



EDISON HENRIQUE XAVIER DA SILVA

**ESTUDO FINANCEIRO SOBRE AS RECEITAS NA ÁREA
PRIMÁRIA DO SUS NO MUNICÍPIO DE LAVRAS MG**

LAVRAS-MG

2022

EDISON HENRIQUE XAVIER DA SILVA

**ESTUDO FINANCEIRO SOBRE AS RECEITAS NA ÁREA PRIMÁRIA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE LAVRAS MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Desenvolvimento Sustentável e Extensão, para a obtenção do título de Mestre.

Prof. Dr. Conrado Pires de Castro
Orientador

LAVRAS-MG

2022

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA,
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Silva, Edison Henrique Xavier.

Estudo financeiro sobre as receitas na área primária do SUS no município de Lavras MG. / Edison Henrique Xavier da Silva. - 2022.
67 p.

Orientador(a): Conrado Pires de Castro

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Lavras, 2022.

Bibliografia.

1. Alocação de Receitas na Área da Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção Básica I. Castro, Conrado Pires. II. Título.

EDISON HENRIQUE XAVIER DA SILVA

**ESTUDO FINANCEIRO SOBRE AS RECEITAS NA ÁREA PRIMÁRIA DO SUS NO
MUNICÍPIO DE LAVRAS MG
FINANCIAL STUDY ON INCOME IN THE PRIMARY AREA OF SUS IN THE
MUNICIPALITY OF LAVRAS MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Desenvolvimento Sustentável e Extensão, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 31 de outubro de 2022.
Dra. Maria de Los Angeles Arias Guevara - UFLA
Dr. Paulo Henrique Martines – UNESP/Assis

Prof. Dr. Conrado Pires de Castro
Orientador

LAVRAS-MG

2022

Eu quero, eu posso, eu consigo!

Vô Bento.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a Deus, pelo privilégio de poder concretizar essa etapa em minha vida. Um sonho distante para um pequeno sonhador, que se idealizou. Minha gratidão.

À Universidade Federal de Lavras (UFLA) e ao Departamento de Administração e Economia (DAE) pela oportunidade concedida para a realização da Pós-Graduação.

Meus agradecimentos ao meu orientador Conrado Pires de Castro. Deixo registrado que diante tantos obstáculos tenha a certeza que esse grande sábio foi essencial para meu sucesso.

Agradeço aos meus pais, Silvania e Edison que novamente posso em vida poder comemorar essa vitória. A jornada não foi fácil. Porém, válida por poder encher o coração de vocês de tanto orgulho.

Minha irmã Andressa, que diante dos desafios diários sempre me despertou a força de vontade em seguir firme para conclusão deste ciclo.

Aos guias e mentores espirituais minha fé.

Aos meus colegas de turma do mestrado, pelo companheirismo e paciência. Em especial minha grande amiga Joyce, Cristiane, Belchior e Nayara.

Aos meus amigos, Camila, Débora, Flavia, Jean, Mailson e Simara. Agradeço a Deus por ter colocado vocês no meu caminho.

Enfim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, me apoiaram e me deram forças, fazendo com que eu pudesse me tornar alguém melhor, com mais conhecimento. Muito obrigado!

RESUMO

A saúde envolve diversos fatores, sejam sociais e econômicos, os quais determinam e influenciam as condições de saúde das pessoas. No Brasil a saúde é respaldada como um direito da população brasileira na Constituição Federal de 1988. A aplicação de recursos públicos é uma preocupação constante para a sociedade e sempre será questionada a cada gestão pública em exercício. A saúde é uma das áreas de aplicação dos recursos públicos que mais geram questionamentos, devido à realidade da falta de acesso pela parcela mais vulnerável da população, assim como a falta de estrutura e recursos humanos para o atendimento de milhares de pessoas, já que a concepção de saúde envolve diversos setores. Este trabalho tem como tema central a alocação de receitas na área de saúde, visando uma investigação referente à atenção primária, a partir dos dados do município de Lavras, Minas Gerais. O estudo mapeou as receitas destinadas à área básica do Sistema Único de Saúde tendo em vista verificar como são alocadas essas receitas, se eles alcançam os programas a que são destinados e o que corresponde estes investimentos em serviços ou ações de saúde à população. Todos os dados foram retirados do Sistema de Informação Sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG). A partir dos dados extraídos de ambos os sistemas, a pesquisa tabulou os valores investidos ao atendimento básico de saúde, analisando os efeitos das aplicações com o indicador de morbidade em seu território. Deste modo, realizou a classificação do impacto desses montantes sobre a atuação do sistema de saúde face à realidade do município investigado.

Palavras-chave: Alocação de receitas na área de saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Atenção primária.

ABSTRACT

Health involves several factors, both social and economic, which determine and influence people's health conditions. In Brazil, health is supported as a right of the Brazilian population in the Federal Constitution of 1988. The application of public resources is a constant concern for society and will always be questioned by each public administration in exercise. Health is one of the areas of application of public resources that raises the most questions, due to the reality of the lack of access by the most vulnerable part of the population, as well as the lack of structure and human resources to care for thousands of people, since the health design involves several sectors. This work has as its central theme the allocation of revenues in the health area, aiming at an investigation related to primary care, based on data from the municipality of Lavras, Minas Gerais. The study mapped the revenues allocated to the basic area of the Unified Health System in order to verify how these revenues are allocated, whether they reach the programs for which they are intended and what these investments in services or health actions for the population correspond to. All data were taken from the Public Health Budget Information System (SIOPS) and the Annual Management Report (RAG). Based on data extracted from both systems, the research tabulated the amounts invested in basic health care, analyzing the effects of investments with the morbidity indicator in its territory. In this way, it carried out the classification of the impact of these amounts on the performance of the health system in view of the reality of the investigated municipality.

Keywords: Allocation of revenues in the health area. Health Unic System. Basic Attention. Primary attention.

LISTA DE FIGURAS

Figura1: Área de atuação da Subsecretaria de Atenção à Saúde	41
Figura 2: Organograma das Áreas da SMS, PML Lavras	41
Figura 3: Organograma da área da Atenção Básica Lavras	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Vigência do Plano Municipal de Saúde.....	43
Quadro 2: Plano Anual de Gestão.....	44
Quadro 3: Posse dos Secretários do SUS do Município de Lavras MG	44
Quadro 4: Recursos do Município de Lavras Investido	46
Quadro 5: Receitas Atenção Primária Lavras MG	47
Quadro 6: Recursos do Município Investido na Atenção Primária	48
Quadro 7: PAB Variável Lavras MG	51
Quadro 8: Morbidade Lavras	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Recursos do Município Investido em Saúde	46
Gráfico 2: Receitas Aplicadas à Atenção Básica.....	51
Gráfico 3: Recursos Próprios do Município Investido em Saúde	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 JUSTIFICATIVA	16
4 MARCO TEÓRICO.....	18
4.1 Histórico Brasileiro de Saúde	18
4.2 Saúde Um Direito de Todos	21
4.3 Sistema Único de Saúde	22
4.4 Níveis de Gestão do SUS	26
4.5 Financiamento do SUS	26
4.6 Recursos Públicos	30
4.7 Aplicação de Recursos Públicos no Brasil.....	30
4.8 Atenção Primária.....	33
4.9 SIOPS.....	36
4.10 RAG	37
5 METODOLOGIA.....	39
5.1 Tipo de pesquisa	39
5.2 Técnica de Coleta de Dados	40
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
6.1 Descrição Organizacional	41
5.3 Investimento Financeiro Na Política Pública De Saúde.....	46
5.4 Indicador de Morbidade	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema central a alocação de receitas na área de saúde, visando uma investigação referente à atenção primária, a partir dos dados do município de Lavras, Minas Gerais. O estudo mapeou as receitas destinadas à área básica do Sistema Único de Saúde tendo em vista verificar como são alocadas essas receitas, se eles alcançam os programas a que são destinados e o que corresponde estes investimentos em serviços ou ações de saúde à população.

A saúde envolve diversos fatores, sejam sociais e econômicos, os quais determinam e influenciam as condições de saúde das pessoas. No Brasil a saúde é respaldada como um direito da população brasileira na Constituição Federal de 1988.

A aplicação de recursos públicos é uma preocupação constante para a sociedade e sempre será questionada a cada gestão pública em exercício. A Saúde Pública é uma das áreas de aplicação dos recursos públicos que mais geram questionamentos devido à realidade da falta de acesso à saúde pela parcela mais vulnerável da população, assim como a falta de estrutura e recursos humanos para o atendimento de milhares de pessoas, nos mais variados tipos de procedimentos e de níveis de complexidade. A concepção de saúde abrange a junção de esforços dos agenciamentos políticos em busca de intervir nas necessidades sociais de saúde tanto quanto o conjunto de ações realizadas pelo governo em prol da garantia do bem-estar físico, mental e social de toda população (CASTIEL, 2022).

Compete aos municípios a maior responsabilidade pela Saúde Pública, uma vez que esta demanda foi repassada pela União no processo de descentralização da saúde (BRASIL, 2018b). Sendo assim, a aplicação dos recursos repassados para a saúde pública pela União e pelos Estados é feita pelos Municípios, responsáveis por financiar programas criados a fim de aumentar o acesso à saúde.

Com a criação do Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no ano de 1994, se modifica a alocação de recursos para a saúde pública e ocorre também mudanças na organização dos serviços do Sistema Único de Saúde (VIANA; POZ, 2005). Esses programas se articulam e fomentam a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde: a denominada atenção básica ou também conhecida como atenção primária. Ela é executada com a finalidade de identificar a demanda do cidadão, e caso não seja sanada tal ocorrência em sua área de atuação, o mesmo será encaminhado para os serviços públicos

de saúde superiores indicados, objetivando a resolutividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.300).

A atenção básica é caracterizada por ser um conjunto de ações individuais ou coletivas, com abrangência na promoção, proteção e prevenção de agravos. Ela condiciona o tratamento e a reabilitação na manutenção da saúde (Brasil, 2006). Com o surgimento do Programa Saúde da Família, vemos um novo formato de estratégia e reorganização na Atenção Primária, através de práticas dentro deste programa interdisciplinar, com a formação de equipes que atuam pela saúde da sociedade, gerando uma atenção integral e valorização das demandas das famílias assistidas (BRASIL, 2010).

A aplicação de recursos públicos na área da saúde é monitorada por órgão do governo, mas é também de responsabilidade da própria população fiscalizar onde serão gastos os recursos arrecadados por meio dos impostos, a fim de assegurar que esses chegarão na área para a qual foram destinados. A fiscalização do SUS é garantida na Constituição Federal de 1988 onde a participação popular no controle social da política pública de saúde ocorre através das Conferências e junto ao próprio Conselho de Saúde que é instituído no âmbito municipal, estadual e federal.

A utilização do Sistema de Informações sobre Orçamentos Público em Saúde (SIOPS) se torna uma ferramenta de auxílio nas destinações de recursos e sua aplicação. Esse sistema foi criado em 2000 com o objetivo de monitorar a aplicação de recursos nos serviços públicos de saúde pelos entes da Federação através de informações contábeis coletadas (IBGE, 2021).

Neste contexto, o trabalho mapeou as receitas alocados na área primária do Sistema Único de Saúde no município de Lavras, Minas Gerais no período 2015 a 2019 utilizando o SIOPS através do portal oficial do governo federal. Deste modo, foram analisados os relatórios do cálculo do percentual de recursos próprios aplicados em saúde seguindo o que é descrito na Lei Complementar 141 de fevereiro de 2012.

O estudo tem como hipótese que uma análise do investimento financeiro ao ser articulado com os índices de saúde como o de morbidade do município a ser estudado, permite identificar e desenvolver uma nova estratégia preventiva e sustentável ao SUS.

A saúde pública é condicionada pela articulação dos entes federativos no sentido de garantir o direito à saúde de sua população. Nota-se que há uma precariedade no acesso a esse direito ficando associado à grande responsabilidade que detém o município diante do desafio de gerenciar o Sistema Único de Saúde, seja em sua parte estrutural ou financeira. Os níveis

de gestão do SUS exige essa maior responsabilidade por parte dos municípios, conforme o Manual de Gestão Financeira do SUS (BRASIL, 2003).

A partir desta contextualização, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: como estão alocadas as receitas financeiras que envolvem a área primária do Sistema Único de Saúde do município de Lavras – Minas Gerais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é mapear as receitas destinadas à área primária do Sistema Único de Saúde no município de Lavras, Minas Gerais, no período de 2015 a 2019.

2.2 Objetivos específicos

- Aprimorar o investimento na Atenção Primária.
- Investigar o que se resulta na ausência de investimento na Atenção Primária.
- Mapear informações financeiras que permitam que os gestores de saúde possam ampliar a prevenção.
- Estimular a sustentabilidade financeira ao SUS.

3 JUSTIFICATIVA

Justifica-se esta investigação já que são necessários estudos a respeito de como são gastos os recursos, se eles alcançam os programas a que são destinados. Esse conhecimento pode esclarecer como funcionam os programas voltados à saúde, como são elaborados e quais são os seus objetivos.

Sobretudo, esclarece a sua execução e se os problemas que a envolvem são devidos à falta de recursos ou a sua má aplicação, possibilitando a correção de erros e a aplicação de recursos nos programas com maior necessidade, ampliando também o acesso da população local à saúde visando um sistema público correlacionado com a economicidade e a sustentabilidade.

Deste modo, evidenciando a importância da investigação da temática deste trabalho, sendo que o SUS a partir de sua criação no ano de 1990, passa por recorrentes mudanças, reflexo do processo descentralização em saúde que condiciona movimentações nas responsabilidades diante ao sistema, em suas atribuições e recursos aos estados e municípios (BRASIL, 2011b).

Com as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único (NOB 01/93 e NOB 01/96) se institui um modelo de gestão onde fica destinado aos estados e principalmente aos municípios a responsabilidade de realizar a operacionalização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

Deste modo, os municípios passem a assumir o gerenciamento de toda rede de atenção primária, dos programas de saúde pública e junto a essa grande demanda o ente também fica condicionado com a responsabilidade de regular a gestão hospitalar instalada no território municipal. Contudo, esse mecanismo gerenciador traz ao ente municipal grande pressão local (MENICUCCI, 2009).

