

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS – UCPEL  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E TECNOLÓGICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS  
HUMANOS**

**CLAUDIA TEIXEIRA FERNANDES**

**FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A EVOLUÇÃO DOS GASTOS DA PREFEITURA  
MUNICIPAL DE PELOTAS – 2009 -2016**

**PELOTAS**

**2020**

**CLAUDIA TEIXEIRA FERNANDES**

**FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A EVOLUÇÃO DOS GASTOS DA PREFEITURA  
MUNICIPAL DE PELOTAS – 2009 -2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, *Stricto Sensu*, da Universidade Católica de Pelotas-UCPEL como exigência parcial para obtenção do grau de mestre em Política Social e Direitos Humanos.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira

**PELOTAS**

**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

FERNANDES, Cláudia Teixeira

Financiamento da saúde e a evolução dos gastos da Prefeitura Municipal de Pelotas - 2009 a 2016/Cláudia Teixeira Fernandes, Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, UCPEL, 2020.

89 p.

Dissertação – Pós-Graduação em nível de Mestrado em Política Social e Direitos Humanos.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Vera Maria Ribeiro Nogueira

### Bibliografia

1. Introdução 2. Questão Orçamentária 3. A Trajetória do Orçamento da Saúde no Brasil 4. Debate sobre a Política da Atenção Básica 5. Os Municípios como entes Executores das Políticas Públicas

**CLAUDIA TEIXEIRA FERNANDES**

FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A  
EVOLUÇÃO DOS GASTOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS – 2009 -2016

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pelotas – UCPEL, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social e Direitos Humanos, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Alexandre Costa Quintana

---

Dr.<sup>a</sup>. Mara Rosange Acosta Medeiros

---

Orientadora Dr.<sup>a</sup>. Vera Maria Ribeiro Nogueira

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e a minha família, que é base da minha trajetória, que me impulsionam para novos desafios.

A querida Vera Nogueira, minha orientadora, por entender minhas inquietações, pelos incentivos, minha gratidão pela sua dedicação e contribuição no mundo do trabalho.

Aos componentes da minha banca de qualificação e de defesa pelas contribuições valiosas para ao aprimoramento deste trabalho.

Aos meus colegas do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense (IFSUL), que gentilmente me incentivaram nessa nova caminhada.

A minha vizinha prof.<sup>a</sup> Claudia Baillo, que esteve sempre me apoiando nesta jornada.

A todas pessoas que de forma direta ou indireta, que me ajudaram a chegar nesta etapa de minha vida.

## RESUMO

Partindo do princípio de que a saúde é um direito do povo e um dever do Estado, sendo necessária a participação dos cidadãos, de suas famílias e da sociedade em geral em seu financiamento, o que pontua a importância de se verificar como estão sendo executados os gastos em saúde. Nesta dissertação, optou-se por analisar como o poder público municipal de Pelotas organiza as despesas orçamentárias na função saúde e na sua subfunção Atenção Básica, relacionando está com as demais subfunções: Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Suporte Profilático e Terapêutico; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; e Alimentação e Nutrição. Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho, teve como propósito evidenciar a evolução dos gastos financeiros na função saúde, quanto as ações e serviços em saúde realizadas pela Prefeitura Municipal de Pelotas do ano 2009 a 2016, em sua respectiva função e subfunções. Quanto ao aspecto metodológico, os dados foram obtidos via *online*, fundamentando-se principalmente no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) do Ministério da Saúde e do órgão fiscalizador Tribunal de Contas do Estado (TCE). Para a construção do objeto de estudo, foram feitas buscas na base Scielo e em dados da CAPES, especificamente, em trabalhos científicos e legislações vigentes que tratam do tema financiamento da saúde. Considerando que Pelotas é um dos nove municípios gaúchos com população entre 200.001 a 400.000 habitantes, foi realizada uma análise de despesas entre o poder público pelotense e o desempenho dos investimentos de algumas ações de saúde com outros municípios gaúchos do mesmo porte como complementar ao objetivo central. Sendo assim, examinaram-se as formas de distribuição desses recursos, a fim de verificar o dimensionamento de tais gastos, permitindo compreender e mensurar a relevância dada a cada subfunção da política pública da saúde no contexto histórico da conjuntura econômica e social do município de Pelotas. Os registros foram organizados conforme a legislação vigente em relação à execução de despesas municipais. Por fim, os relatórios de execução da despesa orçamentária do município pelotense foram investigados com foco na função saúde e nas subfunções que correspondem aos seis blocos já mencionados. Nesse contexto, os principais resultados apontam que Pelotas investe recursos próprios em saúde, além do que legalmente está estabelecido. No entanto, o poder público não consegue fazer uso integral dos recursos disponibilizados pela União e Estado nas subfunções de financiamento da saúde. Com isso, nota-se um valor expressivo no montante de recursos não utilizados no período analisado, o que indica a necessidade de melhorias na gestão pública dos recursos financeiros.

**Palavras-chave:** Orçamento Público. Gestão Municipal. Saúde. Função e Subfunções.

## ABSTRACT

Based on the principle that health is a right of the people and a duty of the State, it is necessary the participation of citizens, their families and society in general in its financing, which highlights the importance of verifying how the procedures are being carried out. Health expenditures, in this dissertation, it was decided to analyze how the municipal government of Pelotas organizes budgetary expenditures in the healthy function and its Primary Care subfunction, relating it to the other subjects: Hospital and Ambulatory Assistance; Prophylactic and Therapeutic Support; Health Surveillance; Epidemiological surveillance; and Food and Nutrition. Thus, the general objective of this paper was to analyze the evolution of health expenses, regarding health actions and services made by the Municipality of Pelotas from 2009 to 2016, in their respective function and sub-functions. Regarding methodological aspects, the data were obtained online, based mainly on the Information System on Public Budget in Health (Siops) of the Ministry of Health and the supervisory body of the State Audit Court (SAC). For the construction of the object of study, searches were made in the Scielo database and CAPES data, specifically in scientific works and current legislation that deal with the topic of health financing. Considering that Pelotas is one of the nine municipalities in the state of Rio Grande do Sul with a population between 200,001 and 400,000 inhabitants, a comparison of expenses was carried out between the Pelotas public authorities and the performance of other municipalities of the same size. Therefore, the ways of distributing these resources were examined to verify the dimension of such expenses, allowing them to understand and measure the relevance given to each sub-function of public health policy in the historical context of the economic and social conjuncture of Pelotas. The records were organized according to the current legislation regarding the execution of municipal expenses. Finally, the reports on the execution of budget expenditure in the municipality of Pelotense were investigated with a focus on the health function and on the sub-functions that correspond to the six blocks already mentioned. In this context, the main results indicate that Pelotas invests its resources in health, in addition to what is legally established. However, the government is unable to make full use of the resources made available by the Union and the state in the context of health financing. As a result, there is an expressive value in the number of unused resources in the analyzed period, which indicates the need for improvements in the public management of financial resources.

**Key words:** Public budget. Municipal Management. Health. Function and Subfunctions.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **TABELAS**

Tabela 1. Dados orçamentários da realização da receita e da execução da despesa liquidada da saúde do município de Pelotas (em reais) 2009-2016 ,pág. 72.

Tabela 2. Percentual de índice de aplicação em recursos próprios ASPS, (Ações e Serviços Públicos de Saúde) no município de Pelotas, em 2009-2016, pág. 74.

Tabela 3. Despesa com saúde por Subfunção do município de Pelotas (em reais) 2009- 2016 (Despesa liquidada), pág. 75.

Tabela 4. Percentual da despesa com saúde por subfunção do município de Pelotas (em reais) 2009-2016 (Despesa Liquidada), pág. 75.

Tabela 5. Despesas liquidadas em saúde dos municípios do Rio Grande do Sul de 200.001 à 400.000 habitantes 2009-2016, pág. 76.

