



EDISON HENRIQUE XAVIER DA SILVA

**A APLICAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS NA ÁREA DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LAVRAS - MG: UM ESTUDO
SOBRE ATENÇÃO BÁSICA**

**LAVRAS - MG
2018**

EDISON HENRIQUE XAVIER DA SILVA

**A APLICAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS NA ÁREA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE LAVRAS – MG: UM ESTUDO SOBRE ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Stefaniak Aveline

Orientador

**LAVRAS - MG
2018**

EDISON HENRIQUE XAVIER DA SILVA

**A APLICAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS NA ÁREA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE LAVRAS - MG: UM ESTUDO SOBRE ATENÇÃO BÁSICA**

**THE APPLICATION OF PUBLIC RESOURCES IN THE HEALTH AREA IN
THE MUNICIPALITY OF LAVRAS - MG: A STUDY ON BASIC ATTENTION**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

APROVADA em / / .
Dr. Carlos Eduardo Stefaniak Aveline UFLA
Dra. Eloísa Helena de Souza Cabral UFLA

Prof. Dr. Carlos Eduardo Stefaniak Aveline
Orientador

**LAVRAS - MG
2018**

À minha mãe Silvania pelo apoio constante, desde o início da minha vida escolar, sempre me motivando e acreditando na minha capacidade. Por ser meu alicerce, abrigo e grande amiga. Por ser minha eterna professora. Por abrir mão dos seus sonhos para realizar os meus sonhos.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Primeiramente obrigado a meu pai Oxalá pela grande oportunidade.

À Universidade Federal de Lavras (UFLA) e ao Departamento de Administração e Economia (DAE), por ofertar toda qualidade no ensino, pesquisa e extensão, possibilitando condições necessárias para minha formação.

Aos professores da Administração Pública por tornar os ensinamentos harmônicos e satisfatórios. Com ênfase à professora Júlia Moretto Amâncio que me ajudou na parte inicial deste trabalho e ao professor Carlos Eduardo Stefaniak Aveline, meu orientador, que com paciência e dedicação me auxiliou para obter êxito neste trabalho. Reconheço que esta orientação foi muito importante para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais Edison e Sylvania, por acreditarem nos meus sonhos. Minha eterna gratidão.

Aos meus irmãos Gael Xavier e Andressa Xavier por estarem comigo diante desta extensa jornada, dando-me todo suporte necessário para nunca desistir.

Aos familiares e amigos, Tia Luciana, Maurício, Mailson, Taynara, Jean e Pedro.

Ao Vô Bento por tantos conselhos e ensinamentos.

Ao Júlio que com sua leveza de criança fez os dias mais alegres.

Aos meus verdadeiros amigos da Prefeitura Municipal de Lavras – MG, que demonstraram que meu caminho era sim ser um gestor público.

A Secretária Municipal de Saúde Márcia Guedes e a Presidente do Conselho Municipal de Saúde Dona Sandra por apoiar este trabalho.

Aos amigos que a UFLA me presenteou, Camila Souza, Carolina Belut, Drielle Boari, Izabela Mendes, Joyce Vanuele, Luciana Tereza, Milena Ávila e Telma Vieira.

A todos que me incentivaram e que contribuíram para esta formação. Em especial à Aloísio Ízidoro, Amanda Machado, Áurea Rufini, Débora Guimarães, Eloísa Cabral, Flávia David, Heloísa Fernandes, João Carlos, José Andrade, Jucilaine Wivaldo, Kamila Valentino, Lauriny Ferreira, Lilian Gaudêncio, Rosilda Zulmira e Valdinei Silva.

Muito obrigado!

RESUMO

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 adequado e com a necessária qualidade de, e também por envolver diversos setores. Este trabalho de conclusão de curso tem por objetivo compreender como são aplicados os recursos públicos nos programas do Ministério da Saúde que envolvam a atenção básica. Assim, pretende-se apresentar como são alocadas as receitas na área e sua operacionalização financeira no Sistema Único de Saúde no município de Lavras - MG. 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, as informações foram sistematizadas, através de quadros, gráficos e fluxogramas, para analisar onde os recursos são aplicados e quais impactos sobre o município. Após sistematização dos dados foi possível perceber que o ente municipal tem maior participação no gerenciamento de políticas de saúde formuladas pelo ente federativo. E quando o município investe menos na área da atenção básica automaticamente se reflete em maior gasto na área de média e alta complexidade.

Palavras-chave: Aplicação de recursos públicos. Sistema Único de Saúde. Atenção Básica.

ABSTRACT

The application of public resources is a constant concern for society and will always be questioned every public management in exercise. Public Health is one of the areas of application of public resources that generate the most questions due to the reality of the lack of access to health by the most vulnerable part of the population, as well as the lack of structure and human resources to care for thousands of people, already that the conception of health involves several sectors. This course completion work aims to understand how the public resources are applied in the programs of the Ministry of Health that involve basic care. Thus, it is intended to present how the revenues are allocated in the area of Primary Care and its financial operationalization in the Unified Health System. For this purpose, the city of Lavras - MG was defined as a field study. All data were taken from the Public Health Budget Information System (SIOPS) and the Annual Management Report (RAG). From the data extracted from both systems, it was systematized through tables, graphs and flowcharts all the information to analyze where the resources are applied and what impacts on the municipality. After systematizing the data, it was possible to perceive that the municipal entity has greater participation in the management of health policies formulated by the federative body. And when the municipality invests less in the area of basic care automatically restrains itself in greater spending in the area of medium and high complexity.

Keywords: Application of public health resources. Unified Health System. Primary Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Organograma Áreas Secretaria Municipal de Saúde.....	34
Quadro 1- Vigência do Plano Municipal de Saúde Lavras MG.....	35
Quadro 2- Plano Anual de Gestão Lavras MG.....	36
Quadro 3 – Posse dos Gestores do SUS do Município.....	36
Quadro 4 – Recursos do Município Investido em Saúde.....	37
Gráfico 1- Percentual de Recursos SUS Lavras - MG.....	37
Quadro 5 – Receitas Atenção Básica Lavras MG	38
Quadro 6 – Recursos do Município Investido na Atenção Básica.....	39
Figura 2 – Fluxograma de Desmembramento da Receita Alocada na Atenção Básica.....	40
Figura 3 –Fluxograma do Componente Piso da Atenção Básica Variável Lavras MG.....	41
Quadro7 – PAB Variável Lavras MG.....	42
Gráfico 2– Alocação de Recursos Públicos de Saúde na Atenção Básica Lavras – MG....	43
Gráfico3– Receitas Aplicadas à atenção básica.....	44
Gráfico4– Recursos Próprios do Município Investido em Saúde.....	45
Quadro8 – Morbidade Lavras MG.....	46
Quadro 9 – Recursos do Município Investido na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Lavras MG.....	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Saúde: Conceito Histórico Brasileiro	16
2.2	O Direito à Saúde	17
2.3	Sistema Único de Saúde (SUS)	19
2.4	Níveis de Gestão do SUS	21
2.5	Atenção Básica	22
2.6	Financiamento do SUS	24
2.7	Recursos Públicos	27
2.8	Aplicação de Recursos Públicos no Brasil	27
2.9	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde	30
3	Relatório Anual de Gestão	30
4	METODOLOGIA	33
4.1	Coleta de Dados	33
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO	35
5.1	Indicador de Morbidade	47
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

1 INTRODUÇÃO

Através das políticas públicas, o cenário brasileiro vem permeando desafios que devem ser superados, fortalecendo a emancipação social. A administração pública como uma ferramenta crucial, inserida na complexidade de visar o bem comum, constrói ao longo dos anos ferramentas que auxiliam as conquistas junto ao povo, gerando efeitos positivos em determinados pontos que se resultam em bem-estar à sociedade. A consolidação de uma política pública requer, além de promoção de um desenvolvimento econômico, requer alcançar ou articular a inclusão social, já que a execução da mesma traz impacto à sociedade.

