

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**O FINANCIAMENTO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE
DA REGIÃO 25 - VINHEDOS E BASALTO – RS**

MARTA MIRANDA

Porto Alegre

2015

MARTA MIRANDA

**O FINANCIAMENTO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE
DA REGIÃO 25 - VINHEDOS E BASALTO – RS.**

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Tutor de orientação a distância: Gímerson Erick Ferreira

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), Escola de Administração /UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Porto Alegre

2015

MARTA MIRANDA

**O FINANCIAMENTO DO SUS NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE
DA REGIÃO 25 - VINHEDOS E BASALTO – RS.**

Conceito Final:

Aprovado em.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr.....-Instituição

Prof. Dr.....-Instituição

Prof. Dr.....-Instituição

Orientador Prof. Dr.....-Instituição

RESUMO

Introdução: Desde a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, todos os municípios brasileiros enfrentam dificuldades com o seu financiamento. Objetivo Geral: Analisar o financiamento da saúde nos municípios de pequeno porte da Região n. 25 – Vinhedos e Basalto do Rio Grande do Sul. Objetivo Específico a) Os Blocos de Financiamento do SUS são: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos. Objetivo Específico b) Os repasses fundo a fundo são realizados através de Blocos de Financiamento de acordo com a estrutura e população de cada município e adesão ou não a programas específicos. Objetivo Específico c) Os municípios estudados são responsáveis pelo financiamento de mais de 70% de todos os gastos com saúde, onde todos utilizam mais de 15% de receita própria, percentual mínimo preconizado pela Emenda Constitucional 29. Objetivo Específico d) Os recursos estaduais e federais só podem ser gastos em ações e serviços públicos de saúde vinculados a cada Bloco de Financiamento aos quais foram repassados. Métodos: Coleta de dados secundários através do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) dos municípios: Boa Vista do Sul, Coronel Pilar, Monte Belo do Sul, Protásio Alves, São Jorge, Santa Tereza e Vista Alegre do Prata. Os gastos foram descritos por Blocos de Financiamento e Subfunções Orçamentárias, assim como os percentuais aplicados com receita própria pelos municípios nos anos de 2011-2013. Resultados: Mostram que, mesmo tendo havido aumento nos repasses por parte da União e do Estado, os municípios da Região 25 estão gastando muito mais que os 15% da receita própria com saúde. Percebe-se também que a maior parte dos recursos disponibilizados são para a Atenção Básica, em que a Estratégia Saúde da Família tem o maior aporte dos recursos. Nota-se também que, nos relatórios do SIOPS, a maioria dos municípios lança gastos de Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade na Sub-função da Atenção Básica, ou seja, as sub-funções não estão sendo descritas corretamente de acordo com os Blocos de Financiamento do SUS.

Palavras-Chave: Gestão em saúde, financiamento da saúde, recursos em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Since the political and administrative decentralization of the Unified Health System, all municipalities are struggling with their financing. General Purpose: To assess health financing in small towns in the region n. 25 – Vinhedos e Basalto, Rio Grande do Sul. Specific Objective a) The SUS Financing blocks are: Primary Care, Medium Care and High Complexity Outpatient and Hospital, Pharmaceutical Services, Health Surveillance, SUS Management and Investment. Specific Objective b) The fund transfers to fund are made through financing blocks according to the structure and population of each municipality and membership or not the specific programs. Specific Objective c) The municipalities studied are responsible for funding more than 70% of all health spending, which all use more than 15% of own revenues minimum percentage recommended by the Constitutional Amendment 29. Specific Objective d) The state resources and federal can only be spent on public health activities and services linked to each funding block to which they were transferred. Methods: Secondary data collection through the system of Public Health Budgets (SIOPS) municipalities: Boa Vista do Sul, Coronel Pilar, Monte Belo do Sul, Protásio Alves, São Jorge, Santa Tereza and Vista Alegre do Prata. Spending was described by Financing blocks and sub Budget, as well as the percentage invested with own recipe by municipalities in the years 2011-2013. Results: They show that, even though there was an increase in transfers from the Union and the state, the municipalities in Region 25 are spending much more than 15% of one's income on health. It also realizes that most of the resources are for primary care, where the Family Health Strategy has the largest inflow of funds . Note also that , in SIOPS reports, most municipalities launches Pharmaceutical Assistance spending, Medium and High Complexity in Sub -function of primary care, ie the sub- functions are not described correctly according to the Blocks SUS financing .

Keywords : Health care management , health financing , health resources.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Recursos transferidos fundo a fundo, da União para os municípios estudados, 2011-2013. (em R\$).....	27
Tabela 2 - Recursos transferidos fundo a fundo, do Estado do RS para os municípios estudados, 2011-2013. (em R\$).....	28
Tabela 3 - Outras receitas do SUS nos municípios estudados, 2011-2013. (em R\$).....	28
Tabela 4 - Razão das despesas com recursos próprios municipais com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) / Total das despesas com saúde nos municípios estudados, 2011-2013.....	29
Tabela 5 - Percentual da receita municipal própria gasto com saúde, municípios estudados, 2011-2013.....	31
Tabela 6 - Valor per capita gasto em saúde segundo origem do recurso, municípios estudados, 2011-2013 (R\$).....	32
Tabela 7 - Gastos médios por sub-função e % das despesas totais com saúde, municípios estudados, 2011-2013.....	34
Tabela 8 - Gastos médios por Bloco de Financiamento e % das despesas totais com saúde, municípios estudados, 2011-2013.....	36

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASC	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa Saúde da Família
RPAS	Recursos Próprios Aplicados em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
RTS	Recursos Transferidos em Saúde
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do Sistema Único de Saúde
SES	Secretaria Estadual da Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VISA	Vigilância Sanitária
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Objetivos	10
1.1.1 <i>Objetivo Geral</i>	10
1.1.2 <i>Objetivos Específicos</i>	10
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
2.1 Delineamento da Pesquisa	11
2.2 Coleta de Dados	11
2.3 Aspectos Éticos	12
2.4 Análise e Interpretação dos Dados	12
3 CONTEXTO	14
3.1 Gestão no SUS	14
3.2 Normatização sobre o Financiamento do SUS	16
3.3 Características do Financiamento do SUS	23
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
CONCLUSÃO	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

A Lei 8080/90 afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Estabeleceu também como princípio do Sistema Único de Saúde a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios (art. 7º, IX, a), porém, desde então, os municípios enfrentam dificuldades com o seu financiamento, sendo que cada vez mais aumentam os percentuais gastos pelos municípios em saúde devido à judicialização da saúde, ao aumento de doenças crônicas, à incorporação de tecnologias e ao aumento da expectativa de vida.

O desenvolvimento contínuo de novas tecnologias e sua incorporação nos sistemas de saúde constitui um dos principais determinantes do aumento do gasto em saúde no Brasil e em todo o mundo, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande incorporador destas tecnologias, sendo que somente o Ministério da Saúde compra cerca de R\$ 8 bilhões em medicamentos, equipamentos e produtos de saúde por ano. Ao mesmo tempo, gestores de todas as instâncias do SUS são constantemente pressionados para que tecnologias novas e emergentes sejam incorporadas (SILVA, PETRAMALE e ELIAS, 2012).

Outro fator agravante é que a variação dos custos com saúde chega a ser aproximadamente três vezes maior que a inflação geral do país, a qual as pesquisas apontam que chegará a 18,09% em 2015, enquanto a inflação geral tem previsão de 7,01% (SAÚDEBUSINESS, 2015).

A Emenda Constitucional 29/2000 buscou assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Após, a Lei Complementar 141/2012 regulamentou a EC 29/2000 e ficou definido que a União deveria aplicar o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual.

Para estados e Distrito Federal, devem ser aplicados 12% do produto da arrecadação de impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios.