### **GRÁFICOS E FIGURAS**

Figura 1- Redes de Atenção à Saúde existentes em Pelotas, pág. 62.

Gráfico 1 - Dados orçamentários da realização da receita e da execução da despesa líquida da saúde do município de Pelotas (em reais) 2009-2016, pág. 73.

Gráfico 2 - Despesas liquidadas em saúde dos municípios do Rio Grande do Sul de 200.001 a 400.000 habitantes 2009-2016, pág. 77.

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS Atenção Primária a Saúde

BNDS Banco Nacional de Desenvolvimento Social

CAP's Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CASE Centro de Atendimento Sócio-Educativos

CEO Centro de Especialidade Odontológica

CEREST Centro de referência em Saúde do Trabalhador

CF Constituição Federal

CMN Conselho Monetário Nacional

CNM Confederação Nacional dos Municípios

COFINS Contribuição para Financiamento da Seguridade Social

CPMF Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSLL Contribuição Sobre o Lucro Líquido

DRU Desvinculação da Receita da União

DSTs Doença Sexualmente Transmissíveis

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC Emenda Constitucional

ESF Estratégia da Saúde da Família

FAT Fundo de Amparo ao Trabalhador

FAU Fundação de Apoio Universitário

FEF Fundo de Estabilidade Fiscal

FINSOCIAL Fundo de Investimento Social

FPE Fundo de Participação dos Estados

FPM Fundo de Participação dos Municípios

FRGPS Fundo de Regime Geral de Previdência Social

FSE Fundo Social de Emergência

FUNDEF/FUNDEB Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação/ Fundo de  
Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica

IAPS Instituto de Aposentadorias e pensões

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

INSS Instituto Nacional de Seguro Social

IPCA Índice de Preço ao Consumidor Amplo

IPI Imposto de Produtos Importados

IPTU Imposto Territorial Urbano

IPVA Imposto sobre Produtos de Veículos Automotores

IRPJ Imposto de Renda de Pessoa Jurídica

IRRF Imposto de Renda Retido na Fonte

ITCMD Imposto sobre Causa Morte e Doação

ITR Imposto Territorial Rural

IVA Imposto sobre Valores Agregados

LC Lei Candir

LDO Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA Lei Orçamentária Anual

LRF lei de responsabilidade Fiscal

MDS Ministério de Desenvolvimento Social

MGO Ministério de Gestão e Orçamento

MPAS Ministério da Previdência e Assistência Social

MPOG Ministério do Planejamento e Orçamento e Gestão

MPS Ministério da Previdência Social

MS Ministério da saúde

NASF Núcleo de Apoio da Saúde da Família

NOBs Normas Operacionais Básicas

ONU Organização das Nações Unidas

OSS Orçamento da Seguridade Social

PAB Piso de assistência Básica

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIS/PASEP Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PMAQ/AB Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade a Atenção Básica

PMSP Plano Municipal de saúde de Pelotas

PNAB Política Nacional da Atenção Básica

PPA Plano Plurianual

PROVAB Programa da Valorização do Profissional de Atenção Básica

PS Pronto Socorro

PSF Programa da Saúde da Família

RCL Receita Corrente Líquida

RGPS Regime Geral da Previdência Social

RPPS Regime Próprios de Previdência Social

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIOPS Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SOF Secretaria de Orçamento Federal

SMS Sistema Municipal de Saúde

SMSP Sistema Municipal da Saúde de Pelotas

SRF Secretaria da Receita Federal

STN Secretaria do Tesouro Nacional

SUSM Sistema Único de Saúde do Município

SUS Sistema Único de Saúde

SUSM Sistema Único de Saúde do Município

TCE Tribunal de Contas do Estado

UBAI Unidade Básica de Atendimento Imediato

UBS Unidade Básica de Saúde

UFPEL Universidade federal de Pelotas

UPA Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2</b>     | <b>QUESTÃO ORÇAMENTÁRIA.....</b>  | <b>19</b> |
| 2.1          | ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE O ORÇAMENTO .....   | 19        |
| 2.2          | INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO-ORÇAMENTO NO BRASIL .....  | 26        |
| <b>3</b>     | <b>A TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL .....</b>   | <b>33</b> |
| 3.1          | FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 .....  | 35        |
| 3.2          | O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS – princípios e<br>diretrizes.....                               | 42        |
| 3.3          | ORGANIZAÇÃO E FONTES DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE<br>SAÚDE.. .....                                      | 47        |
| <b>4</b>     | <b>DEBATE SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....</b>  | <b>50</b> |
| 4.1          | O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA – RESPONSABILIDADES<br>MUNICIPAIS.....  | 52        |
| 4.2          | PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ELEMENTO CENTRAL ATENÇÃO<br>BÁSICA .....   | 57        |
| <b>5</b>     | <b>OS MUNICÍPIOS COMO ENTES EXECUTORES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS –<br/>PELOTAS E A EVOLUÇÃO ORÇAMENTÁRIA .....</b> | <b>60</b> |
| 5.1          | PELOTAS: DADOS CONTEXTUAIS COM ÊNFASE À SAÚDE .....   | 61        |
| 5.2          | LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE PELOTAS .....  | 67        |
| 5.3          | PELOTAS E O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE .....  | 68        |
| <b>5.3.1</b> | <b>Financiamento da saúde no município de Pelotas .....</b>   | <b>69</b> |
| <b>6</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>78</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>82</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo busca discutir o orçamento público do município de Pelotas, não só em seu aspecto legal, mas também como o principal instrumento de planejamento e controle da programação e execução das ações governamentais.

Através do orçamento público, pode-se acompanhar todo o processo de previsão e execução de recursos governamentais, verificando, ainda, como os recursos públicos estão sendo gastos e se os mesmos estão de acordo com a legislação vigente, garantindo sua eficácia na concretização dos planos de governo mediante execução das políticas públicas. A experiência histórica demonstra como o orçamento é uma ferramenta de planejamento governamental que possibilita prever os investimentos financeiros para custeio das políticas públicas, ou seja as receitas e fixar as despesas da administração pública, por um período determinado, com a finalidade de atender às necessidades da população, respeitando as normas constitucionais e a legislação vigente.

Também busca-se evidenciar o orçamento nas suas várias formas não só como a principal peça do planejamento, mas também como um subsídio para os processos de lutas da sociedade no sentido de democratização da proteção social. Portanto, torna-se um documento relevante e cada vez mais acessível, pelos avanços tecnológicos, aos cidadãos comuns, gestores, parlamentares, pesquisadores e representantes de movimentos sociais. São ricos em dados para a verificação da execução das políticas públicas, revelando a tendência em relação aos grupos populacionais alvos da ação pública. Assim, verificar como estão sendo aplicados os recursos públicos na área da seguridade social - saúde, torna-se fundamental, especialmente tendo em vista a limitação dos recursos destinados a esses serviços e sua importância no contexto social.

Além disso, trata-se de um mecanismo pelo qual os cidadãos podem controlar as ações do governo, e se estão de acordo com os planos em relação às políticas públicas, mostrando onde foram aplicados os recursos financeiros, se a execução orçamentária expressa a transparência necessária, haja vista que o dinheiro pertence à população.

No Brasil, a questão orçamentária é regulamentada pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), pelo Plano Plurianual, pela Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei do Orçamento Anual, essas referidas normas orientam as três esferas: federal, estadual e municipal. Nesse contexto, os municípios são entes executores das ações e serviços de saúde em vários níveis, com ênfase à Atenção Básica de Saúde, que se constitui em um conjunto de ações e serviços integrais cujo objetivo é suprir necessidades individuais e coletivas de um determinado grupo

social, referindo-se ao modelo assistencial atual, o qual tem como foco o usuário-cidadão. Com isso, a maior responsabilidade com a Atenção Básica concentra-se na esfera municipal, sendo organizada e executada como atenção de primeiro nível, a partir das necessidades dos diferentes grupos populacionais nos municípios.