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 adequado e com a necessária qualidade, e também porenvolver diversos setores. Ela pode ser entendida como uma “junção de esforços de políticos, empresários, educadores, organizações sociais e médicos, definindo normas” (FERREIRA, 2002, p.3).

A Saúde Pública é de maior responsabilidade dos municípios, 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. “Algumas mudanças que ocorreram tanto na alocação de recursos quanto na organização dos serviços do Sistema Único de Saúde se devem à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS - e ao Programa de Saúde da Família – PSF” (VIANA; POZ, 2005, p. 229).

Esses programas se articulam e fomentam a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde, sendo então denominada de atenção básica. Ela é executada considerando as demandas 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 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 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 com serviços públicos de saúde pelos entes da Federação através de informações contábeis coletadas bimestralmente. Desde a sua implementação até 2001, essas informações eram coletadas anualmente, passando a ser coletadas semestralmente em 2002, e bimestralmente a partir de 2013 (IBGE, 2018).

A partir desta contextualização, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: como estão sendo aplicados os recursos públicos na área da saúde envolvendo a atenção básica no município de Lavras – Minas Gerais? Na busca por responder à questão problema apresentada, a pesquisa teve por objetivo geral compreender como são aplicados os recursos públicos nos programas do Ministério da Saúde que envolvam a atenção básica no município citado.

Os objetivos específicos são: (I) como se articular o aspecto financeiro do Sistema Único de Saúde em sua área primária; (II) compreender a funcionalidade financeira da Atenção Básica do município de Lavras – MG; (III) quais impactos permeiam a aplicação de recursos desta área de saúde pública.

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 a 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.

Este estudo foi dividido em cinco seções, composta por esta introdução; a segunda seção contará com o referencial teórico dando embasamento na proposta da pesquisa. Logo

serão demonstrados os procedimentos metodológicos. A quarta seção apresentará os resultados obtidos e discussões, e por fim, seguirá as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde: Conceito Histórico Brasileiro

A saúde pode ser considerada como uma forma de vida da sociedade, reconhecido como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito. É um direito com garantia de acesso universal, qualidade e hierarquização (BRASIL, 2006). Esse conceito de saúde vem sendo fortalecido de acordo com fatos históricos. No início do período colonial, em meados de 1500, com o foco de Portugal em explorar as terras brasileiras, a questão saúde se permeia diante de criar mecanismo de sobrevivência aos colonizadores. Assim, temos registros da criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em solo brasileiro (MINAS GERAIS, 2017).

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, 2018).

Minas Gerais (2017), no período Imperial, promove alterações na área da saúde.. Dessa forma, com a abertura dos portos ao comércio externo e a vinda da Família Real ao Brasil, temos o início de uma política sanitária, promovendo melhorias nas condições endêmicas do país em prol de fortalecimento do comércio interno com o exterior.

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 se instala, 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 Caixas de Aposentadorias e Pensão - CAP's no ano de 1923. 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 lado, são executados investimentos em ações coletivas de saúde (MINAS GERAIS, 2017).

Junto a essas conquistas no universo de 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). Minas Gerais (2017), lembra que de 1945 até 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.

Paiva e Teixeira (2014) ilustram que o cenário de saúde no governo militar propõe incentivo à expansão do setor privado, ação que contribuiu para maior cobertura da assistência médica previdenciária. Dowbor (2009) ressalta, que apesar do regime autoritário restringir alguns direitos, por outro lado no contexto saúde, ainda que não houvesse reconhecimento deste direito como universal, houve determinadas medidas implantadas que se resultaram na ampliação da cobertura de saúde, fomento a atenção básica e articulação junto ao sistema federal.

2.2 O Direito à Saúde

Todos os indivíduos têm direito à saúde e, como cidadãos brasileiros, devem ter esses direitos garantidos pelo Estado (BRASIL, 2013a). 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 crescido, não está a cargo desse setor garantir todos esses aspectos.

De acordo com Starfield (1992), a questão conceitual referente à saúde pública não deve se restringir somente aos serviços públicos, uma vez, que são requeridas mudanças políticas, sociais, econômicas, que são essenciais na estrutura do bem-estar social.

Apesar de grandes avanços a visão sobre o aspecto saúde vem se modificando e se reformulando após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Paiva e Teixeira (2014) afirmam que o texto constitucional possibilitou o processo de criação de um sistema público de gancho universal e descentralizado de saúde.

TEIXEIRA (2011, p. 3): pressupõe sobre a visão universal do Sistema Único de Saúde que:

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.

Cabe contextualizar que essa visão universal foi se moldando através das articulações em meados de 1970 da figura Estatal, Burocratas, Instituições de Saúde Privada e o Movimento Sanitarista. Dowbor (2009) demonstra que o direito à assistência médico hospitalar neste período estava condicionado aos contribuintes da Previdência. Deste modo, detinham um cenário de categorização da população brasileira que tinha o acesso ao serviço de saúde e outros eram excluídos.

O direito à saúde se enraíza através da Constituição Federal de 1988, sendo referenciado como um grande marco para a população brasileira. Segundo Brasil (1988), ao assumir a responsabilidade de executor deste direito, são traçados objetivos que vão diante a redução da desigualdade social, promoção do bem de todos e construção de uma sociedade solidária sem quaisquer discriminações.

Ministério da Saúde (2010, p.12):

“[...] 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.”

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.

2.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

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). É a partir dessa instituição legal que se regula o SUS, sendo a base para sua estruturação e execução. Além da lei, deter princípios doutrinários e organizativos. Segundo Artigo 7º, fica estabelecido como princípios deste sistema a Universalidade, Integralidade e Equidade. Além de propor princípios organizativos que são a Descentralização, Hierarquização, Regionalização e Participação (MINAS GERAIS, 2017).

Os princípios do SUS é lembrado por Teixeira (2011) como finalísticos, onde cada um traz uma temática que serve para salientar a vitalidade deste sistema. Por equidade, fica ilustrado a garantia igualitária de vida e saúde a todos. A integridade se dispõe à questão do modelo a fim de visar e propor o máximo de ações possíveis à população. A universalidade ao ser trabalhada auxilia na barreira jurídica, econômica, cultural e social que inibem o acesso à saúde. Por descentralização ainda lembra Teixeira (2011), a implicação no poder decisório dentro da política de saúde, nos níveis federativos. Isso evidencia a responsabilização e funções da União, Estado e Município dentro do sistema.

Minas Gerais (2017) dispõe que o princípio da 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 execute 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).

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2013a), são atribuições do SUS:

I- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III- ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Souza (2011) ressalta que a implementação do sistema único de saúde tem como finalidade assegurar o direito à saúde de todos, sendo estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada. Rabello (2010) destaca que das diretrizes do Sistema Único de Saúde, o fator descentralização auxilia na efetivação do sistema.

Minas Gerais (2017) aponta que através desta estruturação, o sistema único de saúde permite que sua construção seja contínua. Assim, há a possibilidade para que seja possível modernizar o sistema em prol de beneficiar a população na prestação de serviços.

O Decreto nº 7.508/2011 demonstra a atualização do SUS no modo operacional em seu Art 1º e 2º:

Art. 1º Este Decreto 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.
Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se: I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde; III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS; IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes

federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS; V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Minas Gerais (2017) lembra que o Decreto nº 7.508/2011 não foi estabelecido para substituir redações anteriores e sim para prever o funcionamento dos princípios do SUS estabelecidos na Lei nº 8.080/1990.