E também como atuante do SUS na área municipal e notar a precariedade de se idealizar um ciclo de continuidade administrativa dentro deste ente federativo. Nesse sentido, gerenciando a falta de compreensão dos dados institucionais conduzindo o município vivenciar um dos maiores gargalos da administração pública que é ausência de planejamento de suas ações. Tendo em vista que, o município sob investigação é situado no sul de Minas Gerais, com aproximadamente 100.000 habitantes.

Lavras é uma cidade brasileira pertencendo à região do Campo das Vertentes, do estado de Minas Gerais. Fica localizada a uma latitude 21° 14' 43° sul e a uma longitude 44° 59' 59 oeste, estando a uma altitude de 919 metros e possuindo uma área de 566,1 km². Sua população de acordo com o IBGE é de acima de 100 mil habitantes, também possui uma população flutuante que gira em torno dos 22 mil habitantes devido à grande influência econômica que a cidade exerce na região somada com as universidades locais. Lavras possui um elevado índice de qualidade de vida, sendo conhecida internacionalmente devido aos seus centros de excelência universitária. Sua localização é privilegiada, estando entre os 3 maiores grandes centros do país (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte) ligada a elas por linha férrea e por duas rodovias principais: pela BR-381 - Fernão Dias, conectando-a a Belo Horizonte, a 230 quilômetros, e a São Paulo, a 370 quilômetros, e pela BR-265, conectando-a ao Rio de Janeiro, a 420 quilômetros.

No contexto de saúde, Lavras é habilitada como Gestão Plena, o que significa que o município é responsável por toda parte financeira e administrativa do sistema público local conforme o que rege a Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Ademais, o município de Lavras constitui um centro de referência para microrregião do Campo das Vertentes, área de sua localização, pelos serviços ofertados sob especialidades cirúrgicas, como cardiologia, oftalmologia entre outras.

No que se refere ao Atenção Primária, o município possui dezessete equipes do Programa de Saúde da Família, dentre elas uma exclusiva para o atendimento rural, e quatro Unidades Básicas de Saúde.

4 MARCO TEÓRICO

Esta revisão de leitura teórico levantou os tópicos relacionados com a temática. Este capítulo está dividido em dez seções. Na primeira, denominada Histórico Brasileiro de Saúde, se busca abordar a discussão de saúde do início da organização jurídica do Estado brasileiro, mostrando como essa prerrogativa trouxe o que entendemos de saúde atualmente. Na segunda, de nome Saúde um Direito de Todo, foi desenvolvida a construção de uma linha de raciocínio para compreensão do que chamamos de direito. Na terceira, intitulada Sistema Único de Saúde é trabalhado a organização e diretrizes deste sistema. A quarta seção, Níveis Gestão do SUS, ilustra a articulação de forma estrutural e funcional do SUS. As próximas seções Atenção Básica, Financiamento do SUS, Recursos Públicos e Aplicação de Recursos Públicos no Brasil visam descrever os pontos chaves da pesquisa e por último é apresentada as duas ferramentas que serão trabalhadas na pesquisa na nona seção de nome SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde e a décima, denominada como RAG - Relatório Anual de Gestão.

4.1 Histórico Brasileiro de Saúde

O contexto de saúde envolve camadas sociais indiferentemente do cenário econômico de cada sociedade. Esse aspecto peculiar em saúde viabiliza a aproximação de pesquisadores em busca de respostas ou até mesmo visar um melhor entendimento da realidade. É necessário considerarmos as vivências, costumes ou culturas passadas para o enfrentamento dos problemas rotineiros atuais.

A própria definição de saúde é constantemente questionada pelo grau de importância e relevância que se detêm na trajetória humana. Sendo uma das grandes preocupações mundiais no que se refere ao desafio do acesso à saúde para maior parte da população (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009).

A perspectiva conceitual em saúde demonstra grande fortalecimento e amplitude por envolver o direito à vida. Sendo apontada como um direito universal, vinculada ao bem coletivo e bem-estar (BRASIL, 2006). Nesta condição, a discussão histórica de saúde mostra aspectos peculiares dos avanços que vem sendo ordenador da chamada saúde pública. Essa evolução de significado ou o que se refere a terminologia de saúde, é a soma de vivências passadas que refletem na atual conjuntura.

No Brasil, a trajetória da organização sanitária nesta parte da América Portuguesa remonta ao início do período colonial, em meados de 1500. Com a exploração portuguesa deste território a questão de saúde é direcionada diante da criação de mecanismos de sobrevivência aos colonizadores (PAIM, 2012).

No Brasil, as primeiras santas casas surgiram logo após o seu descobrimento, precedendo a própria organização jurídica do Estado brasileiro, criado através da Constituição Imperial de 25 de março de 1824 (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas - CMB, 2021).

Em 1808 com a vinda da Família Real ao Brasil e também com a abertura dos portos ao comércio externo temos o início de uma política sanitária. A saúde fica condicionada ao visar o desenvolvimento de melhorias nas condições endêmicas do país em prol do fortalecimento comercial (MINAS GERAIS, 2017).

A transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, desencadeia transformações que serão importantes para a relação entre o Estado, a Sociedade e a Medicina. Quando o poder central instalasse, atribui a ele mesmo determinadas funções; garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do "povo" da nova terra. Dentro desse quadro, inserem-se modificações importantes no âmbito da Medicina, com a criação do Ensino Cirúrgico no Brasil e da Provedoria de Saúde (GALVÃO, 2009, p. 13).

No período da República Velha de 1889 a 1930, apesar dos crescentes contextos de crise sociais no Brasil, é notável que a saúde alcançou novos cenários, como a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (1897) e as Caixas de Aposentadorias e Pensão - CAP's no

ano de 1923. Regulamentada pela Lei Elói Chaves as CAP's podem ser entendidas como uma nova perspectiva na visão do Estado diante a saúde em vista que, inicia uma responsabilização por parte da figura pública na regulação de serviços e benefícios no campo. Apesar de ser direito privado, as CAP's atuavam diante do princípio do seguro social, onde os benefícios dependiam das contribuições de quem eram os/as beneficiários/as, ou seja, contribuinte (CONASS, 2011).

No entanto, é na Era Vargas (1930 -1945) que a saúde se torna institucionalizada com a implementação do Ministério da Educação e Saúde. Promovendo maior foco nesta área, como a realização de campanhas no combate à tuberculose e febre amarela, a substituição das Caixas de Aposentadorias e Pensão - CAP's pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP's, além da institucionalização da previdência social e assistência médica através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Estabelecendo uma segregação nas ações em prol da saúde pública, de um lado ocorria o fortalecimento da assistência médica individual previdenciária, para membros da sociedade brasileira atuantes no mercado de trabalho de modo formal. E por outro lado, são executados investimentos em ações coletivas de saúde (MINAS GERAIS, 2017).

Junto a essas conquistas no universo da saúde, a partir de 1941, o elemento conferência de Saúde Pública no Brasil começa a fazer parte desta área. Suas primeiras edições abordaram temáticas como, a defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescente, higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde a trabalhadores e gestantes antes da criação do Ministério de Saúde no ano de 1953 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 1945 com a pressão política e a queda de Getúlio Vargas do poder, o país no que envolve a saúde pública foca em sua estruturação com a centralização de serviços e programas na implementação de ações sanitárias e campanhas (MARTINS, 2011). Complementa Minas Gerais (2017), que neste mesmo período antes do golpe militar em 1964, pela característica de avanço na busca da urbanização e a expectativa desenvolvimentista, a saúde ganha simbologia de ferramenta para gerar desenvolvimento do país.

O cenário de saúde no governo militar propõe incentivo à expansão do setor privado, ação que contribuiu para maior cobertura da assistência médica previdenciária (PAIVA E TEIXEIRA, 2014). Movimento que também caracterizou pelo predomínio financeiro e uma tática burocrata tendendo a uma mercantilização da saúde. Neste sentido, o governo militar realizou reformas profundas que afetaram a saúde pública, como a unificação dos Institutos de

Aposentadoria e Pensões (IAPs) ao Instituto Nacional e Previdência Social (INPS), que ocasionou a concentração das contribuições previdenciárias e a assistência médica dos trabalhadores formais (CONASS, 2011).

Com o fracasso do modelo econômico implantado na ditadura militar em 1985 e com o início da Nova República, o movimento sanitário no país efetivou a construção e o fortalecimento da política de saúde. Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde se estabelece três objetivos primordiais na área, sendo o primeiro a transferência da responsabilidade da prestação da assistência à saúde ao governo, o segundo o financiamento e a idealização dos serviços de saúde sob os princípios de equidade, universalidade e integralidade e por último dar acesso a comunidade ao controle e planejamento de saúde (OMS, 2011).

4.2 Saúde Um Direito de Todos

No que concerne a esse ponto, ao adotar o amplo direito à saúde a todos, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil iniciaria a construção de um sistema único. Nesse sistema a responsabilidade pelo gerenciamento da saúde pública compete aos entes federativos, por meio das articulações definidas no art. 23 da Constituição Federal de 1988 e em leis complementares fixadas para essa finalidade. A carta constitucional, em seu art. 196, estabelece que:

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

De acordo com Santos (2015), com a Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde passa considerar também alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, etc., sendo papel do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS), identificar esses fatores e elaborar políticas públicas para garantir que todos tenham acesso à saúde. Embora o conceito de saúde tenha expandido, não é de sua competência garantir todos esses aspectos.

O texto constitucional além do reconhecimento do direito à saúde, possibilitou a criação de um sistema público com uma estrutura universal e descentralizada de saúde (PAIVA E TEIXEIRA, 2014). Essa visão universal diante do Sistema Único de Saúde pressupõe:

A universalidade, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços (TEIXEIRA, 2011).

O direito à saúde se enraíza através da Constituição Federal de 1988, sendo referenciada como um grande marco para a população brasileira. Essa responsabilização ao Estado, traçou objetivos que vão desde a redução da desigualdade social, promoção do bem de todos e construção de uma sociedade solidária sem quaisquer discriminações (BRASIL, 1988).

“[...] a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.12).”

Nessa perspectiva, relacionando o conceito histórico de saúde brasileiro, ao notar que saúde vai além da erradicação de doenças, solidificamos o conceito de saúde pós Constituição Federal de 1988, fomentando a base do Sistema Único de Saúde.

4.3 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde, SUS, foi constituído como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da

Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” pela redação da Lei de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2015).

Sendo assim, o SUS fica organizado de modo regional e hierarquizado atuando em todo território nacional, não de modo isolado, e sim inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, que envolve além da saúde, a assistência social e a previdência (CONASS, 2011).

Essa perspectiva do Sistema Único de Saúde proporciona um processo de construção contínuo e desafiador em seu gerenciamento. Sendo que, para atingir objetivo de levar saúde a todo território nacional, implica na condução que o conceito em saúde não se limita à mera ausência de doenças e sim implica em determinantes sociais, econômicos e culturais visando à proteção, promoção e recuperação em saúde (Ferraz e Vieira, 2009).

A legislação do SUS apresenta princípios doutrinários e organizativos. Segundo o seu Artigo 7º, fica estabelecido como princípios doutrinários deste sistema a Universalidade, Integralidade e Equidade e os organizativos que são a Descentralização, Hierarquização, Regionalização e Participação (MINAS GERAIS, 2017).

Na Universalidade o SUS garante o que chamamos de direito de saúde a todos e a obrigação do Estado em promover a atenção em saúde, definindo que ocorra a garantia da atenção em todos os níveis de assistência. Esse princípio ao ser trabalhado auxilia na barreira jurídica, econômica, cultural e social que inibem o acesso à saúde (TEIXEIRA, 2011).

Entretanto, mesmo com a perspectiva universal o Sistema Único de Saúde atua diante de um sistema segmentado. Esta segmentação é associada ao texto constitucional, uma vez que, se determinou a permissão à iniciativa privada na atuação diante da prestação de serviços de saúde. Trazendo uma complementação ao SUS.

“A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. (BRASIL, 1988).

A integridade se dispõe à questão de visar e propor o máximo de ações possíveis à população. Esse princípio demonstra que a sociedade vive exposta a diversos riscos à sua

saúde. Deste modo, a oferta de ações em saúde deve ser simultânea e integral. Atendendo todas as necessidades ao cidadão, desde o atendimento básico ao de maior complexidade. Conforme Pinheiro (2014), o SUS deve estar preparado para compreender o usuário, entender a realidade social do indivíduo, e nesse contexto atender às demandas de acordo com as necessidades.

O princípio de equidade ilustra a garantia igualitária de vida e saúde a todos. Visando diminuir a existência das desigualdades ao acesso à saúde e estabelecendo atendimento em todos os locais no território brasileiro. O que colabora na importância de ações aos determinantes sociais (DOMINGUES E MACHADO, 2011).

Por descentralização o princípio implica no poder decisório dentro da política de saúde, nos níveis federativos. Isso evidencia a responsabilização e as funções da União, Estado e Município dentro do sistema, de maneira que o poder não fique concentrado apenas em um ente federativo. (TEIXEIRA, 2011). A hierarquização no sistema condiz com a classificação dos serviços de saúde, de acordo com seu grau de complexidade. É estabelecido que a União e o Estado financiem procedimentos com maior demanda financeira e o Município executa ações básicas. Esta característica proporciona a visão de regionalização no SUS, o que o torna mecanismo de organizar a oferta de serviços de saúde com maior complexidade em regiões, a fim de proporcionar maior cobertura do sistema. A participação social se enquadra no levantamento das necessidades da sociedade “Para que o SUS possa atender as necessidades da população todos nós precisamos participar das decisões sobre as ações que serão executadas [...]” (MINAS GERAIS, 2017, p. 33).

Essa participação da população nas decisões junto ao SUS pode ocorrer por meio de instrumentos de participação social como as conferências e o conselho de saúde. Segundo Martins (2011), essas instâncias participativas assumem um papel importante na construção contínua do sistema, pois é a partir da interação junto à sociedade que é possível visar uma comunidade melhor e mais digna.

A construção contínua do SUS é consequência de sua própria estruturação. O que possibilita a modernização do sistema em prol de beneficiar a população na prestação de serviços. Salienta Minas Gerais (2017), que com redação do Decreto nº 7.508/2011, em seu Art. 1º e 2º que abrange sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, fica visível uma atualização do sistema.

