

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

GISELE ADRIANA SCHNEIDER

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MARATÁ - RS, 2010-2013.

PORTO ALEGRE, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

GISELE ADRIANA SCHNEIDER

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MARATÁ - RS, 2010-2013.

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

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa.
Tutor de orientação a distância: Gímerson Erick Ferreira.

PORTO ALEGRE, 2014.

Gisele Adriana Schneider

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MARATÁ - RS, 2010-2013.

Conceito final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

“O prazer no trabalho aperfeiçoa a obra.”

Aristóteles

*Dedico este trabalho à minha família,
berço de tudo que sou, amor incondicional e
razão que me impele a seguir e
buscar diariamente a transformação
buscando um ser humano melhor,
em todos os sentidos.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais amados, Irlene e Flávio, base de tudo e exemplo de vida. Agradeço por sempre me possibilitarem as melhores condições de educação e por me ensinarem a importância do estudo.

Ao meu pequeno núcleo familiar, meu marido João Augusto e meus filhos Lucas e Arthur, nossos bens mais preciosos e o sentido de nossas vidas. Agradeço pelo amor, carinho, companheirismo e por compreenderem minha ausência em muitos momentos.

A todos os tutores do Curso de Gestão em Saúde, principalmente, Luis Fernando e Gímerson Erick, fundamentais no processo de elaboração deste trabalho de conclusão, assim como a Coordenadora da Tutoria, Rita Nagem, pela incansável disponibilidade e motivação, do início ao final do curso.

Ao Prof. orientador Dr. Roger, pelo incentivo, pelo conhecimento transmitido e pelos questionamentos realizados ao longo da orientação, provocando a melhor análise e reflexão sobre os resultados.

Por fim, acima de tudo, agradeço a Deus por ter iluminado e guiado meu caminho para o conhecimento, sobretudo, nos momentos de cansaço e fraqueza.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária a Saúde
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIS/CAÍ – Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí
CNS – Conselho Nacional de Saúde
EC – Emenda Constitucional
FMS – Fundo Municipal da Saúde
FNS – Fundo Nacional da Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFDM – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
NAAB – Núcleo de Apoio a Atenção Básica – Saúde Mental
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PIES – Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PPA – Plano Plurianual
PSF – Programa Saúde da Família
RENAME – Referência Nacional de Medicamentos
SUS – Sistema Único de Saúde
SIOPS – Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde

LISTA DE TABELAS E GRÁFICO

Tabela 1: Transferências de recursos para a Saúde na Subfunção Orçamentária Atenção Básica, pelas esferas Federal e Estadual, ao município, período de 2010 a 2013	31
Tabela 2: Recursos próprios e transferidos aplicados na subfunção orçamentária Atenção Básica, Município de Maratá, conforme SIOPS.....	34
Tabela 3: Recursos próprios e transferidos aplicados na subfunção orçamentária Atenção Básica, Município de Maratá.....	35
Tabela 4: Despesa Total Investida em Saúde Pública, no Município de Maratá, período de 2010 a 2013.....	37
Tabela 5: Percentual aplicado pelo Município em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no período de 2010 a 2013.....	38
Tabela 6: Total de recursos aplicados em saúde por ano, segundo esfera governamental, no Município de Maratá.....	39
Tabela 7: Gasto público em saúde por habitante, no ano, segundo esfera governamental.....	39
Gráfico 1: Valor Médio em R\$ investido por habitante/ano, segundo esfera de governo, no Município de Maratá	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Receitas Federais recebidas pelo Município de Maratá - RS, divididas por Bloco de financiamento e estratégias, no período de 2010 a 2013.....	22
Quadro 2: Receitas Estaduais recebidas pelo Município de Maratá - RS, divididas por Bloco de financiamento e estratégias, no período de 2010 a 2013.....	23
Quadro 3: Receitas Federais para a Atenção Básica, recebidas pelo Município de Maratá - RS, divididas por Bloco de financiamento e estratégias, no período de 2010 a 2013.....	26
Quadro 4: Receitas Estaduais para a Atenção Básica, recebidas pelo Município de Maratá - RS, divididas por Bloco de financiamento e estratégias, no período de 2010 a 2013.....	26

RESUMO

Este trabalho realizou um levantamento e análise do financiamento da saúde pública, mais especificamente relacionado à Atenção Básica, em Maratá, município do RS, no período de 2010 a 2013. Quantificou-se o total de recursos transferidos pelas esferas Estadual e Federal, segundo estratégias, para aplicação na subfunção orçamentária Atenção Básica. Avaliou-se o percentual de recursos próprios Estaduais e Federais transferidos para a AB, assim como os valores aplicados por cada esfera governamental, em uma dimensão global e per capita, apurando o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000. Foram utilizados dados extraídos principalmente do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), da Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS) e Balancetes da Despesa do Município de Maratá, para análises e conclusões. Os dados obtidos revelam que o Município tem participado com mais de 70% no recurso aplicado na Atenção Primária, enquanto que os demais 30% são divididos entre Estado e União. Da mesma forma, o Município cumpre a Emenda Constitucional nº 29/2000, aplicando neste período um percentual superior a 15% dos recursos próprios em serviços de saúde. Por fim, quanto à evolução do financiamento, percebe-se a ampliação da representatividade da esfera Estadual sobre o total de recursos transferidos, em particular para a Atenção Básica.

Palavras-chave: Financiamento em saúde, atenção básica, recursos financeiros em saúde, orçamento público em saúde.

ABSTRACT

This work aims to realize and analyze the public health financing, more specifically related to Primary Health Care in Maratá, a RS city, between the years 2010 and 2013. It was quantified the total investment funds transferred by the state and federal levels, according to the strategies for application in Primary Health Care budget. Besides, It was evaluated the percentages of state and federal resources transferred to AB and also the amounts invested by each governmental level in a global and per person dimensions verifying the accomplishment of the Constitutional Amendment No 29/2000. The data were extracted from the Public information system about the Health Budget(SIOPS), from the Federation of Associations of Rio Grande do Sul Cities (FAMURS) and also from the expenditure balance sheet of Maratá city. This data shows that Maratá City has participated with more than 70% in the application of the resources for primary health care, while the remaining 30% are divided between the State and Union. Similarly, Maratá perform the Constitutional Amendment No 20/2000, applying in this period a percentage higher than 15% of its resources in health services. In the end, about the evolution of the financing, we can see the expansion of the representation of the state level on the total funds transferred for the Primary health Care.

Keywords: health financing, primary health care, resources for primary health care, public health financing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE	16
2.1.1 Financiamento da Saúde antes do SUS.....	16
2.1.2 A criação do Sistema Único de Saúde - 1988.....	17
2.1.3 A Emenda Constitucional nº 29/2000 e seus principais pontos.....	18
2.2 A GESTÃO FINANCEIRA DO SUS.....	19
2.2.1 Aspectos da gestão financeira do SUS.	19
2.2.2 O ciclo orçamentário.....	23
2.3 ATENÇÃO BÁSICA	24
2.3.1 O que é Atenção Básica?	24
2.3.2 O financiamento da Atenção Básica – Componentes Federais e Estaduais....	25
2.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTUDADO	27
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 RECURSOS TRANSFERIDOS PARA A SAÚDE NA SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA ATENÇÃO BÁSICA, PELAS ESFERAS FEDERAL E ESTADUAL, AO MUNICÍPIO.	31
5.2 RECURSOS PRÓPRIOS E TRANSFERIDOS APLICADOS NA SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA ATENÇÃO BÁSICA, PELO MUNICÍPIO.....	33
5.3 CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000.....	36
5.4 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE POR HABITANTE SEGUNDO ESFERA GOVERNAMENTAL	39
5.5 EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO ...	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF-88) garantiu para todos os cidadãos brasileiros o acesso universal à rede de serviços públicos de saúde quando instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). A criação do SUS foi um marco na reorientação e democratização da assistência à saúde.

