

O limite de despesa com pessoal da Lei de Responsabilidade Fiscal e seu impacto para o Sistema Único de Saúde

Por Fabiola Sulpino Vieira

Objetivo. Discutir o impacto do limite de despesa com pessoal da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. Metodologia. Realizou-se levantamento em bases de dados, além de análise do limite de despesa com pessoal de uma amostra de municípios. Resultados. Os municípios empregaram 69% do pessoal de nível superior em estabelecimentos de saúde em 2009 e os estudos reafirmam a importância do componente humano na produção de serviços de saúde. Quanto ao cumprimento da LRF, o Relatório de Gestão Fiscal de 2010 não estava disponível no Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação para 34,5% dos municípios da amostra. Para os demais, 14% tiveram despesa com pessoal superior ou igual a 51,3%, porém inferior ou igual a 54%, e 10% passaram do limite máximo de 54%. Em média, a despesa com pessoal da saúde é 27% da despesa total com pessoal do Executivo municipal, havendo alta precarização da força de trabalho no SUS. Conclusão. Os resultados sugerem que a LRF está provocando impacto negativo para o SUS, em razão do limite de despesa com pessoal, dificultar a gestão de pessoas por parte da gestão municipal.

O limite de despesa com pessoal da Lei de
Responsabilidade Fiscal e seu impacto para o
Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

A necessidade de ajuste fiscal por parte dos entes da Federação ao final dos anos 1990 motivou a promulgação da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL, 2000).

A LRF representa inegável avanço para a responsabilização e a transparência na gestão dos recursos públicos, estabelecendo regras que evitam o endividamento excessivo, bem como o descompromisso na realização de despesas ao final do mandato eletivo.

Em análise de indicadores de municípios gaúchos, Santos e Alves (2011) concluíram que a LRF aumentou a eficiência do planejamento e da execução das receitas e das despesas municipais pelo aumento da capacidade de pagamento das dívidas, do equilíbrio do superávit primário e do crescimento das receitas tributárias. Os autores enfatizam que a redução da discricionariedade dos orçamentos foi determinante para promover melhores desempenhos na gestão financeira dos municípios do Rio Grande do Sul.

Em relação à despesa com pessoal, a lei também determina limites, estabelecendo, por exemplo, que a despesa máxima com pessoal do Poder Executivo municipal não deve ultrapassar 54% das receitas correntes líquidas e que o limite prudencial é de 51,3% dessas receitas, de modo que se este limite prudencial for atingido, o Poder Executivo fica impossibilitado de conceder vantagem, aumento ou reajuste da remuneração dos trabalhadores, criar cargo, emprego ou função, alterar a estrutura de carreiras que implique aumento de despesa, de contratar pessoal ou de pagar hora extra. Este é um dos pontos mais polêmicos da lei, especialmente para a área da Saúde.

As análises sobre os impactos da LRF demonstram sua eficiência na redução da despesa com pessoal para municípios que ultrapassavam o limite estabelecido antes da sua vigência. Estudo realizado com o objetivo de analisar a situação fiscal dos municípios brasileiros, no período de 1997 a 2003, constatou que a LRF fez com que aqueles que tinham altas despesas com pessoal antes da lei passassem a gastar abaixo do limite definido pela lei nos anos subsequentes a sua promulgação (GIUBERTI, 2005).

No caso dos estados, no ano 2000, a média do Índice de Despesas Líquidas com Pessoal do Poder Executivo (IDLPE), que é resultante da razão entre as despesas líquidas de pessoal do Poder Executivo sobre as receitas correntes líquidas, era de 45,57%, somente estando acima do limite de 60% os estados de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul. Após a LRF, em 2004, a média do IDLPE dos estados passou a ser de 42,03% (DALMONECH; TEIXEIRA; SANT'ANNA, 2011).

Em outro trabalho, com o objetivo de analisar o impacto da LRF sobre as finanças públicas municipais, Fioravante, Pinheiro e Vieira (2006) concluem que a LRF contribuiu para reduzir as despesas com pessoal dos poucos municípios que ultrapassaram o limite imposto, mas funcionou como incentivo para que municípios que gastavam menos ampliassem suas despesas com pessoal até bem próximo do limite. O mesmo foi constatado em estudo realizado pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (2006), no âmbito do projeto ObservaRH.