Torna-se fundamental enfatizar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a população. No entanto, é válido ressaltar que, a figura do SUS se mostra em discordância com as reais necessidades populacionais, bem como, o descaso com que é tratado o SUS, sistema esse tão importante para todos.

Dessa forma, Sales (2019) destaca que são inúmeros os desafios de desenvolvimento que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta. Dentre eles se elencam a má gestão, os problemas de cunho financeiros, operacional e estrutural de recursos humanos, onde refletem a luta pela sobrevivência do sistema.

Frente a tantos obstáculos, Teston (2018), resalta que o Sistema Único de Saúde, desde sua criação, nunca vivenciou um bom período, haja vista que, sua denominação frente à Constituição Federal de 1988, onde o tratava o sistema como seguridade social, o SUS sofre desafios que o impactam desde sua concepção.

Dessa forma, atenta-se que os desafios que o Sistema Único de Saúde enfrenta, não são apenas problemas atuais, e sua gravidade, impacta diretamente à população que carece desse sistema para o tratamento de saúde, acompanhamento médico, dentre outros fatores que são direitos do povo, porém com tantos obstáculos, não são possíveis promovê-los adequadamente a todos os que necessitam.

Nesse contexto, enfatiza Carvalho (2017):

O Decreto 7508/11 cumpre, dentre outras coisas, a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, explicitando a complementariedade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno.

Assim, ainda de acordo com Carvalho (2017), infere-se que a atenção básica pode ser definida, portanto, como porta de entrada essencial para esse sistema. Nessa percepção, cabe ainda a análise acerca do estabelecimento do SUS, onde pode-se destacá-lo como um conjunto de dispositivos para o planejamento do SUS. (CARVALHO, 2017).

4.4 Níveis de Gestão do SUS

O aspecto de descentralização do Sistema Único de Saúde, gerencia uma gestão compartilhada onde os entes federativos atuam diante de diretrizes e princípios entre si, efetivando a colaboração e reforçando a política de saúde em todo território nacional.

De acordo com o Manual de Gestão Financeira do SUS (BRASIL, 2003), os níveis de gestão se classificam em:

- **Esfera Federal:** tem como gestor o Ministério da Saúde. É responsável pela elaboração de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle, além da aplicação e distribuição de recursos públicos arrecadados.

- **Esfera Estadual:** tem como gestora a Secretaria Estadual de Saúde. É responsável pela elaboração da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível Estadual, além da aplicação e distribuição de recursos públicos arrecadados.

- **Esfera Municipal:** tem como gestor a Secretaria Municipal de Saúde. É responsável pela elaboração da política municipal de saúde e provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo Gestor Federal e/ou Estadual do SUS.

4.5 Financiamento do SUS

O Fundo Municipal de Saúde (FNS) é considerado o gestor financeiro dos recursos destinados ao SUS. Com instituição no Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, esse fundo especial permite que os recursos alocados se destinam para os estados, o Distrito Federal e aos municípios, visando de modo descentralizado que os entes federativos realizem ações em saúde por todo território brasileiro (BRASIL, 2018).

O artigo 198, § 2º da Constituição Federal de 1988 estipula que o SUS será financiado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 2013a).

A partir de 13 de setembro de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, estabeleceram-se regras para a provisão de recursos a serem aplicados aos serviços de saúde pública, estabelecendo percentuais mínimos de participação das receitas dos estados e municípios para o financiamento do SUS (CAMPELLI; CALVO, 2007; TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003; UGÁ; SANTOS, 2006). Além disso, a EC-29 autoriza a intervenção da União ou Estados no caso da não-aplicação do percentual mínimo pelos municípios, veda à União reter ou restringir a entrega dos recursos atribuídos à saúde e vincula receitas de impostos para a destinação de fundos para a saúde (CAMPELLI; CALVO, 2007). De acordo com Teixeira e Teixeira (2003), o SIOPS é o principal instrumento utilizado pelo SUS para acompanhar a aplicação de recursos na área da saúde.

A Constituição Federal determina a elaboração de três instrumentos que compõem o processo orçamentário: o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei do Orçamento Anual – LOA. O PPA tem como o objetivo de planejar a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO; esta, por sua vez, orienta a Lei do Orçamento Anual – LOA, cujo objetivo consiste em alocar os recursos orçamentários (BRASIL, 2009). De acordo com Calmon e Gusso (2002), a Constituição Federal de 1998 irá orientar a gestão pública por meio desses três instrumentos.

O Plano Plurianual de um município contempla um período de 4 anos e é utilizado como instrumento para seu planejamento estratégico, sendo que dele surgem as Leis de Diretrizes Orçamentárias e as Leis de Orçamento Anuais. Ele define as diretrizes, os objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e as relativas aos programas de duração continuada. A Lei de Diretrizes Orçamentárias determina as metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente, e a Lei Orçamentária Anual proverá os recursos necessários para cada ação constante da LDO (VAINER; ALBUQUERQUE; GARSON, 2005).

De acordo com a Lei Federal 8.142 de 1990 para captação de recursos ao SUS:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, 49 os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: I - Fundo de Saúde; II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; III - plano de saúde; IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo

Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

A Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece caminhos para o planejamento ao Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013). Em seu 1º artigo, essa portaria ressalta que o planejamento deverá ser realizado de forma individual, nos federativos, a fim de definir normas ou acordos conforme seu território, atribuições e responsabilidades. Na redação do artigo 2º dessa portaria, ficam estabelecidas ferramentas obrigatórias na articulação do SUS, contemplando o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e por fim o Relatório Anual de Gestão. São essas ferramentas que se promove a operacionalização desse sistema, articulado com mecanismo de planejamento e gestão (Brasil, 2013).

Na Atenção Básica, a manutenção financeira é trabalhada diante do bloco desta área, onde fica estabelecido o Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). O PAB Fixo é articulado às ações de atenção básica à saúde, alocando recursos mensalmente para manutenção, de modo automático e regular, através do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 2004). O PAB de cada município é calculado tendo por base um valor per capita e transferido de forma automática, "fundo a fundo". Substituiu-se a forma anterior de financiamento por prestação de serviços pela lógica de transferência de recursos. Com essa nova lógica o município passa, em contrapartida, a assumir a responsabilidade sanitária pelo nível de atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os valores do Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) são estabelecido de acordo com Portaria nº1409/2013:

Art. 1º Fica definido o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos no Anexo I a Portaria nº 1.602/GM/MS, de 9 de julho de 2011 e atualizada no anexo I desta portaria. I - O valor mínimo para os Municípios integrantes do Grupo I passa para R\$ 28,00 (vinte e oito reais) por habitante ao ano. II - O valor mínimo para os Municípios do Grupo II passa para R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por habitante ao ano. III - O valor mínimo para os Municípios do Grupo III passa para R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) por habitante ao ano. IV - O valor mínimo para o Distrito Federal e os municípios integrantes do Grupo IV passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano.

Os recursos do Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) tem mecanismo distinto do Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), uma vez que mesmo tendo transferência através do Fundo Nacional de Saúde, essa ocorre de acordo com a adesão e realização de ações descritas no respectivo Plano de Saúde. De modo que seja executado o que determina a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que define o planejamento ao Sistema Único de Saúde. A alocação de recursos deste componente é destinada às estratégias estabelecidas, como a Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (MINAS GERAIS, 2017).

Marques e Mendes (2003) argumentam que por esta formatação, o PAB Variável estabelece ao município a implantação de programas específicos de modo obrigatório para obtenção de acesso aos recursos que envolvem essas estratégias. O mesmo autor ilustra que se as estratégias não forem correspondentes às necessidades locais pode comprometer parte dos recursos do município. Almeida, Cunha e Souza (2011) apontam que o ente municipal se responsabiliza por financiar políticas estabelecidas pelo ente federal, que não são levantadas questões de regionalidade dos municípios para sua implementação e execução e não são fáceis de adaptações para as realidades locais.

Em 2016 com o início da Emenda Constitucional 95 (EC 95), os investimentos em saúde e na área de educação passaram por congelamento até o ano de 2036 (CNS, 2020). Esse Novo Regime Fiscal, não considera o crescimento populacional, desconsiderando as reais necessidades de saúde no Brasil. O que gerencia uma insuficiência nas alocações de recursos fazendo que o financiamento do SUS se torne instável, restringindo a efetivação do sistema (MENICUCCI, 2009).

O enfraquecimento do sistema de saúde se confronta com o avanço do investimento na iniciativa privada, o que torna um desafio aos gestores do SUS manter sua eficiência nas prestações de serviços de saúde em toda sociedade (MENDES, 2017).

Apesar da implementação do Sistema Único de Saúde, o seu processo de financiamento é insuficiente para garantir os princípios constitucionais de acesso, integralidade e equidade. Sendo que o direito à saúde não ocorre de imediato quando necessário pela população (FUNCIA, 2019).

4.6 Recursos Públicos

O Orçamento Público é o instrumento que o Estado utiliza para a gestão de seus recursos no atendimento às demandas sociais como saúde, educação, habitação, saneamento básico, transportes, segurança, entre outras (BRASIL, 2009).

Segundo Teixeira e Teixeira (2003: 387), “as políticas públicas na saúde combinam financiamento das três esferas do governo com execução descentralizada no nível local”. Os recursos que financiam a saúde nessas três esferas se encontram no Fundo Nacional de Saúde. Eles se originam do Orçamento da Seguridade Social e de outros orçamentos da União (BRASIL, 2013b).

Para que as aplicações dos recursos arrecadados atendam às necessidades da sociedade, e a fim de que essas aplicações possam ser acompanhadas e controladas, a Constituição de 1988 dita como e a quantidade de recurso público que será destinado para cada área. Também se encontra em legislação, nesse caso na lei nº 8.080 de 1990, como deve ser aplicado esse recurso e as exigências para se repassar parte dele aos entes federados (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013b).

De acordo com o Manual de Gestão Financeira do SUS (BRASIL, 2003), “no âmbito dos Municípios, a receita destinada às ações de saúde poderá ter um acréscimo relevante em decorrência das mudanças das regras aplicáveis ao Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU”.

4.7 Aplicação de Recursos Públicos no Brasil

Com a consolidação do SUS, surge a necessidade de alocar recursos para a saúde, a fim de que sejam aplicados conforme a realidade e a necessidade da população (COTTA et. al., 2006), e devem envolver todos os interessados a fim de viabilizar as decisões tomadas, garantindo também a sua eficiência e eficácia (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Segundo Souza (2002), a primeira alocação de recursos ao SUS baseou-se na capacidade de os serviços de saúde atender à população beneficiária da previdência, causando desigualdades na divisão de recursos entre os estados.

De acordo com o artigo 17 da Lei 141 de 2012, os recursos da União vinculados à saúde são repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios de acordo com as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Do total nacional de gastos com saúde no Brasil, apenas 44% se remetem à participação do setor público (UGÁ; SANTOS, 2006).

Segundo o Manual de gestão financeira do SUS (BRASIL, 2013):

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área de saúde.

A aplicação dos recursos do Orçamento Público é fiscalizada por órgãos tais como a Controladoria Geral da União, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e dos Municípios, o Ministério Público Federal e Estadual, as Assembleias Legislativas, as Câmaras de Vereadores e o Poder Judiciário (BRASIL, 2009). No entanto, de acordo com Campelli e Calvo (2007), analisando os recursos aplicados ao Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2000 a 2003, a União e os Estados deixaram de aplicar R\$ 1,8 bilhão e R\$ 5,29 bilhões, respectivamente, durante esse período. Além do controle institucional da Administração Pública, é fundamental que os cidadãos participem desse controle e também da elaboração do Orçamento, a fim de monitorar o uso dos recursos arrecadados, ajudando a definir as prioridades para os gastos do governo e fiscalizando a aplicação desse dinheiro (BRASIL, 2009). “O processo participativo exige uma mudança nas relações de poder”. Há também um confronto entre o poder de médicos, agentes de saúde e gestores, que objetivam a eficiência, eficácia ou redução de custos, e o poder das empresas e do Estado (BRASIL, 2006).

Os Estados e o Distrito Federal devem aplicar no setor de saúde, no mínimo, 12% dos impostos arrecadados referentes à saúde e recursos transferidos pela União, sem considerar o que for transferido aos Municípios (BRASIL, 2015b).

Algumas mudanças que ocorreram, tanto na alocação de recursos quanto na organização dos serviços do SUS, se devem à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS - e ao Programa de Saúde da Família - PSF. O PSF tem grande importância

por destacar mudanças na remuneração das ações de saúde, na organização dos serviços e no processo de descentralização da saúde (VIANA; POZ, 2005).

Os municípios devem aplicar anualmente na área da saúde, no mínimo, 15% dos impostos arrecadados referentes à saúde e dos recursos repassados pelo Estado (BRASIL, 2015b).

Para que um município receba as transferências da saúde regularmente, ele deve estar habilitado em uma das condições de Gestão da Saúde definidas na Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS nº 01/96) e atualizada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS nº 01/02), que são a Gestão Plena da Atenção Básica, Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 2013b).

Do mesmo modo como ocorre com o repasse dos recursos da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios, o repasse feito pelos Estados aos Municípios segue o critério de necessidades de saúde da população, (BRASIL, 2015b).

Apesar desta estruturação da porcentagem mínima a ser investida pela União não há limite definido o que gerar grande insatisfação no setor (BATIMARCHI, 2012)

Em 2006, com a elaboração do Pacto pela Saúde, a transferência de recursos para os estados e municípios passou a ser dividida em atenção básica, atenção de alta e média complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013). Minas Gerais (2017) complementa, que no ano de 2009, através da Portaria nº 837 de 23 de abril, fica acrescentado ao bloco financeiro mais um dispositivo denominado investimento na rede de serviços de saúde.

Dain (2007) demonstra que apesar de regulamentar as portarias do bloco de financiamento do sistema único de saúde, não houve alteração no quantitativo de recursos que serão distribuídos em cada dispositivo do bloco. Deste modo, a alocação de recursos manteve a mesma postura de não serem consideradas questões de desigualdade regional, sociais e epidemiológicas na hora de suas transferências.

Lembram Trevisan e Junqueira (2007) que apesar da descentralização das tomadas de decisões de execução da saúde pública gerar um mecanismo de autonomia, o que refere à alocação ou repasses de recursos para efetivação das ações tomadas não foram descentralizadas.