O texto constitucional também é claro quando demonstra que a definição do SUS está fundamentada na implantação de um modelo de atenção à saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com o bem estar social, a saúde coletiva, enfim, como um direito da cidadania.

O SUS consolidou-se posteriormente, com a Lei nº 8.080/90, quando lançou como princípios doutrinários do sistema: a universalidade, a integralidade e a equidade. Como princípios organizativos: a regionalização; a hierarquização; a descentralização; a resolutividade; a complementaridade do setor privado e a participação social. Em seguida, com a Lei nº 8.142/90, destacou a participação social.

A saúde obteve êxitos na ampliação da cobertura dos serviços; na qualificação; na redução da mortalidade infantil; no aumento da expectativa de vida das pessoas; na redução das doenças passíveis de prevenção e tratamento da atenção básica; na qualificação da atenção básica e na melhoria dos serviços de urgência e emergência.

Por outro lado, é importante relatar que: “sabe-se que nas condições atuais, há inúmeras limitações relevantes para a efetivação destes princípios e diretrizes” (ABRASCO, CFM e UERJ, 2011, p. 1). Podemos afirmar, também, que a conquista legal do direito ao acesso aos serviços de saúde com a CF-88 e com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, não foi proporcionalmente acompanhada pelo financiamento do setor (ABRASCO, CFM e UERJ, 2011).

No que diz respeito ao financiamento, Castro e Machado (2010) apontam um crescimento do aporte orçamentário para o Programa de Atenção Básica, a partir de 1998, mantendo um padrão de progressivo aumento no decorrer dos anos. Ao mesmo tempo, as autoras complementam que, mesmo com o investimento e o crescimento da Atenção Básica, o financiamento federal e estadual continua

fragmentado em “blocos” e direcionado a programas específicos, dificultando a decisão dos gestores quanto ao uso dos recursos.

Desta forma, pode realizar-se uma análise sobre o financiamento, apresentado com um grande obstáculo a ser enfrentado pelos gestores do SUS, pois os recursos são insuficientes, as fontes são instáveis e a divisão de responsabilidades não são claras. Na tentativa de garantir recursos mínimos e estáveis, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29), regulamentada apenas em 2012, com a Lei Complementar nº 141/2012. Com ela ficaram definidos valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federais, estaduais, municipais e Distrito Federal em ações e serviços públicos de saúde, bem como os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde.

A necessidade de ampliação dos recursos para o setor saúde, contudo, vai além da regulamentação da EC 29, pois necessita também da criação de novas fontes de receita; mudanças nas políticas econômicas; redistribuição dos recursos e principalmente a qualificação dos gastos. Somente desta forma, princípios como a garantia da universalidade, equidade e integralidade para todos os usuários, deixarão de ser desafios na implementação efetiva do SUS.

Ao mesmo tempo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afirma que, “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. É a porta de entrada do Sistema Único de Saúde para os usuários.

A partir destas questões e considerando a relevância da estratégia adotada pela Atenção Básica, que tem como perspectiva a organização do cuidado, avaliando as necessidades da população, será investigado neste trabalho o volume total de recursos recebidos pelo município de Maratá por meio das transferências estaduais e federais, assim como o valor total de recursos próprios aplicados em saúde. Ao mesmo tempo, será apresentado o gasto público em saúde por habitante e as subfunções orçamentárias da saúde na Atenção Básica, nos anos compreendidos entre 2010 e 2013.

Neste sentido, pretende-se observar e descrever a realidade orçamentária do setor saúde no Município e sua evolução durante os anos 2010 a 2013. Essa análise fornecerá informações para a posterior definição de objetivos e planejamento de

ações de saúde ao identificar as dificuldades e as potencialidades para a efetividade das políticas públicas de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

2.1.1 Financiamento da Saúde antes do SUS

Até o período de outubro de 1988, o sistema oficial de saúde disputava recursos na esfera federal, no âmbito previdenciário (benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar) e no âmbito do orçamento fiscal, em que o Ministério da Saúde concorria com os programas da educação, justiça, transporte e defesa nacional, entre outros.

Nesta época, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde, dividindo-se entre os escassos recursos dos orçamentos públicos do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais ou as reduzidas contribuições oriundas de entidades religiosas ou filantrópicas (PIOLA et al., 2009).

Ainda assim, é importante destacar que a maior parte dos recursos concentravam-se no Ministério da Saúde, que atuava principalmente no campo da vigilância em saúde, em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária.

O financiamento da saúde ainda teve um agravamento nos anos 70 (com a crise do petróleo), que repercutiu em manifestos sociais e políticos pela redemocratização e mudança de sistema. Neste contexto, iniciou-se o movimento chamado “Reforma Sanitária brasileira” que culminou com a VIII Conferência Nacional da Saúde de 1986, onde se propôs que a saúde fosse um direito do cidadão e dever do Estado. Ao mesmo tempo, foi proposta a criação de um sistema único de saúde, de cunho preventivo e curativo e de acesso universal. Por fim, uma determinante era a descentralização da gestão, envolvendo e aproximando área administrativa/financeira do controle social.

Neste sentido, este Movimento Sanitário consegue inscrever na Constituição Federal de 1988 o fundamento legal do Sistema Único de Saúde, que prevê a universalidade, equidade no acesso, integralidade das ações e participação social na sua gestão.

2.1.2 A criação do Sistema Único de Saúde - 1988

O SUS é formado pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Conforme a CF-88, no seu artigo 198, destaca:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.

A partir dos anos 90, segundo Silva, Bezerra, Sousa e Gonçalves (2010), com a regulamentação do SUS, importantes mudanças ocorreram no financiamento do Sistema, impactando de forma significativa o processo de municipalização e descentralização.

De acordo com Lima (2006), o processo de municipalização nos anos 90 foi orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. Assim, a NOB-SUS 91 estabeleceu o pagamento por produção de serviços em substituição ao pagamento por orçamento, o que estimulou a capacitação municipal para a gestão descentralizada. Em seguida, a NOB-SUS 92 não trouxe modificações, dando continuidade a NOB-SUS 91 (CARVALHO, 2001).

Em 1993, uma nova Norma Operacional surge da discussão de que os municípios teriam que ampliar seu financiamento. Não poderiam receber apenas por produção, priorizando a descentralização das ações e serviços de saúde com repasses fundo a fundo, contratação e pagamento de serviços terceirizados, gerenciamento completo da rede, planejamento, controle e avaliação, conforme disposto no artigo 35 da Lei nº 8.080/90 (LEVCOVITZ, 1999).

Conforme o mesmo autor, a NOB-SUS 96 trouxe mudanças na lógica do modelo de atenção a saúde e na organização da oferta de serviços, fortalecendo a regionalização e a responsabilização, tendo um modelo de atenção focado na saúde e não mais na doença.

Posteriormente, a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS) SUS de 2002, que veio a qualificar a Norma Operacional Básica – NOB-SUS 1996, trouxe a necessidade de reavaliar os critérios de alocação dos recursos financeiros de acordo com as necessidades da população e as condições físicas e estruturais dos

municípios, evitando a pulverização dos recursos e dos serviços e garantindo com isso, o acesso a todos os níveis de atenção.

2.1.3 A Emenda Constitucional nº 29/2000 e seus principais pontos

Com a EC 29, foi assegurado o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo-se que as esferas de governo municipal e estadual deveriam alocar anualmente recursos mínimos proporcionais aos percentuais das receitas de impostos arrecadadas. Ao mesmo tempo, a União deveria aplicar o valor empenhado no ano anterior mais a variação do PIB, vinculando com isso, recursos ao setor saúde, indicando uma perspectiva de fontes estáveis e previsíveis, atreladas às receitas públicas e ao crescimento econômico.