Na visão de Santolin, Jayme Jr. e Reis (2009), isso aconteceu porque, antes da lei, muitos municípios definiam seu percentual aceitável de despesa com pessoal porque não existia regulamentação sobre o assunto e também porque a União, os estados e organismos internacionais exigiam controle das despesas com pessoal nos processos de negociação envolvendo recursos financeiros. Os autores afirmam ainda que, aparentemente, os municípios utilizaram o crescimento das receitas de transferência para aumentar as despesas com pessoal.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a LRF tem sido apontada como responsável pela precarização dos vínculos dos trabalhadores nos municípios, na medida em que a imposição do limite para despesa com pessoal diante da descentralização da execução de serviços de saúde, faz com que os gestores tenham de utilizar formas alternativas de contratação da força de trabalho, por meio de parcerias com Organizações Não Governamentais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (SILVA; SILVA, 2007).

Essa é uma questão levantada em todos os espaços em que participam gestores da Saúde para discutir assuntos relativos a recursos humanos. Conforme determina a Constituição Federal, o SUS consiste em

O movimento de descentralização fez com que a oferta das ações e serviços de saúde se deslocasse da gestão federal e estadual para a municipal, transformando os municípios nos principais executores da política de saúde

uma rede regionalizada e hierarquizada, cuja organização deve estar de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O movimento de descentralização fez com que a oferta das ações e serviços de saúde se deslocasse da gestão federal e estadual para a municipal, transformando os municípios nos principais executores da política de saúde no âmbito do SUS. Dessa forma, torna-se relevante a realização de estudo sobre o componente recursos humanos na produção de serviços de saúde, sobre sua participação nos custos desses serviços, bem como sobre os impactos da LRF para os municípios brasileiros no que se refere à possibilidade de contratar profissionais e implantar planos de cargos e carreiras, ou seja, fazer gestão de pessoas.

OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo discutir o impacto do limite de despesa com pessoal da Lei de Responsabilidade Fiscal para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no âmbito municipal.

METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido sob duas vertentes principais. Realizou-se levantamento em bases de dados, de literatura científica, de sistemas e pesquisas, além de análise do limite de despesa com pessoal de uma amostra de municípios.

Busca em bases de dados

A busca em bases de dados de literatura científica, de sistemas e pesquisas teve a finalidade de obter evidências sobre os seguintes aspectos: a) participação dos municípios na contratação de pessoal no âmbito do SUS; b) participação do componente recursos humanos na produção de serviços de saúde; e c) custos da Atenção Básica em Saúde.

Para verificar a participação dos municípios na contratação de pessoal no âmbito do SUS, empregaram-se dados da Pesquisa Assistência Médico-Satinária dos anos de 2005 e 2009 (IBGE, 2005, 2009). Foram obtidos dados da quantidade de ocupações de profissionais de nível superior, bem como de nível técnico/auxiliar, por esfera administrativa, calculando-se a participação de cada esfera em relação ao total de ocupações.

A participação do componente recursos humanos na produção de serviços de saúde foi obtida de pesquisa na literatura científica nacional, empregando-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como instrumento para a identificação de artigos e demais trabalhos que abordam essa temática (BRASIL, 2012b). O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) foi empregado para verificar a participação das despesas com pessoal em relação às despesas com ações e serviços públicos de saúde dos municípios em 2010 (BRASIL, 2012d). A partir dos dados obtidos, verificaram-se a quantidade e a porcentagem de municípios que apresentaram despesa com pessoal maior que 54% da despesa total com ações e serviços públicos de saúde, assim como a média da participação da despesa com pessoal para aqueles que estavam acima desse patamar.

Quanto à verificação dos custos da Atenção Básica em Saúde, também foi realizada revisão da literatura por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, com o objetivo

de identificar produção científica sobre o assunto. Adicionalmente, fez-se levantamento em ferramenta de busca geral da internet para identificar outros trabalhos que eventualmente não estivessem indexados às bases de dados da BVS. Os artigos e demais textos identificados foram lidos e resumidos para apresentação de seus resultados e conclusões principais.

Análise do limite de despesa com pessoal dos municípios

A análise do limite de despesa com pessoal foi feita para uma amostra de 1.097 municípios brasileiros, que corresponde a 20% do total de municípios que transmitiram dados de receitas totais e despesa com ações e serviços públicos de saúde do exercício de 2010, até a data do levantamento (29/1/2012), por meio do Siops (n = 4.484). A relação de municípios foi obtida desse sistema, já contendo dados sobre a população e a despesa com pessoal da Saúde.