2.4 Níveis de Gestão do SUS

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.

Zimerman (2017) aponta que os recursos públicos advindos da União são responsabilidade dos municípios. Uma vez que estão sob o controle público, fiscalizado pelos conselhos municipais e da esfera superior, tendo participação paritária de uns grupos ligados

direta e indiretamente ao Sistema Único de Saúde, como usuários, representantes de unidades hospitalares, atuantes do SUS, sociedade civil organizada como ONGs, representantes de bairros, entre outros.

2.5 Atenção Básica

Ministério da Saúde (2006) aponta que a 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. 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 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. Deste

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, p. 17):

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.

2.6 Financiamento do SUS

O artigo 198, par. 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 de 1988 determina a elaboração de três instrumentos que compõem o processo orçamentário: o Plano Plurianual – PPA, com o objetivo de planejar, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, com o objetivo de orientar e a Lei do Orçamento Anual – LOA, com o objetivo de alocar (BRASIL, 2009). De acordo com Calmon e Gusso (2002), a Constituição Federal de 1988 irá orientar a gestão pública por meio desses três instrumentos.

Segundo Hart (1971 citado por CALMON; GUSSO, 2002) os diversos mecanismos que interferem na oferta de serviços fazem com que os recursos sejam distribuídos

inversamente às necessidades. A Constituição de 1998 vai fortalecer o desempenho e orientar a gestão pública, estabelecendo novos instrumentos que vão atingir os recursos, que é a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Plano Plurianual de um município contempla um período de 4 anos e é utilizado como instrumento para seu planejamento estratégico, sendo que dele surge 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.

Brasil (2013), demonstra que a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabeleceu caminhos para o planejamento ao Sistema Único de Saúde. O referido autor ressalta que em seu 1º artigo, 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 em seu 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. Lembra Brasil (2013), que são através dessas ferramentas que se promove a operacionalização desse sistema, articulado com mecanismo de planejamento e gestão.

Na Atenção Básica, Brasil (2004) lembra que sua 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. 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) é 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.

Minas Gerais (2017), aponta que 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 fácies de adaptações para as realidades locais.

2.7 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”.

2.8 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).

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.

Lembra 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 a

alocação ou repasses de recursos para efetivação das ações tomadas não foram descentralizadas.

2.9 Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde

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. Da 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.

Minas Gerais (2017), aponta que o SIOPS, regido através da Portaria nº 1.163 de outubro de 2000, se tornou a principal ferramenta comprovatória do que exige a emenda Constitucional nº 29 na questão da alocação de recursos de saúde mínimos estabelecidos. 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. Brasil (2010) complementa que os dados inseridos no sistema, são informações sobre o total de receitas alocadas em ações e serviço de saúde realizados pelos entes federativos.

3. Relatório Anual de Gestão

De acordo com Datasus (2018), o Relatório Anual de Gestão (RAG), é um instrumento de planejamento inserido no SargSus, que 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. 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.

Minas Gerais (2017) ressalta que 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.

Brasil (2016a) lembra que 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 que o planejamento do Sistema Único de Saúde. Possibilitando que o mesmo seja de modo permeável em cada exercício político, evitando a descontinuidade administrativa, tornando-se um mecanismo de planejamento dinâmico e permanente. Brasil

(2016a) aponta que a execução do RAG, a transparência na utilização dos recursos do SUS, além de ser um mecanismo facilitador na prestação de contas às instâncias fiscalizadoras.

4 METODOLOGIA

Esse trabalho busca compreender como são aplicados os recursos públicos nos programas do Ministério da Saúde que envolvam a atenção básica no município de Lavras Minas Gerais. O estudo é caracterizado como uma pesquisa bibliográfica, com abordagem quantitativa. Como pesquisa bibliográfica buscou compreender o funcionamento de como são aplicados recursos públicos na área de saúde, ou seja, como se realiza a aplicabilidade do financiamento do Sistema Único de Saúde com o enfoque na atenção básica.

Gil (2008) relata que esse tipo de pesquisa requer uma estrutura baseada em publicações científicas, livros, dissertações e teses, desse modo utilizam-se informações de materiais já elaborados.

Usando a abordagem quantitativa buscou-se analisar dados correspondentes aos valores de recursos financeiros obtidos no município de Lavras destinados à saúde. 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.

O estudo contou com dados secundários 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). Visando analisar a alocação de recursos aos fundos de saúde nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016.

4.1 Coleta de Dados

A pesquisa tem em sua base fontes secundárias, o que corresponde a uma coleta de dados de modo a ser realizada, por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

A escolha dos anos a serem analisados foi por conveniência, que como afirma Gil (2008), este tipo de escolha é comum em estudos, onde o pesquisador opta por analisar documentos para posterior articulação, objetivando representar o universo a ser estudado.

Deste modo, serão trabalhados o montante de recursos repassados 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. Os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016 serão tomadas como referência em ambos sistemas.

Foi utilizado o *site* do Ministério da Saúde (Datasus), para a obtenção dos dados de alocação de recursos referente à atenção básica no município de Lavras –MG. No referido *site* se encontra todas as informações sobre os repasses realizados, separados através do bloco de financiamento do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, foram gerados relatórios dos períodos escolhidos para que fossem equivalentes 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 como, mudança do gestor do SUS, 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.

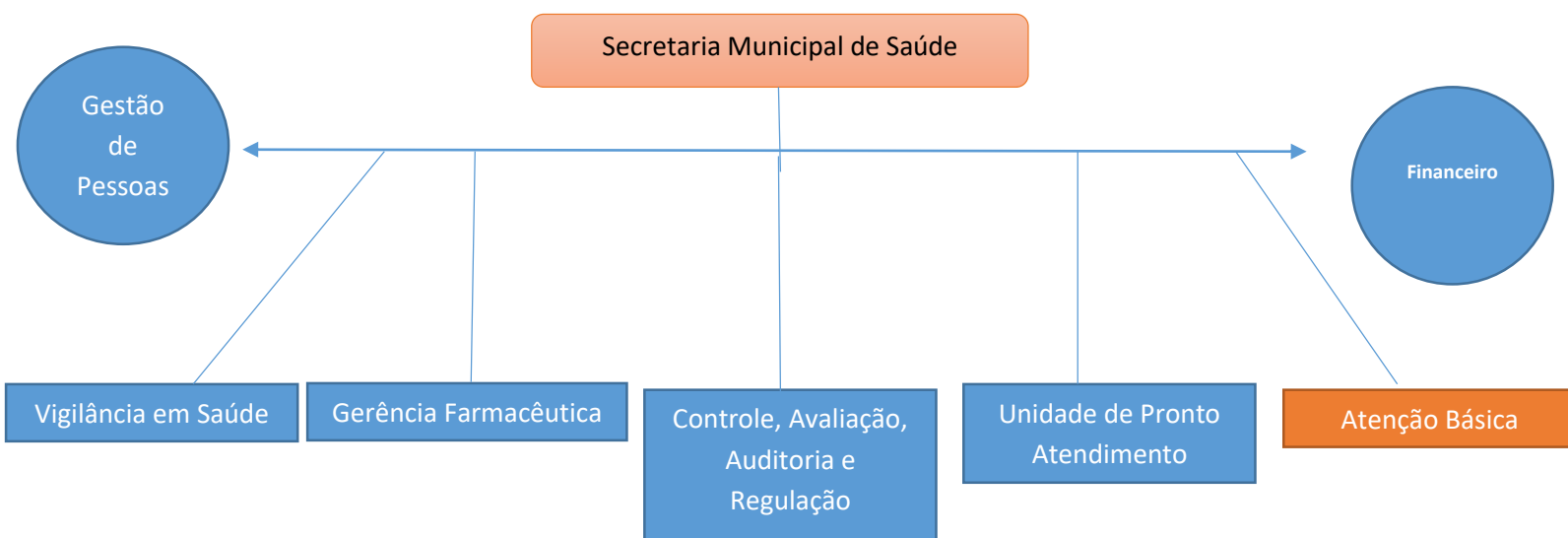
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Lavras – MG, conta com 302 funcionários atuantes na área da Atenção Básica, sendo dividida por 17 unidades do Programa Saúde da Família e 5 Postos de Saúde. As equipes são formadas em geral por Médico, Dentista, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de Saúde Bucal e Recepcionista. Lavras – MG é localizada no sul de Minas Gerais, considerado de pequeno porte, com um total de 92.000 habitantes.