Alerta-se, entretanto, que a Atenção Básica não pode ser analisada por si, mas articulada com outras despesas relacionadas à saúde, como a assistência hospitalar, epidemiológica, vigilância sanitária, entre outras. O tema do orçamento público e a necessária visibilidade vêm sendo discutidos com mais ênfase após a aprovação da CF/88. Todavia, os estudos se dedicam mais ao orçamento nacional e, quando analisam a área da Seguridade Social, preocupam-se em demonstrar o quanto a área vem sofrendo cortes sucessivos (SALVADOR, 2010).

A partir da legislação vigente, neste trabalho, contextualiza-se a questão do direito à saúde, com seus princípios e diretrizes e, em sequência, faz-se uma análise do gasto do recurso financeiro utilizado para assegurar este direito. Deve-se ressaltar que a saúde é um direito do povo e um dever do Estado, sendo necessária a participação dos cidadãos, de suas famílias e da sociedade em geral em seu financiamento, o que pontua a importância de se verificar como estão sendo realizados os gastos em saúde.

Por essa razão, sabendo da importância do setor saúde, optou-se por analisar como o poder público municipal de Pelotas executa as despesas orçamentárias na sua função saúde e na sua subfunção Atenção Básica, relacionando-a com as demais subfunções: Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Suporte Profilático e Terapêutico; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; e Alimentação e Nutrição, assim como uma breve análise do desempenho nos investimentos da saúde com outros municípios gaúchos do mesmo porte de 2001.000 a 400.000 habitantes.

Sendo assim, o presente trabalho tem como tema o orçamento público municipal de Pelotas e como objeto de estudo o desempenho orçamentário da Seguridade Social – na função saúde e nas suas referidas subfunções. Como objetivo geral, a pesquisa teve como propósito evidenciar a evolução dos gastos financeiros na função saúde, quanto as ações e serviços em saúde realizadas pela Prefeitura Municipal de Pelotas do ano 2009 a 2016, em suas respectivas função e subfunções. E os objetivos específicos foram os seguintes: resgatar, no orçamento, o financiamento no setor saúde; evidenciar os gastos financeiros do poder público municipal na função saúde quanto às suas ações e serviços; verificar se os gastos com saúde cumprem com a legislação vigente; e demonstrar os valores alocados na subfunção Atenção Básica para as demais subfunções da saúde. As metas para dar conta dos objetivos foram: um sucinto resgate

histórico da questão orçamentaria, a evolução do financiamento público da saúde; financiamento e atenção básica.

Quanto aos aspectos metodológicos, compete lembrar que metodologia é mais que uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados, ela contém as concepções teóricas de abordagem da realidade (MINAYO, 2012). Desse modo, aponta a trajetória a ser percorrida, indicando os instrumentos e as técnicas de coleta e análise dos dados, o campo e os sujeitos de pesquisa, os critérios de amostragem, assim como os procedimentos para a realização da pesquisa. Conseqüentemente, nesta, é indispensável a apropriação detalhada do objeto investigado, analisando e desvendando as relações internas de seus elementos entre si (LEFEBVRE, 2011).

Segundo Gil (2010), na proposição deste estudo, considerando seus objetivos, optou-se pela pesquisa de abordagem exploratório-descritiva. A pesquisa exploratória ocorre quando há pouco conhecimento sobre a temática a ser abordada. No primeiro momento, busca-se conhecer, com maior profundidade, o assunto de maneira a torná-lo mais claro e construir questões relevantes para a condução de novas pesquisas. Considerou-se exploratória por não terem sido encontrados estudos e artigos abordando este tema no município e, por conseguinte, pretendeu-se uma primeira aproximação relacionada ao tema em Pelotas.

Ainda, de acordo com Gil (2010), a pesquisa exploratória busca proporcionar um olhar mais completo, uma maior proximidade acerca de determinado fato ou fenômeno pouco investigado, isto é, oportuniza maior familiaridade com os dados expostos. Neste caso, os gastos na área da saúde pelo município de Pelotas entre o período de 2009 e 2016, o qual compreende duas gestões. Já, a pesquisa descritiva “pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade” (TRIVIÑOS, 2009, p.110).

Entendeu-se ser uma pesquisa também descritiva ao resgatar o cenário sanitário de Pelotas incluindo os recursos da área de saúde e dados contextuais de ordem socio-econômica. As pesquisas descritivas contribuem para oferecer consistência aos fenômenos da realidade e via de regra apontam para aspectos ainda não explorados.

Conforme Minayo (2012, p. 57):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Quanto à abordagem, esta pesquisa pode ser classificada como qualitativa, visto que, de acordo com Richardson et al. (2014, p.79), a abordagem qualitativa de um problema “se justifica, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social”,

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que nem sempre podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2012). Este estudo, ao se preocupar com os recursos públicos vinculados à saúde pública no município de Pelotas, contrapondo-se a uma ideia de saúde voltada unicamente para a cura, leva em conta questões relacionadas a valores que orientam as decisões municipais.

Em termos metodológicos a técnica usada para a coleta de dados foi a pesquisa documental, conforme sugere a indicação de Gil (2020). Inicialmente e antecedendo a coleta dos dados, foi realizado o resgate histórico do orçamento. Dessa forma, o estudo apresentou e na trajetória do orçamento público no mundo e no Brasil. Posteriormente indica a legislação que regula as questões orçamentárias na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Assim foram identificados os seguintes instrumentos orçamentários. Em primeiro lugar está a Carta Magna que consagrou nos seguintes planos: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual, a qual compreende: o Orçamento Fiscal, o Orçamento de Investimentos e o Orçamento da Seguridade Social, que abrange saúde, previdência e assistência social.

Nesse contexto, na análise da função saúde, contemplaram-se os dados das subfunções, como já mencionadas, do financiamento da saúde no município de Pelotas, de acordo com classificação da Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do Ministério do Orçamento e Gestão (MOG).

Os dados para a pesquisa foram obtidos via *online* pelo Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) do Ministério da Saúde, no órgão fiscalizador Tribunal de Contas do Estado (TCE) e nos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária das Despesas, disponibilizados no *site* da prefeitura de Pelotas. Para a elaboração desta dissertação, fizeram-se buscas na base Scielo, especificamente, em trabalhos de dissertação, artigos científicos, revistas jurídicas que tratam do tema financiamento da saúde.

Os registros contidos no Siops são de natureza declaratória, já que buscam informações geradas nos sistemas contábeis de cada órgão dos estados e municípios. De acordo com a Lei nº 141/2012, o Siops é de preenchimento obrigatório, atribuindo as informações de responsabilidade aos gestores declarantes.

Sendo assim, examinaram-se as formas como foram distribuídos esses recursos financeiros, a fim de verificar-se o dimensionamento de tais gastos, permitindo compreender e mensurar a relevância dada a cada subfunção da política pública da saúde no contexto histórico da conjuntura econômica e social do município de Pelotas, comparando, como reflexo da política vivenciada no estado, com os municípios de seu porte.

Os registros foram organizados conforme o que é proposto na legislação vigente e no planejamento orçamentário do município. Por fim, os relatórios de execução da despesa orçamentária do governo do município de Pelotas foram investigados pela função saúde e pelas subfunções que correspondem a seis funções conforme mencionado anteriormente.

Os resultados obtidos foram sistematizados e descritos detalhadamente, o que permitiu identificar e explicar o comportamento orçamentário da Secretaria de Saúde do Município de Pelotas.

A Atenção Básica corresponde ao que é usualmente também denominado como Atenção Primária à Saúde, sendo o patamar inicial de atenção à saúde, compreendendo o tratamento básico para suprir necessidades individuais e coletivas da população. Tal fato, não significa unicamente tratamentos curativos, mas todo um conjunto de procedimentos e ações preventivas e promocionais de saúde. O investimento financeiro e técnico na Atenção Básica vem sendo incentivado por agências internacionais com a possibilidade efetiva tanto de melhoria das condições de vida da população como de alcançar os objetivos do milênio pretendido pela Nações Unidas no Brasil (ONU), os quais são: erradicar a pobreza extrema e a fome; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária, entre outros (ONU, 2000).