A amostragem foi feita de forma aleatória e estratificada por faixa de tamanho de população dos municípios. A partir da relação de municípios ordenados por seu código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (código IBGE), fez-se a estratificação por faixa de tamanho de população. O tamanho da amostra de cada estrato foi mensurado a partir da participação do estrato no total de municípios. O número de municípios da amostra de 1.097 foi assim definido por faixa de tamanho de população: a) 247 até 5.000 habitantes; b) 256 de 5.001 a 10.000; b) 270 de 10.001 a 20.000; c) 207 de 20.001 a 50.000; d) 63 de 50.001 a 100.000; e) 28 de 100.001 a 200.000; f) 16 de 200.001 a 400.000; e g) 10 acima de 400.000 habitantes.

Os municípios foram ordenados pelo código IBGE para selecionar a amostra dentro de cada estrato. Foi sorteado o primeiro da amostra entre os cinco primeiros de cada lista, pois a amostra é de 20% do total de municípios ($20/100 = 1/5$), e, partir daí, a cada cinco municípios o quinto passou a compor a amostra.

Para os municípios da amostra, que já continham dados sobre a população e a despesa com pessoal da Saúde, extraídos do Siops, coletaram-se informação sobre a despesa total com pessoal da prefeitura e a

receita corrente líquida do município, do exercício de 2010, por meio do Relatório de Gestão Fiscal do 3º quadrimestre ou do 2º semestre constantes no Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios (BRASIL, 2012a). Verificou-se, então, a quantidade de municípios em que a despesa total com pessoal é maior ou igual a 51,3% e menor ou igual a 54%, bem como a quantidade de municípios que ultrapassaram o limite de 54%.

Fez-se análise exploratória dos dados, elaborando-se tabelas para apresentar os resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descentralização no Sistema Único de Saúde e o papel dos municípios na oferta de ações e serviços públicos de saúde

Conforme já foi mencionado, uma das principais diretrizes do SUS é a descentralização das ações e serviços de saúde, resultando em maior execução desses serviços por parte dos municípios e reservando à União e aos estados o papel principal de formuladores, financiadores e reguladores da assistência à saúde prestada pelo Estado.

A política de descentralização do SUS é considerada um sucesso no contexto de descentralização de políticas sociais, na medida em que o Ministério da Saúde implantou uma série de incentivos financeiros para estimular os municípios a assumirem compromissos na gestão local das ações e serviços de saúde (MIEIRA, 2008). Com isso, a década de 1990 foi marcada pelo processo de municipalização dos serviços que antes estavam, especialmente, sob gestão estadual.

O resultado desse processo pode ser constatado na Tabela 1.

Observa-se que a participação dos municípios quanto ao número de pessoal ocupado em estabelecimentos de saúde, tanto de nível superior quanto de nível/técnico auxiliar já era majoritária em 2005, com pequeno aumento em 2009, enquanto ocorre discreta redução para a esfera federal e estadual entre 2005 e 2009.

Esses dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária revelam que no SUS os municípios são

responsáveis pela contratação de maior parcela da força de trabalho, com forte impacto sobre suas despesas com pessoal.

A produção de serviços de saúde : a importância dos profissionais

O limite de despesa com pessoal da Lei de Responsabilidade Fiscal e seu impacto para o Sistema Único de Saúde

No que se refere à produção de serviços de saúde , os artigos recuperados a partir de busca nas bases de dados de literatura técnico-científica evidenciam a importância do componente humano na produção de saúde.

É claro que quando se pensa sobre esse assunto, a tendência talvez seja imaginar que o componente tecnológico da prestação do serviço seja o de maior impacto, e nesse conceito de tecnologia, exclui-se o conhecimento do profissional e sua capacidade de interagir com o usuário e demais profissionais de saúde

Tabela 1. Pessoal de nível superior e técnico/auxiliar ocupado em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa. Brasil, 2005 e 2009.

Esfera administrativa	Nível superior				Nível técnico/auxiliar			
	2005		2009		2005		2009	
	Quantidade	Participação (%)	Quantidade	Participação (%)	Quantidade	Participação (%)	Quantidade	Participação (%)
Federal	35.608	8%	42.249	8%	35.106	9%	40.245	8%
Estadual	108.919	25%	127.247	23%	124.340	31%	139.506	29%
Municipal	296.805	67%	383.347	69%	247.552	61%	301.106	63%
Total	441.332	100%	552.843	100%	406.998	100%	480.857	100%

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005 e 2009.

Tabela 2. Participação da despesa com pessoal na despesa total com ações de serviços públicos de saúde (ASPS) dos municípios. Brasil, 2010.