Dentro deste quadro o vínculo empregatício em sua maior parte é de função pública e o restante por meio de contratação via processo seletivo. Além disso, a Atenção Básica em Lavras detém coordenação própria, sendo realizada por cargo comissionado de acordo com cada gestão em exercício. No período estudado, de 2013 a 2016, estiveram à frente da coordenação de serviços de atenção básica duas funcionárias efetivas do município.

Deste modo, a partir dos dados obtidos, foi elaborado organograma (Figura 1) da instituição de modo a sistematizar a dimensão de áreas do Sistema Único de Saúde com base no município estudado.

Figura 1: Organograma das Áreas da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Lavras.



Fonte: Elaborado pelo autor, (2018).

Seguindo o que rege a Lei Federal nº 8.142 de 1990 em seu Art. 4º que estabelece diretrizes a serem cumpridas pelo ente federativo em prol da manutenção de recursos públicos para área de saúde, como a instituição de um Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão, o município cumpriu esta demanda, tendo o fundo municipal de saúde de Lavras – MG instituído pela Lei Municipal nº 1.866 de 20 de junho de 1991, Conselho Municipal de Saúde redigido pela Lei Nº 1.865 de 20 de Junho de 1991. E de acordo com a Portaria Nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, o que compete as diretrizes referentes ao plano de saúde e relatório de gestão são desenvolvidos. Esses instrumentos permitem a articulação de um processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, promovendo sua operacionalização (BRASIL, 2013).

Quadro 1 – Vigência do Plano Municipal de Saúde Lavras MG.

PERÍODO	2013	2014	2015	2016
PMS¹	SIM	SIM	SIM	SIM
VIGÊNCIA PMS	2010-2013	2014-2017	2014-2017	2014-2017

Fonte: Elaborado pelo autor, (2018).

Diante do apresentado, fica evidente que o instrumento Plano Municipal de Saúde (PMS) é uma ferramenta que gera auxílio na alocação de recursos na área de saúde, uma vez que ele é uma ferramenta de planejamento que perpassa mais de uma gestão. O PMS tem o mesmo mecanismo do plano plurianual (PPA), iniciado em uma gestão e obtendo sua conclusão em outra. 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.

Por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), no período estudado, é verificado que houve seis mudanças de gestor do SUS no município. E uma alteração na composição da presidência do Conselho Municipal de Saúde. Essa análise demonstra o abordado por Rosa e Labate (2005), ao dizer que as trocas repentinas comprometem a integração do sistema.

¹ PMS (Plano Municipal de Saúde).

Uma vez que, fica evidente que não é apresentado ao RAG nos anos estudados a Programação Anual de Saúde.

Quadro 2 – Plano Anual de Gestão Lavras MG.

PERÍODO	2013	2014	2015	2016
PAS²	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Fonte: Elaborado pelo autor, (2018).

Para sistematizar o abordado por Rosa; Labate (2005) foi elaborado um quadro que demonstra as trocas repentinas dos gestores do Sistema Único de Saúde do município estudado, quadro 3 – Posse dos Gestores do SUS do Município.

Quadro 3 – Posse dos Gestores do SUS do Município

	2013	2014	2015	2016
GESTOR I	02/01/2013	*****	*****	*****
GESTOR II	07/05/2013	08/12/2014	*****	*****
GESTOR III	*****	09/12/2014	22/04/2015	*****
GESTOR IV	*****	*****	23/04/2015	*****
GESTOR V	*****	*****	02/10/2015	11/05/2016
GESTOR VI	*****	*****	*****	12/05/2016

Fonte: Elaborado pelo autor, (2018).

Percebe-se que no Quadro 3 – Posse dos Gestores 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. O Gestor I, teve um mandato de 4 meses, o Gestor II, fica à frente do SUS por um período de 1 ano e 7 meses. Já o Gestor III, executa suas atividades por 4 meses. O Gestor IV, 6 meses. Já Gestor V e VI, 7 meses.

² PAS (Programação Anual de Gestão)

A alocação de recursos de saúde no município segue o que determina a Emenda Constitucional nº 29. Das receitas para apuração do mínimo legal de 15% exigidos aos entes municipais é ilustrado abaixo:

Quadro 4 – Recursos do Município Investido em Saúde.

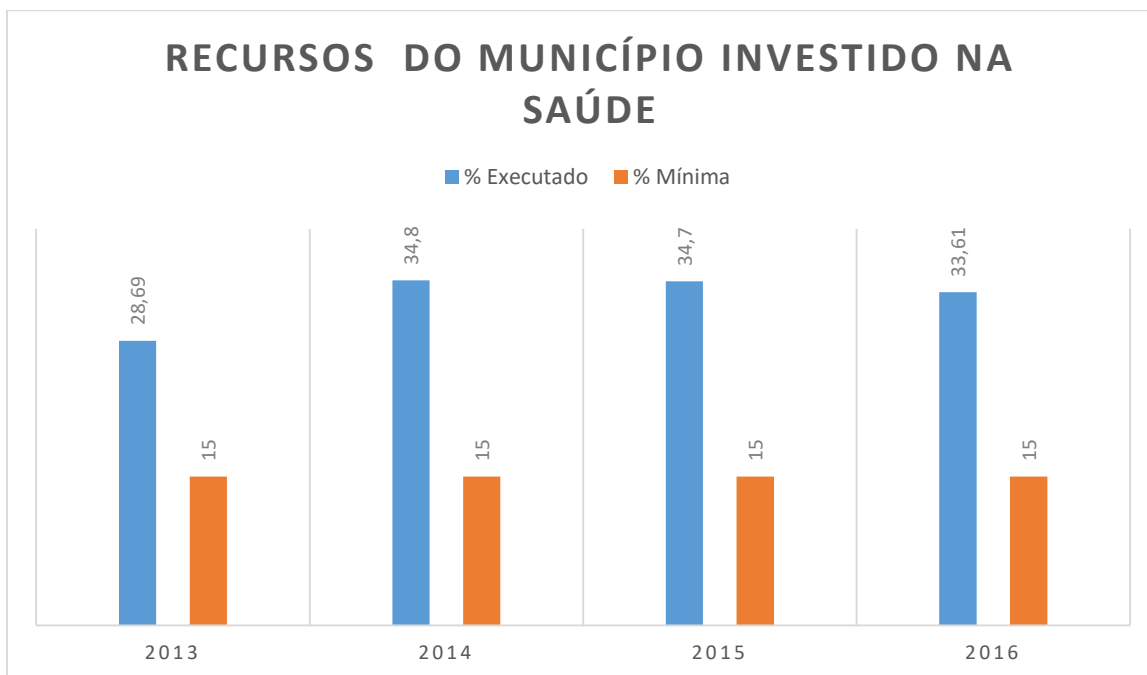
EXERCÍCIO	VALOR TOTAL DE RECURSOS PRÓPRIOS NO SUS	MÍNIMO LEGAL DE 15%	VALOR INVESTIDO ALÉM DO MÍNIMO
2013	R\$ 29.574.451.93	R\$ 15.463.505.62	R\$ 14.110.946.31
2014	R\$ 37.912.877,36	R\$ 16.340.164.51	R\$ 21.572.712.85
2015	R\$ 40.138.389.31	R\$ 17.351.436.04	R\$ 22.786.953.27
2016	R\$ 42.713.981.55	R\$ 19.060.601.90	R\$ 23.652.379.65

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

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 as 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 3, 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 é seguido, 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, (2018).