O estado do Rio Grande do Sul apenas nos últimos dois anos conseguiu cumprir este percentual (SES/ RS, 2015). Contudo, os municípios além de serem obrigados pelos tribunais de contas a aplicarem o percentual mínimo de 15% da

arrecadação, aplicam muito mais. O esforço é necessário para que possam manter a atenção básica e a média complexidade funcionando de maneira adequada, e nos municípios maiores também a alta complexidade.

Este estudo analisou se o valor mínimo aplicado pelos entes federados vem sendo cumprido nos municípios de pequeno porte da Região nº 25 – Vinhedos e Basalto, quantificando os recursos repassados e o montante gasto anualmente de 2011-2013 nos municípios estudados, explicitando em que os recursos estão sendo aplicados, por Bloco de Financiamento.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Descrever o financiamento do SUS nos municípios de pequeno porte da Região nº 25 – Vinhedos e Basalto.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever os Blocos de Financiamento do SUS.
- b) Caracterizar os repasses fundo a fundo nos municípios de pequeno porte da Região de Saúde n. 25 – Vinhedos e Basalto.
- c) Examinar o volume de recursos próprios, total e *per capita*, investidos em saúde nos municípios estudados.
- d) Demonstrar como podem ser gastos os recursos estaduais e federais e a que estão atrelados.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A seguir, apresenta-se a caracterização da pesquisa realizada, indicando como foi feita a coleta, a análise dos dados, incluindo seus aspectos éticos.

2.1 Delineamento da pesquisa

O presente estudo é descritivo, com abordagem quantitativa.

Para Piccoli (2006), a pesquisa descritiva tem como finalidade observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, visando descobrir os fenômenos e procurando descrevê-los, classificando-os e interpretando-os com o propósito de conhecer a sua natureza.

Segundo Víctora et al. (2000), os métodos quantitativos de pesquisa são utilizados para descrever uma variável quanto a sua tendência central ou dispersão média, mediana, moda, ou dividi-la em categorias e descrever a sua frequência, taxas e medidas de risco em grandes populações.

2.2 Coleta de dados

Foi realizada análise de dados secundários através dos bancos de dados do SIOPS, Relatórios de Gestão quadrimestrais e anuais. Esta análise corresponde aos municípios estudados, comparando os gastos em saúde de 2011-2013 entre sete municípios do mesmo porte da Região de Saúde Vinhedos e Basalto, referentes aos valores recebidos do Estado e da União, assim como os gastos próprios destes municípios em saúde. Esses sete municípios da Região de Saúde nº 25 foram escolhidos por serem de pequeno porte, com população de até 3.000 habitantes. Os sete municípios foram os seguintes: Boa Vista do Sul (2.776 habitantes), Coronel Pilar (1.775 habitantes), Monte Belo do Sul (2.670 habitantes), Protásio Alves (2.000 habitantes), Santa Tereza (1.720 habitantes), São Jorge (2.774 habitantes) e Vista Alegre do Prata (1.569 habitantes).

2.3 Aspectos éticos

Esse estudo não se caracteriza como “pesquisa em seres humanos” não estando sujeito à Resolução 466/2012-CNS. Assim, não necessitou de aprovação de comitê de ética em pesquisa em seres humanos, pois, não utiliza métodos de entrevistas e/ou questionários com indivíduos, sendo analisado banco de dados de natureza orçamentária e financeira de consulta pública livre.

2.4 Análise e interpretação dos dados

Os dados foram tabulados de forma descritiva que segundo Piccoli (2006), tem como finalidade observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos, sem manipulá-los, para assim descrever, classificar e interpretar estes dados com o propósito de conhecer a sua natureza.

Utilizaram-se tabelas em planilha Excel, onde foram analisados os percentuais gastos em saúde nos municípios de acordo com os repasses recebidos nos anos de 2011-2013 e comparando-se os mesmos com outras pesquisas de mesmo teor.

Para se alcançar o objetivo específico a - Descrever os Blocos de Financiamento do SUS através das pactuações Bipartite e Tripartite, – foram realizadas buscas de referências bibliográficas sobre o financiamento do SUS, descrição dos Blocos de Financiamento, assim como banco de dados do Ministério da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>) e do Estado do Rio Grande do Sul, portal da transparência (www.saude.rs.gov.br) os quais descrevem os repasses fundo a fundo para os municípios.

Para se alcançar o objetivo específico b) - Caracterizar os repasses fundo a fundo no município estudado, assim como nos outros seis municípios de mesmo porte da Região de Saúde n. 25 – Vinhedos e Basalto – Foi realizada consulta aos Relatórios de Gestão quadrimestrais e anual publicados anualmente pelo Ministério da Saúde, assim como os sites do Fundo Nacional de Saúde, do Fundo Estadual de Saúde e da Sala de Situação de Saúde, disponível no site do Ministério da Saúde, com acesso público pela Internet.

Para se alcançar o objetivo específico c) - Examinar o volume de recursos próprios, total e per capita, investidos em saúde no município de Santa Tereza e nos

municípios vizinhos – Foi realizada consulta aos Relatórios de Gestão trimestrais e anuais (SARGSUS) publicados anualmente pelo Ministério da Saúde.

Para alcançar o objetivo específico d) - Demonstrar como podem ser gastos os recursos estaduais e federais e a que estão atrelados – Foi abordado o tema através da Portaria nº 204/ 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, acrescido da Lei 141/2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

3 CONTEXTO

3.1 Gestão no SUS

De acordo com Mello (1991), a autonomia do município é uma forma de descentralização universal, devendo o governo ser eleito pelo povo, ter receitas suficientes, ausência de subordinação administrativa às esferas superiores e competência para administrar os serviços essenciais locais.

Para Vilar (2002), o gestor do Sistema Municipal assume papel importante no processo de municipalização das ações de saúde, necessitando de capacitação técnica e política para o exercício do cargo e desenvolvimento das novas funções de acordo com o contexto democrático, sendo este o principal protagonista do sistema.

Segundo Vasquez (2011), para promover a efetiva descentralização da atenção básica à saúde, foi editada a NOB 01/96, que estabeleceu apenas dois tipos de Gestão Municipal em Saúde: a gestão plena de atenção básica, em que os municípios ficam responsáveis pela oferta das especialidades básicas, pela gestão das unidades básicas de saúde e pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão plena do sistema de saúde que, além das ações de atenção básica inclui a gestão dos serviços de alta e média complexidade.

De acordo com Portaria MS 2.488/2011, a Atenção Básica compreende desenvolver uma série de fatores em prol da coletividade, conforme disposto:

Atenção Básica deve desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Desenvolvida através do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária de acordo com o território em que vivem essas populações, utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliem no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância, observando os critérios de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

Vale lembrar que, com a edição da NOB nº 01/96 do Ministério da Saúde (1997) houve a busca da autonomia dos municípios e estados para a gestão descentralizada. Essa norma foi importante principalmente para o surgimento das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, e de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Buscou-se um modelo de atenção integral à saúde, fortalecendo a mudança do conceito Saúde, em que o núcleo família passa a ser a referência para o SUS, revertendo a atenção hospitalar e especializada para um modelo baseado na prevenção e promoção da saúde. Esta foi uma das principais mudanças estruturais de gestão realizadas pelo Ministério da Saúde.

Conforme a Portaria 2.488/2011 a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Sendo assim, os estados devem apoiar e os municípios e o Distrito Federal deverão implantar ou expandir as ESF em todo o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definindo o número de equipes que deverão atuar, mapeando as áreas e micro áreas assistidas por essas equipes.

De acordo com Abrasco (2011), só houve expansão significativa dos serviços como a Estratégia Saúde da Família até quando os municípios puderam assegurar o aporte de novos recursos à saúde. No período de 2000 a 2009, os investimentos próprios dos municípios cresceram até atingir, em média, 22% dos orçamentos municipais, sendo que acima desse patamar, tem sido difícil conseguir mais recursos municipais.

