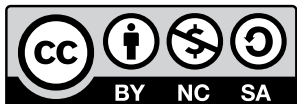


Subfinanciamento da Educação e da Saúde



Subfinanciamento da Educação e da Saúde





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons: Atribuição – Uso não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A reprodução não autorizada para fins comerciais constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

As publicações da Confederação Nacional de Municípios – CNM podem ser acessadas, na íntegra, na biblioteca *online* do Portal CNM: **www.cnm.org.br**.

Esta publicação destina-se a informar este conselho e representantes de outras entidades sobre o subfinanciamento da Educação e da Saúde e suas consequências nas gestões municipais.

Textos:

Amanda Borges de Oliveira
Carla Estefânia Albert
Dálete de Cássia Bilac de Azevedo
Mariza Abreu
Mônica Aparecida Serafim Cardoso
Hilton Leal Silva

Supervisão Editorial:

Luciane Guimarães Pacheco
Eduardo Fonseca Stranz

Diretoria-Executiva:

Gustavo de Lima Cezário

Revisão de texto:

Allan Moraes

Diagramação:

Themaz Comunicações Ltda.

Endereços eletrônicos:

saude@cnm.org.br
educacao@cnm.org.br

Ficha catalográfica:

Confederação Nacional de Municípios – CNM
Subfinanciamento da Educação e da Saúde – Brasília: 2016.

60 páginas.

1. Financiamento. 2. Educação 3. Sistema Único de Saúde. I. Brasil. Confederação Nacional de Municípios. Núcleo de Desenvolvimento Social. Área Técnica da Saúde e Educação.

Título: Subfinanciamento da Educação e da Saúde.



Carta do Presidente



As políticas públicas estão, ao longo do tempo, sendo executadas cada vez mais por meio de programas e convênios entre União, Estados e Municípios. A transferência de responsabilidades, que ocorre principalmente da União para os Municípios, vem configurando um cenário de sobrecarga destes últimos no que diz respeito à divisão da prestação de serviços básicos à população.

Os repasses do governo federal para a execução dos programas são menores do que o custo efetivo que esses realmente acarretam aos cofres municipais, inclusive porque o governo não consegue mensurar o custo efetivo da manutenção plena dos programas. Assim, os Municípios acabam por assumir uma série de despesas que não seriam de sua competência, arcando com grandes gastos para colocar em prática obrigações da União.

A Confederação Nacional de Municípios fez o presente levantamento para elencar pontos importantes sobre o subfinanciamento da educação no que se refere aos valores insuficientes para manutenção das creches, à desatualização dos valores e atrasos nos repasses dos programas federais, a insuficiente complementação da União ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) e a inadequação do critério de reajuste do piso do magistério e da saúde e suas consequências nocivas às gestões municipais. Para o setor Saúde destacamos o subfinanciamento e o desfinanciamento do SUS, atrasos dos repasses do governo

federal, a desatualização dos programas e as consequências ao sistema e à gestão municipal como aumento da judicialização.

A Confederação busca incansavelmente resolver esse problema junto às demais esferas governamentais e fica bastante realizada em poder dialogar com este Conselho e outras entidades sobre tema tão relevante para a melhoria na prestação de serviços públicos. Além disso, busca encontrar em conjunto formas de resolver tais problemas.

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM

Sumário

Carta do Presidente	5
1.Introdução.....	9
2.Educação	11
2.1 Subfinanciamento da Educação Básica	11
2.2 Valores desatualizados e atrasos nos repasses do Pnae, Pnate e PDDE.....	15
2.3 Problemas do Fundeb	17
2.4 Valores insuficientes e atrasos nas transferências voluntárias da União	18
2.5 Dificuldades para pagamento do piso nacional do magistério	21
2.6 Ineficiência do Plano Nacional de Educação (PNE).....	27
2.7 Judicialização da Educação Básica	29
3.SAÚDE.....	32
3.1 Subfinanciamento do Sistema Único de Saúde	32
3.2 Desfinanciamento do Sistema Único de Saúde	33
3.3 Atrasos dos repasses federais	36
3.4 Defasagem dos valores repassados pela União aos Municípios	37
3.5 Consequências aos Municípios e ao Sistema	46
3.6 Dificuldade de planejamento e execução das ações	47
3.7 Perda da credibilidade perante a população e os fornecedores	47
3.8 Garantia à Saúde com recursos financeiros insuficientes	49

3.9 Judicialização da Saúde.....	50
4.Considerações Finais.....	56
Bibliografia	58

1. Introdução

Os principais problemas do financiamento da Educação básica quanto à participação da União referem-se aos insuficientes valores para manutenção das creches, à desatualização dos valores e atrasos nos repasses dos recursos dos programas federais relativos a transferências legais, à descontinuidade e insuficiência dos valores dos programas correspondentes a transferências voluntárias, à insuficiente complementação da União ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) e a inadequação do critério de atualização do piso salarial profissional nacional dos profissionais do magistério.

Atualmente o setor saúde do Brasil vive um momento caótico. O atual modelo de organização dos serviços de saúde, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela universalidade, integralidade e equidade, tem sua formação e responsabilidade dividida entre os três níveis do governo, União, Estado e Município, além do setor privado contratado ou conveniado. Entretanto, apesar de todo o alcance social, inúmeros desafios são vivenciados para sua implantação e funcionamento adequados, possivelmente devido a sérias dificuldades relacionadas com seu financiamento e as práticas administrativas.

Com regionalização e hierarquização, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, descentralizado com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejudicar serviços assistenciais. Todavia, vários fatores, como o subfinanciamento, os atrasos dos repasses federais, alterações do padrão epidemiológico e demográfico da população e os crescen-

tes custos do processo de atenção, entre muitos outros, têm sido considerados obstáculos significativos para avanços maiores e mais consistentes no sistema, levando a uma sensação de inviabilidade do SUS, apesar de ser considerado um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação.

2. Educação

2.1 Subfinanciamento da Educação Básica

Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis pela oferta da educação básica à população brasileira, sendo a área de atuação prioritária dos Municípios a educação infantil e, em corresponsabilidade com os Estados, o ensino fundamental.

A União deve exercer função redistributiva e supletiva em matéria educacional por meio de apoio técnico e financeiro aos Entes federados, de forma a garantir equalização de oportunidades educacionais e padrão mínimo de qualidade do ensino.

Os principais problemas do financiamento da educação básica quanto à participação da União referem-se aos insuficientes valores para a manutenção das creches, à desatualização dos valores e atrasos nos repasses dos recursos dos programas federais relativos a transferências legais, à descontinuidade e insuficiência dos valores dos programas correspondentes a transferências voluntárias, à insuficiente complementação da União ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) e, quanto ao piso salarial profissional nacional dos profissionais do magistério, à inadequação do critério de atualização anual do valor do piso e o descumprimento da lei no que se refere à complementação da União para pagamento do piso.

■ Insuficiência dos recursos para a creche

- Reduzido valor anual por aluno do Fundeb

Desde o início da vigência do Fundeb, em 2007, somente na creche houve crescimento constante das matrículas e somente nesta etapa da educação básica predomina a oferta do tempo integral. Mesmo na pré-escola ainda há mais matrículas em jornada escolar parcial.

Tabela 1 – Custo/aluno e valor aluno/ano

Custo aluno qualidade inicial e valor aluno/ano do Fundeb – 2016				
Etapas	Valores CAQi *	Valores Fundeb **	Diferença	Ponderação
Creche integral	R\$ 7.807,50	R\$ 3.561,83	R\$ 4.245,67	1,30
Creche parcial	R\$ 4.520,43	R\$ 2.739,87	R\$ 1.780,56	1,00
Pré-escola integral	R\$ 5.137,11	R\$ 3.561,83	R\$ 1.575,28	1,30
Pré-escola parcial	R\$ 3.373,82	R\$ 2.739,87	R\$ 633,95	1,00
Ens. fund. urbano integral	R\$ 4.394,07	R\$ 3.561,83	R\$ 832,24	1,30
Ens. fund. urbano parcial	R\$ 3.200,32	R\$ 2.428,84	R\$ 771,48	1,00
Ensino médio parcial	R\$ 3.292,73	R\$ 3.424,83	-R\$ 132,10	1,25
Ensino médio integral	R\$ 4.610,95	R\$ 3.561,83	R\$ 1.049,12	1,30

Fonte: *Calculado pela Campanha pelo Direito à Educação em 2005 e atualizado pela CNM para 2016.

** Portaria 11/2015.

Entretanto, é justamente no financiamento da creche integral onde se verifica a maior diferença entre o valor anual por aluno do Fundeb e o custo real de manutenção da educação escolar.