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 2013 houve investimento de 28,69%, 2014 foi 34,8%, no ano de 2015 obteve 34,7% e por fim o ano de 2016 o investimento foi de 33,61%. A alocação desta receita contemplará todas as áreas do bloco de financiamento do SUS.

No que se refere a aplicação de recursos na Atenção Básica, podemos visualizar o período estudado de 2013 a 2016 da seguinte forma:

Quadro 5 – Receitas Atenção Básica Lavras MG

EXERCÍCIO	FEDERAL/ ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL DE RECEITA
2013	R\$ 6.141.113.93	R\$ 12.360.138.26	R\$ 18.501.252.19
2014	R\$ 6.957.264.35	R\$ 17.417.052.17	R\$ 24.374.316.52
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

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Deste modo, observa-se que o montante de alocação de recursos é oriundo do somatório de receitas dos entes federativos, evidenciando que o município detém 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.

Fazendo um comparativo do Quadro 3 – Recursos do Município Investido em Saúde e do Quadro 4 – Receitas Atenção Básica Lavras MG, é identificado o montante de receitas próprias do município alocados na área de Atenção Básica.

Quadro 6 – Recursos do Município Investido na Atenção Básica

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

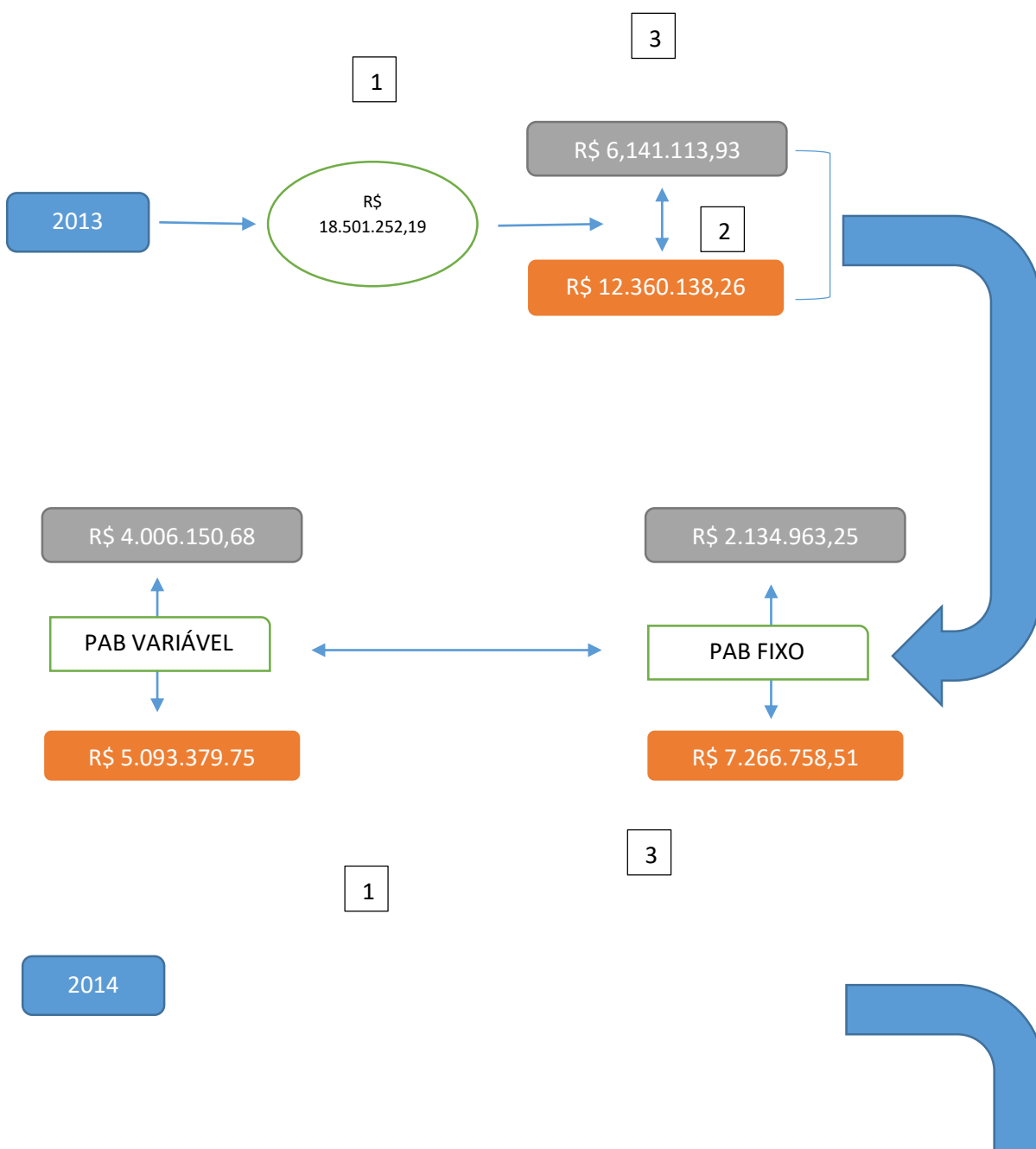
EXERCÍCIO	TOTAL RECURSOS PRÓPRIOS INVESTIDO NA ÁREA DE SAÚDE	INVESTIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	VALOR INVESTIDO EM OUTRAS ÁREAS DE SAÚDE
2013	R\$ 29.574.451,93	R\$ 12.360.138,26	R\$ 17.214.313,67
2014	R\$ 37.912.877,36	R\$ 17.417.052,17	R\$ 20.495.825,19
2015	R\$ 40.138.389,31	R\$ 8.413.908,79	R\$ 31.724.480,52
2016	R\$ 42.713.981,55	R\$ 7.759.354,60	R\$ 34.954.626,95