Faixa de população	Nº total de municípios que informaram dados por meio do SIOPS	Nº municípios com despesa de pessoal > 54% da despesa total com ASPS	Porcentagem de municípios com despesa de pessoal > 54% da despesa total com ASPS (%)	Média do percentual de despesa com pessoal em relação à despesa total com ASPS de municípios cujo valor é > 54% (%)
Até 5.000 hab	1.234	453	36,7	61,7
De 5.001 a 10.000 hab	1.278	497	38,9	62,7
De 10.001 a 20.000 hab	1.351	611	45,2	64,0
De 20.001 a 50.000 hab	1.036	464	44,8	64,7
De 50.001 a 100.000 hab	315	149	47,3	64,5
De 100.001 a 200.000 hab	137	68	49,6	63,8
De 200.001 a 400.000 hab	82	39	47,6	65,7
Acima de 400.000 hab	51	11	21,6	63,4
Total	5.484	2.292	41,8	63,8

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Levantamento feito em 29 jan 2012.

para imprimir caráter mais acolhedor e abrangente ao cuidado que está sendo prestado.

Como no geral não se associa ao conceito de tecnologia as relações entre profissionais de saúde e usuários, acaba-se supondo que o processo de trabalho em saúde gira prioritariamente em torno do uso de ferramentas como os equipamentos, medicamentos, procedimentos diagnóstico etc.

Na realidade, o processo de trabalho em saúde é caracterizado pela tecnicidade inerente a qualquer processo de trabalho humano, pela integração entre os aspectos intelectual e manual, além da fragmentariedade dos atos. Trata-se de um processo de trabalho geral, constituindo-se em um serviço e fundamentando-se em uma relação interpessoal muito intensa (NOGUEIRA, 2000).

Na visão de Merhy (2004), no campo da saúde o objeto não é a cura ou a saúde, mas sim a produção do cuidado, por meio do qual é possível alcançar a cura e a saúde das pessoas. A produção de cuidados de saúde é dependente do trabalho humano, em que os profissionais de saúde são sujeitos ativos no processo de produção (RODRIGUES; ARAÚJO, 2012).

Mas esta visão não é hegemônica. O advento da industrialização e da produção em massa de equipamentos e medicamentos fez com que o processo de trabalho em saúde relegasse a interação entre os profissionais e usuários dos serviços, com centralização da atenção no consumo de meios diagnósticos e terapêuticos cada vez mais novos e caros. Nos últimos 40 anos é que ressurgiu a preocupação em reavaliar o processo de trabalho em saúde e em propor modelos assistenciais alternativos.

De acordo com Merhy e Franco (2012), a crise do capitalismo na década de 70 e a conseqüente redução da arrecadação pelos governos provocaram a diminuição dos gastos na saúde, fazendo com que estes procurassem novos modelos assistenciais para tirar o foco no uso massivo de tecnologias duras, tais como, os equipamentos e os aparelhos médicos, consideradas responsáveis pela elevação dos custos dos serviços de saúde. Um exemplo desse movimento no Brasil, ainda segundo os autores, é o Programa Saúde da Família (PSF), que segundo suas avaliações não conseguiu mudar a lógica médico-hegemônica anterior.

Nesse contexto, a tendência atual é de mudança na produção de atos de saúde, inclusive por pressão do capital financeiro, direcionando os esforços para modalidades de assistência à saúde mais simplificadas e menos consumidoras de tecnologias duras. Portanto, centradas nas tecnologias leve-duras, que são o saber e o conhecimento dos profissionais, e leves, que consistem na produção da interrelação entre os sujeitos (MERHY, 2000).

A produção do cuidado, segundo Merhy (2000), envolve a necessidade do que ele chama de "trabalho vivo do operador", com a aplicação de seus saberes tecnológicos. Ainda que a composição técnica do trabalho seja a soma do trabalho morto (uso de tecnologias duras) e do vivo, propõe a mudança do modelo assistencial tirando o foco do trabalho morto para o trabalho vivo, o que significa produzir cuidados de saúde com base em tecnologias leves, que são as relacionais (MERHY; FRANCO, 2003).

As evidências produzidas nesses trabalhos revelam a importância do componente humano no processo de trabalho em saúde, especialmente em um momento em que os sistemas nacionais, ou pela pressão do aumento dos gastos ou por acreditarem ser mais efetiva uma composição técnica do trabalho focada em tecnologias leves-duras e leves, propõem mudanças em seus modelos assistenciais.