Como se observa na tabela acima, o valor da creche integral no Fundeb em 2016 é de R\$ 3.561,83, e o custo-aluno é de R\$ 7.807,50, a maior diferença (R\$ 4,245,67) observada entre todas as etapas da educação básica.

Em relação ao financiamento da creche via Fundeb, a CNM reivindica:

- revisão das ponderações do Fundeb, de forma que os valores repassados efetivamente venham a corresponder ao custo aluno de cada etapa e modalidade da educação básica;
- realização pelo MEC dos estudos técnicos previstos na Lei 11.494/2007, a fim de viabilizar a “definição do valor referencial anual por aluno que assegure padrão mínimo de qualidade do ensino”.

➤ Redução dos repasses do Programa Brasil Carinhoso

Criado pela Lei 12.722/2012, por meio do Programa Brasil Carinhoso a União presta apoio financeiro suplementar aos Municípios e ao Distrito Federal em montante correspondente a todas as crianças de zero a 48 meses de idade, atendidas em creches públicas ou conveniadas com o poder público, cujas famílias sejam beneficiárias do Programa Bolsa Família. E o valor do apoio corresponde a 50% do valor anual mínimo por aluno para a educação infantil, definido nacionalmente no âmbito do Fundeb.

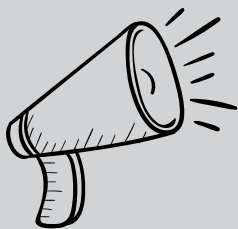
Recentemente, o governo federal restringiu o valor dos repasses do Brasil Carinhoso. De fato, a Medida Provisória 705, de 23 de dezembro de 2015, promove duas alterações na Lei 12.722/2012, a saber: 1ª) no art. 4º, acrescenta ao final do texto que serão “observados os critérios de elegibilidade definidos em regulamento”; 2ª) no § 3º do mesmo artigo, modifica a redação de forma que o apoio financeiro da União passa a ser de *até* 50% do valor anual mínimo nacional por aluno da Fundeb para a educação infantil.

A intenção de restringir o número de crianças beneficiadas com a contribuição financeira suplementar da União para a educação infantil explicitou-se no regulamento previsto na MP, que foi estabelecido no Decreto 8.619 da Presidência da República, e na Resolução 19 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), ambos de 29 de dezembro de 2015.

A partir desses atos legais, para ter direito ao repasse financeiro do Brasil Carinhoso o Município tem que atender a uma dessas duas condições:

- I. em 2014 em relação a 2013, maior número de matrículas em creches de crianças de zero a 48 meses cujas famílias sejam beneficiárias do Programa Bolsa Família; ou
- II. em 2014, no mínimo 35% das crianças de zero a 48 meses do Programa Bolsa Família matriculadas em creches.

Assim, mais de 2,9 mil Municípios que contavam com recursos desse programa federal relativos a 2015 foram surpreendidos ao apagar das luzes do ano passado pela divulgação de novos critérios e prejudicados pela não transferência dos valores relativos ao Brasil Carinhoso no início de 2016. Para a CNM, é inadmissível alterar as regras dos repasses no meio do processo em prejuízo justamente das crianças do Bolsa Família.



Em relação ao Programa Brasil Carinhoso, a CNM reivindica a rejeição da MP 705/2015 pelo Congresso Nacional.

2.2 Valores desatualizados e atrasos nos repasses do Pnae, Pnate e PDDE

Nas transferências legais na educação básica, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), Programa Nacional de Transporte Escolar (Pnate) e Programa Dinheiro Direto da Escola (PDDE), há desatualização dos valores transferidos e atrasos nos repasses.

Segundo a Constituição Federal de 1988 (art. 208, VII), consiste em dever do poder público a oferta, em toda a educação básica, dos programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

Cabe aos Municípios a implementação desses programas para os alunos de suas redes de ensino. E a transferência desses recursos federais corresponde ao desempenho da função supletiva e redistributiva da União, prevista na CF (art. 211, § 1º).

De acordo com a área de estudos técnicos da CNM, os valores per capita do Pnae e do Pnate estão com uma defasagem de 51% em relação aos valores do início de cada uma desses programas.

Tabela 2 – Per capita da alimentação escolar (ensino fundamental)

PNAE – PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR					
Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA – Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
Valor por aluno	12/07/1994	R\$ 0,13	R\$ 0,30	R\$ 0,45	51,0%

Obs.: *Valor referente ao ensino fundamental / valor atual janeiro de 2010.

Tabela 3 – Per capita do transporte escolar

PNTE – PROGRAMA NACIONAL DE TRANSPORTE ESCOLAR					
Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa	Valor ATUAL do Programa (A)	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA – Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
Valor por aluno	09/06/2004	R\$ 76,47	R\$ 120,73	R\$ 182,32	51,0%

Fonte: FNDE/elaboração da CNM.

Em relação a esses programas federais, a CNM reivindica:

- 1) definição em lei de índice de atualização anual dos valores *per capita* repassados pela União à conta dessas transferências legais;
- 2) garantia da regularidade desses repasses, sem atrasos e protelações;
- 3) no caso de atraso das transferências, a correção dos valores pela inflação correspondente ao período decorrido entre a data devida e aquela em que efetivamente ocorreu o repasse dos recursos;

- 4) que o governo federal não possa fixar, por meio de atos normativos do MEC e/ou FNDE, condições para a aplicação dos recursos de transferências legais além das determinadas na respectiva legislação vigente.

2.3 Problemas do Fundeb

■ Insuficiente complementação da União

A melhoria da qualidade da educação básica brasileira não será assegurada sem significativo aporte de novos recursos do governo federal. Hoje, dos cerca de 5% do PIB aplicados em educação, a União participa com 1%, e Estados e Municípios, respectivamente, com 2%.

A Emenda Constitucional 53/2006, que criou o Fundeb, fixou a complementação da União ao Fundo em 10% do total das contribuições dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Em consequência, somente nove Estados são contemplados com esses recursos federais: AM, AL, BA, CE, MA, PA, PB, PE e PI.

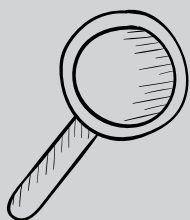
Em relação à complementação da União ao Fundeb, a CNM reivindica a ampliação desses recursos, por meio da alteração da legislação vigente.

■ Exclusão da pré-escola conveniada

De acordo com a redação vigente da Lei 11.494/2007, na distribuição dos recursos do Fundeb as matrículas oferecidas em creches conveniadas com o poder público serão computadas até o final da vigência do Fundo, em 31 de dezembro de 2020, mas as matrículas nas

pré-escolas conveniadas com o poder público somente serão consideradas até 31 de dezembro de 2016,

A universalização do atendimento educacional na pré-escola para as crianças de 4 e 5 anos até 2016, determinada pela Emenda Constitucional 59/2009, provavelmente não foi ainda atingida: a taxa de frequência à escola da população nessa faixa etária foi de 89,1% em 2014. Cerca de 600 mil crianças de 4 e 5 anos ainda estão fora da escola.



Em relação ao financiamento da pré-escola conveniada pelo Fundeb, a CNM reivindica que a Lei do Fundo seja modificada ainda em 2016, para o cômputo dessas matrículas na redistribuição dos recursos do Fundeb até 2020.

2.4 Valores insuficientes e atrasos nas transferências voluntárias da União

Além das transferências constitucionais e legais, a educação básica conta também com transferências voluntárias da União, decorrentes da celebração de convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos similares.

As principais transferências voluntárias que vêm trazendo problemas às administrações municipais são o Programa Mais Educação e o ProInfância.

■ Programa Mais Educação

O Mais Educação é uma das ações agregadas ao PDDE básico. Segundo o MEC, há vários programas que se constituem nessas ações,

pois consistem na transferência de recursos financeiros às escolas nos mesmos moldes técnicos e operacionais do PDDE. São elas: PDDE Integral (Mais Educação), PDDE Estrutura (Escola Acessível, Água na Escola, Escola do Campo), PDDE Qualidade (Ensino Médio Inovador, PDE Escola, Atleta na Escola, Escola Sustentável, Mais Cultura na Escola).

Enquanto o PDDE básico é uma transferência legal, essas ações agregadas são transferências voluntárias, pois dependem de adesão, em geral das escolas e não das administrações municipais.

Instituído pela Portaria Interministerial 17/2007 e regulamentado pelo Decreto 7.083/2010, o **Programa Mais Educação** visa ampliar a jornada escolar na educação básica pública para, no mínimo, 7 horas diárias, na perspectiva da educação integral.

Escolas das redes públicas de ensino estaduais, municipais e do Distrito Federal podem aderir ao programa. Portanto, a adesão é voluntária e não obrigatória. Por meio do Mais Educação, o governo federal transfere recursos financeiros às escolas públicas que aderiram ao Programa, nos mesmos moldes operacionais das transferências do PDDE.