Neste sentido, Castro e Machado (2010) concluem que se poderia obter mais avanços na atenção básica em saúde, porém, persiste o desafio de uma reconfiguração do modelo regulatório federal e a garantia de um maior aporte de recursos para esse nível de atenção.

Segundo Marques e Mendes (2003), a maior dificuldade encontrada pelos municípios é o fato dos recursos virem com a definição antecipada pelo Estado ou União de como serão gastos. Essa situação impossibilita o município de gerir o recurso transferido conforme a sua realidade, uma vez que aquela verba já está designada para determinadas ações preconizadas pelas respectivas esferas. A Portaria 204/2007 (MS, 2007), estabelece que os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

De acordo com a Portaria n. 204/2007 (MS, 2007), a Atenção Básica é financiada pelo Piso da Atenção Básica Fixo e Variável de acordo com as estratégias pactuadas pelos municípios, conforme citação:

São ações e serviços de saúde nos municípios que não disponibilizam serviços de média e alta complexidade, (i) a Assistência Farmacêutica Básica, através do componente básico da assistência farmacêutica que se destina à aquisição de medicamentos e insumos da assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica e dos programas pactuados pelos gestores na CIB e CIT, além de (ii) ações de Vigilância em Saúde através das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador que visam a prevenção e o controle de doenças através de atividades de promoção da saúde, campanhas de vacinação e monitoramento de indicadores (MS, 2007).

Quanto às ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, são referenciadas de acordo com as pactuações nas regiões de saúde conforme as diretrizes do Pacto de Gestão (2006). Essas diretrizes priorizam a regionalização e a programação pactuada integrada discutida nos espaços das Comissões Intergestores (MS, 2010).

De acordo com o Decreto 7.508/ 2011, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS (Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Especiais de Acesso Aberto) e se completa na rede regionalizada, hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (MS, 2011).

Segundo Ministério da Saúde (MS, 2007; MS, 2009), ainda é de responsabilidade da gestão municipal os serviços de controle, avaliação, auditoria, planejamento, programação, gestão da participação e do controle social, Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e implementação de políticas específicas, além de investimentos que priorizem a recuperação, re-adequação e expansão das redes físicas de saúde e espaços de regulação. Estes serviços são financiados através dos Blocos de Gestão do SUS e Investimentos, com repasse fundo a fundo.

3.2 Normatização sobre o Financiamento do SUS

Conforme a Lei que regula os serviços e ações em saúde em todo o território nacional, art. 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o

Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Lei 8.080/90). Assim expresso:

Portanto, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, ou seja, estabelecendo condições de igualdade e equidade no acesso, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e garantindo condições de bem-estar físico, mental e social. Porém, o dever do estado não exclui o das pessoas, das famílias e da sociedade (Lei 8.080/90).

De acordo com a referida lei (Lei 8.080/90), deve ser dada ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, assim como à regionalização e à hierarquização da rede de serviços de saúde. Deve também haver conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população com capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, ainda de acordo com a Lei 8.080/90 “é obrigação de cada ente federado a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados em cada ano à saúde.”.

Segundo a Lei 8.142/90 os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) deverão ser alocados como I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, destinando-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. Estes recursos serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 (Lei 8.080/90).

Quanto aos recursos, a lei diz que o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, entre outras fontes provenientes de serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, ajuda, contribuições,

doações e donativos, alienações patrimoniais, rendimentos de capital, taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde, assim como rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (Lei 8.080/90).

Ainda conforme a lei (Lei 8.080/90), ao SUS as receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas, sendo que as ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação e as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

Quanto à Gestão Financeira, a Lei 8.080/90 diz que os recursos financeiros do SUS serão movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde, sendo que na esfera federal, os recursos financeiros originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde. O MS também acompanhará, através de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios e quando se constatado desvio ou não aplicação dos recursos, caberá aplicar as medidas previstas em lei.

Portanto, as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito SUS (Lei 8.080/90).

Quanto aos valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios será utilizada a combinação de critérios segundo análise técnica de programas e projetos sobre o perfil demográfico e epidemiológico da região coberta. Além das características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede, ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo, assim como outros critérios de

acordo com indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados (Lei 8.080/90).

Até 2012, os repasses fundamentaram-se essencialmente no perfil demográfico (Lei 8.080/90, 1990) e após a regulamentação através da Lei Complementar 141/ 2012, enfatizou-se outros critérios de rateio visando à progressiva redução das disparidades regionais e instituindo-se normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Lei Complementar 141/2012).

Segundo a Lei 8.080/90, o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União, onde os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária, vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

De acordo com a Lei 8.142 para receberem os recursos, os municípios, estados e o Distrito Federal deveriam contar com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, com composição paritária, plano de saúde; relatórios de gestão que permitissem o controle da aplicação dos recursos, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) previsto o prazo de dois anos para sua implantação e o não atendimento pelos Municípios, Estados ou Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos implicaria na administração dos recursos pelos Estados ou pela União (Lei 8.142/90).

Vale salientar que vinte e quatro anos depois, não há Plano de Carreira, Cargos e Salários na maioria dos municípios brasileiros, sendo que os contratos precários de trabalho ainda prevalecem na maioria das instituições públicas, gerando falta de profissionais de saúde, principalmente médicos (SARGSUS - RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2013).

A Norma Operacional Básica (NOB) nº 1, de 1993, havia instituído o repasse fundo a fundo e a NOB nº 1, de 1996, definiu modalidades de gestão a que os municípios e estados devem se habilitar, mecanismo esse que alavancou a descentralização financeira de recursos do SUS. Em 2000, a Emenda Constitucional

nº 29 (EC nº 29) fixou os montantes mínimos a serem aplicados em saúde pela União, pelos Estados e Municípios e pelo Distrito Federal.

Em 2012, através da Lei Complementar 141, houve a regulamentação do § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, revogando dispositivos da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990,

Segundo a Lei Complementar 141/2012, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes:

- a) à vigilância em saúde, epidemiológica e sanitária;
- b) a atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- c) capacitação do pessoal de saúde do SUS;
- d) desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovida por instituições do SUS;
- e) produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- f) saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades; saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- g) manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- h) investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- i) remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade em ações de saúde, incluindo os encargos sociais;
- j) ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e,

k) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Da mesma forma que dispõe sobre o que são as ações em saúde que podem ser custeadas com verbas públicas, também coloca o que não entra nos percentuais mínimos gastos com saúde, tais como:

a) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

b) pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

c) merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS;

d) saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

e) limpeza urbana e remoção de resíduos;

f) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

g) ações de assistência social; obras de infra-estrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e,

h) ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos fundos da saúde (Lei Complementar 141/2012).

Quanto aos percentuais mínimos, a União aplicará anualmente em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, não sendo reduzido em caso de variação negativa (Lei Complementar 141/2012).

Os Estados e o Distrito Federal aplicarão anualmente no mínimo 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios. Já os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos, bem como receitas provenientes da dívida ativa, multa e juros de mora decorrentes de impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial (Lei Complementar 141/2012).

O repasse dos recursos segundo a Lei Complementar 141/2012 será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

Conforme a Lei Complementar 141/2012 o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde repassados observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, que o Ministério da Saúde definirá e publicará anualmente os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde pactuados na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Também ressalta que os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde. Além de garantir a integralidade da atenção à saúde e as despesas de custeio e capital que são executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios esses recursos serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos (Lei Complementar 141/2012).

Todas as ações e serviços em saúde devem ser explicitados nos respectivos planos municipais de saúde os quais devem ser plurianuais, ou seja, para quatro anos (Lei Complementar 141/2012).