A referida Emenda estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Nesta perspectiva, os Estados deveriam aplicar o montante mínimo de 12% da arrecadação dos impostos vinculados, em ações e serviços públicos de saúde. Paralelamente, os municípios deveriam atingir a proporção de 15% da arrecadação dos seus impostos, conforme artigos 156, 158 e 159 da Constituição Federal.

Continuando, com o advento da Lei Complementar nº 141/2012, tem-se a regulamentação dos valores mínimos a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo os critérios de rateio e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Neste sentido, a União aplicará anualmente o valor correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto), ocorrida no ano anterior. Já os Estados e o Distrito Federal aplicarão anualmente o percentual mínimo de 12% da arrecadação dos impostos referidos na Constituição Federal e os Municípios aplicarão anualmente o mínimo de 15% da sua arrecadação, conforme disposto na Constituição Federal de 1988.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), atento ao crescente compartilhamento do financiamento do SUS instituiu que a EC29 seria acompanhada por meio de um Sistema de Informação que possibilitasse a coleta, o processamento e a divulgação de dados referentes a receitas e despesas com saúde, nas três esferas de governo. Em relação a este Sistema, denominado Sistema de Informação sobre Orçamentos

Públicos em Saúde (SIOPS), Campelli e Calvo (2007, p.3) afirmam ser uma referência para o acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados as ações e serviços em saúde.

Com o SIOPS tem-se uma maior transparência sobre as políticas de financiamento da saúde, permitindo-se a realização de fiscalização e avaliação sobre a administração pública e a análise sobre o processo de descentralização do SUS.

2.2 A GESTÃO FINANCEIRA DO SUS

2.2.1 Aspectos da gestão financeira do SUS.

A gestão financeira do SUS é um dos tópicos de maior importância para os gestores de saúde pública, em qualquer esfera de gestão. Para cumprir o seu objetivo primordial – o bem comum – o Estado necessita desenvolver diversas e inúmeras atividades, nas áreas de saúde, educação, segurança, social, habitação, tributação, atividades financeiras, etc. Na busca de poder cumprir com as suas obrigações, deve possuir meios financeiros que possibilitem a realização destas. Para isso, o Estado exerce sua atividade financeira.

Assim, a gestão financeira se realiza a partir da obtenção da receita pública, dispêndio da despesa pública e gestão do orçamento público (elaboração, aprovação e controle).

Considerando o enfoque orçamentário e financeiro sobre os recursos destinados à área da saúde, na esfera municipal além dos próprios recursos, somam-se também os recursos transferidos da União e do Estado, que devem ser previstos no orçamento e identificados no Fundo Municipal de Saúde para execução das ações previstas.

A EC 29 define que os recursos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados por meio de fundos de saúde, adquirindo a forma de unidades gestoras de orçamento.

As Leis 8.080/90 e 8.142/90 já disciplinavam a criação destes fundos especiais para transferência e gestão dos recursos destinados a ações e serviços de saúde.

Conforme Carvalho e Santos (2002), o Fundo de Saúde pode ser definido como uma modalidade de gestão de recursos, criado por lei, com a finalidade de ser o único receptor de todos os recursos destinados à saúde.

No município de Maratá, o Fundo Municipal de Saúde foi criado através da Lei Municipal nº 454/99, de 09 de dezembro de 1999, com o objetivo de gerir os recursos próprios da saúde, oportunizando condições financeiras e de administração dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde, executados ou coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Posteriormente, a Portaria Ministerial nº 204/2007 criou seis blocos de financiamento, para repasse do Fundo Nacional e Estadual de Saúde para o Fundo Municipal: Assistência Farmacêutica; Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Posto isto, e utilizando dados do SIOPS, pode-se apresentar os tipos de receitas e despesas por blocos, que podem compor o orçamento de uma Secretaria Municipal de Saúde.

a) Bloco de Atenção Básica:

Constituído por dois componentes:

– PAB Fixo: Refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática;

- PAB Variável: constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica, mediante adesão e implementação das ações, tais como: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família); NAAB (Núcleo de Apoio a Atenção Básica – Saúde Mental); Oficinas Terapêuticas.

b) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar:

Conforme determinação do Tribunal de Contas da União, Processo TC 041.056/2012-4 e Acórdão nº 3134/2013, os estabelecimentos tipificados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como 01 – Posto de Saúde e 02 – Centro de Saúde/Unidade Básica não deverão receber pagamento de

procedimentos de Média/Alta Complexidade dos financiamentos MAC (Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar) e FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação). Neste caso, como o Município de Maratá possui apenas um Centro Municipal de Saúde, não recebe pagamentos neste Bloco.

c) Bloco de Vigilância em Saúde:

Representa o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. Apresenta dois componentes:

- Componente da Vigilância e Promoção da Saúde: compõe-se de um valor per capita estabelecido conforme estratificação da população e território.

- Componente da Vigilância Sanitária: destinado às ações de Vigilância Sanitária, tanto estruturantes quanto estratégicas, por adesão ou indicação epidemiológica.

d) Bloco de Assistência Farmacêutica:

É constituído por três componentes:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica: destina-se a aquisição de medicamentos do elenco da Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares na Atenção Básica.

- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: destina-se ao financiamento de ações de programas estratégicos (controle de endemias, imunobiológicos, combate ao tabagismo, alimentação e nutrição, sangue e hemoderivados e antirretrovirais).

- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, não elencados no RENAME, mas importantes para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial.

e) Bloco de Gestão do SUS:

É integrado por dois componentes:

- Componente para a Qualificação da Gestão do SUS;

- Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

A transferência dos recursos será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

f) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde:

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros transferidos mediante repasse regular e automático do FNS para o FMS, conforme a apresentação de projetos, encaminhados ao Ministério da Saúde.

O Município de Maratá conta com os seguintes repasses financeiros:

Quadro 1: Receitas Federais recebidas pelo Município de Maratá - RS, divididas por Bloco de financiamento e estratégias, no período de 2010 a 2013.

RECURSO FEDERAL	
Bloco	Ação/Serviço/Estratégia
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA
ATENÇÃO BÁSICA	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACS
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO DE IMPLANTAÇÃO AOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NASF
ATENÇÃO BÁSICA	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NASF
ATENÇÃO BÁSICA	PAB FIXO
ATENÇÃO BÁSICA	PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE PMAQ (RAB-PMAQ-SM)
ATENÇÃO BÁSICA	SAÚDE BUCAL SB
ATENÇÃO BÁSICA	SAÚDE DA FAMÍLIA SF
GESTÃO DO SUS	INCENTIVO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (PI) RSM-RSME
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	PISO FIXO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PFVS)
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARTE ANVISA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARTE FNS

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, quadro elaborado pela autora.

Quadro 2: Receitas Estaduais recebidas pelo Município de Maratá - RS, divididas por Bloco de financiamento e estratégias, no período de 2010 a 2013.

RECURSO ESTADUAL	
Bloco	Ação/Serviço/Estratégia
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	INCENTIVO DA FARMÁCIA BÁSICA E INSUMOS PARA CONTROLE DO DIABETES MELLITUS
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACS
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO ESTADUAL A QUALIFICACAO DA ATENCAO BASICA EM SAUDE (PIES)
ATENÇÃO BÁSICA	NÚCLEOS DE APOIO À ATENÇÃO À SAÚDE SAÚDE MENTAL NAAB
ATENÇÃO BÁSICA	OFICINA TERAPÊUTICA TIPO II (Nº 1)
ATENÇÃO BÁSICA	OFICINA TERAPÊUTICA TIPO II (Nº 2)
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Fonte: Fundo Estadual de Saúde, quadro elaborado pela autora.