A título de ilustração e do ponto de vista das despesas, a Tabela 2 apresenta a participação da despesa com pessoal em relação à despesa total com ações e serviços públicos de saúde dos municípios brasileiros que transmitiram dados por meio do Siops do exercício de 2010.

Vê-se que do total de 5.564 municípios do País, 5.484 já tinham transmitido seus dados até a data da coleta, o que corresponde a 98,6% do total de municípios brasileiros.

O corte de avaliação da despesa com pessoal em 54% da despesa total em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) foi feito apenas para ilustração, considerando que este percentual é o limite definido para o Executivo municipal de despesa com pessoal em relação à receita corrente líquida.

Nota-se, pela Tabela 2, que aproximadamente 42% dos municípios brasileiros tiveram despesa com pessoal da Saúde maior que 54% da despesa com ASPS. Para

O limite de despesa com pessoal da Lei de
Responsabilidade Fiscal e seu impacto para o
Sistema Único de Saúde

esses municípios, a média da despesa com pessoal da Saúde foi de 63,8%, o que significa que, para ofertar ações e serviços públicos de saúde, o gasto desses municípios com pessoal foi em média de 64% do total da despesa com ASPS.

Custos da Atenção Básica em Saúde

Os valores mostrados na seção anterior referem-se a despesas, mas e quanto ao custo?

Os municípios são responsáveis, em sua totalidade, pela oferta de serviços de Atenção Básica em Saúde. A Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde (2006b), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

No âmbito da Atenção Básica, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2012c).

Tabela 3. Frequência de municípios da amostra por percentual da despesa com pessoal total em relação à receita corrente líquida (RCL). Brasil, 2010.

Faixas de tamanho da população dos municípios	Nº de municípios da amostra	Relatório de Gestão Fiscal não disponível	Relatório de Gestão Fiscal disponível	Municípios em que a despesa total pessoal $\geq 51,3\%$ e $\leq 54\%$ da RCL		Municípios em que a despesa total pessoal $> 54\%$ da RCL	
				Número	Frequência (%)	Número	Frequência (%)
Até 5 mil hab	247	90	157	17	11%	10	6%
De 5.001 a 10.000 hab	256	101	155	22	14%	12	8%
De 10.001 a 20.000 hab	270	101	169	26	15%	28	17%
De 20.001 a 50.000 hab	207	64	143	25	17%	15	10%
De 50.001 a 100.000 hab	63	18	45	7	16%	7	16%
De 100.001 a 200.000 hab	28	4	24	2	8%	2	8%
De 200.001 a 400.000 hab	16	0	16	3	19%	1	6%
Acima de 400.000 hab	10	0	10	0	0%	0	0%
Total	1097	378	719	102	14%	75	10%

Fonte: Ministério da Fazenda, Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios (SISTN). Coleta feita no período de 13 a 17 de fevereiro de 2012.

Em relação ao custo total da Atenção Básica em Saúde, o componente recursos humanos (pessoal) foi identificado como o de maior peso (CASTRO et al., 2007; CASTRO, 2011). Estudo que teve por objetivo analisar a estrutura de custos do Programa Saúde da Família (PSF) de Porto Alegre constatou que as despesas com pessoal participavam no custo total em 63,3%, em 1998, e 65,5%, em 2002 (CASTRO et al., 2007).

Outro estudo feito em unidades de saúde do município de Vitória da Conquista, em 2007, demonstra que o custo com pessoal é determinante do custo total da Atenção Básica, representando 82,7% do custo de um centro de saúde, 91,6% do custo de uma Unidade do Saúde da Família da zona urbana e 88,2% do custo de uma Unidade do Saúde da Família da zona rural (COUTO, 2007).

Em outro trabalho, os autores analisaram a produtividade e o custo de oito equipes do PSF de duas unidades de saúde, chegando à conclusão de que as despesas com pessoal correspondem a 75% do custo total de manutenção das equipes (ROCHA FILHO; SILVA, 2009).

Esses estudos mostram que, em média, o custo com pessoal corresponde a 75% do custo da Atenção Básica, o que reforça a importância dos profissionais no processo de produção de cuidados de saúde.

Despesas com pessoal nas Secretarias Municipais de Saúde e os limites da LRF

Mas agora interessa saber qual a situação dos municípios em relação ao limite máximo e prudencial, 54 e 51,3%, respectivamente, definidos pela LRF para despesa com pessoal.

A Tabela 3 apresenta os resultados dessa situação para uma amostra de 20% dos municípios, definida a partir de processo de amostragem aleatorizada e estratificada por tamanho de população, o que lhe confere representatividade e validade externa em relação ao conjunto de municípios brasileiros.