No ano de 2015, não houve adesão a esse programa. E os repasses ocorridos neste período faziam ainda referência à segunda parcela relativa ao pagamento do ano de 2014.

Em 2016, ainda não foi aberto prazo para adesão ao Programa Mais Educação, pois estão em elaboração novos critérios a serem publicados em nova resolução do FNDE.

■ **ProInfância – Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil**

Instituído pela Resolução 6/2007, o ProInfância tem como objetivo prestar assistência financeira, em caráter suplementar, aos Municípios que efetuem o Termo de Adesão ao Plano de Metas Compromisso To-

dos pela Educação e elaboraram o Plano de Ações Articuladas (PAR) do Plano de Desenvolvimento da Educação do MEC. Os recursos destinam-se à construção e aquisição de equipamentos e mobiliário para creches e pré-escolas públicas.

Incluído no Plano de Aceleração do Crescimento (PAC2), para adesão ao ProInfância é necessário que o Município tenha sido pré-selecionado pelo Comitê Gestor do PAC. O cadastramento do projeto será feito via Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (Simec), no módulo PAR, em períodos preestabelecidos.

Como se trata de transferência voluntária, o repasse de recursos para a execução do projeto aprovado é efetuado por meio de Termo de Compromisso firmado entre o FNDE e o Município. Para a aquisição de mobiliário e equipamentos para creches e pré-escolas construídas com recursos do ProInfância, é indispensável seguir as especificações técnicas e os quantitativos definidos pelo FNDE, sendo que esses recursos serão repassados mediante a comprovação da execução da obra no módulo de monitoramento de obras.

De acordo com extenso estudo realizado pela CNM, para atingir a meta de 50% de crianças com até 3 anos em creche, além dos 5.208 estabelecimentos de educação infantil e das 1.240 mil matrículas em creche ofertadas no âmbito do PAC, estima-se que ainda faltarão 4.361 unidades, correspondentes a 1 milhão de outras vagas. Verifica-se que o custo anual para os Municípios de manutenção desses estabelecimentos soma R\$ 4,3 bilhões.



Em relação ao ProInfância, a CNM reivindica maior aporte financeiro e regularidade no repasse dos recursos pelo governo federal.

2.5 Dificuldades para pagamento do piso nacional do magistério

■ Inadequação do critério para reajuste anual do piso

De acordo com a Lei 11.738/2008, o piso nacional do magistério é atualizado anualmente no mês de janeiro, conforme o percentual de crescimento do valor aluno/ano nacional do Fundeb referente aos anos iniciais do ensino fundamental urbano. A aplicação desse critério vem implicando aumentos reais do piso nacional acima da inflação e do crescimento das receitas públicas.

Em 2016, o valor do piso foi fixado em R\$ 2.135,64, para a jornada de 40 horas semanais, o que corresponde a um aumento de 11,36% em relação ao valor-piso do ano de 2015.

Desde a fixação do piso em 2009 em R\$ 950,00, o valor já cresceu 224,8%, muito acima da inflação do período e maior que o próprio aumento das receitas do Fundeb, que foi de 108,7%. Ou seja, a fonte de financiamento do piso – o Fundeb – está se tornando insuficiente para cumprir seu pagamento.

Tabela 4 – Estimativa do Fundeb

Ano	Portarias - Receitas e Valor aluno/ano	Receita do Fundeb R\$	Variação da Receita	Valor aluno/ano R\$	Variação aluno/ano	Piso do Magistério R\$
2010	538 de 26/04/2010	83.095.667.618,48	14,3%	1.414,85	15,84%	1.024,02
2011	1.721 de 07/11/2011	95.982.984.600,00	15,5%	1.729,28	22,22%	1.187,02
2012	1.495 de 28/12/2012	102.602.115.100,00	6,9%	1.867,15	7,97%	1.451,00
2013	16 de 17/12/2013	111.182.387.000,00	8,4%	2.022,51	8,32%	1.567,00
2014	15 de 25/11/2014	117.263.015.700,00	5,5%	2.285,57	13,01%	1.697,00
2015	8 de 5/11/2015	130.498.956.900,57	11,29%	2.545,31	11,36%	1.917,78
2016	11 de 30/11/2015	138.193.768.371,56	5,9%	2.739,87	7,64%	2.135,64

Fonte: Portarias FNDE/MEC- elaboração CNM

Segundo cálculos feitos pela área de estudos técnicos da CNM, os gastos com a folha do magistério expandiram-se, entre 2009 e 2015, em mais de R\$ 35 bilhões e, para este ano de 2016, com o reajuste de 11,36%, poderão crescer ainda mais R\$ 6,7 bilhões. O total de funções docentes na rede municipal de ensino é de 1.138.890, contingente bastante expressivo e que tende a crescer devido a outra obrigação da Lei 11.738/2008, que é a reserva de um terço da carga horária para atividades fora da sala de aula.

Do valor total gasto anual de todos os Municípios com pessoal, a despesa somente com os profissionais do magistério corresponde em média a 21,8%. Ou seja, o gasto com o pessoal do magistério tem impacto muito significativo nas folhas de pagamento de todos os Municí-

pios, e qualquer avanço nessa despesa acaba influenciando muito o total de gasto com pessoal e o limite estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Segundo dados do Siope (Sistema De Informações Orçamentárias Da Educação), os Municípios já estão gastando, em média, 78,4% da receita do Fundeb para pagamento do magistério, quando a lei prevê o mínimo de 60%.

Por antever essa situação que vem pressionando as finanças dos Estados e Municípios, o executivo federal encaminhou ao Congresso Nacional em 23 de julho de 2009, portanto, exatamente uma semana após a sanção da Lei 11.738/2008, o Projeto de Lei 3.776/2008, propondo a substituição do critério previsto na Lei pelo INPC acumulado no ano anterior.

Porém, esse projeto de lei continua em tramitação no Congresso e outros dois critérios foram apresentados no debate sobre esse tema: INPC mais 50% do crescimento da receita *nominal* do Fundeb nos dois últimos anos, e INPC mais 50% do crescimento da receita *real* do Fundeb nos dois últimos anos

Entretanto, os reajustes do piso nacional nos anos de 2010 a 2016 foram processados com base no critério fixado na Lei 11.738/2008, o que intensificou os conflitos sindicais entre governos e professores, com greves em todo o país em dimensão antes desconhecida. Esse processo tem acarretado consequências indesejáveis na regularidade da oferta e na qualidade da educação pública oferecida à população brasileira.

No quadro a seguir, encontram-se os percentuais de reajuste para 2016 de acordo com os quatro critérios possíveis, ou seja, o da Lei vigente e as quatro alternativas em debate.

Tabela 5 – Critérios de reajuste do piso

Valor do Piso 2015	Lei 11.738/08: cresc. valor aluno/ano Fundeb 2014 em relação a 2013 - Piso 2016		PL 3776/08, do Executivo:		1º critério Intermediário:		2º critério Intermediário:	
			INPC + 50% da Receita Nominal do F INPC 2015 UNDEB		INPC + 50% da Receita Real do FUNDEB		INPC + 50% da Receita Real do FUNDEB	
	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor
1.918,16	11,36%	2.136,06	11,28%	2.134,53	14,64%	2.198,98	11,60%	2.140,67

Fonte: Elaboração CNM.

Em relação ao critério de reajuste do piso do magistério, a CNM reivindica a aprovação do Projeto de Lei 3.776/2008, para adoção do INPC acumulado do ano anterior como critério de atualização anual do valor do piso salarial do magistério público da educação básica.

▪ **Descumprimento da lei quanto à complementação da União para integralizar o pagamento do piso**

Segundo a Lei 11.738/2008, a União deve complementar a integralização do pagamento do valor do piso nacional dos professores nos casos em que o Ente federado, cumprido o mínimo constitucionalmente vinculado de recursos para a Educação, não disponha de condições orçamentárias para pagar o piso ao seu magistério público. Ao mesmo tempo, a Lei dispôs que essa complementação da União é devida “na forma e no limite do disposto no inciso VI do caput do art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e em regulamento”.

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias art. 60, inciso VI

Até 10% (dez por cento) da complementação da União prevista no inc. V do *caput* deste artigo poderão ser distribuídos para os Fundos por meio de programas direcionados para a melhoria da qualidade da educação, na forma da lei a que se refere o inciso III do *caput* deste artigo.

Portanto, os recursos federais para o pagamento do piso não são recursos novos, pois correspondem aos 10% da complementação da União ao Fundeb que podem ser redistribuídos por meio de programas direcionados para a melhoria da qualidade da Educação, na forma da lei de regulamentação do Fundo. Em consequência, esses recursos da União somente podem ser pleiteados pelos governos estaduais e municipais dos Estados já beneficiários de recursos complementares da União para os respectivos Fundos estaduais. Em 2016, são nove Estados: AM, PA, AL, BA, CE, MA, PB, PE e PI.