A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde e pelo Fundo Estadual de Saúde é realizada ao Ministério da Saúde, através de relatório elaborado a cada quadrimestre e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

2.2.2 O ciclo orçamentário

O orçamento, segundo Santos (2001) é um instrumento de administração das ações do governo, ou seja, identifica e mensura com exatidão tudo o que deve ser realizado pelo governo anualmente. Em suma, estima a receita e fixa a despesa da Administração Pública.

O processo de elaboração do orçamento público no Brasil segue um “ciclo” paralelo e integrado ao planejamento de ações/metastas, de acordo com a Constituição Federal de 1988, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Plano Plurianual é a lei que define as prioridades do Governo pelo período de 4 anos e deve conter as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para as despesas de capital e as relativas a programas de duração continuada.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias estabelece as metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente e orienta a elaboração do orçamento. Dispõe também sobre mudanças na legislação tributária, políticas de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento e estabelece as metas e prioridades anuais. Subsidiaria a elaboração da lei orçamentária anual e nenhuma despesa pública pode ser executada sem estar consignada no orçamento.

A Lei Orçamentária Anual é o instrumento onde consta o plano de governo da Administração, elaborado com o objetivo de atender as necessidades da população. Em síntese, constitui-se da previsão de receitas, que deverão servir de recurso para o custeio das despesas fixadas e a especificação da forma como será executado este plano de governo.

Este ciclo deve seguir princípios básicos, que estão definidos na Lei nº 4.320, de 1964 e na Constituição Federal, atribuindo ao Poder Executivo a responsabilidade pelo sistema de Planejamento e Orçamento. Pode ser definido em quatro fases, articuladas entre si: a) elaboração e apresentação; b) autorização legislativa; c) programação e execução; e d) avaliação e controle.

2.3 ATENÇÃO BÁSICA

2.3.1 O que é Atenção Básica?

Uma das grandes alavancadas para a construção do SUS, segundo Solla, Reis e Soter (2007) foi a Atenção Básica, representada pela Estratégia Saúde da Família, implantada na grande maioria dos municípios e conseqüente aumentando as responsabilidades da gestão.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria nº 2.488 de 24 de outubro de 2011, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Política Nacional de Atenção Básica destaca que

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A Atenção Básica ou Atenção Primária orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (CONASS, 2011).

Segundo Starfield (2004), a Atenção Primária à Saúde ou APS é o primeiro contato da população com o sistema de saúde e o local responsável pela realização do cuidado da saúde dos indivíduos, famílias e população, buscando o equilíbrio entre a melhoria da saúde da população e a equidade na distribuição dos recursos.

Neste sentido, a autora complementa afirmando que a APS tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde (STARFIELD, 2004).

E por este motivo a Atenção Básica diferencia-se das secundária e terciária, pois se dedica a problemas de saúde mais frequentes que se apresentam geralmente em suas fases iniciais de sintomas, muitas vezes não evoluindo para patologias.

2.3.2 O financiamento da Atenção Básica – Componentes Federais e Estaduais

De acordo com a PNAB, o financiamento da Atenção Básica se dá em composição tripartite. Conforme Melamed e Costa (2003), o financiamento federal da Atenção Básica ocorre considerando-se a capacidade fiscal do município, seu porte populacional e seu território geográfico, a partir da criação de programas, como: Piso de Atenção Básica (PAB), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF).

O financiamento desses programas já foi descrito anteriormente, no item 2.2.1, quando foram elencados os componentes do Bloco da Atenção Básica, destacando o PAB Fixo e o PAB Variável.

A Atenção Básica em Maratá é custeada por recursos próprios somados aos repasses financeiros das esferas estadual e federal.

Quadro 3: Receitas Federais para a Atenção Básica, recebidas pelo Município de Maratá - RS, divididas por Bloco de financiamento e estratégias, no período de 2010 a 2013.

RECURSO FEDERAL	
Bloco	Ação/Serviço/Estratégia
ATENÇÃO BÁSICA	PAB Fixo
ATENÇÃO BÁSICA	PAB Variável - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACS
ATENÇÃO BÁSICA	PAB Variável - INCENTIVO DE IMPLANTAÇÃO AOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NASF
ATENÇÃO BÁSICA	PAB Variável - NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NASF
ATENÇÃO BÁSICA	PAB Variável - PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE PMAQ (RAB-PMAQ-SM)
ATENÇÃO BÁSICA	PAB Variável - SAÚDE BUCAL SB
ATENÇÃO BÁSICA	PAB Variável - SAÚDE DA FAMÍLIA SF

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, quadro elaborado pela autora.

Quadro 4: Receitas Estaduais para a Atenção Básica, recebidas pelo Município de Maratá - RS, divididas por Bloco de financiamento e estratégias, no período de 2010 a 2013.

RECURSO ESTADUAL	
Bloco	Ação/Serviço/Estratégia
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACS
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO ESTADUAL A QUALIFICACAO DA ATENCAO BASICA EM SAUDE (PIES)
ATENÇÃO BÁSICA	NÚCLEOS DE APOIO À ATENÇÃO À SAÚDE - SAÚDE MENTAL NAAB
ATENÇÃO BÁSICA	OFICINA TERAPÊUTICA TIPO II (Nº 1)
ATENÇÃO BÁSICA	OFICINA TERAPÊUTICA TIPO II (Nº 2)
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Fonte: Fundo Estadual de Saúde, quadro elaborado pela autora.

Cabe destacar, também, que foi fundamental para a indução da ampliação da Atenção Básica, a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) com repasse de recursos financeiros baseado em critérios populacionais, produzindo a elevação dos recursos federais transferidos para a atenção básica, na maioria dos municípios. Entretanto, a defasagem dos valores nos anos posteriores, a baixa participação do ente estadual no financiamento e as falhas na definição de medidas que diferenciassem as necessidades de financiamento de acordo com as realidades de cada município, fizeram com que a perspectiva de equidade no financiamento deste nível de atenção ficasse cada vez mais distante.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTUDADO

O Município abordado no presente estudo denomina-se Maratá, emancipado em 20 de março de 1992, através da Lei Estadual nº 9622/92.

A colonização de Maratá iniciou em 1857, quando imigrantes alemães se estabeleceram às margens do Arroio Maratá. Em 1909, com a inauguração da ferrovia Novo Hamburgo – Caxias do Sul, que passava pela localidade de Maratá, este povoado ganhou notável impulso, tornando-se polo regional para a comercialização das riquezas primárias.

O município possui área total de 82,70 Km² e localiza-se na Encosta Inferior do Nordeste. Limita-se com os municípios de Poço das Antas, ao norte, Montenegro, ao sul, Salvador do Sul e São José do Sul ao leste e a oeste com Brochier. Sua altitude em relação ao nível do mar é de 27 metros e a população atual é de 2.639 habitantes (Estimativa IBGE 2013).

Atualmente, mais da metade de sua população vive no meio urbano, e o restante na área rural. Na economia, predomina a atividade de serviços, indústria e agropecuária.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, segundo Mapa Social elaborado pelo Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, é de 0,697, (dados de 2010), enquanto que o Índice Estadual chega a 0,746.

Em relação a esperança de vida ao nascer, em 2010 a expectativa de vida do marataense alcançava 76,74 anos, e a taxa de envelhecimento, que apresenta o percentual da população com 65 anos ou mais de idade, chega a 14,72%.