4.8 Atenção Primária

A Atenção Primária ou também conhecida como Atenção Básica deve ser a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde, preferencialmente, uma vez que ao reconhecer a demanda do cidadão, o mesmo será encaminhado para os serviços indicados em prol de resolutividade (Ministério da Saúde, 2006). Nessa área se utiliza a Saúde da Família como estratégia de organização para dar suporte aos preceitos do SUS (Brasil, 2006).

Quando surge a Estratégia Saúde da Família em 1994, o Ministério da Saúde implementa a expansão da Atenção Básica em todo território brasileiro, com o objetivo de adotar esta estratégia como percursora de direcionamento de ampliação ao atendimento da atenção à saúde e oferecer assistência às áreas de maior risco (BRASIL, 1997). Rodrigues (1998) ressalta que o Programa Saúde da Família se torna um colaborador para promoção dos sistemas locais de saúde, impulsionando a atenção básica de boa qualidade. E com a articulação da sociedade local nesse programa, se desenvolve uma nova vertente em atenção à saúde. Além disso, esse novo paradigma é sustentado pela Constituição Federal de 1988, quando as ações em saúde se tornam responsabilidade dos administradores públicos (VIANA; POZ, 1998).

No entanto, a partir de 1999, o PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, objetivando reorientar o modelo assistencial e reorganizar os serviços e ações de saúde (ESCOREL et. al., 2007). O modelo de assistência utilizado nesse programa está voltado à comunidade, o que exige atenção especial dada a grupos sociais específicos (SOUSA; HAMANN, 2009).

De acordo com o Portaria nº 648, de 28 de março de 2006:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006).

Ao estudar o desempenho do Programa de Saúde da Família, Viana e Poz (2005) relatam que a produção alcançada pelo programa nos municípios se compara à produção ambulatorial do SUS. Esse desempenho significa que o programa está obtendo sucesso. No entanto, é necessário que se supere dificuldades como a composição e manutenção de equipes de profissionais a fim de que o programa possa ser consolidado. Ribeiro (2007) complementa que a falta de conhecimento sobre o modelo assistencial adotado pelo PSF também dificulta a obtenção de seu êxito no Sistema Único de Saúde.

Viana e Poz (2005) ressaltam que, dentre os principais problemas que o PSF encara, estão a ausência das esferas federal e estadual do governo na implementação de suas ações, assim como a falta de recursos humanos, principalmente na área médica. Também afirmam que a maior integração entre os programas operados pelas Secretarias Municipais de Saúde pode vir a aumentar a performance de cada um deles. Contudo, a troca de prefeitos nos municípios com as eleições compromete essa integração, uma vez que, por motivos políticos, também são trocadas as equipes dos programas de saúde, impossibilitando o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Por outro lado, essa problemática é discutida por Magalhães (1997, p. 113), ao sustentar que a atual política pública de saúde não deve ser gerida pelos entes federativos maiores, ou seja, a União e os Estados, não devem centralizar a gestão e controle, pois esta ação impossibilitaria um gerenciamento aprimorado da alocação de recursos. Martins (2011) complementa que a política pública de saúde brasileira usa como estratégia o pressuposto de que, a partir do momento que há uma aproximação da realidade local se tem uma tomada de decisão com maior chance de sucesso, e isso é possível ao reconhecer que o ente municipal seja responsável pela saúde da população.

Arretche e Marques (2002) levantam em seus argumentos que essa percepção de que o município seja o maior responsável em gerir a saúde pública resulta em apropriar-se da gestão da atenção básica, dos programas do SUS e gerenciar a rede hospitalar instalada. De acordo com Menicucci (2009), esta questão é reflexo do processo de descentralização da saúde o que acarreta grande pressão nos governos locais.

De acordo Zimerman (2017):

A atenção à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde, como política de Estado, tem acumulado diferentes experiências exitosas e não exitosas, todas, construídas, desconstruídas e reconstruídas pelos movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, ao longo desses vinte e cinco anos desde a reforma sanitária.

Para a maior compreensão acerca da temática, sugere-se ressaltar que, de acordo com Melo *et.al.* (2018), desde o início do século XX, a atenção primária tem sido discutida de forma universal. Destaca-se a sua configuração no relatório Dawson, de 1922, onde, foi postulado o médico geral, baseado em uma rede de serviços em núcleos, partindo-se dos centros primários, onde torna-se referencial de sistema público e universal de saúde. (MELO, *et.al.*, 2018).

Enfatiza-se que a atenção básica de saúde ainda necessita de recursos para supri-la e consequentemente atender à população, conforme cita Sobrinho, *et.al.* (2017), que a através de ações da saúde individuais e coletivas, a atenção básica, torna-se como forte aliada à prevenção de agravos, tratamento, dentre outros meios para a promoção da saúde.

Doravante destaca-se a importância do reconhecimento dos profissionais da atenção básica. Segundo Giovanella (2018), a valorização dos profissionais da atenção básica, através de política de pessoal única, bem como do plano de carreira, contribuiriam significativamente para a melhoria da atenção básica.

Contudo, Mendes *et.al.* (2018), ressalta que nos últimos anos, percebe-se um desfinanciamento da saúde, que pode acarretar no aniquilamento do sistema, em específico, na atenção básica. Conforme ressalta Mendes *et.al.* (2018):

[...] referimo-nos, especificamente, à introdução de uma das maiores medidas de austeridade - corte drástico dos gastos públicos para alcançar um equilíbrio fiscal-defendida pelo capital portador de juros (capital financeiro): a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, promulgada pelo governo Temer, que limitou a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, baseada no valor das despesas de 2017, corrigidas pela variação do Índice de Preço ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Além disso, essa EC revogou o escalonamento previsto na EC 86/2015 que alterava a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016, elevando-se, até alcançar 15% da RCL, em 2020. Observa-se uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já em 2016, intensificando o subfinanciamento do SUS.

Cecilio e Reis (2018), destacam que, além dos avanços obtidos na atenção básica, não obstam somente, pois, há a necessidade de ventilar a política de novas exploração de novas observações, bem como, a necessidade de avanços para a atenção básica.

No que concerne ao contexto da Pandemia de Covid-19, que se alastrou no mundo inteiro, onde muitas pessoas perderam suas vidas em decorrência ao vírus, surge a importância da atenção básica, pois, segundo Cabral *et.al.* (2020), o vírus se disseminou de forma repentina, tornando-se dessa forma, preocupante para os serviços da atenção básica.

Dessa forma, Cabral *et.al.* (2020), destacam:

Assim, propõe-se que as estratégias de enfrentamento ao COVID-19 abranjam os usuários e os profissionais. Os relatos internacionais exitosos mostraram que a telemedicina é uma ferramenta efetiva para a redução do contato presencial entre profissionais de saúde e usuários com síndrome respiratória aguda grave. Como também, uma importante ferramenta para a continuidade da assistência às pessoas com outras condições de saúde que necessitam de atendimento regular, como é o caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que diante da falta de manejo clínico apropriado, pode levar a quadros de agudização e uma demanda ainda maior pelos setores de alta complexidade, como as unidades de terapia intensiva.

No entanto, Oliveira (2020), ressalta que, os profissionais da atenção básica, desde o início, onde começou a ser disseminado o coronavírus, precisaram de novas estratégias, no intuito de promover a educação em saúde, porém, a escassez de recursos, tal como a ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em algumas unidades de saúde, assim como a ausência de insumos e de formas para que fossem realizados com eficácia, os protocolos estabelecidos, desmotivaram muitos profissionais da linha de frente. (OLIVEIRA, 2020).

Dessa forma, Floss *et.al.* (2020) revelam ainda a escassez de profissionais para atender à essa população, devido ao afastamento por Covid-19, assim, profissionais como, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários de saúde e agentes indígenas de saúde, são os únicos profissionais que estão à frente dos cuidados da população, nessas localidades.

4.9 SIOPS

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) foi criado em 2000, com o objetivo de monitorar a aplicação de recursos com serviços públicos de saúde pelos entes da Federação através de informações contábeis coletadas bimestralmente. Desde sua implementação até 2001, essas informações eram coletadas anualmente, passando a serem coletadas semestralmente em 2002, e bimestralmente a partir de 2013 (IBGE, 2015).

De acordo com Teixeira e Teixeira (2003), as informações coletadas pelo SIOPS originam-se de declarações efetuadas pelos estados e municípios. A equipe responsável por administrar esses dados é constituída por técnicos formados nas áreas de saúde, finanças públicas e informática.

Segundo os mesmos autores, o sistema é gerido por uma parceria formada entre os tribunais de contas, os conselhos de saúde e o Ministério Público, e a parceria com a Secretaria do Tesouro Nacional significa a utilização desse sistema a fim de verificar a aplicação dos recursos da saúde.

O SIOPS, regido através da Portaria nº 1.163 de outubro de 2000, se tornou a principal ferramenta comprobatória do que exige a emenda Constitucional nº 29 na questão da alocação de recursos de saúde mínimos estabelecidos (Minas Gerais, 2017). Branco (2001) relata que este sistema, ao ser trabalhado, pode ser a base de orientação para planejar, executar e avaliar as ações, uma vez que os dados existentes no SIOPS podem ser considerados mecanismo de embasamento ao gestor público. Os dados inseridos no sistema, são informações sobre o total de receitas alocadas em ações e serviços de saúde realizados pelos entes federativos (Brasil, 2010).

4.10 RAG

O Relatório Anual de Gestão (RAG), é um instrumento de planejamento inserido no SargSus, é uma plataforma eletrônica que tem como objetivo principal ofertar apoio aos gestores municipais na emissão de comprovação da aplicação de recursos públicos das atividades executadas (Datusus, 2018). O RAG apresenta resultados alcançados executados através da programação anual de saúde e dá suporte na elaboração da nova proposta para o ano subsequente.

Conforme a Portaria de nº 575 de 2012 do Ministério da Saúde:

Art. 1º Esta Portaria institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS). Art. 2º O SARGSUS é o sistema de utilização obrigatória para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS), com os seguintes objetivos: I - contribuir para a elaboração do RAG previsto no inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; II - apoiar os gestores no cumprimento dos prazos legais de envio dos RAG aos

respectivos Conselhos de Saúde e disponibilização destas informações para as Comissões Intergestores; III - facilitar o acesso a informações referentes aos recursos transferidos fundo a fundo e sua aplicação por meio da Programação Anual de Saúde (PAS); IV - constituir base de dados de informações estratégicas e necessárias à construção do RAG; V - disponibilizar informações oriundas das bases de dados nacionais dos sistemas de informações do SUS; VI - contribuir para o aperfeiçoamento contínuo da gestão do SUS; e VII - facilitar o acesso público ao RAG.

O RAG contribui no viés de monitoramento e avaliação das ações de saúde, trazendo uma visão aos gestores públicos do cenário da instância municipal. Uma vez que em sua elaboração os instrumentos de planejamento do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde são trabalhados em conjunto para fomentar o instrumento RAG (Minas Gerais, 2017). Neste instrumento o gestor municipal de saúde apresenta o que foi alcançado com a execução da Programação Anual de Saúde e em contrapartida, é neste processo de elaboração do Relatório Anual de Gestão que fica evidente quais ajustes serão necessários na manutenção de alocação de recursos às áreas de saúde. São estabelecidas correções, se necessário, ao Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, unindo esforços dos gestores e conselheiros municipais. Esse mecanismo é possível uma vez que, o RAG deve ser encaminhado ao Conselho de Saúde até o dia 30 de março de cada ano vigente para que assim, ele seja aprovado ou para que seja indicada a revisão (Brasil 2016a).

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o Relatório Anual de Gestão se tornou uma peça essencial para o planejamento do Sistema Único de Saúde. Sua execução traz a transparência na utilização dos recursos do SUS, além de ser um mecanismo facilitador na prestação de contas às instâncias fiscalizadoras (Brasil 2016a).

5 METODOLOGIA

Neste capítulo, são mencionados os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. Primeiramente, aborda-se o tipo de pesquisa, na sequência são descritos o método da pesquisa, propósito da pesquisa, objeto da pesquisa a técnica de coleta de dados, análise de conteúdo e por último resultado e discussões.

5.1 Tipo de pesquisa

Esse estudo é caracterizado como uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Como pesquisa descritiva, apresentou como é realizado o financiamento da Política Pública de Saúde com o enfoque na Atenção Primária. Visando compreender como são alocadas as receitas financeiras no município de Lavras, Minas Gerais. Deste modo, foi trabalhado a compreensão do funcionamento, bem como o rastreamento, dos recursos públicos aplicados na área da saúde, com ênfase nas receitas destinados à área de atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde.

Usando a abordagem quantitativa buscou analisar dados correspondentes aos valores das receitas financeiras obtidas no município destinadas à Atenção Primária. Prodanov e Freitas (2013) demonstram que na abordagem quantitativa o pesquisador traduz números em concepções e informações para classificar e analisar. Complementa Collins e Hussey (2005) que essa abordagem tem o objetivo analisar e coletar dados numéricos.

Neste sentido, a pesquisa tabulou os valores investidos ao atendimento básico de saúde, analisando os efeitos das aplicações com o indicador de morbidade em seu território. Deste modo, realizou a classificação do impacto desses montantes sobre a atuação do sistema de saúde face à realidade do município investigado.

O estudo trabalhou com dados primários coletados por meio de pesquisa documental nas bases online do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG). Eles foram classificados, tabulados e analisados visando as receitas alocadas aos fundos de saúde nos anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019.

5.2 Técnica de Coleta de Dados

Além dos dados obtidos com os relatórios administrativos dos sistemas de gestão do SUS, a pesquisa também utilizou de fontes secundárias, por meio de pesquisa bibliográfica e documental complementar, sendo selecionadas de acordo com as necessidades de contextualização e sistematização dos dados analisados.

A escolha dos anos analisados foi definida por conveniência, que, como afirma Gil (2008), é comum em estudos com características exploratórias, uma vez que o pesquisador opta por documentos que obtém acesso e através de sua articulação, representa o universo a ser estudado. Neste sentido, os anos selecionados e trabalhados representam as gestões 2013-2016 e 2017-2020, sendo viável a pesquisa analisar nos sistemas oficiais os últimos dados lançados.