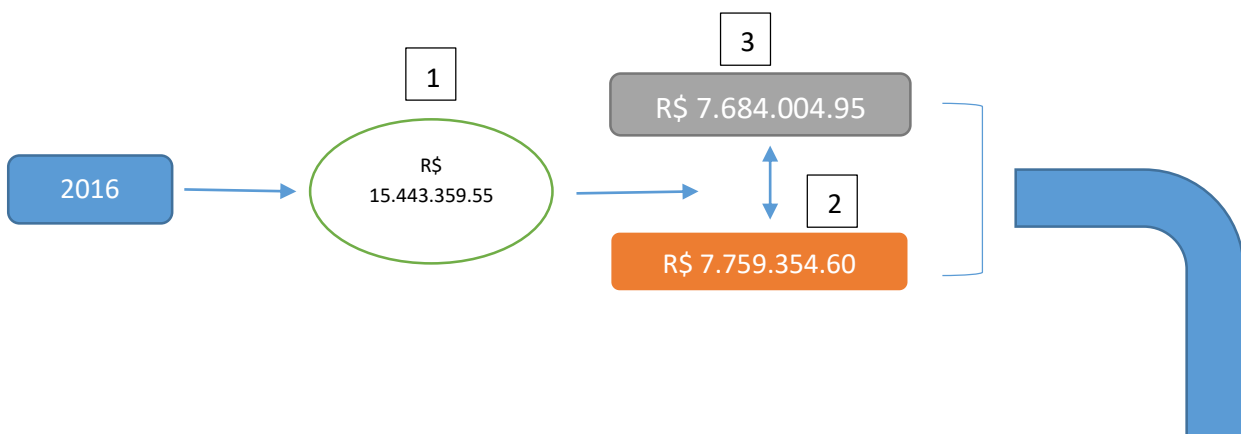
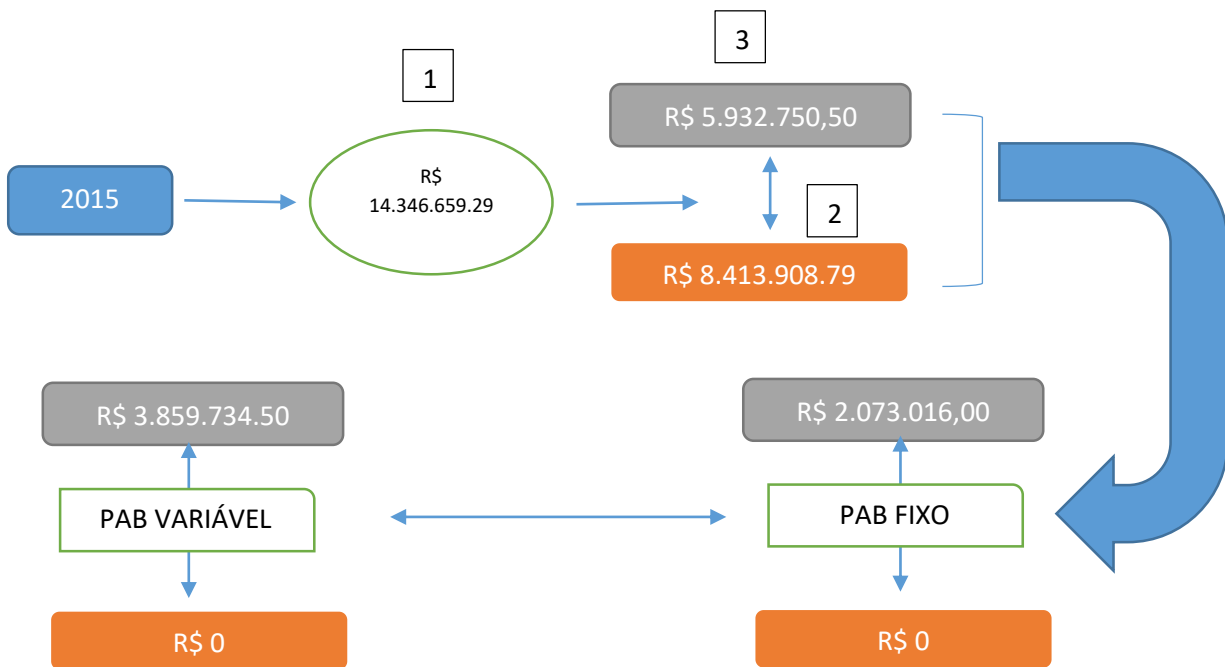
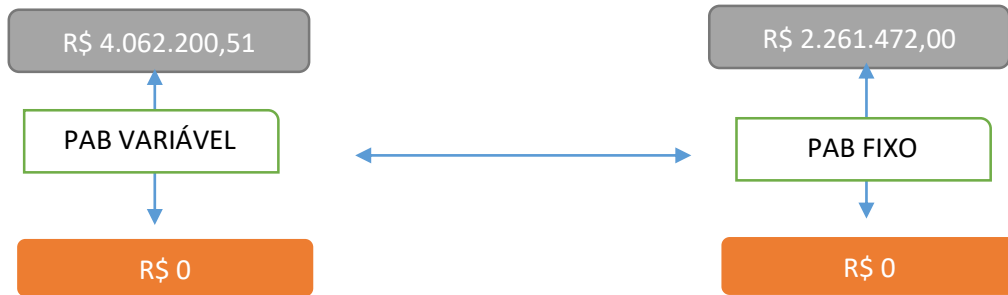
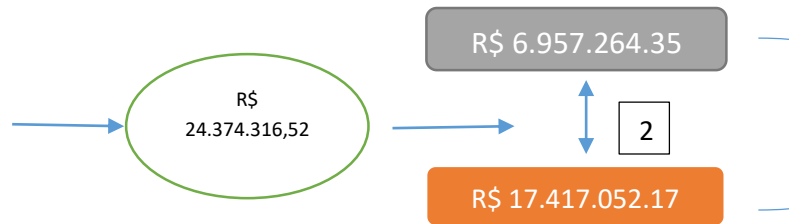
O ilustrado no quadro acima, confirma o que pensamento de Arretche e Marques (2002), que a figura do município é o maior responsável de gerir o Sistema Único de Saúde sendo condicionado a deter maior gerenciamento desta política pública.

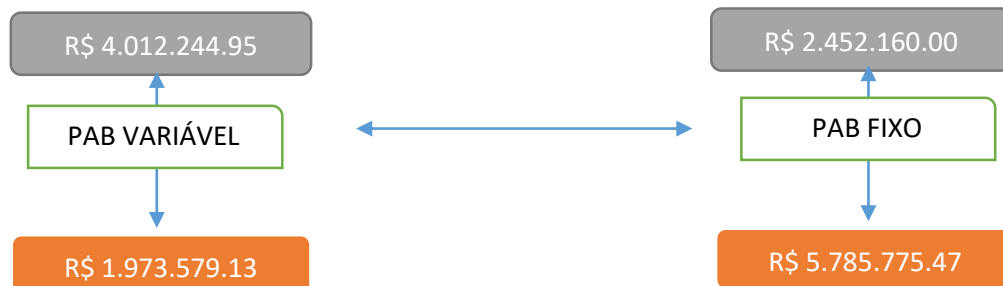
Desse modo, a partir dos dados extraídos do SIOPS, foram elaborados fluxogramas de cada exercício para sistematizar como é feita a alocação de recursos públicos à Atenção Básica, a fim de perceber como o montante total de receitas é administrado em prol da saúde pública, conforme fluxograma (Figura 2) – 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 Básica. 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 Básica sendo demonstrado o Componente Piso da Atenção Básica que são o PAB FIXO e o PAB VARIÁVEL.

Figura 2: Fluxograma de Desmembramento da receita alocada na Atenção Básica.







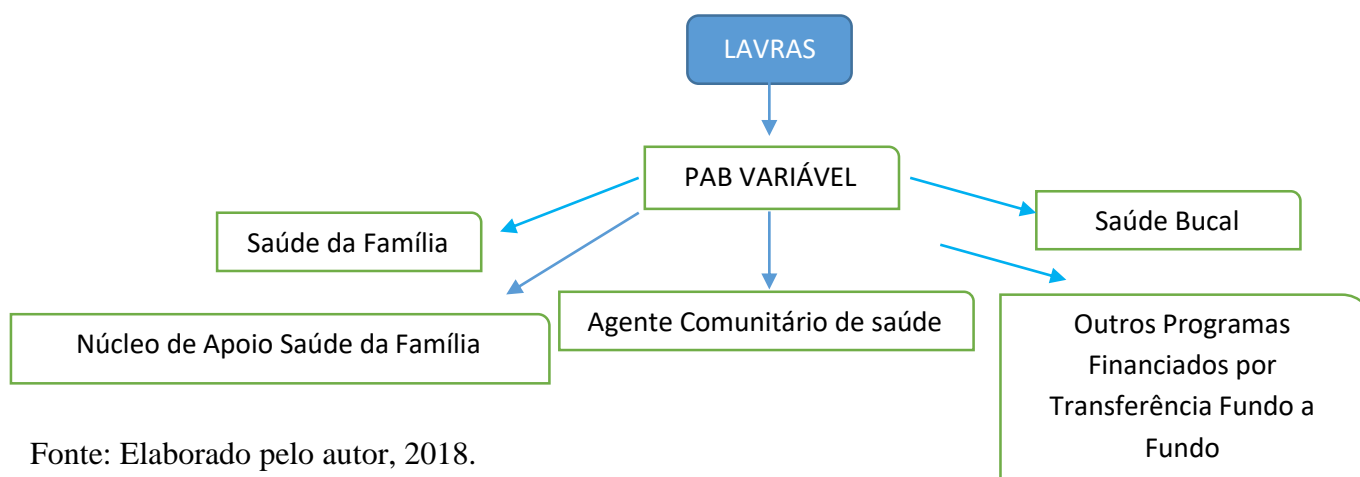
Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