No período entre a promulgação da EC 29 e a edição de Lei Complementar 141/2012, cabe destacar que a Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais fundo a fundo através dos blocos de financiamento. Esses blocos foram assim distribuídos: Atenção Básica (PAB fixo e variável), em que o fixo depende do número de habitantes e o variável do número de programas pactuados pelos municípios com a esfera federal; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, acrescido posteriormente pelo bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde através da Portaria GM/MS nº 837 de 23 de abril de 2009 (MS, 2007; MS, 2009).

3.3 Características do Financiamento do SUS

Quanto à gestão dos recursos financeiros do SUS, há dados que apontam que o sistema é subfinanciado, sendo assim, seus problemas não seriam resolvidos apenas com a melhoria da gestão, mas seria necessário aumentar o aporte de recursos (SENADO FEDERAL, 2013).

Ainda segundo a mesma fonte, estes problemas se originaram desde a criação do SUS pela Constituição Federal em 1988 em que se estendeu o direito à saúde a todos e instituiu o SUS como modelo de efetivação desse direito, acolhendo, dessa forma, muitas pessoas que antes não tinham direito de receber qualquer tipo de atenção a sua saúde. Mesmo assim, o Brasil é um dos países que menos gasta com saúde, apenas 9% do PIB, dos quais 53% é financiado pelo capital privado e apenas 47% pelo setor público. Levando-se em conta que a maior participação do financiamento público promove racionalidade e eficiência nos sistemas de saúde, assim como o aumento da qualidade do atendimento prestado, afirma-se que a condução do financiamento em saúde em um país deve ser público (SENADO FEDERAL, 2013).

Ressalta que o Ministério da Saúde tem realizado estudos experimentais que utilizam o IDSUS como parâmetro para a determinação do déficit de financiamento do SUS, analisando a relação entre os gastos municipais *per capita* em saúde e os respectivos valores calculados para o IDSUS municipal e para os componentes desse índice. São atribuídas notas para a eficiência no gasto e o acesso à atenção básica, em que são estimados valores médios de gasto municipal *per capita* em saúde para grupos de municípios que têm similaridades entre si e que têm valores do IDSUS próximos. Esses valores de gastos municipais *per capita* calculados são extrapolados para a população brasileira, de forma que é possível obter uma estimativa do déficit do SUS para alguns valores do IDSUS (SENADO FEDERAL, 2013).

De acordo com Lima e Andrade (2009), em média as principais fontes de receitas correntes municipais em todo o país são as transferências intergovernamentais provenientes dos estados e da União, com destaque para o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

No estudo realizado por Lima e Andrade (2009), em 2005, em relação às principais fontes de receitas correntes, as receitas provenientes da cota-parte do

ICMS e da receita tributária própria foram mais expressivas nos municípios situados nas regiões Sudeste, Sul, seguidos do Centro-Oeste, onde juntamente com a região Nordeste, os valores das transferências federais do SUS são maiores do que nas demais regiões do país e os municípios das regiões Norte e Nordeste se destacam em relação aos recursos mais elevados provenientes do FPM.

Ainda de acordo com Lima e Andrade (2009), no ano de 2005, as transferências federais do SUS representaram a quinta principal fonte de receita tributária, abaixo da Cota-parte do ICMS, da arrecadação tributária própria, do FPM, e do Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (FUNDEF), segunda principal transferência regular da União, abaixo do FPM, fonte de receita mais importante do que a arrecadação tributária própria em, pelo menos, 25% dos municípios.

As transferências federais do SUS, se comparadas com a arrecadação, são mais significativas nos municípios das regiões Norte e Nordeste, tendo importância revelante na afirmação do papel indutor e coordenador do Ministério da Saúde no estímulo à adesão municipal a políticas federais atreladas a recursos financeiros nessas localidades (LIMA, ANDRADE, 2009).

De acordo com Abrasco (2011), os gastos do governo federal com a saúde diminuíram proporcionalmente, chegando a representar 73% do total dos gastos das três esferas de governo em 1990, caindo em 2004 para menos de 50%. Porém, os gastos municipais e estaduais cresceram, passando de 15% do total dos gastos públicos em saúde em 1990, para pouco mais de 25%, em 2004 (ABRASCO, 2011).

Ressalta ainda que a comparação dos gastos per capita dimensiona bem o sub-financiamento do SUS, já que em 2003, enquanto a cada brasileiro correspondeu um montante de 270 dólares investido na saúde, a cada britânico, canadense, australiano ou sueco corresponderam montantes superiores a 2.000 dólares.

Soares e Santos (2014) afirmam que de 1995 a 2012 observa-se um aumento nos gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde, com um crescimento médio anual em todos os períodos presidenciais. O aumento foi de 79,8% quando comparado o período de 2011-2012 em relação à primeira gestão do presidente FHC, 1995-1998, saindo de R\$ 222,54 per capita para R\$ 400,06 per capita. Os autores relatam que o PIB apresentou crescimento real em todos os anos de 1995-2012, acumulando um aumento médio anual de 61,4% de 2011-2012 também em

relação ao período da primeira gestão de FHC. A variação foi de 1,6% para 1,8% do PIB com gastos em saúde de 2011-2012 e média de 1,7% de 1995-2012 (SOARES; SANTOS, 2014).

Para ampliar as despesas federais em saúde e elevar o gasto da União, seria preciso aplicar em 2012, 56 bilhões de reais, ou seja, elevar de 6,9% para 11,8% da Receita Corrente Bruta ou, equivalentemente, de 12,69% para 21,8% da Receita Corrente Líquida (SENADO FEDERAL, 2013).

No entanto, a queda da participação da União deve ser contextualizada, pois ocorreu em função de mudanças no modelo e na gestão da saúde pública no Brasil, bem como do crescimento mais acelerado das despesas próprias dos Estados, Distrito Federal e Municípios causado pela EC n. 29, de 2000 (SENADO FEDERAL, 2013).

A partir de 2004, houve aumento real do investimento em saúde pela União, porém, esse crescimento real da aplicação em saúde da União foi menos acelerado que o dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que tinham o seu limite constitucional mínimo e que foi mantido pela Lei Complementar nº 141/2012, atrelado à arrecadação de tributos, que tem sido crescente. Ou seja, os gastos em saúde dos entes federados cresceram a uma taxa bem mais elevada que os da União. As despesas federais em saúde cresceram de acordo com a economia, seguindo o PIB, porém, este tem passado por momentos de crise (SENADO FEDERAL, 2013).

Salienta-se que a atual metodologia de apuração do piso de aplicação federal em saúde é uma regra que garante estabilidade ao financiamento, mas que engessa a administração fazendária, sendo que valor empenhado em um ano vincula os valores dos anos seguintes, não considerando a real capacidade financeira da União, uma vez que a despesa é corrigida diretamente pela variação do PIB nominal (SENADO FEDERAL, 2013).

Com a Emenda Constitucional 86/2015 de 17 de março de 2015, no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro não deve ser inferior a 15%, sendo que este percentual será atingido progressivamente em até 5 anos após a promulgação desta emenda. E as despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, serão computadas para fins de cumprimento deste percentual (BRASIL, 2015).

Há certo receio por parte dos órgãos federais de planejamento em aumentar os recursos destinados ao financiamento público da saúde, tendo em vista que o cenário econômico moderno é muito dinâmico e, mesmo as melhores previsões de comportamento da economia podem não se realizar. Isso resulta na proposição de que o piso estabelecido pela Lei Complementar nº 141/2012, na prática, se tornou um teto para realização de despesas federais em saúde (SENADO FEDERAL, 2013).

De acordo com Vasquez (2011), novas regras e incentivos foram introduzidos no financiamento da saúde para que os governos estaduais e municipais ampliassem o percentual de recursos destinados à saúde e assumissem a oferta do atendimento básico e de programas específicos, porém, nos moldes definidos pelo governo federal. Isso fez com que a autonomia decisória destes

governos fosse afetada por regras e incentivos estabelecidos a fim de obter a cooperação dessas esferas e de definir um padrão nacional de execução local dos programas desenhados centralmente, ou seja, a regulação tornou-se federal.