Por outro lado, até hoje não foram fixados os critérios a serem exigidos de Estados e Municípios para o pedido de recursos federais destinados ao pagamento integral do piso nacional do magistério. Em consequência, em 2012 o MEC divulgou a decisão repassar esses recursos de acordo com a matrícula.

Portanto, de 2009 a 2015, não houve repasse de recursos federais para integralização do pagamento do piso dos professores, embora esses 10% tenham sido retidos dos repasses da complementação da União ao Fundeb realizados mensalmente ao longo do respectivo exercício financeiro, e somente reincorporados à complementação federal ao Fundo no exercício subsequente.

Parcela da complementação da União ao Fundeb destinada a integralizar o pagamento do piso nacional do magistério – 2009 a 2016

Tabela 6 – Complementação piso do magistério

Recursos da União para complementação do pagamento do piso do magistério (10% da complementação ao Fundeb)	
2009	R\$ 507.015.000,00
2010	R\$ 794.580.006,18
2011	R\$ 908.431.083,48
2012	R\$ 978.372.817,11
2013	R\$ 1.071.273.935,49
2014	R\$ 1.075.807.483,03
2015	R\$ 1.197.238.136,70
2016	R\$ 1.256.306.985,20

Fonte: Portarias MEC/elaboração CNM.

Em relação à complementação da União para integralizar o pagamento do piso do magistério, a CNM reivindica:

- ampliar o direito de pleitear recursos federais a todos os Entes federados que deles necessitarem para pagamento do piso aos professores, sem limitar esse direito aos Estados e Municípios já beneficiados com a complementação da União ao Fundeb;
- novos recursos federais para integralizar o pagamento do piso, desvinculados da complementação da União ao Fundeb;
- definição dos critérios, a serem previstos no regulamento, a serem exigidos de Estados e Municípios para fazerem jus a recursos federais para pagamento integral do piso nacional do magistério.

2.6 Ineficiência do Plano Nacional de Educação (PNE)

Aprovado pela Lei 13.005, de 24 de junho de 2014, o Plano Nacional de Educação (PNE) para a década de 2014 a 2024 contém 20 metas e inúmeras estratégias, com prazos fixados para cumprimento de várias delas.

O primeiro desses prazos foi de um ano a contar da vigência da nova Lei para que Estados, Distrito Federal e Municípios elaborassem seus planos de Educação ou efetuassem as adequações necessárias nos planos existentes às metas e estratégias do novo PNE.

Considerando que a elaboração do PNE levou quase quatro anos, é incompreensível que a Lei federal tenha determinado prazo de apenas um ano para a elaboração dos planos estaduais, distrital e municipais de Educação.

Fica ainda mais evidente a irrazoabilidade desse prazo diante da complexidade do processo de elaboração dos Planos Municipais de Educação (PMEs) e da insuficiência das orientações prestadas pelo MEC aos Municípios. A elaboração do PME deveria fundamentar-se em correta compreensão das metas e estratégias do PNE, diagnóstico da realidade educacional no Município e amplo debate com a sociedade local.

Diante da ameaça do MEC de suspender transferências voluntárias do Plano de Ações Articuladas (PAR) a Municípios que não elaborassem seus PMEs no prazo da lei federal, a ampla maioria dos Municípios cumpriu a determinação da Lei do PNE.

Segundo o levantamento divulgado pelo MEC, hoje dos 5.570 Municípios brasileiros 5.510 têm instituído o PME por lei. Portanto, somente 60 ainda não concluíram o trabalho de adequação ou elaboração do PME.

Entretanto, grande parte desses Planos Municipais consiste em transcrição de metas e estratégias do Plano Nacional, que, portanto, pouco contribuirá para a qualificação do planejamento e da gestão da Educação no âmbito municipal.

Além da inadequação da maioria dos PMEs elaborados às pressas, é necessário ter presente que o cumprimento de 19 metas e de

suas estratégias do PNE dependem fundamentalmente da meta 20 do Plano Nacional, segundo a qual o país deve aumentar o investimento em Educação a fim atingir 7% em 2019 e 10% do Produto Interno Bruto (PIB) *nacional* em 2024. Em 2013, o investimento público total em Educação foi de 6,2% do PIB.

Essa ampliação dos recursos para a Educação contava com os novos aportes decorrentes dos *royalties* do petróleo, resultantes do Fundo Social do Pré-Sal, para a Educação e a Saúde, nos termos da Lei 12.858/2013.

Entretanto, a crise econômica vivenciada pelo Brasil a partir 2015 e as dificuldades da Petrobras em decorrência da corrupção revelada pela Operação Lava Jato tornam difícil, senão impossível, o cumprimento da meta 20 do PNE.

Em consequência, as leis por meio das quais foram aprovados os planos de Educação para o período até 2014, tanto o nacional quanto os estaduais, distrital e municipal, dificilmente conseguirão ser observadas e cumpridas pelos Entes federados.

Nessa perspectiva, tornam-se atitudes de bom senso a revisão dessa legislação e o não ajuizamento de ações contra os governos pelo não cumprimento das mesmas.

Em relação ao cumprimento dos PMEs, a CNM reivindica que, diante da crise econômica atual, oriente-se a revisão dos planos elaborados até esta data e que não sejam ajuizadas ações contra as administrações municipais sem a necessária revisão das metas hoje fixadas.

2.7 Judicialização da Educação Básica

Pesquisas realizadas recentemente em sites de Tribunais de Justiça de vários Estados brasileiros indicam que as três áreas com mais ocorrência de ações ajuizadas contra administrações municipais são,

nesta ordem, Saúde, Segurança e Educação. Nessas pesquisas são acessadas somente ações com recursos no segundo grau do poder judiciário e já com decisão proferida por câmaras ou pelos plenos dos respectivos tribunais estaduais.

Na área da Educação, essas mesmas pesquisas indicam que os temas mais frequentes são vagas na creche e o pagamento do piso nacional do magistério, também com presença significativa da demanda por vagas na pré-escola e da oferta do transporte escolar.

As ações judiciais referentes à demanda por acesso à rede escolar são ajuizadas pelas famílias ou pelo Ministério Público, e aquelas relativas às questões salariais do magistério são de autoria de professores ou de suas entidades representativas.

Além do levantamento quantitativo das ações na área da Educação, é necessário analisar as decisões judiciais e suas consequências, a fim de averiguar em que medida e em que forma a judicialização contribui para a solução dos problemas sociais.

Por exemplo, nas ações relativas ao piso do magistério, a decisão judicial mais frequente é a que determina o pagamento do piso nacional do magistério pela administração municipal. Provavelmente tal decisão terá como resultado a geração de precatórios, pois se a administração municipal dispusesse de recursos para efetuar esse pagamento, dificilmente o conflito entre a prefeitura e os professores chegaria ao ponto de cobrança do cumprimento da lei federal do piso via ação judicial.

É importante verificar se há outro tipo de decisão nessas ações. Ao saber que o pagamento do piso nacional do magistério como vencimento inicial da carreira depende fundamentalmente da dispersão salarial da carreira e da relação do número de alunos por professor, o Poder Judiciário poderia contribuir de forma mais efetiva para o cumprimento da Lei do piso se decidir, por exemplo, pela concessão de prazo para a prefeitura proceder à adequação do plano de carreira do magistério municipal, decisão fundamentada na Lei 11.738/2008, que concedeu prazo para elaboração ou adequação dos planos de carreira do magistério a fim de pagar o piso como vencimento básico.

Também poderia ser concedido prazo e fixado parâmetros para a prefeitura proceder à adequação da relação de alunos por professor na rede municipal de ensino.

Nas ações relativas a vagas na creche, decisões que determinam a matrícula podem simplesmente não ser cumpridas pela administração municipal, pois a determinação do poder judiciário não gera recursos inexistentes, ou a imediata construção de prédio, compra de equipamentos e contratação de pessoal com a formação necessária.

Em Municípios maiores, decisões que determinam a compra de vagas pela prefeitura em instituições educacionais privadas rapidamente se esgotam, pois a capacidade ociosa da rede privada é limitada.

Também em Municípios maiores, decisões que determinam a imediata matrícula da criança em instituição municipal de educação infantil podem ter resultado socialmente perverso. Isso porque é comum existir lista de espera e, em geral, a decisão judicial faz com que o beneficiado por ela passe na frente de outras crianças inscritas nessa lista. E em geral têm acesso ao poder judiciário famílias com melhores condições socioeconômicas do que outras que não sabem ou podem tomar essa iniciativa.