Portanto, compete aos municípios a Atenção Básica, o que deve ser realizado mediante a Estratégia da Saúde da Família, que se constitui em um modelo de política nacional com foco na unidade familiar, sendo montado operacionalmente na dimensão comunitária, partindo de uma concepção de atendimento à pessoa, e não à doença, a partir do conhecimento da realidade das famílias atendidas em áreas geográficas bem definidas, e contando com a participação da coletividade.

As razões para a escolha da Atenção Básica se devem ao impacto na saúde da população como um todo e por ser a primeira porta de entrada do sistema municipal. Assim, tratou-se de responder ao seguinte problema de pesquisa: Como foi a evolução dos gastos financeiros dos recursos da Seguridade Social na área da saúde, especialmente na subfunção Atenção Básica, comparando com as outras subfunções da saúde, no município de Pelotas, no período referente a duas gestões municipais - 2009 a 2016. A partir dos marcos legais, investigou-se a aplicação

dos recursos financeiros na área da saúde nos Relatórios da Prefeitura Municipal de Pelotas – 2009 a 2016, com seus princípios e diretrizes e, em sequência, foi realizada a análise dos gastos financeiros utilizados para assegurar o direito à saúde da população pelotense. Desse modo, entendeu-se ser importante examinar o financiamento da função saúde e as suas respectivas subfunções, conforme já mencionado anteriormente.

A exposição dos resultados obtidos foi realizada visando a favorecer a apreensão da questão orçamentária em seu dever histórico e regulamentação legal, com ênfase na legislação brasileira. Igualmente, foi detalhado o financiamento da atenção à saúde, visto ser o tema central do estudo, marcando as suas peculiaridades após a CF/88 e, também, a trajetória da alocação de recursos para o Sistema Único de Saúde – SUS. Na sequência, detalha-se o debate sobre a política de Atenção Básica e seu financiamento, indicando as responsabilidades municipais e a Estratégia da Saúde da Família. A análise da evolução orçamentária no município de Pelotas é o último item apresentado, englobando um aspecto contextual sobre a cidade. Destaca-se a relevância da inclusão de características do município, pois uma das condicionalidades para repasse financeiro é o número de habitantes, a capacidade instalada de equipamentos de saúde e, ainda, os resultados da atuação municipal, fazendo-se uma análise entre os nove municípios gaúchos do seu porte em número de habitantes.

## 2 QUESTÃO ORÇAMENTÁRIA

### 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE O ORÇAMENTO

A prática orçamentária originou-se há vários séculos, visto que os monarcas impunham à população obrigações tributárias, a fim de fazer frente às despesas administrativas de cada reino. Essas cobranças eram discricionárias e tornaram-se gradativamente insuportáveis para o povo, que entendia existir abuso na exigência de pagamentos de elevados impostos, os quais poderiam ser limitados pelo Parlamento. Desse modo, enquanto a soberania era exercida exclusivamente pelo monarca, e a este cabia decretar impostos e dar aplicação aos recursos recolhidos, o que ocorria eram gastos sem fiscalização e sem regras estabelecidas anteriormente (WILGES, 2006).

Hoje, esse poder reside nos representantes da nação, união, estados e municípios, eleitos pelo povo. São estas representações democraticamente eleitas que votam a receita e a despesa pública, além de manter um controle sobre as mesmas via relatórios de gestão e prestação de contas fiscalizadas por um órgão específico para tal, o Tribunal de Contas, existentes em todas instâncias hierárquicas nacionais. O período de tempo compreendido entre a época da soberania real e as conquistas da soberania popular está repleto de movimentos que buscam reduzir o poder discricionário dos governantes, entre os quais se destacam revoluções que marcam as etapas principais da evolução do orçamento.

Os países que mais se sobressaíram pelo desenvolvimento da técnica orçamentária foram a Inglaterra, a França e os Estados Unidos.

#### INGLATERRA

Segundo Wilges (2006), um dos marcos fundamentais para a origem do orçamento público foi a promulgação da Carta Magna Inglesa, que ocorreu no século XIII, por volta do ano 1215, na Inglaterra. Esse documento retirou do Rei João Sem Terra (John Lackland) o poder discricionário de cobrar dos senhores feudais impostos, segundo as necessidades do rei. A Carta Magna inglesa foi aprovada com o propósito de restringir os poderes de arrecadação e definir a forma de operacionalizar os gastos reais, sem o consentimento do Conselho dos Comuns, órgão de representação da época. Aos nobres interessava basicamente escapar do, até então, ilimitado poder de cobrar tributos, exercido pelo rei.

Nesse contexto, o artigo 12, a Carta Magna da Inglaterra, estabelecia:

“Nenhum tributo ou auxílio será instituído no Reino, senão pelo seu Conselho Comum, exceto com o fim de resgatar a pessoa do Rei, fazer seu filho primogênito cavaleiro e casar sua filha mais velha uma vez, e os auxílios para esse fim serão de razoáveis em seu montante” (GIACOMONI, 2007, p.45).

Segundo Castro e Garcia (2004, p.44), o rei manteve, então, o poder de tributar para pagar seu próprio resgate, elevar o primogênito à condição de cavaleiro e casar a filha mais velha. Essa exceção foi eliminada ao longo do tempo.

Somente depois da “Revolução Gloriosa”, de 1688, foi promulgada, em 1689, a *Bill of Rights* (Declaração de Direitos), criando nova proibição de qualquer meio para levantar dinheiro sem o consentimento do Parlamento. Assim, o rei perdeu definitivamente essa prerrogativa. Foi então que o Parlamento recebeu plena autoridade para conceder e recusar o dinheiro para manutenção do governo (WILGES, 2006).

Já, Giacomoni (2007) sustenta que, com a Constituição de 1787, criou-se a Lei de Fundo Consolidado, que representou um avanço muito significativo na organização das finanças públicas inglesas. Ainda, foi a partir de 1822 que o chanceler do Erário passou a apresentar ao Parlamento uma demonstração das despesas e receitas de cada exercício, dessa forma, considera-se essa data como o marco do início do orçamento, plenamente desenvolvido, na Grã-Bretanha. ( BURKHEAD, 1971 apud GIACOMONI, 2007, p.46).

Acrescenta Giacomoni (2007) que, durante o século XIX, o orçamento inglês tornou-se um relevante instrumento da política econômico-financeira do Estado. Sua trajetória passou a ser importante, pelo menos, em dois aspectos: primeiro, por delimitar a natureza técnica e jurídica desse instrumento e, segundo, por divulgar a instituição orçamentária para outros países. A compreensão dessa história demonstra, outrossim, que a origem dos parlamentos foi inicialmente restrita às finanças públicas.

## FRANÇA

Também, na França, os impostos inspiraram o povo a restringir os poderes dos governantes, fazendo surgir a prática orçamentária, na Revolução Francesa, em 1789. Adotou-se, então, o princípio básico da vida financeira dos povos, da limitação quanto aos impostos, mas não quanto à sua aplicação, uma vez que a Constituição da época era omissa em matéria de despesas, ficando o produto dos impostos à disposição do rei. As despesas eram

discricionárias, o monarca gastava de acordo com os seus interesses. Somente com a promulgação da Lei de 25 de março de 1817, o parlamento exigiu a votação das despesas para seus respectivos ministérios (WILGES, 2006).