Em primeiro lugar, observa-se na Tabela 3 que o Relatório de Gestão Fiscal (RGF) do 3º quadrimestre ou do 2º semestre de 2010 não estava disponível no Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação (SISTN) para 34,5% dos municípios da amostra. Esse percentual é bastante expressivo

considerando que o RGF é um demonstrativo obrigatório nos termos da LRF. Dessa forma, ou o sistema da Secretaria do Tesouro Nacional, criado para dar visibilidade às finanças públicas, apresentou algum problema, ou de fato esses municípios não apresentaram o relatório, o que já faz supor que a motivação da não apresentação reside no descumprimento dos diversos dispositivos da lei. Seja qual for o caso, tal situação limita o controle social e compromete a visibilidade almejada.

Nota-se ainda, na Tabela 3, que 14% dos municípios ultrapassaram o limite prudencial da LRF para despesa com pessoal, mas ainda se mantiveram abaixo do limite máximo, ou seja, sua despesa com pessoal foi superior ou igual a 51,3%, porém inferior ou igual a 54%. Também se observa que 10% dos municípios passaram do limite máximo de 54%.

Somados, esses municípios correspondem a 24% do total de municípios, os quais ficam impossibilitados de: a) conceder vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a qualquer título; b) criar cargo, emprego ou função; c) alterar estrutura de carreira que implique aumento de despesa; d) prover cargo público, admitir ou contratar pessoal; e e) contratar hora extra.

E no caso daqueles que ultrapassaram o limite máximo, ficam impedidos de receber transferências voluntárias, de obter garantia direta ou indireta de outro ente e de contratar operações de crédito, exceto em situações específicas.

Além desses, há os municípios cuja despesa com pessoal está próxima ao limite prudencial da LRF. Para este mesmo exercício, 166 municípios, ou seja, 23,1% daqueles cujo RGF estava disponível, tiveram despesa com pessoal maior ou igual a 48% e menor do que 51,3% das receitas correntes líquidas.

Quando se agrega a despesa com pessoal da Saúde a esta análise, pode-se avaliar o peso delas em relação à despesa total com pessoal dos municípios, conforme Tabela 4.

Observa-se que a média da participação da despesa com pessoal da Saúde é de 27% da despesa total com pessoal do Executivo municipal. Como a média pode provocar distorções grandes na existência de valores muito discrepantes, a mediana ajuda a enxergar o valor que separa metade dos registros para mais ou para

O limite de despesa com pessoal da Lei de
Responsabilidade Fiscal e seu impacto para o
Sistema Único de Saúde

menos. No caso em análise, a média e a mediana apresentaram valores muito próximos, o que permite concluir que as variações dos percentuais de despesa com pessoal da Saúde em relação à despesa total com pessoal dos municípios não foram muito divergentes.

Esses dados parecem confirmar que os municípios estão pressionados em relação à despesa com pessoal da Saúde, em razão do limite imposto pela LRF. Se somente a Saúde é responsável por 27% da despesa de pessoal do Executivo municipal e 24% dos municípios já estão impedidos de realizar qualquer contratação, então, não é possível falar em aumento da oferta de serviços de Saúde ou criação de carreira para o pessoal da Saúde, com melhora dos salários, sem que haja aumento das receitas correntes líquidas ou que se altere a LRF no que se refere ao limite de despesa com pessoal, em benefício do setor Saúde.

Essa situação pode estar contribuindo para que, nos últimos anos, se tenha falado muito sobre a precarização dos vínculos de trabalho no SUS. A precarização do trabalho é entendida como uma situação caracterizada pela falta de proteção social do trabalhador e/ou pela determinação do tempo do contrato de trabalho, o que causa instabilidade, que, por sua vez, produz estresse, sentimento de

Tabela 4. Média e mediana da participação da despesa com pessoal da saúde na despesa total com pessoal da prefeitura. Brasil, 2010.

Faixas de tamanho da população dos municípios	Nº de municípios com RGF disponível	Média da participação da despesa com pessoal da saúde na despesa total com pessoal da prefeitura (%)	Mediana da participação da despesa com pessoal da saúde na despesa total com pessoal da prefeitura (%)
Até 5 mil hab	157	25%	25%
De 5.001 a 10.000 hab	155	26%	26%
De 10.001 a 20.000 hab	168*	26%	26%
De 20.001 a 50.000 hab	143	25%	25%
De 50.001 a 100.000 hab	45	27%	25%
De 100.001 a 200.000 hab	24	26%	27%
De 200.001 a 400.000 hab	16	30%	31%
Acima de 400.000 hab	10	32%	33%

*Um município apresentou participação de 115% e foi excluído para não causar distorções.