Deste modo, foram trabalhados as receitas financeiras repassadas ao Fundo Nacional de Saúde, assim como a prestação de contas da aplicação desses recursos com relação aos fundos municipais, estaduais e federais por meio dos dados obtidos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), fazendo uma consulta dos pagamentos feitos ao município de Lavras MG. Sendo referenciado os anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 em ambos sistemas.

Foi utilizado o site do Ministério da Saúde (Datasus), para a obtenção dos dados das receitas financeiras referente à atenção primária no município de Lavras –MG. No Datasus se encontram todas as informações sobre os repasses realizados, separados através do bloco de financiamento do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, foi trabalhado relatório dos períodos escolhidos para que assim fosse equivalente à proposta do estudo. Para tanto, foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), demonstrativos dos dados informados do município estudado, realizando nesse sistema, consulta por unidade executora, selecionando receitas e despesas. No Relatório Anual de Gestão, foram coletadas informações relativas à mudança do gestor do SUS, à mudança de presidente do conselho municipal de saúde, ocorrência de conferência em saúde, existência do plano municipal de saúde e programação anual de gestão. Além de utilizar o indicador de morbidade para fins comparativos contido nesse sistema.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e as discussões pertinentes na pesquisa estão dispostos em três seções. Sua primeira seção irá retratar a organização do Sistema Único de Saúde na perspectiva municipal, em seguida relata-se o investimento financeiro na política pública de saúde de Lavras - MG e na quarta seção aborda-se o as receitas alocadas na área primária do SUS deste município.

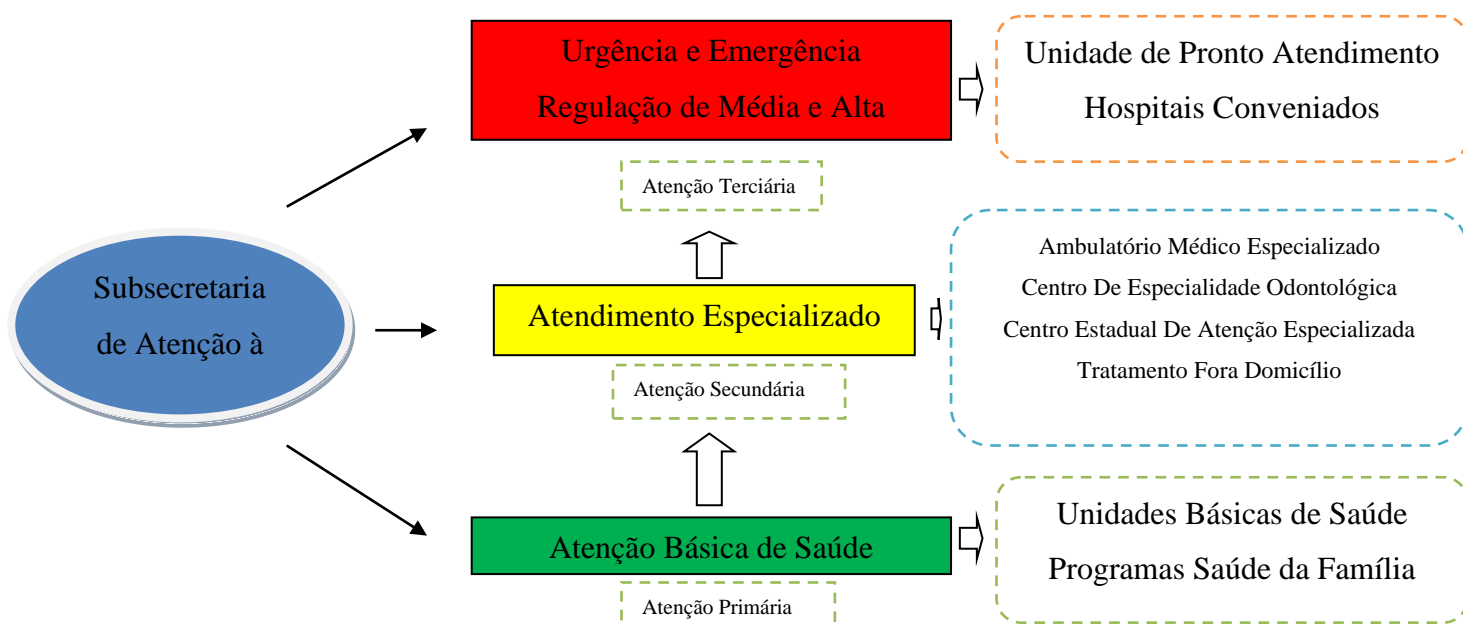
6.1 Descrição Organizacional

A Secretaria Municipal de Saúde de Lavras – MG é situada na Avenida Pedro Sales, nº 27, bairro centro. Sua localização geográfica corresponde à região norte. Possui atualmente 1043 funcionários, sendo 415 atuantes na área primária do SUS. Sua estrutura orgânica contempla três subsecretarias sendo elas: a Subsecretaria de Planejamento, Gestão e Finanças, a Subsecretaria de Atenção à Saúde e a Subsecretaria de Vigilância em Saúde.

Os setores que pertencem à Subsecretaria de Planejamento, Gestão e Finanças são de caráter administrativos. Possuem sete assessorias sendo elas: Contabilidade, Finanças, Contratos e Convênios, Gestão de Pessoas, Almojarifado, Transporte e Judicialização em Saúde.

Já a Subsecretaria de Atenção à Saúde é composta por quatro Superintendências sendo elas: Urgência e Emergência, Regulação de Média e Alta Complexidade, Atendimento Especializado e Atenção Básica de Saúde. Esses setores articulam de forma hierarquizada as atenções do SUS que são divididas em primária, secundária e terciária.

Figura 1: Áreas de atuação da Subsecretaria de Atenção à Saúde

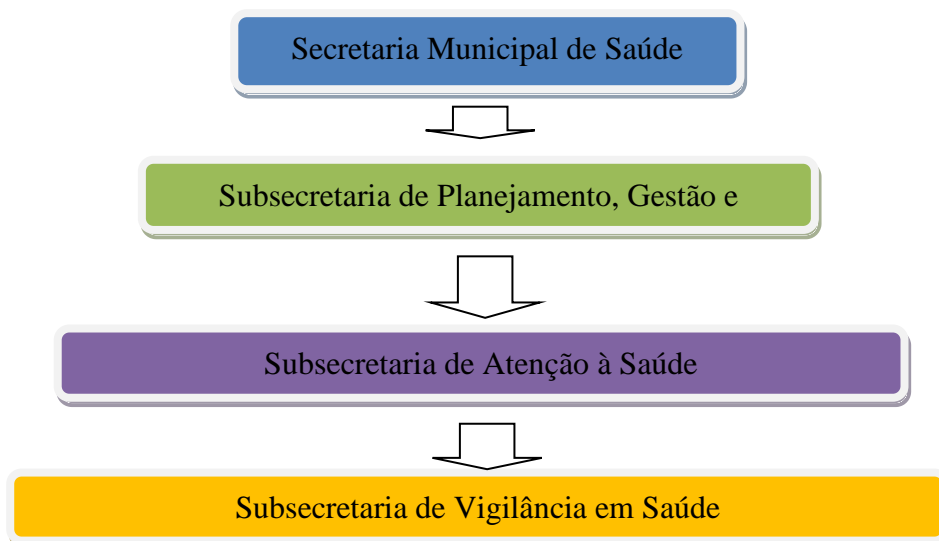


Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

A Subsecretaria de Vigilância em Saúde é dividida em cinco assessorias sendo elas: Vigilância do Trabalhador, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Arboviroses.

Analisando a organização estrutural da Secretaria Municipal de Saúde de Lavras – MG foi também possível elaborar o organograma (Figura 2) de modo a sistematizar a dimensão de áreas do Sistema Único de Saúde e sua relação hierárquica.

Figura 2: Organograma das Áreas da Secretaria Municipal de Saúde, PML.



Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

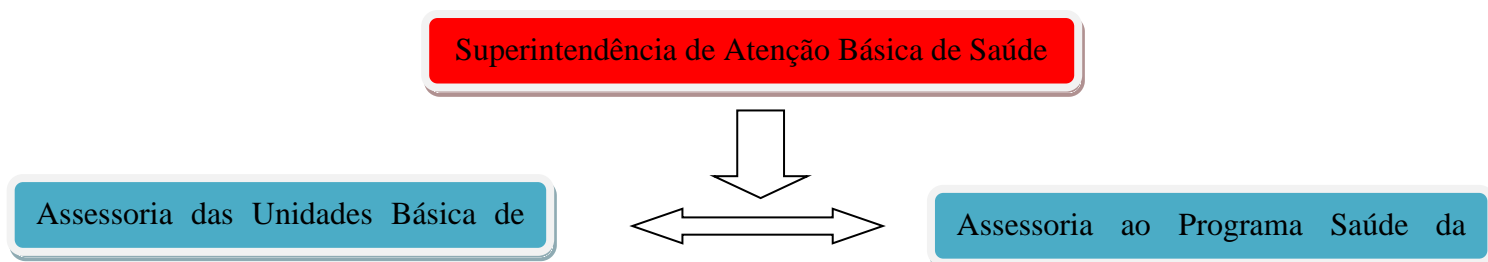
A atenção primária do município fica subordinada a Subsecretaria de Atenção Básica de Saúde correspondente a Superintendência de Atenção à Saúde. Como ilustrado na Figura 1: Áreas de atuação da Subsecretaria de Atenção à Saúde.

Detém 17 unidades do Programa Saúde da Família, 3 Unidades Básicas de Saúde e 2 Unidades de Acolhimento da Atenção Básica. As equipes são formadas em geral por Médico Clínico Geral, Dentista, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de Saúde Bucal e Recepcionista.

Estas equipes tem vínculo empregatício distintos, sendo que, em sua maior parte como função pública que são os Agentes Comunitários de Saúde e o restante tem sua contratação via processo seletivo classificado como regime CLT.

Além disso, a atenção primária no município de Lavras-MG conta com coordenação própria, intitulada como Superintendência de Atenção Básica de Saúde. Sendo gerenciada por cargo comissionado, ou seja, indicação do chefe do poder executivo de acordo com cada gestão em exercício. No período estudado, de 2015 a 2019, estiveram à frente desta superintendência de serviços de atenção primária duas funcionárias, uma delas sendo contratada e a outra servidora efetiva do quadro pessoal do município.

Figura 3: Organograma da área da Atenção Básica de Lavras.



Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

A Lei Federal nº 8.142 de 1990 em seu Art. 4º, estabelece diretrizes a serem cumpridas pelo ente federativo em prol da manutenção de recursos públicos para área de saúde. Nesta lei é prevista a instituição de um Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão.

O município investigado cumpriu este pré-requisito, tendo o fundo municipal de saúde de Lavras – MG instituído pela Lei Municipal nº 1.866 de 20 de junho de 1991. O Conselho Municipal de Saúde é redigido pela Lei Nº 1.865 de 20 de junho de 1991.

No que se refere à elaboração do Plano de Saúde e a execução do Relatório de Gestão, o município o cumpriu as diretrizes da Portaria Nº 2.135 de 25 de setembro de 2013 que

exigem a realização desses dois instrumentos. Permitindo a articulação de um processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, promovendo sua operacionalização (BRASIL, 2013).

Para ilustrar a passagem foi elaborado o Quadro 1 – Vigência do Plano Municipal de Saúde onde é possível compreender que o instrumento Plano Municipal de Saúde (PMS) é uma ferramenta de planejamento que perpassa mais de uma gestão. É um documento que demonstra as intenções políticas, suas estratégias e metas. O que gera um ciclo contínuo das ações em saúde que foram elaboradas e que serão alcançadas.

O PMS tem o mesmo mecanismo do plano plurianual (PPA), iniciado em uma gestão e obtendo sua conclusão em outra. Assim o Plano Municipal de Saúde é um planejamento para área de saúde tendo execução em um período de quatro anos. Auxiliando o secretário de saúde visualizar como será articulada suas alocações de recursos de acordo com cada meta estabelecida neste plano.

Deste modo, confirma o que é abordado por Brasil (2013), que afirma que o Plano de Saúde define as políticas de saúde e como será a forma de utilização dos recursos. Complementa Minas Gerais (2017), que o Plano de Saúde é um instrumento onde é visualizado a prestação de contas de cada gestor do SUS em exercício.

Quadro 1 – Vigência do Plano Municipal de Saúde.

PERÍODO	2015	2016	2017	2018	2019
PMS¹	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
VIGÊNCIA PMS	2014-2017	2014-2017	2014-2017	2018-2021	2018-2021

Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

Por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), no período estudado é verificado que houve três mudanças de secretários do SUS no município no ano de 2015. No ano de 2016 foi realizada mais uma troca do secretário. Já na gestão 2017-2020 com o novo mandato municipal outra nomeação ao cargo de secretário do SUS e uma alteração na composição da presidência do Conselho Municipal de Saúde.

¹ PMS (Plano Municipal de Saúde).

Com essas trocas repentinas no município de Lavras MG observa-se que comprometeram o mesmo a realizar a Programação Anual de Saúde. O PAS não foi apresentado ao Relatório Anual de Gestão nos anos 2015 e 2016. Sendo lançado apenas na próxima gestão nos períodos de 2017 e 2020.

Quadro 2 – Plano Anual de Gestão.

PERÍODO	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PAS ²	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM

Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

O quadro acima enfatiza a afirmação de Rosa e Labate (2005) ao descrever que a falta de continuidade nas ações, gerenciam a descontinuidade administrativa no campo de públicas. Para sistematizar o abordado pelos autores citados foi elaborado um quadro que demonstra as trocas repentinas dos secretários do Sistema Único de Saúde do município estudado durante as gestões 2013 - 2016 e 2017 - 2020, quadro 3 – Posse dos Secretários do SUS do Município de Lavras – MG.

Quadro 3 – Posse dos Secretários do SUS do Município de Lavras – MG.

SECRETÁRIO DE SAÚDE	NOMEAÇÃO	EXONERAÇÃO
I	02-01-2013	06-05-2013
II	07-05-2013	08-12-2014
III	09-12-2014	22-04-2015
IV	23-04-2015	01-10-2015
V	02-10-2015	11-05-2016
VI	12-05-2016	31-12-2016
VII	01-01-2017	31-12-2020

Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

¹ PMS (Plano Municipal de Saúde).