Poderiam ser mais adequadas orientações para identificar a efetiva necessidade de matrícula das crianças na creche e, por conseguinte, da construção de critérios para priorização da oferta de vagas entre as crianças cujas famílias demandam esse serviço ao poder público municipal.

Em relação à judicialização da educação, a CNM reivindica que os operadores do direito atuem junto às administrações municipais de forma a mediar a garantia do direito constitucional à educação da população brasileira com as reais possibilidades do poder público em assegurá-lo.

3. SAÚDE

3.1 Subfinanciamento do Sistema Único de Saúde

No atual ordenamento administrativo do Estado brasileiro, as políticas públicas são, na maioria das vezes, executadas pela adesão dos Municípios a determinados programas, ações, serviços ou estratégias.

Nesse contexto, para receber os recursos do Ministério da Saúde, o Ente municipal submete-se a desenvolver ações específicas dentro de normas e parâmetros designados pelas portarias ministeriais que regulamentam os Programas. Tal situação tem configurado um cenário de sobrecarga dos Municípios no que diz respeito à divisão de responsabilidades do setor público na prestação de serviços básicos à população.

Quanto ao uso de recursos próprios para executar a política de saúde, reconhece-se a limitação constitucional dos Municípios em relação à tributação e à arrecadação. Dessa forma, sua participação no bolo tributário é reduzida e insuficiente para colocar em prática a necessária Rede de Atenção à Saúde local e a manutenção do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a adesão dos Municípios aos programas federais muitas vezes é uma alternativa de entrada de recursos federais para garantir que a população tenha acesso aos direitos e serviços básicos.

Para exemplificar os danos administrativos e financeiros irreversíveis. A CNM avaliou alguns programas federais e como destaque a Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerada a principal em organização e estruturação da atenção primária, a ESF foi institucionalizada pelo governo federal, porém executada integralmente pelos Municípios, tendo como incentivos mensais de custeio valores de R\$ 7.130,00

a R\$ 10.695,00, conforme a modalidade. No entanto, o custo médio de uma equipe equivale a R\$ 32.156,60 para os cofres municipais. Já para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), ao qual são repassados incentivos a partir de R\$ 8.000,00 até R\$ 20.000,00 por equipe e conforme modalidade, o custo mensal para o gestor municipal chega a R\$ 32.546,50.

Neste sentido, mesmo cientes de que existem um subfinanciamento federal e a ausência de contrapartida estadual, sobrecarregando as finanças municipais, os gestores sentem-se sem alternativas para a execução das ações básicas de saúde e a conquista de novos investimentos, sujeitando-se as políticas federais disponibilizadas.

Historicamente, os recursos encaminhados da União para os Municípios não têm se mostrado suficientes à execução dos programas, ações, serviços ou estratégias. Essa diferença entre o repasse da União e os custos reais (especialmente obras e custeio) dos Municípios para o desenvolvimento da Saúde é chamada de subfinanciamento. A atual defasagem desses valores chega a ser até 200% maiores que o repasse recebido do governo, acarretando um desequilíbrio nas contas municipais.

3.2 Desfinanciamento do Sistema Único de Saúde

Outro fenômeno percebido e analisado pela Confederação diz respeito ao **desfinanciamento da Saúde**. Essa situação implica a ausência de repasse, contingenciamento ou corte de recursos financeiros da União à política específica e, conseqüentemente, aos Fundos Municipais de Saúde. O desfinanciamento do SUS **tem se constituído em uma política de Estado**, com graves consequências para a população. Claros exemplos desse desfinanciamento são encontrados na execução do orçamento da Saúde (tabela 7) e nos repasses para o Bloco da Vigilância em Saúde.

Tabela 7 – Comparativo orçamento da Saúde (2014-2015)

2014		
Dotação Inicial	Autorizado	Pago
106.019.264.465,00	108.377.354.888,00	94.107.630.692,00
2015		
Dotação Inicial	Autorizado	Pago
121.011.373.943,00	121.141.035.789,00	101.948.914.376,57

Fonte: SIAFI/ Estudos Técnicos CNM.

Em 2014, entre os valores orçamentais autorizados e pagos existe uma diferença de 14 bilhões de reais. Isso significa que apenas 86% do orçamento de 2014 foi, de fato, aplicado na Saúde. Em 2015, essa diferença foi de mais de 19 bilhões de reais (84%).

No que se refere às políticas públicas de universalização da saúde, ao contrário do almejado pelo povo, pelos conselhos e pelas entidades municipalistas, viu-se barradas todas as iniciativas de repor pelo menos parte do desfinanciamento do SUS, sendo imposta a EC 86/2015, que reduziu mais ainda a parcela da União no financiamento do SUS.

No final do ano de 2015 iniciou-se a discussão do orçamento da União para 2016. O Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) de 2016 estimou uma dotação para a Saúde no valor de **R\$ 109 bilhões**, o que representa uma queda de R\$ 11 bilhões em relação ao orçamento de 2015, ou seja, **9,5%** menor.

Tabela 8 – Evolução do orçamento da Saúde (2010-2015)

Orçamento da Saúde			
Ano	Autorizado	Pago	Pago
2010	69.790.948.315	60.924.192.395	87,30%
2011	80.873.978.125	70.101.574.689	86,68%
2012	95.903.835.927	78.272.325.636	81,62%
2013	100.507.779.268	83.825.836.819	83,40%
2014	108.377.354.888	74.405.890.350	68,65%
2015	121.106.948.723	106.067.455.606	87,58%

Em avaliação do orçamento da Saúde para os anos de 2010 a 2015, percebe-se que os valores autorizados via Lei Orçamentária Anual (LOA) foram reiteradamente contingenciados, ou seja, o valor pago em qualquer desses períodos não satisfaz as reais necessidades dos serviços de saúde.

Referente ao subfinanciamento e ao desfinanciamento do SUS, a CNM:

1. reivindica a aprovação da PEC 01/2015, que dispõe sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em sete exercícios: 14,8%, 15,5%, 16,2%, 16,9%, 17,6%, 18,3% e 19,4% (texto da emenda aglutinativa);
2. apoia mobilizações dos gestores municipais, na possibilidade de debater políticas públicas e alternativas que ajudem no desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
3. exige maior responsabilidade de acordo com a capacidade financeira (quem arrecada mais deve pagar mais);

4. é contrária à PEC 87/2015, que institui a desvinculação das receitas da União (DRU);
5. e repudia qualquer redução de recursos no orçamento da Saúde.

3.3 Atrasos dos repasses federais

Somado a todos os problemas de financiamento, os atrasos dos repasses federais têm sido outro questionamento dos gestores municipais. Com a impossibilidade de planejar e manter os serviços de saúde, e principalmente sem previsão do recebimento de recursos, a gestão é obrigada a reorganizar as ações e definir prioridades.

Em recente pesquisa no Fundo Nacional de Saúde (FNS) para verificação dos blocos de financiamento em atraso, para este ano, diagnosticou-se que o componente do Piso Fixo da Vigilância em Saúde (PFVS) que deve ser repassado mensalmente teve depositada a primeira parcela do exercício 2016 somente no mês de março.

Figura 1 – Exemplo de repasse do PFVS a um Município do sul do país

AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA	PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – PFVISA												Total Líquido
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – PARTE ANVISA (PARCELA)	0,00	0,00	1.390,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.390,68
Subtotal Líquido Componente:	0,00	0,00	1.390,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.390,68

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/2016.

No Bloco da Atenção Básica, programas como Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Saúde Bucal e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) são transferidos com atrasos de dias a meses, causando uma espera diária pelos gestores até seu recebi-

mento. Todos esses fatores mostram o agravamento dos repasses para a Saúde: passamos de um subfinanciamento histórico que, por si só, gera gigantescas dificuldades à garantia dos princípios do SUS, para a **instalação do desfinanciamento como um instrumento de política de Estado à Saúde**, situação que põe em risco o frágil Pacto Federativo, a gestão municipal e principalmente torna nulo o direito de acesso da população à Saúde.

Referente aos atrasos dos repasses federais, a CNM reivindica a execução regular das transferências dos recursos federais aos Municípios.

3.4 Defasagem dos valores repassados pela União aos Municípios

Os repasses do governo federal para a execução dos programas são menores do que o custo efetivo que realmente afeta os cofres municipais, inclusive porque o governo não consegue mensurar o custo efetivo da manutenção plena dos programas. Assim, os Municípios acabam por assumir uma série de despesas que não seriam de sua competência, arcando com grandes gastos para colocar em prática obrigações da União. A União, por sua vez, mantém a centralidade do poder sobre seus programas.

Essa relação acaba sendo perversa, pois os Municípios passam a aderir os programas federais como uma alternativa de acesso a recursos federais na garantia de que a população tenha acesso a serviços básicos e direitos. Entretanto, essa alternativa de acesso aos recursos nem sempre gera os efeitos desejados.