Fontes: a) Ministério da Fazenda, Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios (SISTN) e b) Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Coleta feita no período de 13 a 17 de fevereiro de 2012.

desvalorização e desmotivação (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2011).

Ainda segundo Faria e Dalbello-Araújo (2011), tal situação é responsável pela produção de efeito negativo sobre a saúde do trabalhador e pode comprometer a Estratégia de Saúde da Família, em decorrência de o modelo de contratação dos profissionais não promover os vínculos necessários entre os profissionais de saúde e a comunidade.

Vários estudos constataram a precarização da contratação de agentes comunitários de saúde (ACS) e demais profissionais para o Programa Saúde da Família. Um estudo realizado em municípios da Região Metropolitana de Recife verificou que, em 2005, a modalidade de contratação dos ACS nos três municípios analisados foi a contratação temporária (NASCIMENTO, 2005).

Junqueira et al. (2010), em trabalho realizado com coleta de dados de municípios de uma macrorregião de saúde, em 2007, verificaram que 75,6% dos municípios contrataram ACS temporariamente e que 8,9% utilizaram a modalidade de contrato de prestação de serviço. Neste mesmo trabalho, constataram que a indicação política foi utilizada como critério para contratação dos ACS em 26,7% dos municípios e dos profissionais de nível superior em 55,6% deles.

Em outro estudo, Taveira (2010) realizou revisão da literatura sobre a precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família e chegou à conclusão de que mesmo que de 2001 a 2008 tenha ocorrido redução da precarização dos vínculos, a participação dos vínculos precários ainda é muito alta em relação ao número total de profissionais contratados. Uma das pesquisas citadas neste trabalho mostra que 77,8% dos médicos, 46,7% dos enfermeiros, 51,7% dos cirurgiões-dentistas e 31,1% dos ACS tinham vínculos precários em todo o SUS em 2008.

O que esses estudos também mostram é que, aparentemente, foi muito baixo o impacto da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que determina que os ACS e os agentes de controle de endemias não podem ser contratados em regime temporário ou terceirizado (BRASIL, 2006a).

A hipótese que surge para explicar essa situação é de que o limite de despesa com pessoal da LRF tem criado barreiras e constrangimentos aos gestores do

SUS, dificultando a regularização dos vínculos do pessoal da Saúde, o estabelecimento de plano de carreiras, em prejuízo à ampliação da oferta de ações e serviços de saúde pelos municípios brasileiros. Estudos de campo precisam ser realizados para explorar mais a situação e identificar elementos que reforcem a hipótese ora levantada.

CONCLUSÕES

Os municípios são os principais responsáveis pela contratação da força de trabalho do SUS, o que faz com que haja grande impacto da despesa com pessoal da Saúde na despesa total com pessoal do município.

Do ponto de vista do processo de trabalho em saúde, constata-se que, ainda que a composição técnica do trabalho envolva o uso de tecnologias duras, como equipamentos e medicamentos, o componente humano é fundamental e não pode ser substituído. Muito pelo contrário, vem sendo intensamente valorizado nas propostas hodiernas de mudança dos modelos assistenciais, pois se espera que a aplicação de seu conhecimento (tecnologia leve-dura) e de sua capacidade de inter-relação (tecnologia leve) sejam capazes de aumentar a resolubilidade dos serviços de saúde, evitando a utilização excessiva de equipamentos, exames, medicamentos, entre outras ferramentas.

Não é à toa que o custo com pessoal responde por aproximadamente 75% do custo total da Atenção Básica, em que a Estratégia Saúde da Família se destaca como modelo de assistência à saúde, reconhecido em sua capacidade de produzir resultados sobre a saúde da comunidade, e com proposta de ampliação da cobertura.

Portanto, inevitavelmente a maior parcela das despesas com ações e serviços públicos de saúde de um município são destinadas ao pagamento de pessoal.

O fato de que 24% dos municípios estavam em situação crítica por terem ultrapassado os limites prudencial e máximo da LRF para despesa com pessoal, que o Relatório de Gestão Fiscal estava indisponível para 34,5% dos municípios e que 23% dos municípios tiveram despesa com pessoal bem próxima do limite prudencial demonstra que uma expressiva parcela de

municípios sequer pode contratar pessoas ou aumentar os salários dos trabalhadores da Saúde.