O aperfeiçoamento do processo orçamentário francês instituiu relevantes princípios orçamentários, como o da anualidade, anterioridade, universalidade e o de não afetação da receita, para a elaboração do orçamento público. Tais princípios perduram, até hoje, em várias nações do mundo, inclusive no Brasil, a saber:

- A anualidade do orçamento; isto é, o orçamento deverá ser votado anualmente (princípio da anualidade);
- A votação do orçamento antes do início do exercício, ou seja, sendo votado antes do início do ano financeiro a que se refere (princípio da anterioridade);
- O orçamento deve conter todas as previsões financeiras para o exercício; como todas as receitas e despesas necessárias para o ano seguinte (princípio da universalidade); e
- A não vinculação de itens de receita e despesa (princípio da não afetação da receita) (BURKHEAD, 1971 apud GIACOMONI, 2007).

Este último, na contemporaneidade, em alguns países, merece ressalvas, em função das vinculações constitucionais e de leis específicas das esferas de governo.

## ESTADOS UNIDOS

Nos Estados Unidos, a prática orçamentária partia do princípio de impedir a criação de impostos sem o consentimento do povo. As ideias originadas na Inglaterra serviram de exemplo a uma luta contra os próprios ingleses. A colônia americana, inconformada com a tributação imposta pelo Parlamento Inglês, desencadeou, em 1765, a luta que levou à conquista de sua independência.

Os americanos, revoltados com a imposição dos impostos pelo Parlamento inglês, reivindicavam os direitos de decretar suas próprias taxas. Daí então, ocorre o movimento pela Independência, perdendo a Inglaterra a melhor de suas colônias (WILGES, 2006).

Por volta de 1865, a Comissão dos Meios e Recursos deixou de ser centralizadora e passou a compartilhar, com outras comissões, a responsabilidade sobre os créditos de despesa. Diversas pesquisas sobre a matéria foram realizadas nessa época. Em 1919, o governo americano criou uma comissão para estudar o tema. Chegaram à conclusão de que o Poder Executivo deveria elaborar o orçamento, proposta aprovada nesse mesmo ano pela Câmara e

transformada em lei, em 1921, sob a denominação de "Lei de Orçamento e Contabilidade" (GIACOMONI, 2007).

As revoltas, as revoluções e disputas, ora resolvidas com armas, ora com votos, ajudaram a desenhar as relações entre cidadãos e seus governantes. Os senadores, deputados federais, deputados estaduais e vereadores, de hoje, ficam investidos da responsabilidade histórica de manter as conquistas obtidas.

## BRASIL

Segundo Wilges (2006), antes de surgir o debate sobre o orçamento, o Brasil não era diferente de outros países. Várias revoltas tiveram a sua bandeira na cobrança de impostos abusivos. Com a vinda de D. João VI, iniciou-se a organização das finanças públicas nacionais. A abertura dos portos, com a consequente criação de tributos aduaneiros, gerou a necessidade de se criar o Erário Público (Tesouro) e o regime de contabilidade, em 1808.

Após a proclamação da independência do Brasil, em 1822, foi elaborada a Constituição Imperial de 1824, fazendo surgir as primeiras exigências no sentido de planejamento e execução de orçamentos formais por parte das instituições imperiais.

Segundo Giacomoni (2007), existem registros de que o primeiro orçamento brasileiro foi aprovado pelo Decreto Legislativo de 15.12.1830, fixando as despesas e orçando a receita das antigas províncias para o exercício de 01/07/1831 a 30/06/1832. O primeiro orçamento brasileiro só veio sancionado, no entanto, quase oito anos depois de entrar em vigor a Constituição Federal de 1824. Durante todo esse tempo, a Assembleia não cumpriu o dever de votar anualmente os orçamentos, conforme previa a referida CF/1824, o qual determinava a apresentação anual à Câmara de um balanço geral, com o propósito de discutir e organizar o Orçamento Geral da União da Nação” (WILGES, 2006).

Giacomoni (2007, p.53) comenta que nessa Lei foram regulados e limitados “os poderes imperiais em matéria tributária e orçamentária:

- a) Ao executivo competia a elaboração da proposta orçamentária;
- b) À Assembleia Geral (Câmara de deputados e Senadores) a aprovação da lei orçamentária;
- c) À Câmara dos Deputados a iniciativa das leis sobre impostos”.

Constava, ainda da mesma Lei, a autorização para a instituição, pelas duas Câmaras Legislativas, de comissões para o exame de quaisquer repartições públicas, com vistas à obtenção dos conhecimentos indispensáveis ao desempenho de funções exercidas pelas

mesmas; obrigatoriedade dos ministros de Estado apresentarem, até 15 de maio de cada ano, relatórios impressos sobre o estado de negócios a cargo das respectivas repartições, relativamente às medidas tomadas para o desempenho de seus deveres, à necessidade e à utilização das verbas sob sua responsabilidade (GIACOMONI, 2007).

Todavia, a Constituição era omissa quanto aos prazos para encaminhamento e devolução da proposta orçamentária. A referida lei, datada de 15 de dezembro de 1830, estabelecia os prazos. Também, a Constituição não se manifestava quanto aos procedimentos a serem adotados, caso não houvesse o encaminhamento no prazo estabelecido. O regime interno da Câmara dizia que os Ministérios deveriam iniciar seus trabalhos, fundamentando-se na proposta orçamentária do ano anterior, caso não fosse enviada a proposta no tempo hábil (WILGES, 2006).

Um resumo dos aspectos históricos da questão orçamentária no Brasil favorece a apreensão de como foi lento o seu desenvolvimento. Partindo de Wilges (2006), foi possível estabelecer a síntese abaixo, resumindo a cronologia das regulações sobre o orçamento nacional:

I. 1808 - Criado o Erário (Tesouro) e o Regime de Contabilidade;

II. 1824 - (Constituição Imperial) - elaboração da proposta orçamentária pelo Executivo; a sua aprovação pela Assembleia Geral (Câmara dos Deputados e Senado);

III. 1830 - Registros do primeiro orçamento; fixando a despesa e prevendo as receitas: 01/07/1831 a 30/06/1832;

IV. 1891- (Primeira Constituição Republicana) - a elaboração da proposta orçamentária passou a ser privativa do Congresso Nacional (bem como a apreciação das contas do Poder Executivo, com a criação pelo Congresso do Tribunal de Contas, a fim de auxiliá-lo);

V. 1934 - (Constituição) - atribuição da proposta orçamentária ao presidente da República. O Legislativo encarrega-se da votação do orçamento e do julgamento de contas do Presidente, com o auxílio do Tribunal de Contas;

VI. 1937- (Constituição) - Estado Novo - Orçamento elaborado por um Departamento vinculado à Presidência da República;

VII. 1946 - (Constituição) - o Poder Executivo elabora o projeto de lei com a proposta orçamentária, e o Poder Legislativo discute e vota;

VIII. 1964 - Lei 4320/64<sup>1</sup>, que institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e Balanços da União, Estados, Municípios e DF;

IX. 1967- (Constituição) - retira do Poder Legislativo à iniciativa de criar e alterar Leis ou Emendas que estabeleçam ou aumentem despesas, inclusive emendas ao projeto de lei orçamentária;

X. 1988 - (Constituição Cidadã) - o Executivo elabora o projeto de lei do orçamento e o encaminha para discussão e votação na casa legislativa. Dessa forma, devolve-se ao Legislativo a prerrogativa de propor emenda ao projeto de lei do orçamento, sobre despesas.

Finalmente, em 05 de outubro de 1988, o País recebeu a sétima Constituição Federal – CF/88, em vigor atualmente. Essa Constituição atribuiu ao processo orçamentário uma seção especial e à parte: Título VI – Da Tributação e do Orçamento, Capítulo II das Finanças Públicas, Seção II dos Orçamentos.

A partir da sua promulgação, ocorreram mudanças significativas na prática orçamentária, devido às alterações impostas pela CF/88, em todas as esferas do governo.