² PAS (Programação Anual de Gestão)

Percebemos que no Quadro 3 – Posse dos Secretários do SUS do Município, os períodos de mandatos dos responsáveis pela política pública de saúde foram descontinuados antes do término do mandato político do poder executivo.

A gestão municipal 2013-2016 houve um processo de cassação, onde ocorreu a mudança do responsável pelo poder executivo. Deste modo, podemos observar o impacto nos trâmites de gestão.

O Secretário de Saúde I, teve um mandato de 4 meses, o Secretário de Saúde II, fica à frente do SUS por um período de 1 ano e 7 meses. Já o Secretário de Saúde III, executa suas atividades por 4 meses. O Secretário de Saúde IV, 6 meses. Já os Secretários de Saúde V e o VI, 7 meses e só na gestão 2017-2020 que o secretário VII da pasta executou suas atividades o mandato municipal de modo integral, ou seja, quatro anos.

5.3 Investimento Financeiro Na Política Pública De Saúde

A alocação de recursos de saúde no município segue o que determina a Emenda Constitucional nº 29 que estabelece a articulação de recursos das três esferas do governo para a realização do financiamento ao SUS.

A EC 29 define que o ente federativo corrija anualmente o orçamento federal destinado a política pública de saúde de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto. Já o Estado fica obrigado a alocar recurso na área de saúde da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais de um percentual de 12%. E os municípios assumem a responsabilidade de utilizar pelo menos 15% das suas receitas líquidas em saúde.

Das receitas para apuração do mínimo legal de 15% exigidos aos entes municipais é ilustrado abaixo:

Quadro 4 – Recursos do Município de Lavras Investido em Saúde.

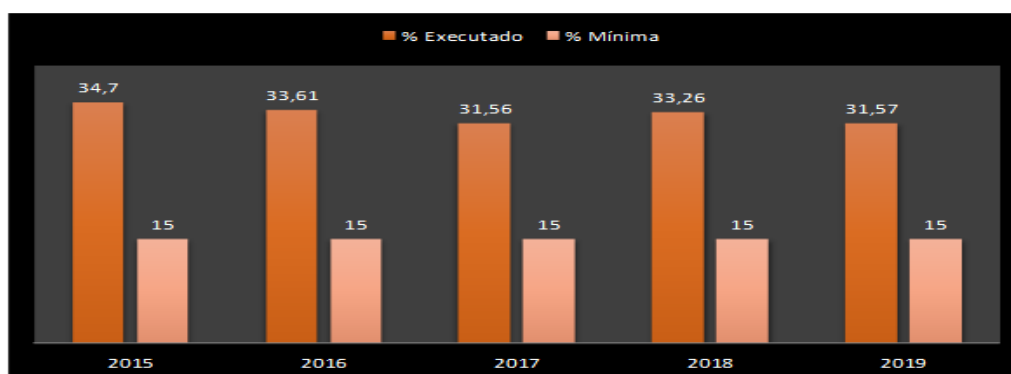
EXERCÍCIO	VALOR TOTAL DE RECURSOS PRÓPRIOS NO SUS	MÍNIMO LEGAL DE 15%	VALOR INVESTIDO ALÉM DO MÍNIMO
2015	R\$ 40.138.389,31	R\$ 17.351.436,04	R\$ 22.786.953,27
2016	R\$ 42.713.981,55	R\$ 19.060.601,90	R\$ 23.652.379,65
2017	R\$ 40.337.080,82	R\$ 19.171.365,04	R\$ 21.165.715,78
2018	R\$ 45.487.991,82	R\$ 20.513.495,57	R\$ 24.974.496,25
2019	R\$ 46.439.289,19	R\$ 22.059.538,29	R\$ 24.379.750,09

Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

Os valores descritos acima são extraídos do relatório resumido da execução orçamentária do sistema SIOPS para cada exercício. O valor total de recursos próprios no SUS corresponde às receitas que são apontadas para cálculo da porcentagem mínima estabelecida na Emenda Constitucional nº 29. Desse montante, observa-se que o município investe além da porcentagem mínima estabelecida nos serviços de saúde.

Através do Quadro 4, fica evidente o que é abordado por Campelli e Calvo (2007); Teixeira e Teixeira, (2003) e Ugá e Santos, (2006), que através da efetivação da EC nº 29 de 2000 o estabelecimento de regras na provisão de recursos são seguidos, ilustrando os percentuais mínimos exigidos pelos entes federativos na aplicação de recursos ao Sistema Único de Saúde.

Gráfico 1 – Recursos do Município Investido em Saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

O que é abordado por Brasil (2015b) é correspondente com o município estudado, uma vez que dos impostos arrecadados são aplicados além dos 15% exigidos na área da saúde. Sendo ilustrado através do Gráfico 1 – Recursos do Município Investido em Saúde, que no ano 2015 houve investimento de 34,7%, 2016 foi 33,61%, no ano de 2017 obteve 31,56%, o ano de 2018 o investimento foi de 33,26% e por fim em 2019 31,57%. A alocação desta receita contemplará todas as áreas do bloco de financiamento do SUS.

5.4 Receitas Alocadas Na Área Primária Do SUS

No que se refere à aplicação de recursos na Atenção Primária, podemos visualizar o período estudado de 2015 a 2019 da seguinte forma:

Quadro 5 – Receitas Atenção Primária Lavras MG

EXERCÍCIO	FEDERAL/ ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL DE RECEITA
2015	R\$ 5.932.750.50	R\$ 8.413.908.79	R\$ 14.346.659.29
2016	R\$ 7.684.004.95	R\$ 7.759.354.60	R\$ 15.443.359.55
2017	R\$ 7.833.160.02	R\$ 7.620.271.94	R\$ 15.453.431.96
2018	R\$ 7.825.325,30	R\$ 8.242.424.57	R\$ 16.067.749.87
2019	R\$ 7.710.104,72	R\$ 9.716.363,94	R\$ 17.426.468,66

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Deste modo, observa-se que os montantes de alocação de recursos são oriundos do somatório de receitas dos entes federativos, evidenciando que os municípios detêm maior aplicação no volume de recursos. Isso é considerável como demonstra Brasil (2018b), ao dizer que a saúde pública fica sob maior responsabilidade do ente federativo municipal em gerir a demanda repassada pela União no processo de descentralização da saúde. Assim, cabe ao mesmo, utilizar fontes próprias para custear programas criados pelo ente federal em prol de maior cobertura de acesso a população. Solidificando o que demonstra Brasil (2013a), que reconhece como direito dos cidadãos brasileiros a saúde de modo público, tendo sua garantia através do Estado.

Quadro 6 – Recursos do Município Investido na Atenção Primária

EXERCÍCIO	TOTAL	INVESTIMENTO	VALOR
	RECURSOS PRÓPRIOS INVESTIDO NA ÁREA DE SAÚDE	NA ATENÇÃO BÁSICA	INVESTIDO EM OUTRAS ÁREAS DE SAÚDE
2015	R\$ 40.138.389,31	R\$ 8.413.908,79	R\$ 31.724.480,52
2016	R\$ 42.713.981,55	R\$ 7.759.354,60	R\$ 34.954.626,95
2017	R\$ 40.337.080,82	R\$ 7.620.271,94	R\$ 32.716.808,88
2018	R\$ 45.487.991,82	R\$ 8.242.424,57	R\$ 37.245.567,25
2019	R\$ 46.439.289,19	R\$ 9.716.363,94	R\$ 36.722.925,25

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Fazendo um comparativo do Quadro 4 – Recursos do Município de Lavras Investido em Saúde e do Quadro 5 – Receitas Atenção Primária Lavras MG, é identificado o montante de receitas próprias do município alocados na área de Atenção Primária.

O ilustrado no quadro acima demonstra que o município é o maior responsável de gerir os recursos financeiros ao Sistema Único de Saúde. Essa análise é correspondente ao argumento de Arretche e Marques (2002) onde os autores apontam que o município é o maior responsável pela execução da saúde pública.

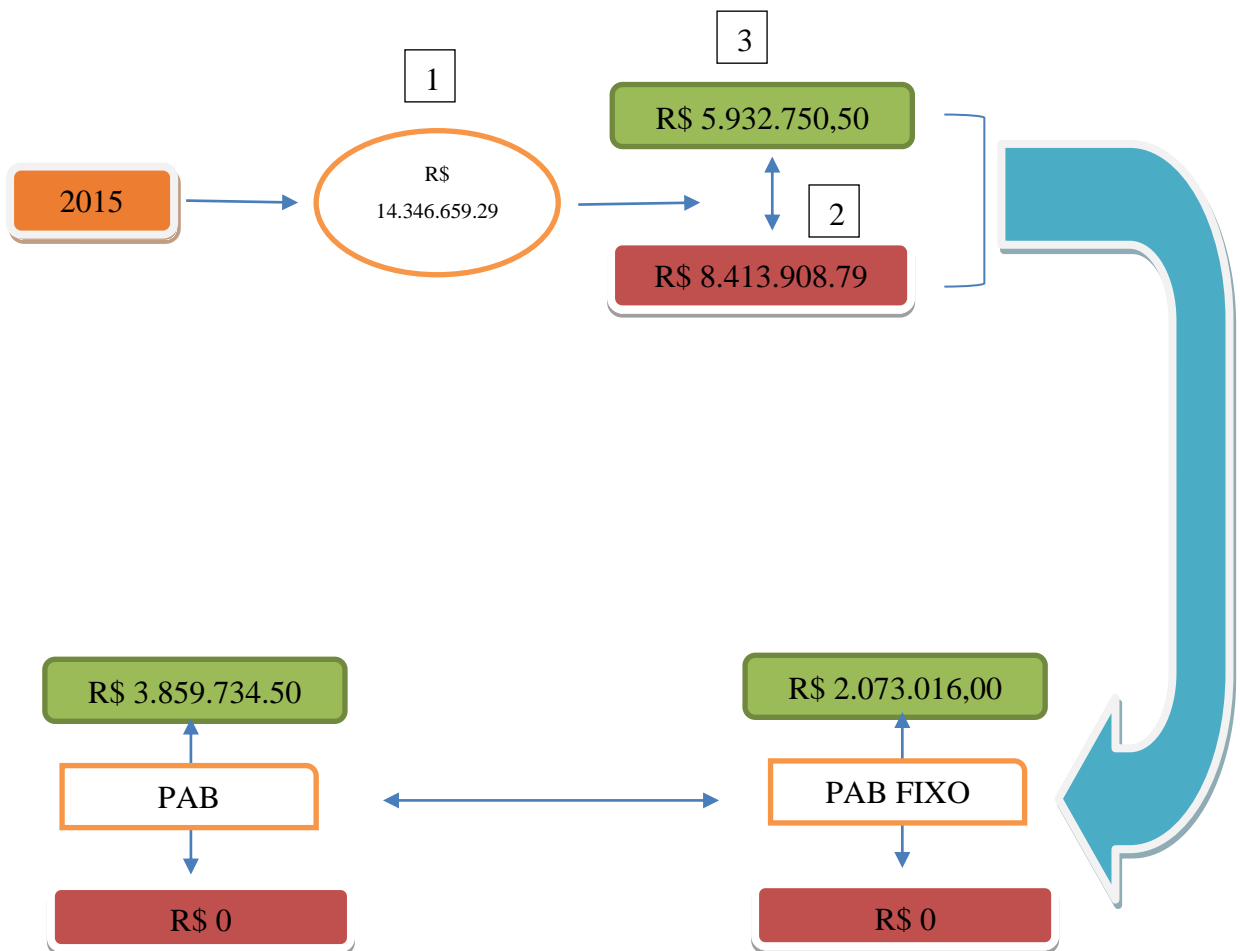
Desse modo, a partir dos dados extraídos do SIOPS, foram elaborados fluxograma dos anos de 2015 e 2016 para sistematizar como é feita a alocação de recursos públicos à Atenção Primária, a fim de perceber como o montante total de receitas é administrado em prol da saúde pública, conforme fluxograma (Figura 4) – Desmembramento da receita alocada na Atenção Básica.

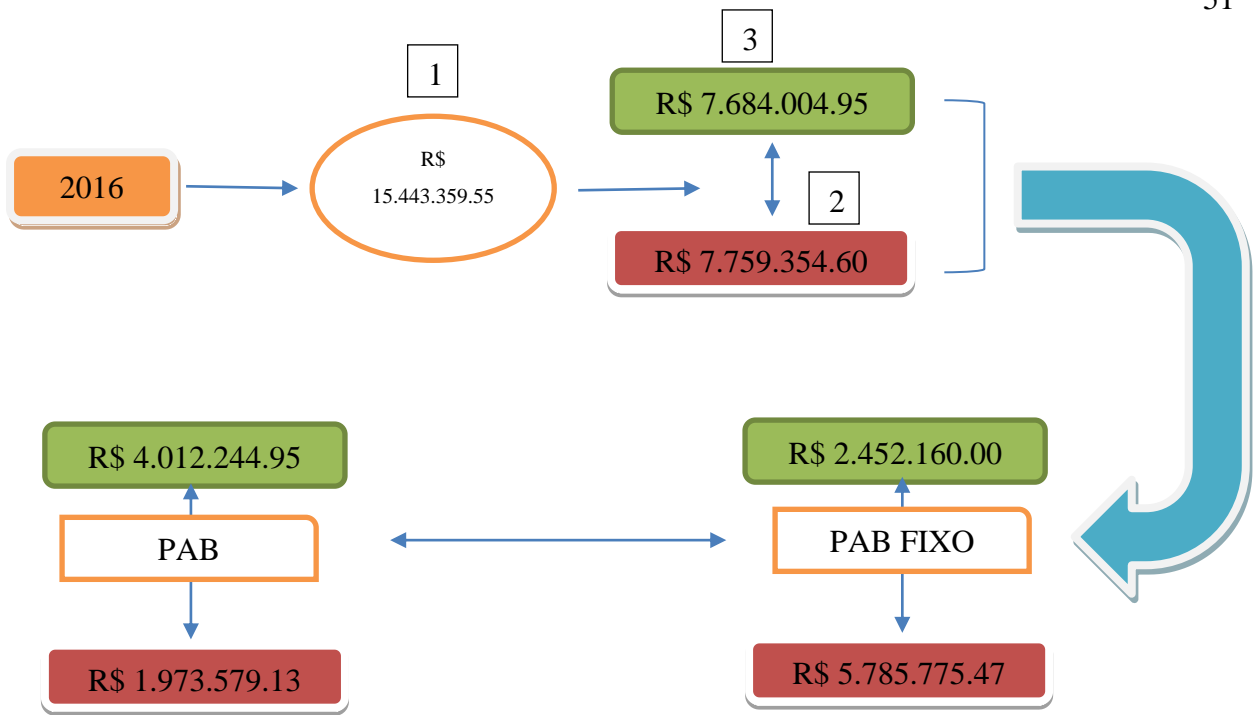
No item 1, fica ilustrado o total de receitas arrecadas através do fundo de saúde para aplicação nos serviços de saúde na Atenção Primária. O item 2, demonstra a divisão entre recursos próprios do município que foram investidos para área e em contrapartida o que foi arrecadado através do ente Federal e Estadual número 3. Em seguida é trabalhado o bloco de Atenção Primária sendo demonstrado o Componente Piso da Atenção Básica que são o PAB FIXO e o PAB VARIÁVEL.