Finalmente, o IFDM – Saúde (Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal), que avalia a qualidade do Sistema de Saúde Municipal referente à Atenção Básica, em relação ao município de Maratá apresenta o índice de 0,9645, em 2010. Este valor é calculado pela média ponderada de três indicadores: percentual de mais de 6 consultas pré-natal por nascido vivo, óbitos de causas mal definidas e taxa de óbito de menores de 5 anos por causas evitáveis. O índice varia de zero a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento. O Estado do Rio Grande do Sul apresenta para este índice o valor de 0,8737.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as características do financiamento da saúde pública na Atenção Básica, em Maratá – RS, no período - 2010 a 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Quantificar o volume de recursos transferidos para a Saúde na subfunção orçamentária Atenção Básica, pelas esferas Federal e Estadual, ao município.
- b) Quantificar o volume de recursos próprios e transferidos aplicados na subfunção orçamentária Atenção Básica, pelo município.
- c) Apurar o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.
- d) Verificar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.
- e) Descrever a evolução do financiamento na Atenção Básica no município estudado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia empregada foi baseada na análise de dados do domínio público do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), um sistema de referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

O SIOPS dispõe de dados desde 1998 e seu preenchimento passou a ser semestral a partir de 2002. As informações disponíveis no sistema são fornecidas e transmitidas ao governo federal pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Gil (2002) relata que a pesquisa documental apresenta diversas vantagens em relação às demais formas de pesquisa. Entre as vantagens, afirma que os documentos são fontes de dados ricas e estáveis, que se mantêm ao longo do tempo tornando-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica.

Para a coleta de dados são utilizados como fontes os documentos existentes. Foram utilizados principalmente dados secundários que, segundo Roesch (1999), são coletados com propósitos diferentes da pesquisa em questão.

O universo de pesquisa deste estudo é o Município de Maratá, Rio Grande do Sul.

Realizou-se um levantamento dos recursos financeiros aportados na Assistência a Saúde – Atenção Básica, durante o período compreendido entre os anos 2010 e 2013, provindos das três esferas: federal, estadual e municipal. Por meio desta quantificação, verificou-se a expansão da Atenção Básica no município com a conseqüente evolução do seu financiamento.

As informações obtidas através desta pesquisa foram descritas no decorrer do período apresentado. Na sequência, os dados são sistematizados e quantificados em tabelas para realização de um comparativo entre os anos elencados. A análise deu-se através da classificação e interpretação dos dados obtidos na pesquisa quantitativa descritiva, embasados no referencial teórico e nas interpretações da autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a decisão de se realizar o estudo com foco no financiamento da saúde pública na Atenção Básica no Município de Maratá, nos períodos de 2010 a 2013, visando um levantamento dos recursos aplicados na Atenção Básica e a análise desta aplicação, foram coletados os dados que serão apresentados na sequência, extraídos através do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

Seguindo a ordem dos objetivos específicos, com a elaboração de algumas tabelas e gráfico, pode-se apresentar os seguintes resultados:

5.1 RECURSOS TRANSFERIDOS PARA A SAÚDE NA SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA ATENÇÃO BÁSICA, PELAS ESFERAS FEDERAL E ESTADUAL, AO MUNICÍPIO.

As NOB 01/93 e NOB 01/96 estabeleceram a atenção básica como foco da política e definiram uma série de processos automáticos de descentralização de recursos, condicionados à oferta de programas considerados prioritários pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, percebeu-se a necessidade de uma complementaridade, pois os incentivos financeiros para a Atenção Básica, que estimulam a descentralização dos serviços, não cobriam integralmente os custos da oferta dos programas, exigindo contrapartidas municipais de recursos próprios, viabilizadas pela vinculação de receitas.

Tabela 1: Transferências de recursos para a Saúde na Subfunção Orçamentária Atenção Básica, pelas esferas Federal e Estadual, ao município de Maratá – RS, no período de 2010 a 2013 (encontra-se na próxima página).

BLOCO ATENÇÃO BÁSICA

ESFERA / ANO	2010	2011	2012	2013	TOTAL POR ESTRATÉGIA
	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
Federal					
Agentes Comunitários de Saúde ACS	46.977,00	62.838,00	67.212,00	69.826,00	246.853,00
Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF	-	-	-	-	-
PAB Fixo	45.591,00	50.070,25	57.029,97	62.927,21	215.618,43
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ	-	-	-	-	-
Saúde Bucal	22.000,00	20.400,00	26.370,00	26.760,00	95.530,00
Saúde da Família	76.800,00	58.800,00	84.270,00	85.560,00	305.430,00
Estadual					
Incentivo aos Agentes Comunitários de Saúde	-	7.560,00	5.226,00	5.700,00	18.486,00
Incentivo Estadual a Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES)	22.647,38	20.199,33	101.555,72	204.717,35	349.119,78
Núcleo de Apoio à Atenção Básica Saúde Mental NAAB	-	-	-	-	-
Oficina Terapêutica Tipo II (nº 1)	-	-	-	-	-
Oficina Terapêutica Tipo II (nº 2)	-	-	-	-	-
Incentivo às Equipes de Saúde da Família					
- Saúde Bucal	8.000,00	4.000,00	4.000,00	6.500,00	22.500,00
- Saúde da Família	30.000,00	16.000,00	16.000,00	31.000,00	93.000,00
TOTAL NO ANO	252.015,38	239.867,58	361.663,69	492.990,56	

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Aqui cabe destacar o grande incremento financeiro estadual que ocorreu na Atenção Básica, nos períodos de 2012 e 2013. Isto justifica-se pela publicação da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas governamentais, em ações e serviços públicos de saúde; estabelecendo os critérios de rateio dos recursos, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

No seu art. 6º a referida Lei Complementar estabelece que:

Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

A falta do cumprimento da EC 29/2000, anterior a Lei Complementar 141/2012 pelo Estado contingenciava o serviço público de saúde, sobrecarregando os municípios financeiramente e reduzindo as ofertas de melhoria, ampliação e qualificação dos serviços.

Assim, a aprovação da Lei nº 141/2012 e do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou alguns aspectos da Lei 8.080/1990, como a definição de ações e serviços públicos de saúde e o destaque para a realização de transferências regulares e automáticas pela União para estados e municípios e dos estados para os municípios, mas está longe de estabilizar o financiamento público da saúde (PIOLA et al., 2009). Ao mesmo tempo, foi regulamentada a transferência dos estados para os municípios de 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos, refletindo sensivelmente no incremento dos incentivos repassados para custeio da Atenção Básica. Neste ponto, pode-se destacar algumas Resoluções da CIB (Comissão Intergestores Bipartite), que propunham a adesão a Políticas e Programas de Saúde, principalmente na área de Saúde Mental, com a formação de Núcleos de Apoio a Atenção Básica e Oficinas Terapêuticas. Da mesma forma, a Estratégia Saúde da Família também recebeu grandes incentivos para aparelhamento e estruturação, assim como o Incentivo Estadual a Qualificação da Atenção Básica em Saúde, o PIES, que tiveram um grande destaque a partir de 2012, com o incremento da sua receita, proporcionando ao Município a possibilidade de realizar investimentos e melhorias que seriam impraticáveis com recursos próprios.

Na Tabela 1, conforme registro realizado no SIOPS, os dados relacionados às Estratégias NAAB e Oficinas Terapêuticas estão contabilizados junto aos valores do Incentivo Estadual a Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES).

5.2 RECURSOS PRÓPRIOS E TRANSFERIDOS APLICADOS NA SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA ATENÇÃO BÁSICA, PELO MUNICÍPIO.

O valor em reais, de recursos próprios e transferidos anualmente oriundos das esferas estadual e federal ao Município de Maratá, RS, para aplicação em

Atenção Básica, é apresentado na tabela seguinte, conforme os dados coletados do SIOPS.