Segundo Albuquerque, Medeiros e Feijó (2006), no campo técnico, as reformulações adotadas deram maior democratização às políticas públicas e uma participação maior do Poder Legislativo no estabelecimento da programação econômico-financeira do Estado. São documentos inovadores em relação ao processo alocativo de recursos sob os ditames da lei, e nada se pode fazer em termos de despesa pública, sem que exista uma autorização legislativa. Na prática, é a aplicação do princípio da universalização orçamentária na ordem constitucional.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Lei n° 4.320 de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm)>. Acesso em: 05 dez 2017.

Observa-se que no decorrer desse documento a regulação legal sobre orçamento no Brasil foram obtidos deste endereço acima.

Em atendimento à própria CF/88, surgiu, em 05 de maio de 2000, a Lei Complementar de Responsabilidade Fiscal – LRF, de n.º 101/2000<sup>2</sup>, a qual, no seu art. 1º, estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade da gestão fiscal. Assim, há maior especificidade para a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), consagrando-a como principal instrumento de integração entre planejamento, orçamento e execução orçamentária. A LRF, em seu art. 4º & 1º, atendendo seus dispositivos no & 2º do art. 165 da CF/88, acrescentou, para efeito da LDO, as seguintes normas de elaboração:

O equilíbrio entre receitas e despesas, critérios e forma de limitação de empenho, normas relativas ao controle de custos e avaliação de resultados, dos programas com recursos dos orçamentos e demais condições e exigências de transferência de recursos a entidades públicas e privadas (LICHTNOW, 2015, p. 35).

No Brasil, o orçamento público também sempre se constituiu em um importante instrumento de planejamento e controle dos recursos financeiros gerados pela sociedade, os quais retornam trazendo as informações em forma de bens e serviços prestados. O orçamento é tão relevante que, historicamente, todas as constituições federais e estaduais, bem como as leis orgânicas dos municípios, sempre consagraram dispositivos sobre a programação das despesas como categoria do orçamento público, desde a época do Império até os dias atuais, como visto anteriormente.

---

<sup>2</sup> BRASIL. Lei de Responsabilidade Fiscal (2000). Lei complementar n.º. 101/00. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e das outras providências. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2000/leicomplementar-101-4-maio-2000-351480-norma-pl.html> Brasília: Câmara dos deputados, 2000.

Observa-se que no decorrer desse documento a regulação legal sobre orçamento no Brasil foram obtidos deste endereço acima.

## 2.2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO-ORÇAMENTO NO BRASIL

No Brasil, as normas orçamentárias estabelecem vedações, restrições e procedimentos, algumas delas estão previstas na Lei 4.320/64, Constituição Federal-CF/88, Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF/2001, Emendas constitucionais e em diversas portarias do Ministério do Planejamento e Orçamento e Gestão – MPOG e da Secretária do Tesouro Nacional-STN.

Para melhor entendimento para os leitores não familiarizados com a dinâmica orçamentária brasileira, serão apresentados e debatidos os principais artigos da Constituição Federal /1988<sup>3</sup> que indicam e regulam a dinâmica orçamentária nacional.

Art.165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I – O Plano Plurianual;

II – As Diretrizes Orçamentárias;

III –Os orçamentos Anuais.

O Plano Plurianual - PPA contém, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração federal quanto as despesas de capital e programas de duração continuada. A intenção dos congressistas que aprovaram esta lei foi para garantir a continuidade das decisões por um período mais longo. Dá a indicação de metas de longo alcance, sinalizando o rumo do desenvolvimento nacional em médio prazo. Inicialmente servirá para nortear a descontinuidade da máquina pública por ocasião de troca dos mandatários nacionais. Estas determinações constam do § 1º do Art. 165 da CF/88.

Giacomoni (2007), diz que o PPA é um planejamento de toda a administração pública, orientando a elaboração dos demais planos e programas de governo, de médio prazo, para duração de quatro anos, tendo vigência até o final do primeiro exercício financeiro do gestor subsequente, onde nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão neste plano, ou em lei que autorize, sob pena de

---

<sup>3</sup> BRASIL. Constituição Federal (CF/88). Brasília: Senado Federal,1988.Disponível: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf).

Observa-se que no decorrer desse documento a regulação legal sobre orçamento no Brasil foram obtidos deste endereço acima.

responsabilidade. O prazo para encaminhamento para o legislativo é até 31 de agosto e devolução para o executivo até o encerramento da sessão legislativa do ano em curso.

Araújo e Arruda (2009, p.76), citam que o “[...] plano plurianual corresponde a um plano de médio prazo, por meio do qual se procura ordenar as ações do governo que levem ao alcance dos objetivos e metas fixados por um período de quatro anos”. O projeto do plano plurianual é elaborado pelo poder executivo no primeiro ano de governo, para vigência até o final do primeiro exercício financeiro do mandato subsequente, será encaminhado até quatro meses antes do encerramento do exercício financeiro (31 de agosto) e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa (22 de dezembro).

Se o plano plurianual tem a função de ordenar as ações do governo por um período de médio prazo, existem outros instrumentos, de menor prazo, que se responsabilizam pelo processo orçamentário de cada ano que são a LDO (Lei de Diretrizes orçamentárias) e a LOA (Lei do Orçamento Anual).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), contida no § 2º do Art. 165 da CF/88 compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da Lei Orçamentária Anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (LICHTNOW, 2015, p. 34).

Segundo Albuquerque, Medeiros e Feijó (2006, p.125), “A LDO é o elo entre o PPA, que funciona como um plano de governo, e a LOA, instrumento que viabiliza a execução dos programas de governamentais”. Além de enumerar as ações direcionadas de cada ano do PPA, tem a finalidade de orientar o planejamento operacional.

De acordo com Araújo e Arruda (2009), a LOA consiste em uma lei que norteia a elaboração dos orçamentos anuais, que são o fiscal, investimentos das empresas estatais e o orçamento da seguridade social, de forma a adequá-los às diretrizes, objetivos e metas do plano plurianual.

Conforme Albuquerque, Medeiros e Feijó (2006), constituem objetivos da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), estabelecidos pela CF/88:

- Definir as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente;
- Orientar a elaboração da lei orçamentária anual;
- Dispor sobre as alterações na legislação tributária; e
- Estabelecer a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (ALBUQUERQUE et al., 2006, p. 125).

Ressalta-se a importante colaboração da LDO no esforço de tornar o processo orçamentário mais transparente, pois este documento explica as intenções, através das metas e prioridades, evidenciando as intencionalidades dos governantes a respeito das finanças do Estado.

Para viabilizar a concretização das situações planejadas no Plano Plurianual, e obviamente transformá-las em realidade, obedecida a Lei de Diretrizes Orçamentárias, elaborase o orçamento anual - inciso § do Art. 165 da CF/88, onde são programadas as ações a serem executadas, visando a alcançar os objetivos determinados.

Ampliando o entendimento, Araújo e Arruda (2009, p.78) explicam que a “[...] LOA objetiva viabilizar a realização das ações planejadas no Plano Plurianual e transformá-las em realidade”. Deve ser elaborada de forma compatível com o PPA, com a LDO e com as normas da LRF. Na LOA são programadas as tarefas a serem executadas no exercício, visando alcançar os objetivos propostos.

Já Castro e Garcia (2004, p.44), afirmam que “Orçamento se relaciona com a possibilidade e controle do gasto público e, na relação Estado e Sociedade, é um mecanismo pelo qual, pelo menos em tese, os cidadãos podem limitar a controlar a ação dos governantes”.

Conforme Mota (2006), a Lei 4320/64 em seu artigo 2º trata da lei orçamentária estabelecendo que: “A Lei de Orçamento conterà a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade”.

O art. 165, § 5º, da CF/88 estabelece que, por iniciativa do poder Executivo, a Lei Orçamentária anualmente compreenderá:

I. O Orçamento Fiscal referente aos poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público;

II. O Orçamento de Investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito de voto;

III. O Orçamento da Seguridade Social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (CF/88).

Segundo Lichtnow (2015 p. 108), “[...] essas três peças dos orçamentos anuais, englobando toda a ação do governo, definem hoje com mais clareza o Princípio da Unidade Orçamentária”, tais princípios devem ser seguidos por todos os entes da federação (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), e pelos poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário).