Ainda segundo o autor, tal caráter indutor estabelece uma relação direta entre a União e os municípios na política de atenção básica à saúde, onde o governo federal define diretrizes e desenhos dos programas, norteia as ações dos municípios que são responsáveis pela execução (VASQUEZ, 2011).

O autor mostra em seu estudo que o patamar mínimo de gasto estabelecido pela vinculação de receitas e as condicionalidades impostas para os repasses do SUS resultaram no aumento da participação dos governos subnacionais no financiamento e na oferta do atendimento básico em saúde (especialmente, dos municípios), como também na redução das desigualdades horizontais quanto aos recursos aplicados em saúde pelos municípios (VASQUEZ, 2011).

Os recursos federais para o SUS são norteados pelo tamanho da população e o tipo de adesão dos municípios às políticas de saúde desenhadas pelo governo federal, prevendo recursos adicionais vinculados à oferta de programas específicos como a Estratégia Saúde da Família (ESF), fornecendo estímulos para que os governos municipais assumam a oferta desses programas, de acordo com diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde (VASQUEZ, 2011).

Segundo Relatório do Senado Federal, o primeiro passo para se efetivar melhorias no atendimento público à saúde no Brasil é por meio da melhoria do financiamento do SUS (SENADO FEDERAL, 2013).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os dados a seguir, estes foram os recursos repassados fundo a fundo da União para os municípios estudados. Verifica-se que houve um aumento real nos valores absolutos entre 2011 e 2013.

Tabela 1 – Recursos transferidos fundo a fundo da União para os municípios estudados, 2011-2013 (em R\$)

Município	2011	2012	2013
Boa Vista do Sul	93.258,3	94.578,0	158.504,9
Coronel Pilar	58.568,3	68.499,1	80.543,8
Monte Belo do Sul	260.682,2	300.740,6	303.201,8
Protásio Alves	225.837,0	461.449,5	397.937,8
Santa Tereza	221.942,2	290.260,2	336.079,5
São Jorge	221.133,8	368.244,9	413.047,4
Vista Alegre do Prata	239.252,3	493.660,5	426.819,1
Total	1.320.674,1	2.077.432,8	2.116.134,3

Fonte: SIOPS, 2011-2013

Os recursos repassados fundo a fundo pelo estado para os municípios estudados, conforme ilustrados na tabela que segue, mostram que houve um aumento expressivo, proporcionalmente maior que o aumento em relação à tabela anterior, ou seja, um aumento real de 228%.

De acordo com Kranz et al. (2014a apud Rosa e Kranz, 2015), em estudo realizado em Santa Catarina, as transferências Estaduais são menos expressivas e variam de 4% na Região de Serra Catarinense até 23% na de Xanxerê.

Kranz et al. (2012 apud Rosa e Kranz, 2015) em outro estudo, ainda mostram que quando somadas, as transferências inter-governamentais aplicadas em saúde corresponderam a 45,8% no PR, 45,1% em SC e 42,2% no RS do total de recursos aplicados pelas mesorregiões, sendo que a do Sudeste Paranaense (PR) apresenta a menor participação percentual das transferências intergovernamentais com 27,1% e o Norte Central Paranaense (PR), a maior com 52,7%.

Segundo Ahlert (2012), em estudo realizado de 2008-2010 nas microrregiões de Santa Maria e Vacaria-RS, a média anual das transferências da União para o SUS foi de 70% e 80,3%, respectivamente, de todas as transferências no período, ou seja, nos municípios estudados também se encontrou resultado

expressivo em comparação com as transferências estaduais de recursos para o SUS.

Feijó (2012) também afirma a grande representatividade dos recursos transferidos pela União sobre os recursos transferidos pelo Estado do RS aos municípios das microrregiões de Frederico Westphalen e Não-Me-Toque, de 2008-2010.

Tabela 2 – Recursos transferidos fundo a fundo do Estado do RS para os municípios estudados, 2011-2013. (em R\$)

Município	2011	2012	2013
Boa Vista do Sul	71.210,4	41.750,0	208.532,9
Coronel Pilar	16.175,8	142.012,6	142.358,7
Monte Belo do Sul	79.976,6	90.116,3	226.246,1
Protásio Alves	106.960,6	92.361,7	275.527,5
Santa Tereza	60.624,0	62.760,0	90.033,2
São Jorge	63.149,6	194.887,7	476.549,9
Vista Alegre do Prata	79.071,6	0	150.000,0
Total	477.168,6	623.888,3	1.569.248,4

Fonte: SIOPS, 2011-2013

Por conseguinte, são apresentadas outras receitas do SUS (Receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos), as quais não são as vinculadas às transferências fundo a fundo (MS, 2003), conforme é possível visualizar na seguinte tabela:

Tabela 3 – Outras receitas do SUS nos municípios estudados, 2011-2013. (em R\$)

Município	2011	2012	2013
Boa Vista do Sul	1.030,2	3.707,2	6.518,9
Coronel Pilar	1.915,4	4,2	5.249,6
Monte Belo do Sul	3.051,3	5.005,6	5.631,2
Protásio Alves	3.566,1	5.579,6	10.497,6
Santa Tereza	16.237,8	12.552,7	8.434,2
São Jorge	7.895,1	6.719,3	11.344,7
Vista Alegre do Prata	44.853,1	4.295,4	16.845,9
Total	78.549,0	37.864	64.522,1

Fonte: SIOPS, 2011-2013

Também é apresentado o valor da razão dos recursos próprios dos municípios estudados investidos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em

comparação com as despesas totais em saúde de 2011-2013. Ao analisar a Tabela 4, percebe-se nitidamente que a maioria dos municípios é responsável por aproximadamente 75% a 97% dos recursos investidos em serviços e ações de saúde.

Tabela 4 – Razão das despesas com recursos próprios municipais com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) / Total das despesas com saúde nos municípios estudados, 2011-2013.

Município	2011	Razão	2012	Razão	2013	Razão
Boa Vista do Sul	1.781.924,0/ 1.953.902,9	0,91	1.837.503,7/ 1.990.364,0	0,92	2.215.739,5/ 2.589.296,2	0,85
Coronel Pilar	1.541.058,0/ 1.590.561,0	0,97	1.564.445,2 1.786.785,8	0,87	1.815.136,3 2.021.143,3	0,90
Monte Belo do Sul	1.490.497,7/	0,83	1.601.486,3/	0,80	1.753.718,1/	0,81
Protásio Alves	1.789.810,4 1.404.465,2/	0,79	1.997.559,5 1.459.676,7/	0,77	2.163.956,9 1.866.949,0/	0,75
Santa Tereza	1.785.880,3 1.153.631,1/	0,76	1.889.617,3 1.256.411,9/	0,80	2.477.315,1 1.517.050,8/	0,82
São Jorge	1.509.915,9 1.559.901,0/	0,85	1.573.733,5 1.649.358,4/	0,76	1.851.213,0 2.072.682,0/	0,78
Vista Alegre do Prata	1.843.851,4 1.950.419,5/ 2.588.217,7	0,75	2.177.134,3 1.841.343,7/ 2.378.086,9	0,77	2.653.992,8 2.090.899,4/ 2.770.034,1	0,75

Fonte: SIOPS, 2011-2013

Em estudo semelhante, verificou-se que na microrregião de Camaquã, de 2008-2010, houve uma média de 71% de recursos próprios dos municípios aplicados em saúde e o restante oriundo de transferências estaduais e federais. Naquele estudo, os municípios que mais aplicaram foram Chувиска (87%) e Sentinela do Sul (79%). Já na microrregião de Lajeado-Estrela, teve-se uma média de 79% de recursos próprios aplicados em saúde no mesmo período, sendo que 24 municípios tiveram menos de 24% de transferências inter-governamentais (CIBILS, 2012).