Diante do apresentado, nota-se que ao desmembrar o montante de receita da atenção básica do município estudado, podemos observar o quanto de recursos cada componente do piso da atenção básica detém. Além de auxiliar na compreensão do que aborda Brasil (2004), onde relata que os componentes do piso da atenção básica são articulados através do bloco de atenção básica, em que o PAB FIXO é correspondente ao financiamento de ações dessa área 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.

Para o PAB VARIÁVEL, pode-se 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.

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

Figura 3 – Fluxograma do Componente Piso da Atenção Básica Variável Lavras MG.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Diante do apresentado, pode-se perceber quais as áreas que são articuladas em prol da Atenção Básica no município. Sistematizando o valor total de cada ano apresentado na Figura 2: Fluxograma de Desmembramento da receita alocada na Atenção Básica correspondente ao PAB VARIÁVEL, foi possível desmembrar a receita de cada estratégia existente no município.

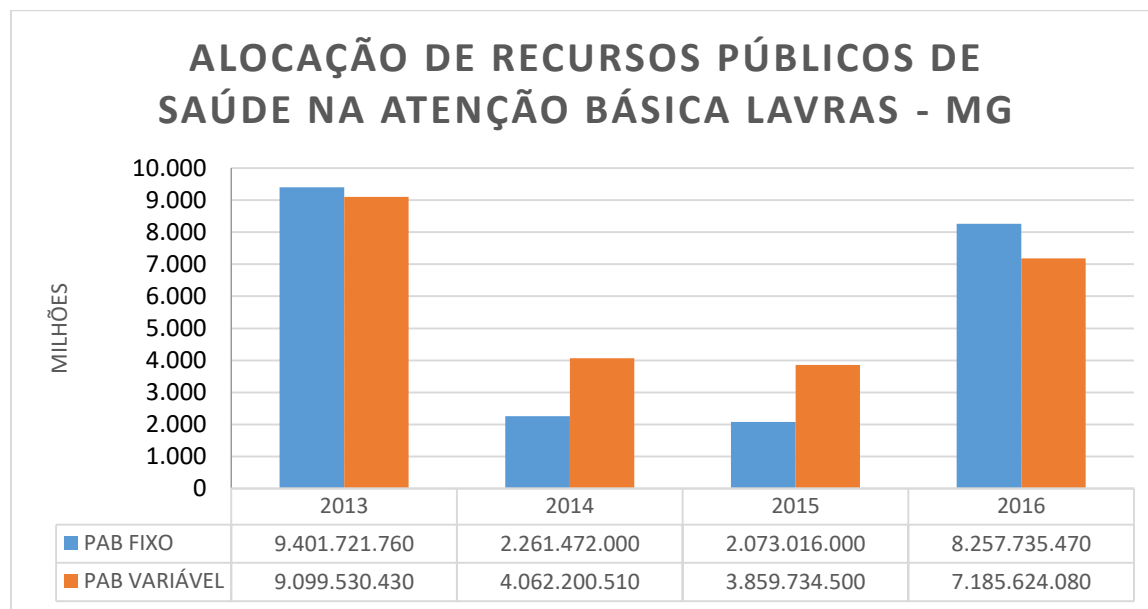
Quadro 7 – PAB Variável Lavras MG.

EXERCÍCIOS	SAÚDE DA FAMÍLIA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	SAÚDE BUCAL	NÚCLEO APOIO SAÚDE DA FAMÍLIA	OUTROS PROGRAMAS FINANCIADOS POR TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO
2013	6.208.389,67	1.156.725,00	466.150,00	240.000,00	346.640,08
2014	1.182.540,00	1.027.230,00	429.720,00	328.690,00	1.094.020,51
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, 2018

Ao analisar a alocação de recursos através do PAB Fixo e PAB Variável do bloco da atenção básica, foi possível construir o gráfico 2 – Alocação de Recursos Públicos de Saúde na Atenção Básica 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 detém maior montante de receita. Conforme Brasil (2004), o município detém 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. Além disso, os anos de 2014 e 2015, conforme dados do SIOPS, obteve investimento de recursos próprios, como percebemos nas ilustrações anteriores Fluxograma 1 – Desmembramento da receita alocada na Atenção Básica e no Quadro 4 – Receitas Atenção Básica Lavras MG, portanto, não é possível analisar onde o montante de receita nestes períodos citados foram alocados. Uma vez que no SIOPS eles não são demonstrados em quais componentes da atenção básica foram inseridos.

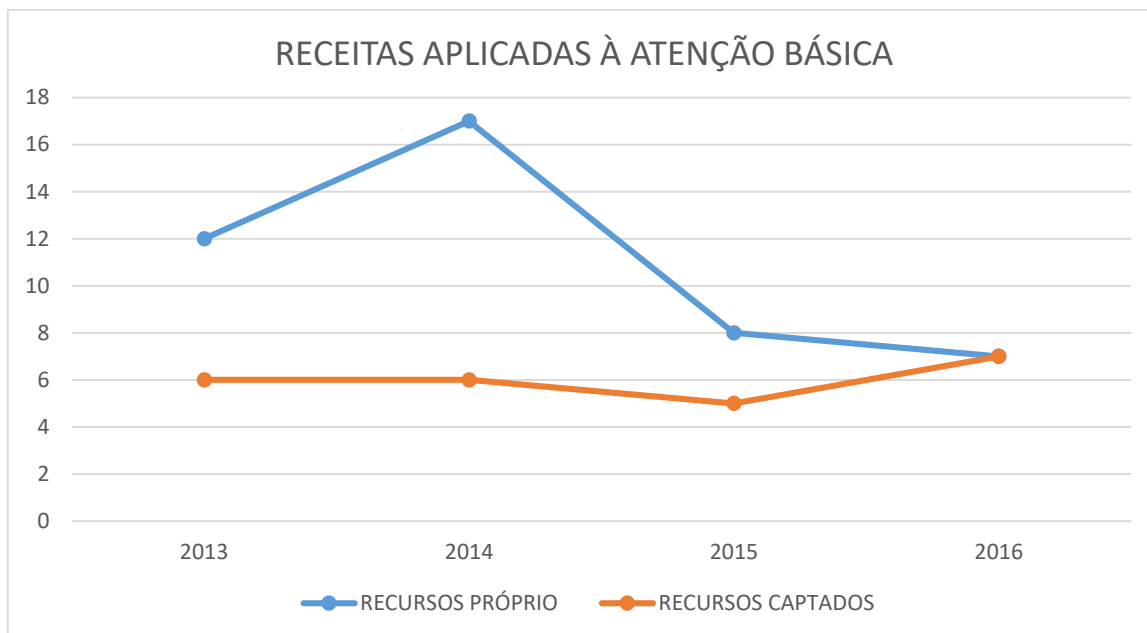
Gráfico 2 – Alocação de Recursos Públicos de Saúde na Atenção Básica Lavras - MG



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

O gráfico 3 – Receitas aplicadas à atenção básica – 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.

