBGE 2010. **Censo demográfico**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 04 de junho de 2011.

LANDERDHAL, M. C.; UNFER, B.; BRAUN, K.; SKUPIEN, J. A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde do Brasil: tendências da década de 1990**. (Dissertação de Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001, 116 p.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 05 de abril de 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do RS. **Orçamento 2010 – Entidades propõem emenda assegurando 12% para a saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=811>>. Acessado em: 06 de junho de 2011.

SOLLA, J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto pela Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.30, n.2, p.332-348, 2006.