Apenas para comparação, ainda que com dados de um estado vizinho Kranz et al. (2014a apud Rosa e Kranz, 2015), em estudo já citado anteriormente, as Regiões de Saúde de Meio Oeste e de Alto Vale do Rio do Peixe são as que apresentaram maiores diferenças a favor dos Recursos Próprios Aplicados em Saúde com 67%. Com percentuais de Recursos Transferidos em Saúde maiores que de RPAS, as Regiões Alto Vale de Itajaí, Oeste, Serra Catarinense e Carbonífera que apresentam 51%, 52%, 54% e 57% respectivamente.

Segundo Quadros (2012), em estudo realizado de 2008-2010, as microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado/ Canela – RS, dependem das transferências constitucionais e legais, a primeira em maior grau (83,7%) e a segunda em menor grau (74,8%), também mostram que os recursos próprios aplicados em saúde na microrregião da Campanha Ocidental foram de (63,5%) e na Microrregião de Gramado foram de (67,9%). Sendo assim os municípios componentes da Região n. 25 componentes deste estudo, divergem do estudo referenciado por serem responsáveis por mais de 75% dos gastos com serviços de saúde de 2011-2013.

Ramm (2012), refere que nas microrregiões de Cachoeira do Sul e Monte Negro-RS, de 2008-2010, os municípios de ambas dependiam dos recursos de outras esferas de governo, por apresentarem um percentual médio de 82,7% e 87,6% de transferências constitucionais e legais, o que não acontece nos municípios estudados no momento.

Também refere que as microrregiões de cachoeira do Sul e Monte Negro – RS aplicaram a média de 51,5% e 75,4% respectivamente de recursos próprios em saúde de 2008-2010 (RAMM, 2012).

O maior valor computado no parágrafo anterior é compatível com o menor valor médio aplicado com recursos próprios em saúde de 2011-2013 nos sete municípios da Região n. 25, Vinhedos e Basalto analisados neste estudo.

De acordo com Ahlert (2012), em estudo realizado entre 2008-2010 nas microrregiões de Santa Maria e Vacaria-RS, mostrou respectivamente os recursos próprios médios anuais aplicados pelos municípios das microrregiões, 69,3% e 77%.

Ao compararmos com o estudo em questão, percebemos que a maior parte dos municípios aplica em saúde recursos próprios muito acima da média que nos municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria-RS de 2008-2010, mesmo a análise sendo em períodos diferentes.

Feijó (2012), encontrou a média anual de 48% de recursos próprios aplicados em saúde na microrregião de Frederico Westphalen e 76% na microrregião de Não-Me-Toque de 2008-2010. O segundo número é compatível com a média anual de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios de Protásio Alves e Vista Alegre do Prata de 2011-2013, o restante dos municípios investe um valor mais expressivo.

A seguir é apresentado o panorama da receita municipal que é investido em ações e serviços públicos de saúde. Percebe-se que todos os municípios estão investindo mais que os 15% definidos na Emenda Constitucional nº 29/2000. Estes percentuais vêm crescendo nos três anos estudados na maioria dos municípios.

Tabela 5 – Percentual da receita municipal própria gasto com saúde, municípios estudados, 2011-2013.

Município	2011	2012	2013
Boa Vista do Sul	16,2	15,8	19,5
Coronel Pilar	18,8	18,4	20,4
Monte Belo do Sul	16,6	17,2	16,9
Protásio Alves	17,8	17,5	21,1
Santa Tereza	16,2	17,2	19,0
São Jorge	19,1	19,5	22,8
Vista Alegre do Prata	21,8	20,2	22,8

Fonte: SIOPS, 2011-2013

Segundo et al. (2014a apud Rosa e Kranz, 2015), em estudo realizado no Estado de Santa Catarina entre 2008-2011, mostra que a Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense é a que apresenta o maior valor per capita aplicado dos RPAS com R\$ 275,5, enquanto que a Região de Saúde Extremo Sul Catarinense apresenta apenas R\$ 159,9. Os RTS têm maior representatividade per capita na Região de Saúde de Oeste, com R\$ 238,9 e menor na Região de Saúde Extremo Sul Catarinense, com R\$ 97,2. A soma dos RPAS com os RTS tem a Região de Saúde Nordeste como a que mais aplicou por habitante, sendo R\$ 487,4 e a Região de Saúde Extremo Sul Catarinense como a que teve o menor gasto per capita, com R\$ 257,9. A Região de Saúde Nordeste foi a que apresentou o maior percentual de investimento do seu orçamento, com 23,8%, enquanto que a Região Extremo Sul Catarinense, o pior, 16,2%.

Kranz et al. (2012 apud Rosa e Kranz, 2015), em estudo realizado nos mesmos anos na Região Sul do Brasil, mostrou que os Recursos Próprios Aplicados em Saúde por mesorregião foram de 18,9% em Santa Catarina, 18,4% no Paraná e de 18,1% no Rio Grande do Sul.

De acordo com Quadros (2012), nas Microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado/ Canela - RS, de 2008-2010, três municípios da primeira microrregião e um da segunda não alcançaram o valor estabelecido para aplicação de recursos próprios em saúde, o que não aconteceu nos municípios deste estudo.

Ramm (2012) destaca que os municípios de ambas as microrregiões Cahoeira do Sul e Montenegro estudadas de 2008-2010, cumpriram com o percentual mínimo de 15% de recursos próprios aplicados em saúde, dados encontrados também neste estudo.

Feijó (2012), refere que as microrregiões de Frederico Westphalen e Não-Me-Toque já vem cumprindo acima do percentual que caberia aos municípios, pois ambas as regiões investiram em média, anualmente, 17% de recursos próprios em saúde de 2008-2010.

A tabela seguinte apresenta o valor médio per capita anual investido em saúde por ente federado, denotando a discrepância que há em valores transferidos aos diversos municípios. Cabe destacar que os municípios de Boa Vista do Sul e Coronel Pilar não possuem Estratégia Saúde da Família, o que justifica repasses menores, principalmente pela União, no Bloco de Financiamento da Atenção Básica.

Tabela 6 – Valor per capita médio anual do período 2011-2013 gasto em saúde segundo origem do recurso, municípios estudados, 2011-2013 (R\$)

Município	União	Estado RS	Município
Boa Vista do Sul	41,6	38,6	700,7
Coronel Pilar	40,2	50,1	950,8
Monte Belo do Sul	107,9	49,5	605,0
Protásio Alves	180,9	79,1	788,5
Santa Tereza	164,4	41,4	761,1
São Jorge	120,4	88,3	634,7
Vista Alegre do Prata	246,4	48,7	1.249,8

Fonte: SIOPS, 2011-2013

Em estudo realizado de 2008-2011 na Região Sul do Brasil, Kranz et al. (2012 apud Rosa e Kranz, 2015) mostrou que houve pequenas diferenças no valor

per capita de RPAS de R\$ 209,7 em Santa Catarina; R\$ 197,9 no Rio Grande do Sul e R\$ 193,7 no Paraná. Contudo, os RPAS per capita variaram de R\$ 243,6 na mesorregião do Sudoeste Rio-Grandense (RS) até R\$ 407,3 na do Vale do Itajaí (SC). A mesorregião Norte Catarinense (SC) apresentou o maior percentual de RPAS (23,2%) enquanto a mesorregião Sudeste Rio-Grandense (RS) o menor (16,5%).

Segundo Quadros (2012), na Microrregião da Campanha Ocidental-RS houve um gasto público médio em saúde de 2008-2010 de (R\$ 239,82), enquanto no mesmo período a Microrregião de Gramado/ Canela-RS gastou (R\$ 283,28), mostrando que mesmo sendo de períodos diferentes de estudo, os municípios pesquisados gastaram aproximadamente quatro vezes mais no período de 2011-2013.