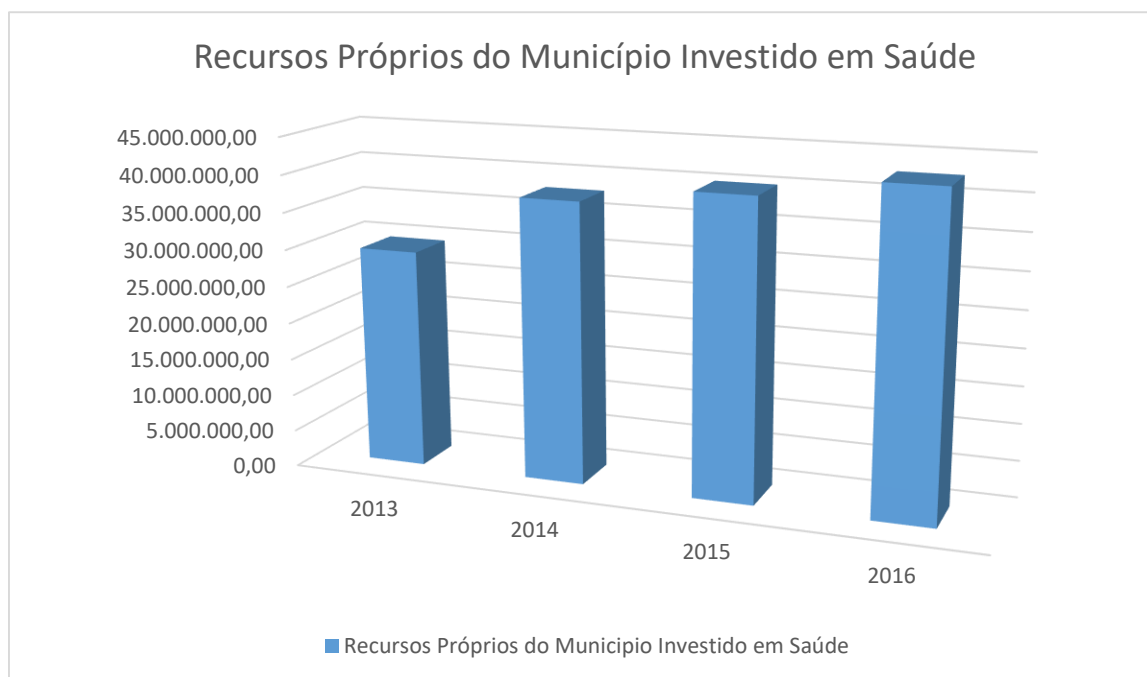
Gráfico 3 – Receitas Aplicadas à atenção básica



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

Fazendo um comparativo do Quadro 6 – Recursos do Município Investido na Atenção Básica com o Gráfico 3 – Receitas Aplicadas à atenção básica, 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 nos anos analisados.

Gráfico 4 – Recursos Próprios do Município Investido em Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

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.

5.1 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, pode-se analisar como se comporta o índice de morbidade de Lavras MG em relação a alocação de recursos no período estudado. Esse indicador está associado ao número de pessoas de uma população que possam contrair certas doenças ou agravamento no quadro de saúde (LEBRÃO et al., 1997). Assim, pode-se observar se o alto investimento ou baixo investimento na atenção básica gera algum impacto na saúde da população, uma vez 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	2013	2014	2015	2016
Capítulo I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	171	178	264	209
Capítulo II	Neoplasias [tumores]	224	230	253	294
Capítulo III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	29	43	41	34
Capítulo IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	128	182	162	123
Capítulo V	Transtornos mentais e comportamentais	135	71	84	53
Capítulo VI	Doenças do sistema nervoso	69	68	118	108
Capítulo VII	Doenças do olho e anexos	17	20	14	8
Capítulo VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	5	2	3	7
Capítulo IX	Doenças do aparelho circulatório	661	723	659	590
Capítulo X	Doenças do aparelho respiratório	389	342	338	305
Capítulo XI	Doenças do aparelho digestivo	429	563	486	417
Capítulo XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	119	79	87	52
Capítulo XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	109	138	164	175
Capítulo XIV	Doenças do aparelho geniturinário	333	385	358	354
Capítulo XV	Gravidez, parto e puerpério	1.192	1.131	1.139	1.053
Capítulo XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	91	103	122	106
Capítulo XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	42	39	49	29
Capítulo XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	54	71	58	85
Capítulo XIX	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	367	359	391	398
Capítulo XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	1	1	0
Capítulo XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	28	43	66	63
	Total	4.593	4.771	4.857	4.463

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Percebe-se 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 básica. Mesmo no período de 2014 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 2015, que a alocação de recursos na atenção tem uma redução bastante considerável, sendo aplicado R\$ 8.413.908,79 e no ano anterior total aplicado foi de R\$ 17.417.052,17, 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).

Pode-se observar que essas novas demandas levam o município a investir maior parte de seus recursos em outras áreas, uma vez que no ano de 2016 o total aplicado na atenção básica fica em torno de R\$ 7.759.354,60 e em contrapartida em outras áreas foram investido R\$ 34.954.626,95. 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 Básica, Média e Alta Complexidade Lavras MG

EXERCÍCIO	INVESTIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	INVESTIMENTO NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
2013	R\$ 12.360.138,26	R\$ 11.938.905,83
2014	R\$ 17.417.052,17	R\$ 15.821.296,45
2015	R\$ 8.413.908,79	R\$ 17.219.606,01
2016	R\$ 7.759.354,60	R\$ 15.532.958,81

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Essa informação demonstra que as estratégias adotadas na área da atenção básica nos períodos de 2013 a 2016, foram impactadas. Como demonstrado houve troca de gestores do SUS e o não acesso da programação anual de saúde. Além disso, o aumento de agravos no

município ilustra o investimento na área da atenção de média em alta complexidade. Pescuma Júnior¹ & Áquilas Mendes² (2015) apontam 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, provocando 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, e estabelece que a União e o Estado financiem procedimentos com maior demanda financeira e o Município execute ações básicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado com o objetivo de compreender como são aplicados os recursos públicos ao Sistema Único de Saúde que envolve a atenção básica, tendo foco ao ente federativo municipal.

Para gerar embasamento teórico ao trabalho foram abordadas as seguintes temáticas: Saúde: Conceito Histórico Brasileiro, O Direito à Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), Níveis de Gestão do SUS, Atenção Básica, Financiamento do SUS, Recursos Públicos, Aplicação de Recursos Públicos no Brasil, 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 alocados os recursos financeiros 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. Destaque deve ser dado 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, impactando no 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. Isso também 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 Básica 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 básica, 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. Isso impactou para o realizador da pesquisa em aprimorar, conhecimentos práticos 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.

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: 22/05/2018.

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/transferenciarecursosuniao.pdf>>. Acesso em: 22/05/2018.

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: 22/05/2018.

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: 18/05/2018a.

BRASIL. Lei Nº 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: 18/05/2018b.

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: 18/05/2018.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 18/05/2018

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html>. Acesso em 18/05/2018.

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: 18/05/2018.

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.

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: 18/05/2018

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

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.

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: 18/05/2018

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

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: 18/05/2018.

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

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: Universiade 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.

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.

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: 18/05/2018.

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 .

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: 18/05/2018.

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: 22/05/2018.

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: 18/05/2018.