Com base nesta problemática, a CNM realizou estudo em consulta ao FNS sobre o ônus da execução dos programas federais para os Municípios. Para tanto, foram selecionados para a análise os principais programas disseminados pelo país e que exercem maior impacto nas contas municipais, quais sejam: Piso de Atenção Básica Fixo, Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Saúde Bucal e Farmácia Básica.

Quadro 1 – Blocos de financiamento da saúde

Fundo Nacional de Saúde		
	Piso de Atenção Básica Fixo – PAB fixo	PAB FIXO
Bloco Atenção Básica	Piso de Atenção Básica Variável	- Programa dos Agentes Comunitários de Saúde; - Estratégia Saúde da Família; - Núcleo de Apoio a Saúde da Família; - Saúde Bucal
Assistência Farmacêutica	Básico da Assistência Farmacêutica	Programa de assistência farmacêutica básica

Fonte: FNS, 2016.

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

■ **Fundo Nacional de Saúde: Bloco de Atenção Básica.**

Componente: PISO DA ATENÇÃO BÁSICA – PAB FIXO

Ação/Serviço/Estratégia: PAB FIXO.

Ano de criação: 1996 (a partir de 2004 – *per capita* (valor fixo habitante/ano))

Municípios que recebem o recurso: 5.568

Características: O PAB fixo é um valor que se mantém praticamente fixo e oscila de acordo com a população do seu município, 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.

PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (demais Municípios)

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa (R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)*	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
PAB Fixo- <i>per capita</i>	1996	R\$ 10,00	R\$ 23,00	R\$ 28,75	25,0%

*Obs: Valor atual Março/2013.

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

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa (R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)*	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
PAB Fixo- <i>per capita</i>	1998	R\$ 10,00	R\$ 28,00	R\$ 35,01	25,0%

*Obs: Valor atual Março de 2013

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

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa(R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)*	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
PAB Fixo- per capita	1998	R\$ 10,00	R\$ 26,00	R\$ 32,50	25,0%

*Obs: Valor atual Março de 2013

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

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa(R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)*	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
PAB Fixo- per capita	1998	R\$ 10,00	R\$ 24,00	R\$ 30,00	25,0%

*Obs: Valor atual Março de 2013

- **Fundo Nacional de Saúde: Bloco de Atenção Básica.**
Componente: Piso da Atenção Básica – PAB Variável
Ação/Serviço/ Estratégia: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PACS
Ano de criação: 1991
Municípios que executam o Programa: 5.504 (98,81%)-(2015)
Cobertura populacional: 129.241.994 (63,73%) – (2015)
Objetivos do Programa: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) é hoje considerado parte da Estratégia Saúde da Família. Nos Municípios onde há somente o Pacs, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No Pacs, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

PACS - PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa (R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)*	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
Valor por ACS	2002	R\$ 240,00	R\$ 1.014,00	R\$ 1.213,51	19,7%

**Obs: Valor atual Janeiro/2014.*

- **Fundo Nacional de Saúde: Bloco de Atenção Básica.**
Componente: Piso da Atenção Básica – PAB Variável
Ação/Serviço/Estratégia: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF
Ano de criação: 1993
Municípios que executam o Programa: 5.463 (98%)-(2015)
Cobertura populacional: 123.605.306 (60,43%) – (2015)
Número de ESF: 40.162
Objetivos do Programa: Visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - Após Pt 650/2006.

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa (R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)*	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
Mod. 1	2006	R\$ 8.100,00	R\$ 10.695,00	R\$ 14.251,72	33,3%
Mod. 2	2006	R\$ 5.400,00	R\$ 7.130,00	R\$ 9.501,14	33,3%
Incentivo Adicional	2006	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 26.651,17	33,3%

*Obs: Valor atual Março/2012.

- **Fundo Nacional de Saúde: Bloco de Atenção Básica.**
Componente: Piso da Atenção Básica – PAB Variável
Ação/ Serviço/ Estratégia: NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF
Ano de criação: 2008
Municípios que executam o Programa: 3.329 (59.7%) – (2015)
Número de equipes Nasf: 4.320
Objetivos do Programa: Apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. A composição de cada um dos Nasf será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

NASF – NÚCLEO DE APOIO SAÚDE DA FAMÍLIA

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa (R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)*	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
NASF1	2008	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 26.651,17	33,3%
NASF2	2008	R\$ 6.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 15.990,70	33,3%
NASF3	2008	R\$ 6.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 15.990,70	33,3%

*Obs: Valor atual Março/2012.

■ **Fundo Nacional de Saúde: Bloco de Atenção Básica.**

Componente: PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL – PAB Variável

Ação/Serviço/Estratégia: SAÚDE BUCAL (SB), nominado pelo Ministério da Saúde como Programa Brasil Sorridente.

Ano de criação: 2004.

Quantidade de Municípios que executam o Programa: 5.014 (2014) – (90,1%)

Cobertura populacional: 76.302.598 – 35% (2014)

Nº de equipes de Saúde Bucal implantadas: 24.279 (2014)

Valores transferidos fundo a fundo: R\$ 783.234.724 (2014)

Objetivos do Programa: Garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

PSB – PROGRAMA SAÚDE BUCAL

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa (R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)***	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
Mod. 1	mai/03	R\$ 1.300,00	R\$ 2.230,00	R\$ 2.971,61	33,3%
Mod. 2	mai/03	R\$ 1.600,00	R\$ 2.980,00	R\$ 3.971,02	33,3%
Mod. 3*	out/09	R\$ 4.680,00	R\$ 4.680,00	R\$ 6.236,37	33,3%
Incentivo Adicional**	abr/06	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 9.327,91	33,3%

* Modalidade 3 incluída pela Pt 3.124/2012.

** Concedido na Portaria nº 650/2006

***Obs:Modalidades corrigidas pelo valor de Março de 2012

- **Fundo Nacional de Saúde: Bloco da Assistência Farmacêutica.**
Componente: BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Ação/ Serviço/ Estratégia: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA (PARCELAS).

Ano de criação: 1998 (municipalização).

Quantidade de Municípios que executam o Programa: 5.564

Objetivos da Política/ Programa: Definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

PAF - PROGRAMA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

Tipo	Início do Programa (DATA)	Valor Inicial do Programa (R\$)	Valor ATUAL do Programa (A)**	Valor CORRIGIDO do Programa (B) IPCA - Fevereiro 2016	Defasagem (A/B)
Valor per capita/ União*	01/01/10	R\$ 5,10	R\$ 5,10	R\$ 7,70	51,0%
Valor per capita/ Estados*	01/01/10	R\$ 1,86	R\$ 2,36	R\$ 3,56	51,0%
Valor per capita/ Municípios*	01/01/10	R\$ 1,86	R\$ 2,36	R\$ 3,56	51,0%

* Port. 2.982/2009

** Port. 1.555/2013

Referente à defasagem dos programas federais, a CNM reivindica:

1. Urgente atualização dos valores para a execução dos programas federais.
2. Atualização do cálculo dos pisos e programas a partir do último censo populacional do IBGE.

3.5 Consequências aos Municípios e ao Sistema

Os repasses da União para a Saúde não têm acompanhado o crescimento das despesas na administração municipal, que se encontram com problemas financeiros cada vez mais graves, administrando um Sistema de Saúde à beira do caos. Em 2015, várias prefeituras anunciaram o fechamento parcial das atividades administrativas em Municípios do interior.

O atraso no envio de recursos federais compromete a prestação de serviços básicos nos Municípios. Atualmente, os Municípios brasileiros são totalmente dependentes das transferências constitucionais e não possuem autonomia financeira, ou seja, precisam dos repasses para conseguir pagar suas contas.

A CNM alerta há anos que os Municípios têm investido em saúde muito mais do que os 15% de recursos próprios definidos pela Constituição, ou seja, existem Municípios que gastam até 35% em Saúde a média para 2015 foi de 23% da Receita Corrente Líquida (RCL).

Com o contexto agravado pela crise econômica, desfinanciamento, o não reajuste dos valores dos programas, a inobservância do aumento populacional registado pelo IBGE, os Municípios gritam: não temos mais de onde tirar dinheiro!

Atrasos de um, dois ou três dias são explicáveis e negociáveis com os servidores, fornecedores e até com a população, mas quando se trata de atrasos superiores a 30 dias ou de meses sem ter o recebimento devido das parcelas financeiras para a Saúde, como o gestor municipal deve proceder?

As implicações causadas pelo atraso dos repasses aos Municípios vão desde a dificuldade em planejar as ações, o pagamento de servidores e fornecedores e a garantia do Direito à Saúde, e neste caso, refletindo diretamente nos Planos de Governo e de políticas do prefeito.