De acordo com Feijó (2012), a microrregião de Frederico Westphalen investiu de 2008-2010 a média de R\$ 336,60 por habitante. O município de Frederico Westphalen aplicou o menor valor per capita (R\$ 214,75), e o município que mais aplicou foi Engenho Velho (R\$1.133,97).

Ressalta ainda que, na microrregião de Não-Me-Toque houve o investimento no mesmo período de R\$ 358,08 por habitante-ano. O município que menos aplicou no mesmo período per capita em saúde foi Não-Me-Toque (R\$254,21), e o município que mais aplicou recursos foi Lagoa dos Três Cantos (R\$775,99) no período de 2008-2010. Ainda conforme a autora, verificou-se que as duas microrregiões aplicam (R\$ 467,00) mais recursos próprios em saúde do que a média das outras transferências que são de R\$ 228,00 (FEIJÓ, 2012).

Os dados encontrados neste estudo mostram que os municípios da Região n. 25 Vinhedos e Basalto, investem muito mais recursos per capita em saúde que os municípios citados nos parágrafos anteriores, excetua-se o município de Engenho Velho que investe valor médio anual parecido com Coronel Pilar e Vista Alegre do Prata.

A tabela a seguir mostra a distribuição das despesas com ações e serviços de saúde de acordo com as sub-funções orçamentárias.

Tabela 7 – Gastos médios anuais do período 2011-2013 por sub-função e % Despesas totais com saúde, municípios estudados, 2011-2013.

Total	Vista Alegre do Prata	São Jorge	Santa Tereza	Protásio Alves	Monte Belo do Sul	Coronel Pilar	Boa Vista do Sul	Município
13.037.301,9	2.593.409,6	1.973.826,7	1.704.320,6	2.166.399,2	1.873.093,5	1.155.359,3	1.570.893	Atenção Básica
	100	83,4	97,2	84,7	92,3	60,5	65,4	%
1.072.015,6	0	0	0	198.628,6	0	460.155,4	413.231,7	Assist. Hosp. e Ambul.
	0	0	0	7,8	0	24,1	17,2	%
705.492,4	0	0	0	11.121,3	104.763,9	275.557,8	314.049,4	Suporte Profilático e Terapêutico
	0	0	0	0,4	5,2	14,4	13,1	%
101.628,1	0	0	8.510	34.755	31.528,7	11.636,7	15.197,7	Vigilância Sanitária
	0	0	0,5	1,4	1,5	0,6	0,6	%
107.137,0	0	666,7	40.359,1	23.824,6	18.762	7.972,2	15.552,3	Vigilância Epidemiológica
	0	0	2,3	0,9	0,9	0,4	0,6	%
	0	0	0	0	0	0	0	Aliment. e Nutrição
0	0	0	0	0	0	0	0	%
464.806,7	0	392.737,5	0	120.896,6	0	0	72.069,2	Outras Sub-Funç.
	-	16,6	-	4,7	0	0	3	%
15.609.278,4	2.593.409,6	2.367.230,9	1.753.189,7	2.555.625,3	2.028.148,1	1.910.681,4	2.400.993,3	Total de gastos

Fonte: SIOPS, 2011-2013

De acordo com a Portaria n. 204/2007, os componentes da Atenção Básica são: Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo (transferido mensalmente de acordo com a população residente no município); PAB Variável (transferido de acordo com as estratégias pactuadas pelos municípios, ESF, PACS, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo aos Povos Indígenas, Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação ou internação provisória, entre outros (MS, 2007).

Segundo Kranz et al. (2012 apud Rosa e Kranz, 2015), as subfunções orçamentárias Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial receberam os maiores percentuais de recursos de acordo com estudo realizado na Região Sul do Brasil, onde as mesorregiões do estado do Paraná alocaram os maiores volumes globais de recursos.

Quadros (2012), ressalta a falta de prioridade na alocação de recursos nas subfunções orçamentárias Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição, que somadas, alcançam o valor médio per capita de R\$ 7,32 na microrregião da Campanha Ocidental e R\$ 12,68 na microrregião Gramado/ Canela – RS, de 2008-2010.

Se compararmos com o estudo em questão, os gastos com Atenção Básica e Média e Alta Complexidade também são mais relevantes.

De acordo com Kranz et al. (2014b apud Rosa e Kranz, 2015), em estudo realizado entre 2008-2012 no RS, 23,9% dos municípios não registraram despesas na subfunção orçamentária Vigilância Sanitária e 18,9% não apresentaram valor algum de Recursos de Taxas de Fiscalização da VISA. Em mais de 80% desses municípios a população é inferior a 10 mil habitantes, situação semelhante a dos municípios estudados nesta pesquisa.

Na sequência, é apresentada a média dos gastos médios anuais 2011-2013, com ações e serviços de saúde nos municípios estudados de acordo com os Blocos de Financiamento do SUS.

Tabela 8 – Gastos médios por Bloco de Financiamento e % Despesas totais com saúde, municípios estudados, 2011-2013

Município	Atenção Básica	%	Atenção de Média e Alta Complexidade e Ambulatorial e Hospitalar	%	Assistência Farmacêutica	%	Vigilância em Saúde	%	Outros	%	Total de gastos
Boa Vista do Sul	1.570.893,0	65,4	413.231,7	17,2	314.049,4	13,1	30.750,0	1,3	72.069,2	3,0	2.400.993,3
Coronel Pilar	1.155.359,3	60,5	460.155,4	24,1	275.557,8	14,4	19.608,9	1,0	0,00	0	1.910.681,4
Monte Belo do Sul	1.873.093,5	92,3	0	0	104.763,9	5,2	50.290,8	2,5	0,00	0	2.028.148,2
Protásio Alves	2.166.399,2	84,7	198.628,6	7,8	11.121,3	0,4	58.579,7	2,3	120,89	4,7	2.555.625,4
Santa Tereza	1.704.320,6	97,2	0	0	0	0	48.869,1	2,8	0	0	1.753.189,7
São Jorge	1.973.826,7	83,4	0	0	0	0	666,7	0	392,73	16,6	2.367.230,9
Vista Alegre do Prata	2.593.409,6	100	0	0	0	0	0	0	7,5	0	2.593.409,6

Fonte: SIOPS, 2011-2013.

A Portaria n. 204/2007, estabeleceu os seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos, que são constituídos de componentes (MS, 2007).

Segundo a portaria, os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco, sendo que os recursos da AB, MAC, VS e Gestão do SUS, não podem ser utilizados para pagamento de inativos, servidores ativos, a não ser os contratados exclusivamente para o desempenho de funções do bloco, cargos comissionados, assessorias e consultorias de servidores do quadro, construções novas, assim como os recursos da Assistência Farmacêutica, só podem ser aplicados exclusivamente nas ações definidas para os componentes do bloco (MS, 2007).

De acordo com a Portaria n. 204/2007, assim se definem os componentes dos Blocos de financiamento:

- Atenção Básica: PAB Fixo e Variável.
- Atenção à Média e Alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar: MAC (procedimentos de média e alta complexidade), Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (projetos de cirurgias eletivas de média complexidade),

sendo que nos municípios estudados não há hospitais, Centros de Referência ou Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (MS, 2007).

- Vigilância em Saúde: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (Recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS entre outros, como - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Laboratórios de Saúde Pública, Atividades de Saúde Pública, Registro de Câncer de Base Populacional, Serviço de Verificação de Óbito, Campanhas de Vacinação, Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*, Contratação de Agentes de Campo, DST Aids, entre outros). Vigilância Sanitária (Recursos federais destinados às ações de Vigilância Sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVISA (MS, 2007).