Isso pode justificar o fato de ainda existirem tantos vínculos precários para agentes comunitários de saúde, mesmo após ter sido sancionada uma lei que proíbe que esses profissionais sejam contratados temporariamente ou de forma terceirizada. Dessa forma, os resultados desse trabalho sugerem que a LRF tem provocado impacto negativo para o Sistema Único

de Saúde, em razão de o limite de despesa com pessoal impossibilitar que o gestor municipal amplie a oferta de serviços e regularize os vínculos com os profissionais atualmente contratados.

Não se nega a importância da lei para o ajuste das finanças públicas no Brasil, mas parece haver fortes razões para que se discuta sua flexibilização no quesito da despesa com pessoal da Saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 19 fev. 2012.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 19 fev. 2012.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006(a). Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 19 fev. 2012.

_____. Ministério da Fazenda. *Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios (SISTN)*. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/sistn.asp>. Acesso em: 19 fev. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, 2012b. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

_____. _____. *Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos Pela Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. _____. *Programa Saúde da Família*. 2012 c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. _____. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)*, 2012d. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

CASTRO, J. D. et al. Custo-efetividade: comparação entre o modelo “tradicional” e o Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira Médica-Farmacêutica e Comunitária*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p. 91-98, 2007.

_____.; MARINHO, M. E. Os custos do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre – 1998 e 2002. *Revista Brasileira Médica-Farmacêutica e Comunitária*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 298-306, 2007.

CASTRO, P. S. *Aferição de custos em unidades básicas em saúde: revisão integrativa da literatura*. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-19082011-080754/pt-br.php>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

COUTO, P. A. Avaliação econômica da atenção básica no município de Vitória da Conquista – Bahia. *Anais do VIII Encontro ABRES*, 2007. Disponível em: <<http://www.abresbrasil.org.br/pdf/11.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

DALMONECH, L. F.; TEIXEIRA, A.; SANT'ANNA, J. M. O impacto *ex-post* da Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000 nas finanças dos estados brasileiros. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 1173-1196, 2011.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. *Mediações*, Londrina, v. 16, n. 1, p. 142-156, 2011.

FIORAVANTE, D. G.; PINHEIRO, M. M. S.; VIEIRA, R. S. Lei de Responsabilidade Fiscal e finanças públicas municipais: impactos sobre despesas com pessoal e endividamento. *Texto para discussão nº 1223*, IPEA, 2006.

GIUBERTI, A. C. Lei de Responsabilidade Fiscal: efeitos sobre o gasto com pessoal dos municípios brasileiros. *Anais do XXXIII Encontro Nacional de Economia*, 2005. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2005/artigos/A05A048.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2005*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/default.shtm>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

_____. *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2009*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/default.shtm>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

JUNQUEIRA, T. S.; et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

MERHY, E. E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.

_____. *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas*. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

_____.; Franco, FRANCO, T. B. *Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

_____.; _____. *Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde*. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

NASCIMENTO, C. M. B. *Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife*. Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação *latu sensu* em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/precarizacao_acs_rmr.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2012.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. Texto de Apoio da Unidade Didática I. In: SANTANA, J. P. (Coord.). *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família*. Brasília: Opas, 2000, p. 59-63. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/ACF18.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA (NESP). *Despesa com pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal*. Brasília: Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Despesa_pessoal_LRF.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2012.

ROCHA FILHO, F. S.; SILVA, M. G. C. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, 2009.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. *O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família*. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

SANTOLIN, R.; JAYME Jr., F. G.; REIS, J. C. Lei de Responsabilidade Fiscal e implicações na despesa de pessoal e de investimento nos municípios mineiros: um estudo com dados em painel dinâmico. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 895-923, 2009.

SANTOS, S. R. T.; ALVES, T. W. O impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal no desempenho financeiro e na execução orçamentária dos municípios no Rio Grande do Sul de 1997 a 2004. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 181-208, 2011.

SILVA, E. V. M.; SILVA, S. F. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 40, p. 7-13, jun. 2007.

TAVEIRA, Z. Z. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura. Monografia do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2430.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

VIEIRA, F. S. Descentralização da política de saúde no Brasil: avanços e desafios. *Respublica*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 27-42, 2008

Fabiola Sulpino Vieira é Doutora em Saúde Coletiva, Mestre Profissional em Economia da Saúde, Especialista em Gestão Pública e Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Ministério da Saúde. fabiolasulpino@uol.com.br.