Com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, 101/2000, esta Lei Complementar no seu art. 1º estabelece normas de finanças públicas voltada para a responsabilidade da gestão fiscal, garantindo maior responsabilidade dos gestores, onde há maior especificidade para a LDO consagrando-a como principal instrumento de integração entre planejamento, orçamento e execução orçamentária. A LRF em seu art. 4º, atribui a LDO, além de atender os dispositivos constitucionais acima citados, outros dispositivos a serem obedecidos:

- O equilíbrio entre receitas e despesas;
- Critérios e forma de limitação de empenho;
- Normas relativas ao controle de custos e avaliação de resultados, dos programas com recursos dos orçamentos;
- Demais condições e exigências de transferência de recursos a entidades públicas e privadas (LICHTNOW, 2015, p. 35).

A LDO além de dispor das metas e prioridades, dispõem também sobre o Anexo de Metas Fiscais e o Anexo de Riscos Fiscais, Programa financeiro, Forma de Utilização da Reserva de Contingência, Demonstrações trimestrais apresentadas pelo Banco Central sobre o impacto e o custo fiscal da suas operações; Concessão ou Ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita.

Uma das novidades da LRF para a LDO: que as metas devem ser estabelecidas para o exercício que auferirem e para os dois seguintes também a definição de critérios, fixados pela LDO, para limitação de empenho e movimentação financeira voltados ao cumprimento das metas fiscais.

Verifica-se que o projeto de Lei Orçamentária Anual, é de nível operacional, e deve ser elaborada de forma compatível com o PPA e a LDO, e de acordo com a LRF/2000, demonstrando em anexo as metas fiscais da LDO, bem como as medidas de compensação à renúncia de receita e ao aumento de despesas obrigatórias de caráter continuado e conterà reservas de contingência, também estabelecidas na LDO.

Os orçamentos fiscais e de seguridade social discriminarão por unidades orçamentárias, e categoria de programação em seu menor nível, com suas respectivas dotações, identificando a esfera, a modalidade de aplicação, a fonte de recursos, e os grupos de despesas.

Para Giacomoni (2007):

O orçamento público é caracterizado por possuir uma multiplicidade de aspectos: político, jurídico, contábil, financeiro, administrativo etc. seu conceito tem sofrido significativas mudanças ao longo do tempo, em decorrência da

evolução de suas funções, hoje marcadamente diversas daquelas que o distinguiam do passado. Assim, o entendimento de sua conceituação atual fica facilitado a partir da análise que caracterizou a transformação de seus papéis principais, que, por sua vez, determinaram alterações na importância relativa de cada um dos aspectos citados (GIACOMONI,2007, p.64).

A história da evolução do orçamento público brasileiro divide-se em duas fases: o orçamento tradicional, que segundo Giacomoni (2007), teve como função principal o controle público sobre os atos de gestão praticados por gestores de recursos públicos; e o orçamento programa, em que os recursos são vinculados aos objetivos propostos, utilizado como instrumento de administração de integração ao planejamento.

Mota (2006) diz que a CF/88 estabelece anualmente, uma única lei orçamentária o qual engloba o orçamento fiscal, o orçamento de investimentos das empresas estatais e da seguridade social – (Saúde, Assistência e Previdência). As esferas orçamentárias fiscais e da Seguridade Social devem seguir as regras da Lei 4.320/64, enquanto que a esfera que trata dos investimentos das estatais obedece a Lei 6.404/76.

A CF/88 no que trata o orçamento da seguridade social, estabelece que deva abranger todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público.

De acordo com Mota (2006):

O orçamento público, portanto, é o ato administrativo revestido de força legal que estabelece um conjunto de ações a serem realizadas, durante um período de tempo determinado, estimando o montante das fontes de recursos a serem arrecadados pelos órgãos de entidade pública e fixando o montante de seus recursos a serem aplicados pelos mesmos na consecução dos seus programas de trabalho, a fim de manter ou ampliar os serviços públicos, bem como realizar obras que atendam às necessidades da população (MOTA, 2006, P.18).

Continua Mota (2006) que a CF/88 inovou com a criação de três esferas de orçamento, compondo a Lei do Orçamento Anual, constituída pelo orçamento fiscal, pelo orçamento de investimento das empresas estatais e o orçamento da seguridade social (saúde, previdência e assistência social).

Apesar de existirem ordenamentos legais diferenciados entre as três esferas orçamentárias, há apenas um único documento autorizando o orçamento, ou seja, uma única lei orçamentária tendo vigência por um ano, de 01 de janeiro a 31 de dezembro.

A CF/88, no art.194, consagrou o orçamento da seguridade social, abrangendo ações que assegurem os direitos à saúde, previdência e à assistência social, de modo a discriminá-las e juntá-las em uma mesma peça orçamentária. Essas três peças dos orçamentos anuais, englobam

toda a ação do governo e definem atualmente, com mais clareza, o Princípio da Unidade Orçamentária.

Para melhor compreensão da questão orçamentária, foi estabelecida a Classificação Funcional Programática, pela Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do Ministério do Orçamento e Gestão (MOG), devendo a União, estados, municípios e o Distrito Federal estabelecerem, em atos próprios, suas estruturas de programas, códigos e identificações, respeitando as determinações desta portaria, a qual atualiza a discriminação da despesa por funções, subfunções, programa, projeto, atividade, operações especiais, assim como enumera outras providências.

O termo Função pode ser traduzido como o maior nível de agregação das diversas áreas de despesas do setor público, havendo 28 funções, como por exemplo: a função 10 que se refere à saúde.

A Subfunção representa uma partição da função, agregando um subconjunto menor de despesas do setor público, assim como identificando a natureza das ações, a exemplo: a subfunção 301 representa a Atenção Básica.

Já no Art. 2º Para os efeitos da presente Portaria, entendem-se por:

- a) Programa, é o instrumento de organização da ação governamental, visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual;
- b) Projeto, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações limitadas no tempo, das quais resulta um produto final, que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de governo;
- c) Atividade, é um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação de governo;
- d) Operações Especiais, são despesas que não contribuem para a manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não geram contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços (BRASIL, 1999).

Para a função saúde ficaram elencadas as seguintes subfunções:

- 301 – Atenção Básica
- 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial
- 303 – Suporte Profilático e Terapêutico
- 304 – Vigilância Sanitária
- 305 – Vigilância Epidemiológica
- 306 – Alimentação e Nutrição

A referida portaria ainda determina que, A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios se organizem, em atos próprios, suas estruturas de programas, códigos e identificação, respeitados os conceitos e determinações.

Conforme o Art. 4º determina que as ações serão identificadas em termos de funções, subfunções, programas, projetos, atividades e operações especiais, tanto nos balanços quanto nas leis orçamentárias.

### 3 A TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde não era considerada um direito público individual. Por essa razão, era tratada, nas Constituições precedentes, somente como um serviço público. Desse modo, a atenção à saúde subjetiva organizava-se numa lógica diferente, através da qual, eram planejadas e executadas as ações de saúde coletiva. Conseqüentemente, várias instituições tinham responsabilidade sobre as políticas e ações de atenção individual e saúde, financiadas pelos trabalhadores e o Estado. Assim, compreendia-se a assistência médica como um benefício previdenciário ao qual tinham direito exclusivamente os trabalhadores que contribuía para a Previdência Social (SANTOS; ANDRADE, 2006).

De acordo com Boschetti (2006, apud Salvador, 2010, p. 143):

O princípio do financiamento apresentava uma contradição: apenas os empregados das empresas e seus dependentes tinham direito aos benefícios, embora estes fossem financiados não só pela contribuição direta dos empregados, mas também por todos os usuários dos serviços, visto que os impostos sobre os tais serviços eram repassados aos preços.