- Assistência Farmacêutica: Componente Básico (aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na AB – Parte Financeira Fixa e aos relacionados a agravos e programas de saúde específicos como Hipertensão, Diabetes, Rinite, Asma, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Controle do Tabagismo - Parte Financeira Variável (MS, 2007).

- Gestão do SUS: Qualificação da Gestão do SUS (Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria, Monitoramento, Planejamento, Programação, Regionalização, Gestão do Trabalho, Educação em Saúde, Incentivo à Participação e Controle Social, Informação e Informática em Saúde e Estruturação de Serviços de Assistência Farmacêutica. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde (Implantação de Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, CAPS AD, Redução de Danos, Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, SAMU, entre outros serviços de saúde (MS, 2007)).

Há de se pensar então que conforme o SIOPS e Relatórios Anuais de Gestão (SARGSUS), alguns dos municípios estudados não estão fazendo muitas das ações e serviços de saúde para os quais recebem financiamento, tais como Assistência Farmacêutica, MAC e Vigilância em Saúde, o que é de difícil compreensão devido às demandas da população, ou que simplesmente não há capacitação técnica por parte dos gestores e servidores responsáveis pelos Relatórios de Gestão os quais parece que discriminam na maioria das vezes tudo como se fosse tão somente Atenção Básica.

CONCLUSÃO

Através deste trabalho pode-se concluir que: A) Os repasses fundo a fundo são realizados através dos Blocos de Financiamento instituídos pelo MS. B) As características financeiras dos municípios estudados são parecidas, ou seja, diferem-se apenas quanto aos valores recebidos do PAB Fixo devido à população e quanto aos valores do PAB Variável devido à implantação ou não da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal.

C) Nota-se que todos os municípios estudados financiam a saúde com mais de 70% dos gastos totais, sendo que todos eles usam mais de 15% de receita própria preconizados pela EC 29.

D) Quanto à análise do SIOPS, conclui-se que na maioria dos municípios todas as ações e serviços de saúde são lançados na Subfunção da Atenção Básica, sendo que mais da metade dos mesmos não lançou nada em MAC, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde.

Por tratar-se de ações mínimas de saúde, entende-se que todos os municípios as façam, porém, na hora dos lançamentos orçamentários, seus contadores, que não detêm capacidade técnica na área da saúde, não o fazem de forma correta, cabendo ao gestor revisar tais dados para que os mesmos sejam lançados de acordo com a legislação vigente, tendo como base a concretização das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sugere-se maior destino de recursos financeiros para a capacitação de gestores e técnicos para que a elaboração dos Relatórios de Gestão reflita o que realmente vem sendo executado, sendo assim, os gestores de saúde estariam mais aptos a revisarem os lançamentos antes de assinar a conformidade do SIOPS, assim como a capacitação dos conselheiros de saúde também seria de grande valia, tendo em vista que estes fazem a apreciação dos relatórios e nem sempre estão capacitados para desempenhar esta função.

Assim, como seria de grande valia mais estudos e pesquisas sobre o tema com maior abrangência territorial com o objetivo de compilar dados que possam ser comparados também com municípios maiores, identificando assim se as dificuldades do financiamento são as mesmas encontradas em municípios menores.

Também pode-se identificar dificuldades e quem sabe, encontrar soluções para que o SUS se fortaleça cada mais.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO, CFM e UERJ. **Seminário Impasses e Alternativas para o Financiamento do SUS Universal**. Termo de Referência, 2011. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/TRSeminaro2.pdf>> Acesso em 20 de nov. de 2014.
- AHLERT, J. T. **Financiamento e Gestão Financeira em Saúde nas microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS**, 2008-2010. 2012. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 06 abr, 2015.
- _____. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a n. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em 09 mar, 2015.
- _____. **Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 31 ago, 2014.
- _____. **Lei n. 8.080, 19 set.1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 09 mar, 2015.
- _____. **Lei n. 8.142, 28 dez. 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em: 09 mar, 2015.
- _____. **Lei Complementar n. 141, 13 jan. 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
- _____. **Datasus. SIAB**. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014.
- _____. **Lei Complementar n. 86, 17 mar. 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>
Acesso em: 06 abr, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**. Manual Básico. Série A. Normas e Manuais Técnicos 3ª ed. Revista e ampliada. Brasília – DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 204**, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>
Acesso em 07 de jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 837**, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>
Acesso em: 07 de jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em 07 de jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Acesso em 20 de nov. 2014.

CASTRO, Ana Luisa Barros de, MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf> Acesso em 07 de jan. 2015.

CIBILS, Débora Maldaner. **Financiamento Público e Gestão Financeira em Saúde nas Microrregiões de Camaquã e de Lajeado-Estrela, no Rio Grande do Sul, nos anos de 2008 a 2010**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2012.

FEIJÓ, K. O. **Financiamento Público e Gestão Financeira em Saúde nas Microrregiões de Frederico Westphalen e Não-Me-Toque, RS**, de 2008 a 2010. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2012.

KRANZ LF, RAMOS IS, ROSA RS, BORDIN R, GARCIA RL. As Regiões de Saúde e os Recursos Financeiros: Santa Catarina. Congreso Latino Americano y Del Caribe de Salud Global (3. : 2014, San José – Costa Rica) 2014a apud ROSA e KRANZ, 2015.

KRANZ LF, ROSA RS, BORDIN R, NUGEM RC, SIQUEIRA M. Vigilância Sanitária: municípios sem despesas ou arrecadação. **Anais...**Congreso Latino Americano y Del Caribe de Salud Global (3. : 2014, San José – Costa Rica), 2014b apud ROSA e KRANZ, 2015.

KRANZ LF, ROSA RS, BALDEZ GS, RECK HH. Financiamento público em saúde por mesorregião na região Sul, Brasil, 2008-2011. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (10. : 2012 : Porto Alegre, RS) Anais. Porto Alegre: ABRASCO, 2012 apud ROSA e KRANZ, 2015.

LIMA, Luciana Dias de, ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p. 2237-2248, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/14.pdf>> Acesso em 07 de jan. 2015.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-15, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>> Acesso em: 07 de jan. 2015.

QUADROS, A. F. de. Financiamento Público e Gestão Financeira em Saúde nas Microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado/ Canela, RS, 2008-2010. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2012.

PICCOLI, J. J. **Normatização para trabalhos de conclusão em Educação Física**. 2. ed. Canoas: ULBRA, 2006.

RAMM, C.R. Financiamento e Gestão Financeira em Saúde nas microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2012.

ROSA, Roger dos Santos, KRANZ, Luis Fernando. Coletânea de Resumos sobre Financiamento e Gestão Financeira do SUS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre, UFRGS, 2015.

Saúde Business. Inflação Médica vai chegar a 18% em 2015 prevê estudo. Disponível em: < <http://saudebusiness.com/noticias/inflacao-medica-vai-chegar-a-18-em-2015-preve-estudo/>> Acesso em: 29 març, 2015.

SENADO FEDERAL. Relatório Final, Comissão temporária destinada a propor soluções ao financiamento do Sistema de Saúde no Brasil – CTS, Brasília, 2013.

Disponível em: <

http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww19.senado.gov.br%2Fsdleg-getter%2Fpublic%2FgetDocument%3Fdocverid%3D4e0eca1b-3bdf-4cb7-b9dd-f9a89282a500%3B1.0&ei=3cv9VMugGoXNgwTX9IEI&usq=AFQjCNFkLKCPN0228iOglO_VO-ySLqzQ8g&bvm=bv.87611401,d.eXY> Acesso em: 09 mar, 2015.

SILVA, Hudson P; PETRAMALE, Clarice A e ELIAS, Flavia T S. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2012, vol.46, suppl.1, pp. 83-90. Epub Dec 11, 2012. ISSN 0034-8910.

SOARES, Adilson, SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0018.pdf>> Acesso em 07 de jan. 2015.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p. 1201-1212, 2011.

VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.