Apesar do crescimento dos incentivos financeiros à Atenção Básica, através do PAB Variável e outros recursos federais e estaduais repassados, o município continua sendo o responsável por mais de 70% dos recursos despendidos nesta Subfunção, enquanto que o Estado e a União dividem o percentual de 30%. Neste ponto cabe destacar que os “Recursos Próprios” incluem também “Transferências Constitucionais” da União e do Estado. Em 2010 o Município de Maratá arrecadou R\$ 15,247 milhões, dos quais apenas R\$ 435,4 mil foram receitas tributárias próprias. Assim, percebe-se que R\$ 12,885 milhões foram transferências intergovernamentais das quais R\$ 7,26 milhões da União e R\$ 4,7 milhões do Estado, sendo que o município teve como arrecadação própria apenas R\$ 2,4 milhões em 2010 mas aplicou o equivalente a metade deste valor apenas na Atenção Básica. Esta perspectiva se repete nos anos seguintes (Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, 2015).

Desta forma, é importante salientar que as Transferências Constitucionais são recursos que se tornam próprios do Município legalmente e integram a base de cálculo dos 15% de aplicação mínima na saúde, mesmo sendo oriundos da União e do Estado.

Tabela 2: Recursos próprios e transferidos aplicados na subfunção orçamentária Atenção Básica, Município de Maratá – RS, 2010-2013, conforme SIOPS.

Ano	Recursos próprios aplicados em AB		Recursos transferidos para AB		Outros		TOTAL	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
2010	1.219.017,08	82,80	252.015,38	17,12	1.238,98	0,08	1.472.271,44	100,00
2011	104.823,34	30,18	239.867,58	69,05	2.701,01	0,77	347.391,93	100,00
2012	0,00	0,00	361.663,69	99,39	2.218,32	0,61	363.882,01	100,00
2013	1.550.204,85	75,73	492.990,56	24,08	3.939,75	0,19	2.047.135,16	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Na Tabela 2, em relação ao registro na Coluna “Recursos Próprios aplicados em AB” pode-se verificar inconsistências nos apontamentos realizados em 2011 e a ausência de registro no exercício de 2012. Isto justifica-se devido a contabilização deste registro na Subfunção “Bloco de Gestão do SUS – Prestação de Serviços de

Saúde”, no valor de R\$ 1.617.106,24, provavelmente devido a falta de conhecimento por parte da área que elaborou o Relatório.

Neste ponto é imprescindível destacar a precariedade e insuficiência de informações para o preenchimento do SIOPS. Normalmente o que temos nos municípios é a Secretaria da Fazenda, no seu Setor Contábil, preenchendo o SIOPS, sem haver a devida comunicação com a Gestão da Saúde, com o intuito de conhecer os programas de saúde e seus vínculos. Creio que existam dificuldades de ambas as partes e com isso, o Sistema pode apresentar distorções como as apresentadas anteriormente.

Posto isto, e analisando os Relatórios do SIOPS apresentados, poderíamos construir uma nova tabela:

Tabela 3: Recursos próprios e transferidos aplicados na subfunção orçamentária Atenção Básica, Município de Maratá – RS, 2010-2013.

Ano	Recursos próprios aplicados em AB		Recursos transferidos para AB		Outros		TOTAL	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
2010	1.259.006,35	83,26	252.015,38	16,66	1.238,98	0,08	1.512.260,71	100,00
2011	1.359.743,25	83,35	268.664,03	16,47	2.945,04	0,18	1.631.352,32	100,00
2012	1.617.106,24	80,49	389.648,26	19,40	2.218,32	0,11	2.008.972,82	100,00
2013	1.609.367,85	68,20	742.990,56	31,49	7.357,71	0,31	2.359.716,12	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Os dados acima foram contabilizados somando-se todas as receitas elencadas na Subfunção Atenção Básica, Convênios que foram direcionados à Qualificação da Atenção Básica e Prestação de Serviços de Saúde, o que resultou em informações mais precisas, que confirmam o crescimento do orçamento financeiro destinado à Atenção Primária, tanto por parte do Município, mas principalmente oriundo do Estado e da União.

Conforme descrito na tabela 3, pode-se observar que o Município participou em média com o custeio de 78% da Atenção Básica, enquanto que os recursos estaduais e federais representaram em torno de 21%.

Ao mesmo tempo, é notório o incremento na receita por parte das esferas Estadual e Federal.

5.3 CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, objetivava a garantia de recursos mínimos e estáveis para a saúde. Desta forma, a Emenda estabeleceu uma vinculação de receitas de estados e municípios à saúde. Para a União, exigia-se que no primeiro ano (2000) os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde fossem superiores em 5% em relação ao valor aplicado no ano anterior e a correção para os anos seguintes seria conforme a variação nominal do produto interno bruto (PIB). Cabe salientar que essa regra para a União foi modificada a partir da Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015, que modificou o artigo 198, § 1º, inciso I, para obrigar que, no caso da União, não poderá ser inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro,

Outrossim, no seu Art. 3º, esta EC enfatiza que

As despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o § 1º do art. 20 da Constituição Federal, serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal.

Por outro lado, considerando os recursos aplicados pelo Município, a EC 29/2000, no seu art. 6º, refere o acréscimo dos §§ 2º e 3º no art. 198 da CF/1988, relatando que os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.

Ao mesmo tempo, afirma que até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes, no caso dos Municípios e do Distrito Federal, a quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.

Considerando estes dados, podemos analisar na sequência o percentual aplicado pelo Município de Maratá em ações e serviços públicos de saúde.

Tabela 4: Despesa em Saúde e em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), no Município de Maratá - RS, período de 2010 a 2013.

Ano	Despesa em Saúde R\$ (A)	Deduções R\$ (B)	Despesa em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (R\$) (C) = (A) – (B)
2010	1.611.971,40	41.929,17	1.570.042,23
2011	1.741.622,50	51.649,10	1.689.973,40
2012	2.017.890,09	58.046,55	1.959.843,54
2013	2.393.156,22	59.163,00	2.352.317,46

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Sistema de Controle Interno Municipal.

A Tabela anterior relaciona os valores efetivamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde, em ações de cunho integral e universal. As deduções elencadas referem-se a Contribuições para Manutenção de Consórcio Intermunicipal e Contribuição para o Atendimento a Saúde do Servidor Público (Contratação de Planos de Saúde). Estas despesas integram a Função Orçamentária “Saúde”, mas não são contabilizadas no percentual investido por não apresentarem caráter universal de atendimento à população.

Na verdade, o Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ), do qual Maratá faz parte, proporciona atendimento de caráter universal à população, possui regime jurídico de direito público desde 2008 e pode ser classificado como uma autarquia pública intermunicipal que se rege pelos princípios, normas e diretrizes do SUS (KRANZ, 2012). Maratá é o segundo município que mais comprou exames do Consórcio no período 2008-2011 e o primeiro em exames/habitante do município. Os serviços realizados pelo Consórcio incrementam 158% em relação ao SIA-SUS de Maratá.

No entanto, as despesas realizadas referentes ao Rateio pela participação do Município em Consórcio Público são inseridas no SIOPS, em campo específico, mas o mesmo realiza a dedução deste valor do percentual de recursos próprios aplicados em saúde, conforme Manual SIOPS aplicado a Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Ainda em relação a este tema, o CIS/CAÍ foi oficialmente registrado em 27 de outubro de 2005 com a denominação de Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Rio Caí – CIS/CAÍ, com a participação de 12 municípios e

tornando-se um importante instrumento de apoio aos gestores municipais da área da saúde. Em setembro de 2007, outra transformação ocorreu: a passagem de Monofuncional (Saúde) para Multifuncional. Isto, na prática, proporcionou o aproveitamento de sua estrutura física e pessoal na atuação em outras áreas como: turismo, agricultura, meio-ambiente, etc, através de Câmaras Setoriais. Em 2009 o Consórcio sofreu uma nova transformação, para se adequar a Lei nº 11.107/2005 (Lei dos Consórcios Públicos) ampliando significativamente suas áreas de atuação, tornando-se uma Associação Pública de Direito Público de natureza Autárquica, integrante da administração indireta dos 22 Municípios Consorciados, sob a nova denominação de Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí – CIS/CAÍ (MONTENEGRO, 2010).