3.6 Dificuldade de planejamento e execução das ações

Uma das principais queixas registradas pelos gestores municipais em razão do quadro apresentado refere-se à dificuldade de planejar as ações em Saúde em âmbito local. Quando não se tem regularidade de repasses, se torna impossível se comprometer com a prestação dos serviços. O cumprimento do Plano Municipal se torna um desafio, associado a uma espera diária de incentivos pontuais que, a prática mostra, não têm data para chegar ao Fundo Municipal de Saúde. Nesse contexto, muitos gestores que viveram experiências negativas devido ao atraso de repasses redefinem suas prioridades e preferem não se arriscar, reavaliando a possibilidade da abertura de serviços à população, mantendo somente o mínimo de acordo com suas potencialidades.

3.7 Perda da credibilidade perante a população e os fornecedores

Outro fator de impacto na administração local da saúde originado pelo contexto aqui explicitado refere-se à credibilidade perdida diante da população, dos fornecedores e dos servidores. Politicamente fa-

lando, a população não tem condições de associar uma boa gestão quando não encontra o mínimo de serviços em saúde disponíveis e de qualidade em seu Município.

Na prática para os fornecedores, isso resulta em licitações esvaziadas, pois qual empresa fornecerá produtos, insumos ou medicamentos sem previsão de pagamento? Fato é que os atrasos financeiros da União refletem no quantitativo de empresas dispostas a fornecerem o que a administração pública do Município precisa, considerando um mercado competitivo e de interesse financeiro, os atrasos no pagamento e o risco que a empresa corre são transformados em juros extremos e ameaças infundáveis.

Já o servidor deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como ter uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas e um forte compromisso social. Neste sentido, são instrumentos importantes no planejamento, na prevenção de agravos, promoção e assistência à saúde, e se veem totalmente desmotivados tanto pela impossibilidade de planejar suas próprias vidas considerando os atrasos salariais ou por ter de cumprir suas tarefas com pouco ou até nenhum recurso ou insumo.

O gestor de saúde é transformador de recursos: ele utiliza os recursos físicos, humanos e tecnológicos de que dispõe ou que pode obter para produzir serviços de saúde que, por sua vez, são entregues à população. Os insumos utilizados incluem recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los; e todos possuem necessariamente um custo, mesmo que não tenha nenhum gasto direto por eles. Considerando sua importância, a falta de qualquer um destes influencia negativamente na qualidade do atendimento, na motivação profissional e no atendimento à população, sendo mais uma prioridade do gestor, diante de tantas urgências.

3.8 Garantia à Saúde com recursos financeiros insuficientes

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que têm como uma de suas características valorizar o nível municipal. Entretanto, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação.

Sendo assim, a situação posta pelo governo federal é obrigar o Ente municipal a, quando se fala em prevenir o adoecimento, tratar e salvar vidas, ter que lidar e explicar com os atrasos ou falta dos repasses, resposta que não se sobrepõe à garantia do acesso universal e qualificado aos cuidados em saúde. Ressalta-se ainda que essa situação pode levar também a um aumento de demandas judiciais, que em determinadas ocasiões podem ultrapassar financeiramente as condições mínimas de atender uma população inteira em detrimento de um usuário apenas.

3.9 Judicialização da Saúde

Partindo dos contextos de organização e financiamento do SUS face ao fenômeno da judicialização, a área técnica de Saúde da CNM entende que as decisões judiciais, sistematicamente, colidem com o *corpus* legal que regulamenta as relações do SUS. É no cerne dessa contradição que se origina a reflexão da CNM a respeito da judicialização da Saúde.

Como entidade representativa do Ente municipalista, a CNM não poderia limitar-se à discussão, mas sim avançar alguns passos em direção de estratégias de diminuição da quantidade e do tipo de ações judiciais na Saúde que têm como parte o Município.

O fenômeno da judicialização varia de Estado para Estado, ou seja, o tipo de demanda em Saúde está associada às especificidades das RAS. Como parâmetro da judicialização, tomamos como base as decisões judiciais no Rio Grande do Sul. Até 2012, esse Estado representava praticamente metade de todas as ações judiciais em Saúde no país e, ao longo do tempo, a diminuição e a qualificação das demandas têm revertido esse histórico.

Assim, pela pesquisa das ações judiciais no TRJS¹ tendo como palavras-chave “direito à saúde”, foi possível perceber que são os Municípios os Entes mais condenados, individual ou solidariamente, e, portanto, responsáveis por responder financeiramente por essas ações. Ao mesmo tempo, ao lançar um olhar sobre o objeto de pleito, torna-se notório que a maior parte dessas demandas diz respeito a medicamentos estratégicos e procedimentos de média e alta complexidade, o que, via de regra, *não* compõe o campo de responsabilidade estabelecido ao Ente municipal.

Foram encontradas 1.800 demandas que envolviam o tema “direito à saúde”. Desse número, foram extraídos para análise apenas as ações categorizadas pelo assunto CNJ como sendo de “medicamento” e “medicamento e/ou procedimentos”. A partir desse recorte chegamos ao total de 1.438 ações. Esse resultado corresponde apenas a 1 mês do ano de 2015. Se essa realidade se mantivesse ao longo do ano, no mínimo estaríamos em números que beiram os 17.300 processos.

Ao verificarmos parte das ações, o tipo de suporte para deferir ou indeferir a demanda contra o Município, foi possível perceber o recorrente uso do art. 196 da Constituição. As ações analisadas, na sua maioria, reconheciam o pedido da parte autora, condenando solidariamente Município e Estado, como segue no fragmento abaixo:

1 Pesquisa no portal do TJRS das decisões de 2ª instância usando como termos de busca “direito à saúde” no período de 1º a 31 de março de 2015.

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PÚBLICO. SAÚDE. TRATAMENTO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. SAÚDE PÚBLICA. DEVER DO ESTADO. Nos termos do artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, considerado *lato sensu*.

(...) obrigação mantém-se mesmo na hipótese de os fármacos ou insumos não integrarem listas de competência dos entes públicos, uma vez que alegações de questões burocrático-administrativas, ou meramente de ordem econômica, não se sobrepõem à necessidade de garantir o direito fundamental ameaçado.

Também não se exige o preenchimento dos requisitos elencados nos Protocolos Clínicos para a utilização dos medicamentos requeridos (...) basta que esteja comprovada a enfermidade do requerente, e que a medicação, tratamento ou insumo tenha sido devidamente prescrito pelo médico que trata o paciente. Os Protocolos do Ministério da Saúde, portanto, não podem ser usados como escusa para o ente público se isentar da obrigação constitucionalmente estabelecida (...). Nro Themis: 70062927090.

Em outra pesquisa (BORGES & UGÁ, 2010) foram analisaram as decisões de primeira instância de ações em Saúde da Justiça Estadual do Rio de Janeiro. No texto, se aponta como principal fundamento das decisões proferidas pela magistratura fluminense o art. 196 da Constituição Federal e a Lei 8.080/1990 no tocante ao direito Constitucional à Saúde.

[...] com argumentações no sentido de que é um direito constitucional do cidadão receber do Estado ações e serviços de saúde, incluindo-se nele o fornecimento de medicamentos. Ainda de acordo com as decisões, os entes federativos são solidários no dever de fornecer medicamentos aos cidadãos e, ao decidir neste sentido, a descentralização – um dos princípios do SUS e um dos eixos da Po-

lítica Nacional de Medicamentos – não é reconhecida pelo Poder Judiciário.

Nesse sentido, de acordo com a Súmula 65 do mesmo Tribunal, “deriva-se dos mandamentos dos Artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/90, a responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios, garantindo o fundamental direito à saúde e consequente antecipação da respectiva tutela”.²

Para a CNM, as decisões que desconhecem as responsabilidades de cada Ente federado são sentenças que lançam um olhar para parte do conjunto de leis. Esse tipo de interpretação silencia os arts. 30 e 198 da própria Constituição Federal, que tratam, entre outros princípios, da competência municipal e da descentralização da Saúde. Essas referências constitucionais são base para uma série de Leis Complementares e Decretos que regulamentam e organizam o funcionamento e financiamento do SUS.

Compete aos Municípios prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. (BRASIL, 1988. Art. 30, VII, CF de 1988, grifo nosso).

É importante assinalar que o movimento de discussão das decisões que ferem o Ente municipal no tocante à Saúde não significa que a CNM tenha posicionamento contrário à garantia desse direito. Como Ente representativo dos Municípios, a Confederação luta historicamente por melhorias nas condições de promoção, cuidado, organização e financiamento da Saúde.