O PAB FIXO é correspondente ao financiamento de ações da área primária do SUS que são devidamente transferidos mensalmente ao município pelo fundo nacional de saúde,

sendo utilizados na manutenção do equipamento público, como no caso de pagamento de materiais de consumo e materiais permanentes. Já o PAB VARIÁVEL, podemos observar conforme Brasil (2015) ilustra que são recursos utilizados através da adesão do que foi planejado no Plano de Saúde, ou seja, são alocações de receitas destinadas para financiamentos das estratégias estabelecidas, para custeio de pagamentos de salários das estratégias como da Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

Figura 4: Fluxograma de Desmembramento da receita alocada na Atenção Básica.

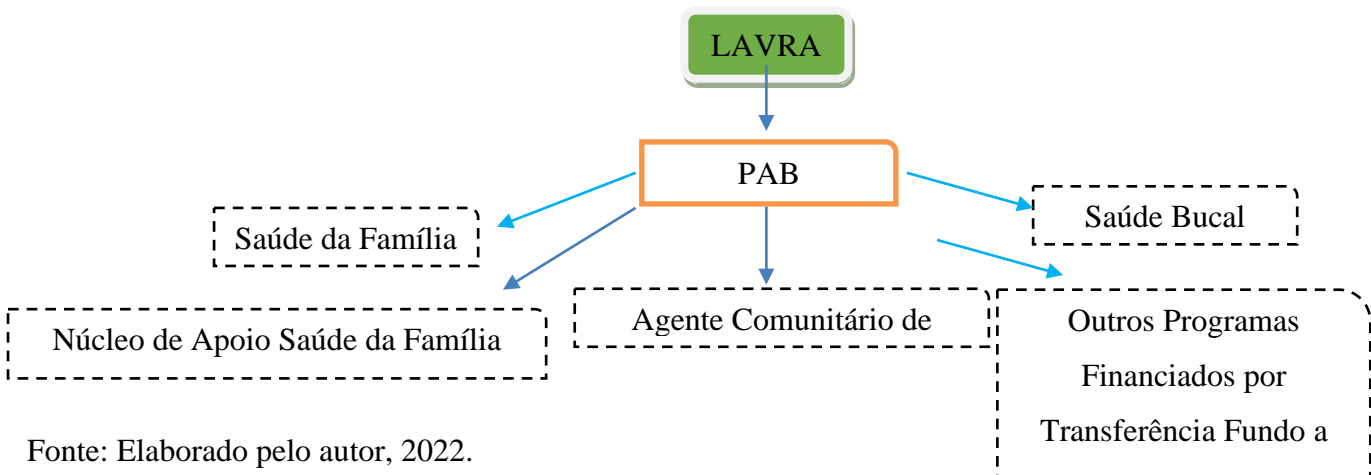




Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Para ilustrar que o PAB Variável correspondente às estratégias adotadas no município estudado, foi elaborado fluxograma para sistematizar em quais estratégias está associado este componente.

Figura 5 – Fluxograma do Componente Piso da Atenção Primária Variável Lavras MG.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Diante do apresentado, podemos perceber quais as áreas são articuladas em prol da Atenção Primária no município. Sistematizando o valor total de cada ano apresentado na Figura 4: Fluxograma de Desmembramento da receita alocada na Atenção Primária

correspondente ao PAB VARIÁVEL, foi possível desmembrar a receita de cada estratégia existente no município.

Quadro 7 – PAB Variável Lavras MG.

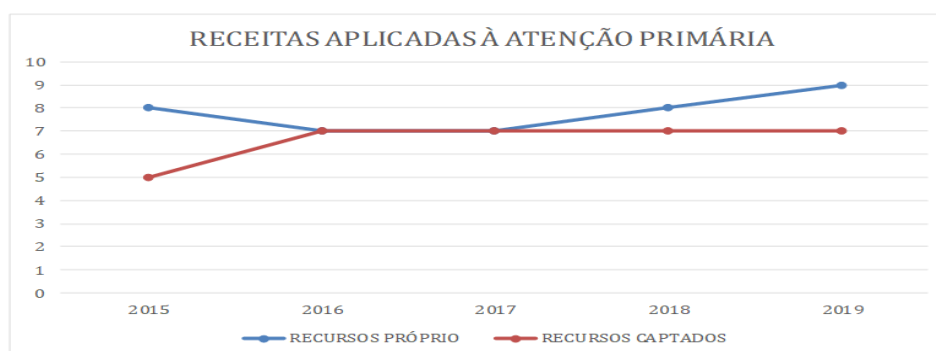
EXERCÍCIOS	SAÚDE DA FAMÍLIA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	SAÚDE BUCAL	NÚCLEO APOIO SAÚDE DA FAMÍLIA	OUTROS PROGRAMAS FINANCIADOS POR TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO
2015	1.158.200,00	1.267.500,00	448.310,00	348.690,00	637.034,50
2016	3.558.067,74	1.511.729,45	498.120,00	369.249,39	1.257.466,53

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Ao analisar a alocação de recursos através do PAB Fixo e PAB Variável do bloco da atenção primária, foi possível construir o gráfico 2 – Alocação de Recursos Públicos de Saúde na Atenção Primária Lavras – MG, onde fica ilustrado que no período estudado o município obteve maior aplicação de recursos no que se refere a manutenção, ou seja, o PAB Fixo detêm maior montante de receita. Conforme Brasil (2004), o município detêm maior investimento no que se refere a execução de compras de materiais de consumo ou de materiais permanentes, a fim da promoção de maior efetividade na prestação do serviço de saúde.

O gráfico 3 – Receitas aplicadas à atenção primária – ilustra e faz comparação dos recursos próprios do município e os recursos captados através do ente federal e estadual. Fica claro que em cada exercício há uma oscilação de alocação de recursos, principalmente da alocação de recursos próprios, tendo maior declínio no ano de 2016.

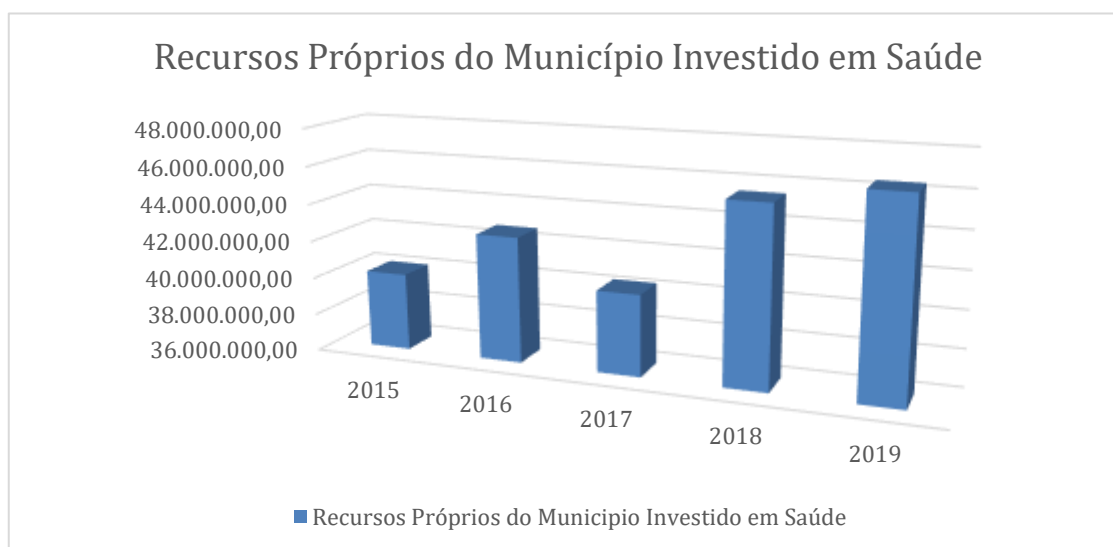
Gráfico 2 – Receitas Aplicadas à atenção primária



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Fazendo um comparativo do Quadro 6 – Recursos do Município Investido na Atenção Primária com o Gráfico 3 – Receitas Aplicadas à atenção primária, podemos justificar essa oscilação. Uma vez que o município estudado passa a aplicar menos de seus recursos na área da atenção básica. Apesar do estudo apontar que a arrecadação de receitas do município foi crescente apenas no ano de 2017 tendo um declínio.

Gráfico 3 – Recursos Próprios do Município Investido em Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022

Percebemos ao longo dessas análises que o município de Lavras MG mantém nos exercícios estudados, grande participação na alocação de recursos próprios na área de atenção básica. Portanto, essa alta alocação de recursos corresponde com o que argumenta Viana e Poz (2005), que apesar das problemáticas existentes como no Programa Saúde da Família pela ausência dos entes superiores implementarem ações, em contrapartida o ente municipal através da Secretaria Municipal de Saúde promove maior gerenciamento deles.

5.4 Indicador de Morbidade

Diante dos dados apresentados e observando que a execução dos programas voltados à atenção básica se mantém por maior parte de receitas do próprio município. Utilizando o Relatório Anual de Gestão, podemos analisar como se comporta o índice de morbidade de Lavras MG em relação a alocação de recursos no período estudado. Já que esse indicador está associado ao número de pessoas de uma população que passam a ter certa doença ou determinado agravo de saúde (LEBRÃO et al., 1997). Assim, podemos observar se o alto

investimento ou baixo investimento na atenção básica gera algum impacto na saúde da população. Já que, as atividades primárias do sistema único de saúde estão condicionadas em ações que visam garantir a promoção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2006).

Quadro 8 – Morbidade Lavras MG

CID-10	Descrição do Agravado	2015	2016	2017	2018	2019
Capítulo I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	264	209	245	265	288
Capítulo II	Neoplasias [tumores]	253	294	235	253	266
Capítulo III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	41	34	16	27	38
Capítulo IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	162	123	103	119	200
Capítulo V	Transtornos mentais e comportamentais	84	53	31	53	60
Capítulo VI	Doenças do sistema nervoso	118	108	85	92	98
Capítulo VII	Doenças do olho e anexos	14	8	6	3	5
Capítulo VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	7	5	9	15
Capítulo IX	Doenças do aparelho circulatório	659	590	505	596	602
Capítulo X	Doenças do aparelho respiratório	338	305	304	369	500
Capítulo XI	Doenças do aparelho digestivo	486	417	412	574	599
Capítulo XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	87	52	69	67	
Capítulo XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	164	175	127	96	99
Capítulo XIV	Doenças do aparelho geniturinário	358	354	403	465	508
Capítulo XV	Gravidez, parto e puerpério	1.139	1.053	1.145	1.157	1.258
Capítulo XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	122	106	167	145	155
Capítulo XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	49	29	38	23	69
Capítulo XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	58	85	78	57	68
Capítulo XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	391	398	379	394	365
Capítulo XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	66	63	106	83	99
	Total	4.857	4.463	4.459	4.847	5.292

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Percebemos através dos dados que a população lavrense tem um quadro significativo de cidadãos que passam a ter doença que são trabalhadas na área da atenção primária. Esses

números ilustram que o município passa a ter maior parte de sua população com internações por causas sensíveis a atenção primária, que são eventualmente causadas por doenças onde o atendimento deve ser realizado no primeiro nível de atenção e quando não realizado acarretam em o usuário da rede SUS ser encaminhado para atenção terciária que gera hospitalização.

Mesmo no período de 2019 tendo maior alocação de recursos na área, houve maior índice de portadores de doenças do Capítulo IX que estão relacionadas ao aparelho circulatório. No ano de 2017, que a alocação de recursos na atenção tem uma redução bastante considerável, sendo aplicado R\$ 14.346.659,29 e no ano 2018 total aplicado foi de R\$ 16.067.749,87, é notável um aumento significativo de parte da população se tornar portadoras de doenças relacionadas ao capítulo I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias), capítulo VI (Doenças do sistema nervoso), capítulo XVI (Algumas afecções originadas no período perinatal) e capítulo XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) e casos de pneumonias bacterianas, complicações da diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica, asma, entre outros.

Podemos observar que essas novas demandas levam o município a investir maior parte de seus recursos em outras áreas, uma vez que no ano de 2019 o total aplicado na atenção básica fica em torno de R\$ 9.716.363,94 e em contrapartida em outras áreas foram investido R\$ 36.722.925,25. Fazendo um comparativo entre o investimento de recursos próprios em atenção básica e o investido na atenção de média e alta complexidade, foi observado que a demanda por serviços de saúde de média e alta complexidade foi crescente.

Quadro 9 – Recursos do Município Investido na Atenção Primária, Média e Alta Complexidade Lavras MG

EXERCÍCIO	INVESTIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	INVESTIMENTO NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
2015	R\$ 8.413.908,79	R\$ 17.219.606,01
2016	R\$ 7.759.354,60	R\$ 15.532.958,81
2017	R\$ 7.620.271,94	R\$ 19.259.926,13
2018	R\$ 8.242.424,57	R\$ 21.185.357,62
2019	R\$ 9.716.363,94	R\$ 20.584.740,37

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Essa informação demonstra que as estratégias adotadas na área da atenção primária nos períodos de 2015 a 2019, foram impactadas. Como apontado antes houve troca de gestores do SUS e o não acesso da programação anual de saúde. Além disso, o aumento de agravos no município ilustram o investimento na área da atenção de média em alta complexidade. Junior & Mendes (2015) aponta que a média e alta complexidade traz grande impacto ao orçamento público, uma vez que nessa área se obtêm maior gasto dos recursos para resolutividade das demandas dos cidadãos, por requerer uso de tecnologia de ponta e profissionais com maior qualificação. Simão et al., (2015) explicam que nesta área se executam demandas cirúrgicas e exames com maior detalhamento para diagnósticos de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Comprometendo a política de saúde, conforme abordam Tancredi; Barrios e Ferreira (1998), uma vez que é preciso gerenciar os recursos públicos escassos, de modo adequado com responsabilidade e planejamento.