Considerando esta apresentação, as despesas aplicadas no Contrato de Rateio pela participação no Consórcio não são computadas como despesas com ASPS, pois não atendem a Lei Complementar 141/2012, nos seus arts. 3º e 21, visto que o CIS/CAÍ não é considerado uma instituição pública exclusivamente do SUS, a partir do momento que atende também outras áreas da Administração Pública.

Por fim, através dos dados apresentados na tabela abaixo, constatamos que o Município de Maratá cumpriu a EC-29 no período entre 2010 e 2013.

Tabela 5: Percentual aplicado pelo Município de Maratá – RS em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), no período de 2010 a 2013.

Ano	Recursos Próprios Aplicados em ASPS (R\$) (A)	Base de Cálculo (R\$) (B)	% (A)/(B)
2010	1.218.614,85	7.937.515,87	15,71
2011	1.362.091,15	9.246.493,68	15,10
2012	1.486.604,97	9.646.278,04	15,79
2013	1.627.627,94	10.294.944,51	15,81

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Realizando um comparativo entre a Tabela 4, que apresenta o total de valores investidos efetivamente no SUS, incluindo os recursos próprios, e a Tabela 2, que traz apenas os recursos aplicados na Subfunção Atenção Básica,

podemos afirmar que mais de 90% do total aplicado em Ações e Serviços de Saúde, por ano, são destinados a Atenção Primária.

5.4 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE POR HABITANTE SEGUNDO ESFERA GOVERNAMENTAL

Este objetivo específico visa medir a dimensão do gasto público total com saúde por habitante, demonstrando o montante médio de recursos públicos disponíveis per capita, por Unidade de Federação, ou seja, mede a participação absoluta de cada esfera de governo no financiamento do SUS.

Para averiguarmos o gasto público em saúde por habitante são utilizadas informações do SIOPS, referente a “Despesa Total Liquidada no Ano”, que traz os valores municipais destinados. Através do Balancete de Despesa, emitido no Setor de Contabilidade do Município, é possível visualizar os gastos liquidados com uso de recursos financeiros oriundos de outras esferas governamentais, como do Estado e da União.

Tabela 6: Total de recursos aplicados em saúde por ano, segundo esfera governamental, no Município de Maratá – RS, 2010-2013.

ANO	Gasto Público em Saúde no Período			Total R\$
	Recursos Municipais R\$	Recursos Estaduais R\$	Recursos Federais R\$	
2010	1.221.162,28	63.758,30	285.121,65	1.570.042,23
2011	1.368.527,23	71.328,94	250.117,23	1.689.973,40
2012	1.488.813,69	414.608,16	300.449,38	2.203.871,23
2013	1.629.304,04	411.439,10	293.230,99	2.333.974,13

Fonte: Balancete da Despesa Município de Maratá.

Considerando as informações da Tabela 6, pode-se calcular o gasto médio anual por habitante, realizado com recursos próprios municipais e com recursos transferidos de outras esferas de governo.

Tabela 7: Gasto público em saúde por habitante, no ano, segundo esfera governamental, Maratá – RS, 2010-2013 (encontra-se na próxima página).

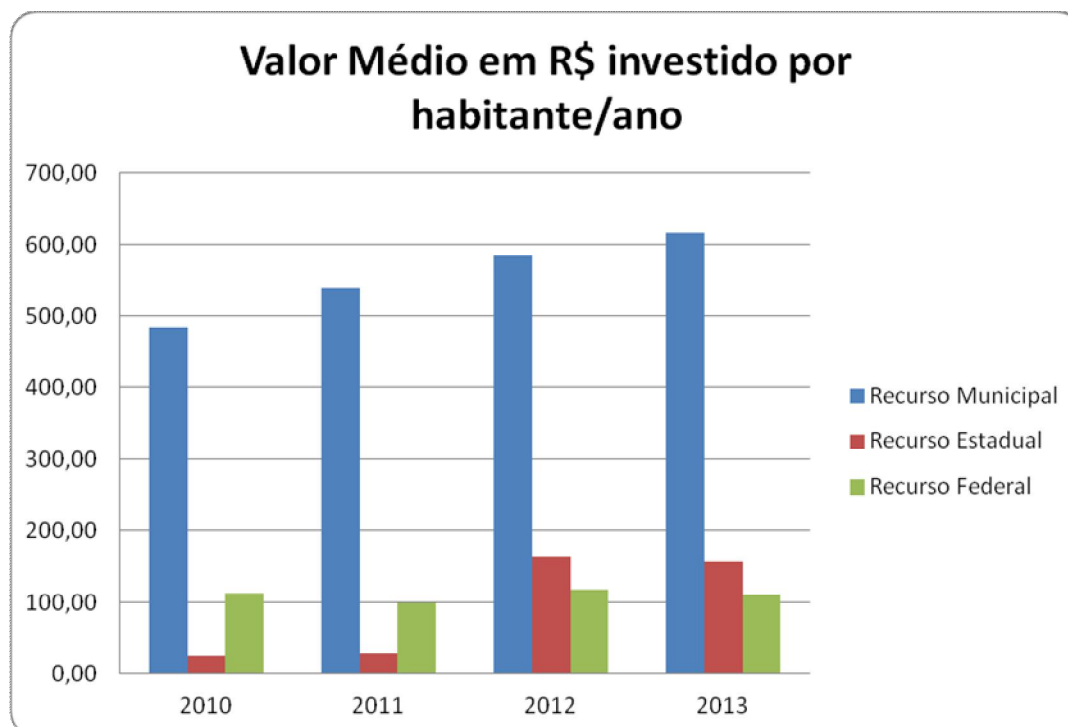
Valor Médio em R\$ investido por habitante/Ano					
ANO	População estimada	Recursos da esfera municipal R\$	Recursos da esfera estadual R\$	Recursos da esfera federal R\$	Total R\$
2010	2.527	483,25	25,23	112,83	621,31
2011	2.537	539,43	28,12	98,59	666,14
2012	2.546	584,77	162,85	118,01	865,63
2013	2.639	617,39	155,91	111,11	884,41

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No intuito de atender as necessidades da população na área da saúde, o Município de Maratá vem apresentando uma crescente elevação nos valores aplicados no SUS. Em 2013, somando-se os recursos próprios e os recursos oriundos de outras esferas governamentais, o município investiu em média R\$ 884,41 por habitante, o que corresponde a R\$ 73,70 ao mês.

Através do gráfico abaixo, podemos verificar visualmente o considerável aumento de investimentos na área da saúde, realizados pelo Governo Estadual.

Gráfico 1: Valor Médio em R\$ investido por habitante/ano, segundo esfera de governo, no Município de Maratá – RS, 2010-2013.



Fonte: Balancete da Despesa Município de Maratá.

Constata-se que no ano de 2010, o Estado do Rio Grande do Sul investiu R\$ 25,23 per capita, enquanto que em 2013 este investimento cresceu para R\$ 155,91 per capita. Por outro lado, o Governo Federal manteve a execução de suas transferências no mesmo patamar durante esses 4 anos, sem a realização de qualquer incremento financeiro que pudesse ampliar o seu percentual de participação no financiamento da saúde no Município de Maratá.