Este entendimento da CNM sobre organização, financiamento e

2 Fonte: www.tjrj.jus.br/documents/10136/31404/servico-publico.pdf.

responsabilidades no âmbito da Saúde é polo passivo de outras instituições, inclusive aquelas pertencentes ao próprio Sistema de Justiça. Nesse sentido, é interessante apontar a atuação do Núcleo de Defesa da Saúde (Nuds) da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE/RS). Sabidamente a Defensoria Pública é o órgão que recebe grande parte dos cidadãos que buscam, no ajuizamento, uma solução às demandas de saúde (Viegas et al., 2013; Diniz, Machado & Penalba, 2014), daí a importância do respeito à legislação do SUS.

Na mesma linha da DPE/RS, a cartilha *Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde*, construída em conjunto com várias entidades que compõem o Comitê Executivo RS do Fórum da Saúde do Conselho Nacional do Judiciário para Saúde (CNJ),³ outro importante espaço de reflexão acerca da problemática da Judicialização, aponta que:

Os medicamentos passíveis de fornecimento gratuito pelo SUS são classificados, conforme legislação do Ministério da Saúde (Portarias), em componentes: Básico, Especial, Especializado e Estratégico, de acordo com a esfera administrativa responsável pela respectiva aquisição". (CNJ, 2012, p. 63).

Ao longo dos últimos anos, o próprio Conselho Nacional de Justiça vem adotando sistematicamente entendimentos a respeito da atuação dos magistrados em temas da Saúde no tocante, por exemplo, à responsabilidade de solidariedade. Este último tem o seguinte enunciado:

3 Parceiros da Ação: FAMURS, MP/RS, DPE/RS, PGE/RS, JUSTIÇA ESTADUAL/RS, SES/RS, DPU/RS, JUSTIÇA FEDERAL/RS, SMS/POA-RS, CRF/RS, SIMERS, ANS/RS, MPF/RS, AGU/RS, CREMERS, CES/RS, OAB/RS, AMRIGS, MS e CNM.

Figura 2 – Enunciado retirado da II Jornada de Direito à Saúde

60 – Saúde Pública - A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento.

Fonte: II Jornada de Direito à Saúde – enunciados aprovados. São Paulo, maio de 2015.

Esses materiais institucionais que colocam em evidência a contradição de parte das decisões judiciais comunicadas à CNM pelos Municípios têm o sentido de discutir e construir convergências em espaços como os proporcionados pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) a respeito da responsabilização do Ente municipal nas questões de Saúde.

É nesse cenário que a CNM busque estabelecer diálogos e ações em torno da solução da judicialização da Saúde, seja pelo apoio técnico dado às prefeituras, seja pela aproximação da Confederação de experiências positivas de diminuição do fenômeno. Nesse sentido, ações locais podem significar a diferença entre o fracasso ou sucesso da empreitada pela melhoria da situação.

A essência dessas estratégias municipalistas pode ser resumida pelos movimentos de aproximação com os agentes do Sistema Judiciário presentes na localidade e pelo mapeamento dos fluxos de trabalho e da informação da Saúde no Município. Algumas delas serão abordadas a seguir.

Perante as situações apontadas, claramente prejudiciais aos municípios, a CNM propõe ações locais e regionais para diminuição e qualificação da judicialização da Saúde.

As ações da CNM, no que se refere à judicialização da Saúde incluem:

1. assinatura de termo de cooperação técnica entre Sistema de Justiça e entidades representativas para qualificação e redução da judicialização da Saúde. Abrangência: Rio Grande do Sul;
2. assinatura de termo de cooperação técnica entre Sistema de Justiça e entidades representativas para qualificação e redução da judicialização das políticas públicas. Abrangência: Rio Grande do Sul;
3. participação do Comitê Executivo da Saúde do CNJ no RS;
4. promoção, em 2015, de seminários nas cinco regiões do país com juízes e promotores. Abrangência: nacional;
5. impressão e distribuição de 2 mil cartilhas de *Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde*, metodologia-base da experiência do Comitê Executivo da Saúde do CNJ no RS. Abrangência: nacional;
6. aproximação com entidades representativas dos atores do Sistema de Justiça: Condege, CNMP e CNJ.

4. Considerações Finais

Ao perceber o reconhecimento por parte do CNMP da situação histórica de subfinanciamento da Educação e da Saúde, a CNM entende que este Conselho também reconhece o caos que essa ausência e atrasos dos repasses gera nas gestões municipais, dificultando sobremaneira o acesso das pessoas às políticas. Não é objetivo de qualquer gestor público dificultar a garantia da Educação e da Saúde. O que ocorre atualmente é que, mediante o subfinanciamento, as prefeitas e prefeitos do país se encontram em situações que beiram a calamidade.

Especialmente em momentos de crise, a ausência ou o atraso significativo dos repasses do governo federal ao Ente municipal resultam, entre outras questões, no agravamento do fenômeno da judicialização – em especial dessas duas políticas – Educação e Saúde. Assim, como forma de encaminhamento à Audiência, nós da CNM gostaríamos de expressar aos representantes do CNMP e demais entidades nosso entendimento da necessidade de o Conselho construir recomendações e valorizar a atuação dos Promotores de justiça de todo o país no sentido de que estes passem a privilegiar a resolução administrativa das demandas emergentes das diversas políticas públicas.

Essa atuação pela via administrativa significa a aproximação das instituições locais – MP, demais atores do Sistema de Justiça e o Ente municipal –, a partir do conhecimento da realidade local, para discutir e executar medidas em conjunto. Existem estudos que mostram que um medicamento judicializado custa 4 vezes mais do que se tivesse sido adquirido via processo licitatório. Nesse sentido, a médio prazo, ocorre a precarização da política de Saúde.

A CNM está à disposição do Conselho para pensar e construir documentos e instrumentos tais como termos de cooperação técnica, planejamento de comitês locais ou comissões mistas – que já têm comprovado sucesso em Estados como Tocantins e Rio Grande do Sul, assim como no Distrito Federal.

Bibliografia

BRASIL. (1988). Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 2 maio 2015.

_____. Lei 10.880, de 9 de junho de 2004. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar – PNATE e o Programa de Apoio aos Sistemas de Ensino para Atendimento à Educação de Jovens e Adultos, dispõe sobre o repasse de recursos financeiros do Programa Brasil Alfabetizado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.880.htm>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Lei 11.494, de 20 jun. 2007. Regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – Fundeb. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11494.htm>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Lei 11.738, de 16 de julho de 2008. Regulamenta e institui o Piso Salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11738.htm>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Lei 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Lei 12.695, de 25 de julho de 2012. Dispõe sobre o apoio técnico ou financeiro da União no âmbito do Plano de Ações Articuladas; altera a Lei 11.947, de 16 de junho de 2009, para incluir os polos presenciais do sistema Universidade Aberta do Brasil na assistência financeira do Programa Dinheiro Direto na Escola; altera a Lei 11.494, de 20 de junho de 2007, para contemplar com recursos do Fundeb as instituições comunitárias que atuam na educação do campo; altera a Lei 10.880, de 9 de junho de 2004, para dispor sobre a assistência financeira da União no âmbito do Programa de Apoio aos Sistemas de Ensino para Atendimento à Educação de Jovens e Adultos; altera a Lei 8.405, de 9 de janeiro de 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12695.htm>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. (2015). Fundo Nacional de Saúde. *Repasse federais por Município e bloco de financiamento*. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

COMITÊ EXECUTIVO DO RIO GRANDE DO SUL. Fórum da Saúde CNJ. *Instruções e recomendações CNJ sobre judicialização da Saúde*. Disponível em: <<https://www.facebook.com/pages/Comit%C3%AA-Executivo-RS-F%C3%B3rum-da-Sa%C3%BAde-CNJ/434635679977558?fref=ts>>. Acesso em: 10 maio 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. (2015). *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência/CNJ*. Justiça Pesquisa. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. (2010). Defensoria Pública Estadual. Núcleo de Direito à Saúde (NUDS/DPE). Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://www.defensoria.rs.gov.br/upload/>>

20140306150510fluxo___assistencia_farmaceutica.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2015.

SCHOELLER, R., M. (2012). Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde. Disponível em: <<http://rodrigosschoeller.blogs-pot.com.br/>>. Acesso em: 9 mar. 2016.

VIEGAS, M. V.; MAIAB, A. C.; RODRIGUES, C. G. Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.

**Sede**

SCRS 505, Bl. C – Lt. 01 – 3º Andar
CEP: 70350-530 – Brasília/DF
Tel/Fax: (61) 2101-6000

Nova Sede

SGAN 601 – Módulo N
CEP: 70830-010
Asa Norte – Brasília/DF

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
Bairro Menino Deus
CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
Tel/Fax: (51) 3232-3330

www.cnm.org.br

 /PortalCNM

 @portalcnm

 /TVPortalCNM

 /PortalCNM