Além disso, quando o município passa a investir em serviços de maior complexidade demonstra que os entes superiores estão deixando de investir na área de saúde. Trazendo uma disfunção do princípio de hierarquização do Sistema Único de Saúde. Conforme Minas Gerais (2017) ilustra, o princípio da hierarquização no sistema condiz com a classificação dos serviços de saúde, de acordo com seu grau de complexidade. Estabelecendo que a União e o Estado financie procedimentos com maior demanda financeira e o Município execute ações básicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado com o objetivo de mapear as receitas financeiras destinadas à área primária do Sistema Único de Saúde no município de Lavras, Minas Gerais, no período de 2015 a 2019.

Em seu objetivo específico Aprimorar o Investimento na Atenção Primária, a pesquisa consegue demonstrar que se for de interesse do gestor, o mesmo ao implantar ações referente à área primária do SUS em seu Plano Municipal de Saúde, pode obter maior captação de receitas para seu município. Já no segundo objetivo específico Investigar o que Resulta na Ausência de Investimento na Área Primária do SUS, conseguimos notar um aumento significativo no CID 10 relacionado as morbidades que são trabalhadas na área primária. O que significa que o gestor automaticamente passa ter uma população que demanda serviços de saúde dos níveis secundário e terciário, impactando nas alocações das receitas nestas

instâncias. Distanciando de um investimento na prevenção onde é atuada pela atenção primária, passando a investir nas áreas superiores onde já é articulado serviços com custeio de maior grau, tecnologia e especialidade clínica.

Nosso terceiro objetivo específico Mapear Informações Financeiras que Permitam que os Gestores de Saúde possam Ampliar a Prevenção, podemos notar com o resultado da pesquisa que se for utilizado o SIOPS junto com o RAG, o gestor poderá identificar nos dados institucionais de como investir em uma política preventiva de saúde. Usando o sistema ficou evidente o cenário que município se encontra e quais são as maiores demandas pelos serviços de saúde da população.

Em nosso último objetivo específico Estimular a Sustentabilidade Financeira no SUS, partindo da análise do trabalho, notamos que a articulação das receitas nos serviços de saúde é de responsabilidade maior do ente federativo municipal. Através do estudo desenvolvido na pesquisa usando os sistemas do governo SIOPS e o RAG o gestor municipal consegue intervir em ações que permite um maior cuidado na execução financeira, inibindo um colapso no Sistema Único de Saúde. Tendo em vista que, o trabalho identificou que município investigado vem desenvolvendo anualmente uma maior prestação de serviços de saúde na área secundária e terciária, possuindo maior alocações de receitas nestas áreas. O que indica que por essas áreas em seus serviços de saúde requerer demanda especializada e maior fluxo tecnológico em suas resoluções, ilustra que o município passa de articular serviços preventivos e básicos com menor custo orçamentário que geram um equilíbrio econômico e maior cuidado à população, passando a enfrentar uma possível crise financeira de longo prazo. Tendo em vista que, as instâncias de saúde superiores geram maiores despesas para o gerenciamento de uma resolução em saúde e detêm um maior risco de vida do assistido. O que significa um maior agravamento das morbidades e um crescente índice de mortalidade.

Para gerar embasamento teórico ao trabalho foram abordadas as seguintes temáticas: Saúde: Conceito Histórico Brasileiro de Saúde, Saúde Um Direito de Todos, Sistema Único de Saúde (SUS), Níveis de Gestão do SUS, Financiamento do SUS, Recursos Públicos, Aplicação de Recursos Públicos no Brasil, Atenção Básica, Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde e Relatório Anual de Gestão. Temas essenciais para conduzir a proposta do trabalho, sendo detalhados e aprofundados ao longo da pesquisa. Assim, através da dinâmica executada, foi possível operacionalizar de modo prático como são alocadas as receitas financeiras da política pública de saúde em sua área primária.

O estudo demonstra que a aplicação de recursos públicos na área de saúde envolve e é subordinada por várias diretrizes. Destaco a Lei Federal nº 8.142 de 1990 que é o porte básico para o condicionamento da política pública estudada. Essas diretrizes se tornam ferramentas ao gestor público em prol de gerar maior cobertura ao serviço de saúde. Tendo seguimentos de planejamento, o que fortalece o desempenho a ser alcançado.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) permite observar que dentro da complexidade do Sistema Único de Saúde, o ente municipal é seu maior administrador, uma vez que de suas receitas arrecadadas e seguindo o estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000, a cidade estudada investe além do mínimo legal estabelecido. Demonstrando que o investimento em saúde requer maior montante de receitas para sua funcionalidade. O que evidencia que os recursos captados através do ente federal e estadual não são suficientes para operacionalização da saúde pública.

Essa problemática é retratada através do processo de descentralização da saúde, que condiciona ao ente municipal deter maior responsabilização desta política. O estudo realizado retrata com clareza esta realidade, sendo que o custeio dos programas voltados para Atenção Primária é gerido por maior parte de investimento de recursos próprios do município.

Apesar desta grande responsabilização em gerir a política pública de saúde, é notável que a descontinuidade administrativa impacta na condução das atividades do SUS. Mesmo sendo observada a existência de diretrizes normalizadoras do sistema, a falta de acesso a informações compromete o desempenho do município. A Programação Anual de Saúde (PAS) não foi contemplada ao Relatório Anual de Gestão (RAG), nos anos estudados tornando um agravante negativo. Podemos considerar esse fato, reflexo das trocas repentinas, como na situação observada de seis trocas de secretários de saúde em quatro anos.

Este estudo trouxe a importante contribuição ao campo de saúde, sendo que ao ser constatado que o investimento em atenção primária, apesar do alto custo ao cofre do ente municipal, é uma ação benéfica, pois a partir da pesquisa fica evidenciado que quando há maior alocação de receita na área primária do Sistema Único de Saúde, o custeio na área de média e alta complexidade é menor. Esse fato é favorável, sendo que o bloco financeiro de média e alta complexidade gera maior custo orçamentário, por se tratar de serviços de saúde com maior uso de tecnologia e complexidade. Além disso, sinalizar que, se o município passar a obter maior demanda por serviços de maior complexidade indica que o agravamento de doenças está crescendo. E esta situação implica e gera tensões ao ente municipal, uma vez que é o maior gerenciador da política de saúde.

Esta pesquisa obteve dificuldades e limitações para sua realização, tais como, a falta de instrução através dos sites oficiais do Ministério da Saúde, de como obter dados específicos trabalhados na pesquisa. Requerendo do idealizador da temática, conhecimento prático na condução das análises dos relatórios extraídos tanto do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG).

No entanto, sugere-se para trabalhos futuros, incluir uma abordagem qualitativa, para obter maior detalhamento de como são realizadas as práticas ilustradas, principalmente se os gestores públicos compreendem as diretrizes do Sistema Único de Saúde junto ao Conselho de Saúde, uma vez que essa instância participativa é o cerne para condução de melhoramento dos serviços prestados.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, H. P.; CUNHA, F. S.; SOUZA, F. B. A. Relações intergovernamentais e interinstitucionais na implantação da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro: estudo do Complexo do Alemão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 39-47, jan/mar. 2011.

ARRETCHE, M. ; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Pactos pela Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>>. Acesso em: 27/01/2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 48. Edição atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2013a. 444 p.

BRASIL. Controladoria Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. Transferência de Recursos da União: Perguntas e Respostas. Brasília, 2013b, 67 p. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/auditoria-e-fiscalizacao/arquivos/transfereciarecursosuniao.pdf>>. Acesso em: 12/10/2021.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, 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: 27/01/2022.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20/01/2021a.

BRASIL. Lei N°141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 20/01/2021b.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Escola de Administração Fazendária. Programa Nacional de Educação Fiscal. Gestão democrática e controle social dos recursos públicos. 4ª ed. Brasília: ESAF, 2009. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico. Brasília, 3ª ed. revista e ampliada, 66 p., 2003.

Disponível

em:

<http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf>. Acesso em: 15/10/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 138 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 4)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 01/02/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde Coletiva. Brasília, 18 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: A Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 300p.

BRASIL. Portaria nº 1.409 de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html>. Acesso em 20/05/2020.

BRANCO, M. A. F. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 163 - 169, 2001

CALMON, K. M. N.; GUSSO, D. A. A experiência de avaliação do plano plurianual (PPA) do Governo Federal no Brasil. Brasília, Planejamento e Políticas Públicas, n. 25, 2002. Disponível em: <<http://ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/61/71>>. Acesso em: 20/05/2020.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007.

CAMPOS, F.C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M.A; Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1155-1164/pt/>. Acesso em 21 de março de 2021.

CASTIEL. LUIS DAVID CASTIEL. O que é Saúde Pública?. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>> . Acesso: 27/01/2021.

CBO. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas. A História De Misericórdia Das Santas Casas. Disponível em: < <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>> . Acesso: 20/05/2020

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam!. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00136718, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n8/e00136718/pt/>. Acesso em 21 de março de 2021.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. “Artigo 196”. Título VII. Da Ordem Social. Capítulo II. Da Seguridade Social. Seção II. Da Saúde. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp. Acesso em 20 de março de 2021.

COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; SCHOTT, M.; PRIORE, S. E.; AZEREDO, C. M.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v. 15, n. 3, p.7-18, 2006.

DAIN, Sulamis, **Os Vários Mundos do Financiamento da Saúde no Brasil**: uma tentativa de integração. Ciência & Saúde Coletiva. v.12, p.1851-1864, 2007

DE MELO CABRAL, Elizabeth Regina et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. Interamerican Journal of medicine and health, v. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87/130>. Acesso em 21 de março de 2021.

DE OLIVEIRA, Laura Cristina. Os desafios da atenção primária à saúde em tempos de pandemia: uma revisão narrativa. *Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, p. 58, 2020. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/403/pdf>. Acesso em 21 de março de 2021.

DOWBOR, Monika. *Da Inflexão Pré-Constitucional ao SUS Municipalizado*. Lua Nova, São Paulo, 76, p.185-222, 2009

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; SENNA, M. de C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, v. 21(2/3), p. 164-176, 2007.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n11/4521-4530/pt/>. Acesso em 21 de março de 2021.

FLOSS, Mayara et al. A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00108920, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n7/e00108920/>. Acesso em 21 de março de 2021.

GALVÃO, M. A. M. *Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: Do Brasil – Colônia a 1930*. Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto - MG, p. 1-33, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 20/05/2020

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1475-

1482, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1475-1482/>. Acesso em 21 de março de 2021.

IBGE. Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-sobre-orcamentos-publicos-em-saude-siops>. Acesso em: 20/05/2020.

Junior, A. P., & Mendes, A. N. (2015). O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. *Argumentum*, 7, 161–177

LEBRÃO, M. L.; JORGE, P. M.; LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Revista de Saúde Pública*, v.4, n.27, p.26-37, 1997.

MAGALHÃES, J. L. Q. Poder municipal: paradigmas para o estado constitucional brasileiro. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de 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. 403-415, 2003.

MARTINS, E. L. M. Seminário temático 3: saúde. São João Del Rei: UFSJ, 2011. 157 p.

MINAS GERAIS. Curso de Qualificação para Conselheiros Municipais de Saúde do estado de Minas Gerais: Unidade 1,2,3, e 4: guia do aluno/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte. 2017

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em debate*, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em 21 de março de 2021.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 4593-4598, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4593-4598/>. Acesso em 21 de março de 2021.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, v.

42, p. 224-243, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/224-243/pt/>. Acesso em 21 de março de 2021.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25. n. 7, p. 1620- 1625, jul. 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma Sanitária e a Criação do Sistema único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1 jan-mar 2014, p.15-35.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª. ed. Novo Hamburgo: Universidade Freevale, 2013.

RABELLO, LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 228 p. ISBN: 978-85-7541-352-4.

REPÚBLICA, Presidência. “Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990”. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em 20 de março de 2021.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007

RODRIGUES, C. R. F. Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997). São Paulo, 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt->

SANTOS, L. Direito à saúde e o Sistema Único de Saúde: conceito e atribuições. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_3387_0__saude:-conceito-e-atribuicoes-do-sus.html> Acesso em: 20/05/2020.

SIMAO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, mar. 2015.

SOBRINHO, Reinaldo Antonio Silva et al. Percepção dos profissionais da educação e saúde sobre o programa saúde na escola. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 93-108, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/77/66>. Acesso em 21 de março de 2021.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, R. R. de. Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. 101 p. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2002.

STARFIELD, B. Medición de los logros de la atención primaria. In: ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992. (Publicación Científica, n. 534).

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, 2012, 821 p.

TEIXEIRA, Carmen. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. Conferência Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia 2011. 10 p.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. Planejamento em Saúde, volume 2 – Série Saúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São PAULO, São Paulo: 1998. pag. 19 e 20.

TEIXEIRA, V. H.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TERENCE A. C. F. e FILHO E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. Fortaleza, XXVI ENEGEP. 9 p. 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: 20/05/2020.

TESTON, Luci Maria et al. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 226-239, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe3/226-239/pt/>. Acesso em 21 de março de 2021.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, 2006.

VAINER, A.; ALBUQUERQUE, J.; GARSON, S. Manual de Elaboração: Passo a passo da elaboração do PPA para municípios. 2ª ed., 234 p., 2005. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/090205_manual_elaboracao_PPA_municipios.pdf>. Acesso em: 22/05/2020.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 8(2):11-48, 1998.

ZIMERMAN Políticas de saúde pública. Santo André, SP: Universidade Federal do ABC, 2017 114 p. - (Desigualdade regional e as políticas públicas; v. 7) CDD 22 ed. – 362.10981 Disponível em: <http://biblioteca.ufabc.edu.br/index.php?codigo_sophia=104027> Acesso em: 20/05/2020.