Enquanto isso, acompanhando o crescimento da demanda de seus usuários, buscando o atendimento das necessidades em saúde de sua população, o Município de Maratá vem ampliando a cada ano o seu valor investido per capita. Em 2010, o Município realizou o investimento médio de R\$ 483,25 por habitante, ampliando este valor até alcançar R\$ 617,39 no ano de 2013.

5.5 EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO

Considerando as tabelas vistas anteriormente, verificamos que houve uma considerável evolução nos repasses financeiros do SUS para a Atenção Básica.

Conforme Vasquez (2011), no período em que o governo federal busca a adesão dos municípios aos seus programas, normalmente os incentivos financeiros são melhores e cobrem uma parcela significativa dos custos, estimulando os municípios a aderirem aos programas. Porém nos anos seguintes, os valores repassados pelo governo federal não sofrem as necessárias correções, causando a redução das transferências assim como a participação da União no financiamento da saúde como um todo. De um lado, os municípios não podem deixar de ofertar o programa, devido a pressão social e a adesão da população. Por outro lado, os repasses ainda são importantes para o financiamento da saúde, o que obriga os municípios a continuarem vinculados ao Programa.

Diante disto, Castro & Machado (2010) complementam que mesmo sendo a execução da atenção primária à saúde atribuída a esfera municipal, o Ministério da Saúde tem papel fundamental na determinação desta política em âmbito nacional, como órgão formulador e financiador, norteador as ações dos municípios que são responsáveis pela execução.

Paralelamente, é a esfera municipal que mais aumentou seus gastos com saúde na Atenção Básica, durante o período levantado. Por mais que se elimine ou

reduza os critérios para repasses e aplicações dos recursos oriundos de outras esferas, é o recurso municipal que toma a maior proporção na participação no crescimento dos gastos com saúde e no aumento da produtividade.

Posto isto, com a regulamentação da Emenda 29 por meio da Lei Complementar 141, de 2012, a discussão sobre a participação no financiamento da saúde continua, com novas propostas em apreciação pelo Congresso, visto que os parâmetros definidos pela União não atingiram os patamares considerados necessários para o adequado desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. (GOMES, 2014, p. 16)

Desta forma, verifica-se na Tabela 1, o crescente aumento de todos os repasses referentes aos programas e estratégias federais da Atenção Básica, seguidos de uma oscilação nos repasses oriundos da esfera estadual, para a Atenção Básica, devido a adesão a novos Incentivos Financeiros, como a Política de Saúde Mental e assinatura de Convênios para qualificação da Atenção Básica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo discutir questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos para a Atenção Básica, como elemento fundamental para sua consolidação e efetividade.

Os dados obtidos através do SIOPS revelam as contribuições das fontes de recursos oriundos das três esferas governamentais, visando a efetivação das ações e serviços públicos em saúde no Município de Maratá. No presente estudo, constatou-se que o Município tem participado com mais de 70% no recurso aplicado na Atenção Primária, enquanto que os demais 30% são divididos entre Estado e União. Isto demonstra uma dependência pequena para com os recursos oriundos de outras esferas, contudo os incentivos financeiros recebidos proporcionam a efetivação e incrementação de diversas ações e promoções em saúde.

Verificou-se que o Município de Maratá cumpre a Emenda Constitucional nº 29/2000, pois o município vem aplicando neste período de 2010 a 2013 um percentual superior a 15% dos recursos próprios em saúde.

Em relação a evolução do financiamento para a Atenção Primária, é notória a sua ampliação, principalmente por parte do Município, mas também oriunda da esfera estadual, que nos anos de 2012 e 2013 apresentou uma grande representatividade sobre o total de recursos transferidos. Nesse ponto, destaca-se ainda que em Maratá, a subfunção orçamentária “Atenção Básica” é sem dúvida a que mais recebe investimentos por parte das três esferas. Isto justifica-se devido a relevância desta área, que é porta de entrada do Sistema Único de Saúde e que, como referenciado anteriormente, é responsável pelo acolhimento e resolução de 80% dos casos que demandam para atendimento em saúde.

Sendo assim, é de suma importância o fortalecimento da Atenção Básica, através da melhoria da sua estrutura física, adequação e modernização de seus equipamentos e tecnologias, mas principalmente, através da contratação e qualificação de profissionais, com perfil para atendimento em Unidade Básica de Saúde. E para a concretização dessas questões é imprescindível reafirmar a relevância da atuação da gestão em saúde sobre o financiamento, para o aprimoramento contínuo do SUS, visto que o repasse dos recursos financeiros por si só não garantem a eficiência, eficácia e efetividade do Serviço de Saúde Municipal.

REFERÊNCIAS

ABRASCO, CFM E UERJ. Seminário Impasses e Alternativas para o Financiamento do SUS Universal. **Termo de Referência, 2011**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Files/ABRASCODIVULGA/2011/TRSeminaro2.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Brasília, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF; 2000.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF; 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 07 abr. 2015.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF; 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/lei/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 ago. 2014.

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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF; 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Ministerial nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF; 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual SIOPS aplicado à Municípios, 2014 – 6º Bimestre.** Versão 1.0. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/12/MANUAL-SISTEMA-2014---MUNICIPAL---6---BIMESTRE-2014.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow, CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 7, p. 1613-23, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde. Comentários a Lei Orgânica da Saúde.** 3.ed. revista e atualizada. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

CASTRO, Ana Luisa Barros de, MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulamentação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

CARVALHO, Gilson 2001. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2.

COREDE VALE DO CAÍ. **Planejamento Estratégico Regional do Vale do Caí.** 1ª Ed., São Sebastião do Caí, Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://www2.al.rs.gov.br/forumdemocratico>>.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL. **Dados Referentes à Municípios.** Disponível em: <<http://www.famurs.com.br>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0006.pdf>>. Acesso em: 28 fev.2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

Kranz, Luís Fernando. **Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ): serviços prestados de média e alta complexidade em saúde.** UFRGS: Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/56818>>. Acesso em: 07 abr.2015.

LEVCOVITZ, E. **Financiamento e relações entre esferas de governo na implementação do SUS: as Normas Operacionais Básicas de Saúde.** Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, Claudia Risso de Araújo; CARVALHO, Marília Sá, SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2006.

MARATÁ, **Lei nº 454/99 de 09 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde. 1999.

MARATÁ, **Balancetes da Despesa 2010, 2011, 2012 e 2013**. Secretaria Municipal da Administração e Fazenda, Setor de Contabilidade. 2015.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. 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. 403-15, 2003.

MELAMED, Clarice, COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 8, n.2, p. 393-401, 2003.

MONTENEGRO. **Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí – CIS/CAÍ**. Montenegro, 2010. Disponível em: <<http://www.ciscari.com.br/nossa-histoacuteria.html>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

PIOLA, S. F. et al. Gasto Tributário e conflito distributivo na saúde. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, n.17 – Vinte anos da Constituição Federal, v.1, cap. 3. Brasília: Ipea, 2009.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de Estágio do Curso de Administração**. São Paulo: Atlas, 1996.

SANTOS, Aristeu Jorge dos. **Orçamento Público e os Municípios. Alguns conceitos de orçamento e suas repercussões na administração pública municipal**. Escola de Administração. UFRGS. Ago. 2001. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19441/000305177.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 07 mar. 2015.

SILVA, Keila Silene de Brito; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamim; SOUSA Islândia Maria Carvalho de; GONÇALVES, Rogério Fabiano. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais. Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.373-382, 2010.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; SOTER, Ana Paula Menezes et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.7, n.4, p. 495-502, 2007.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da Saúde Pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 379-91, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a05v08n2.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p. 1201-1212, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/17.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2015.