Nesse contexto, as contribuições dos empregados baseavam-se na sua folha salarial, já que esses contribuía com 3% do salário, e as empresas, com 1% sobre a receita bruta anual e 1,5% referente a um imposto anual cobrado sobre os serviços prestados pelas empresas e depositados na conta corrente da respectiva Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP's) (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Desse modo, surgiram as CAP's e, com elas, a Lei Eloy Chaves, de 1923, marcando o início da Previdência Social no Brasil, que normatizava sua atuação. Era simplesmente o embrião de um sistema de proteção social, o qual, ao longo do tempo, vai se institucionalizando e ampliando-se com o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que absorveram as CAP's, as quais protegiam os trabalhadores de diversos segmentos contra alguns riscos sociais, com a sua criação, deve ser entendida como reivindicações operárias no começo do século, como resposta dos empresários e do estado como fundamental na questão social (JORGE et al., 2007).

Em 1966, sob a forma de seguro, consolidam-se os IAPs, pelo decreto n.º 72, que instituiu a previdência no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa mudança não alterou a forma de seguro, benefícios previdenciários, pensões e, sobretudo, assistência médica ficavam restritos aos trabalhadores do mercado formal que contribuía para o sistema previdenciário.

Os indivíduos, sem carteira de trabalho, sofriam uma dupla penalidade: além de estarem fora do mundo do trabalho formal, eram excluídos da cobertura médico-hospitalar, sendo considerados indigentes, disputando uma vaga ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia.

Portanto, de um lado, a assistência médica integral aos trabalhadores do mercado formal; de outro, um atendimento sob forma de caridade e filantropia para o restante da sociedade. Entretanto, as ações de saúde coletivas eram universalizadas, sendo prestadas pelo Ministério da Saúde (MS), que alertava e conscientizava a população em geral, quanto às doenças transmissíveis.

Portanto, como já evidenciado anteriormente, até a promulgação da Constituição Federal (CF/88), prevaleceu esse modelo de proteção social no Brasil. A nova Carta institucionalizou direitos básicos e universais de cidadania, como o direito à saúde pública à assistência social, ao seguro desemprego e a maior cobertura previdenciária. A partir de então, o direito à assistência social e à saúde não mais depende de contribuição direta do beneficiário, sendo substituído o conceito de seguro (cobertura ao contribuinte direto) pelo conceito de Seguridade Social (cobertura ao cidadão). O fundamento foi de eliminar a dupla punição: exclusão do processo econômico e ausência da cobertura dos riscos sociais (JORGE et al., 2007).

Partindo da ideia de que a saúde é um direito fundamental do cidadão, torna-se relevante mencionar que, desde 1988, existe um novo paradigma a regulamentar a vida dos brasileiros: a atual CF/88, que configura o Estado como “Servidor do Cidadão”. Em consequência desse modelo, as políticas públicas, enquanto estratégias de ação do Estado, passam a ser “servidoras”, em substituição à característica das Constituições anteriores, as quais eram “usurpadoras” (NOGUEIRA, 2002).

Ainda, essa autora (2002) enfatiza que, na nova Carta Magna, os direitos individuais, sociais e políticos são bem definidos e evidentes, por se tratar de um Estado democrático e de direito. Nesse sentido, é possível afirmar que os objetivos fundamentais da CF/88 consistem, basicamente, na construção de uma sociedade autônoma, justa e solidária, buscando, dessa forma, assegurar o desenvolvimento nacional, erradicar a pobreza e a marginalização, bem como minimizar as desigualdades sociais e promover o bem de todos.

A partir da legislação vigente, pretende-se contextualizar a questão do direito à saúde, com seus princípios e diretrizes e, em sequência, fazer uma análise do financiamento desse direito. Portanto, pode-se declarar que a saúde se constitui em um direito do povo e um dever do Estado, havendo a participação, em seu financiamento, dos cidadãos, de suas famílias e da sociedade em geral (NOGUEIRA, 2002).

### 3.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Como referido anteriormente, buscando construir uma sociedade mais justa, solidária e democrática, a Constituição Federal de 1988 (CF/88), no Art. 6º, inclui a saúde como um direito social, no título referente à Ordem Social, cujo objetivo é o bem-estar e a justiça social, estabelecendo a educação, o trabalho, o lazer, a saúde, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância como direitos sociais fundamentais.

Ainda, no que diz respeito à saúde, torna-se relevante mencionar o Art. 194 da CF/88, que estatui a Seguridade Social como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade garantindo os direitos à saúde, à previdência e à assistência social”, ao atribuir ser de competência do poder público organizar a seguridade social nos seguintes objetivos:

- I - Universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - Diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, p. 117, 1988).

Desse modo, essa legislação atribui ao Poder Público organizar as ações, serviços e benefícios a todos cidadãos, financiadas por diversas fontes de receita, impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Salienta-se, nesse sentido, a concepção ampla da saúde na CF/88, assegurada pelas políticas sociais e econômicas, ao abranger a redução dos riscos de doenças e outros agravos, assim como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Com essas legislações, ressalta-se a importância do Ministério da Saúde (MS) na regulamentação do processo de descentralização de funções e responsabilidades dos municípios e estados brasileiros. Da mesma maneira, são enfatizados fatores estruturais e conjunturais que apresentam as condições da política de saúde a partir dos anos 1990 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Os mesmos autores (2008) comentam que na CF/88, no Título VIII - Da Ordem Social, há um capítulo dedicado à Seguridade Social, o qual define as responsabilidades do Estado e da sociedade nas áreas da previdência, assistência e saúde, tratando da preocupação com a justiça, a igualdade e o bem - estar da sociedade, os quais devem ser concretizados mediante os direitos sociais assegurados na prática da Seguridade Social, uma modalidade de intervenção pública, vigente em diversos países desenvolvidos, especialmente, no período posterior à Segunda Guerra Mundial.

A característica mais marcante para a área da saúde é a universalização do direito e a igualdade de acesso às ações de saúde, rompendo com a tradição constitucional anterior, que separava os usuários de saúde entre aqueles que estavam no mercado formal de trabalho, que ficavam sob a responsabilidade do Ministério da Previdência Social, através do Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e o restante da população, atendida pelas entidades governamentais nos três níveis de governo, conforme as disponibilidades do poder público, como também pelas entidades filantrópicas, ou através da rede particular.

A partir dessas determinações, os constituintes estabeleceram que a Seguridade Social deveria ser custeada por um orçamento próprio, o que demonstrava a preocupação com seu financiamento, o qual deveria ser elaborado “[...]de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e assegurada a cada área a gestão de seus recursos”, conforme estabelecido no art. 195 § 2º (CF/88). O corolário das determinações constitucionais estabelece as normas da Seguridade Social, canalizando os recursos exclusivos para as políticas de saúde, previdência e assistência social, diferenciando-se daqueles que financiam as demais políticas do governo.

Também, no Art. 195, está estabelecido que a Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes

#### Contribuições Sociais<sup>4</sup>:

I. do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

- a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
- b) a receita ou o faturamento;
- c) o lucro;

II. do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o Art. 201;

III. sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV. do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar [...] (BRASIL, 1988, pág. 117).

Ao estabelecer as fontes de receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS), ou seja, de onde as receitas provinham, como das tradicionais contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salário, os constituintes elencaram outras fontes: o faturamentos das empresas e do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), que se transformou em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP); o lucro líquido das empresas, que criou a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a parcela da receita de concursos prognósticos (JORGE et al., 2007).

Ressaltando que esses recursos, os quais compõem OSS, não foram vinculados a cada área, com exceção do PIS/PASEP, que ficou reservado ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), para custear o Programa do seguro-desemprego e o abono PIS/PASEP, e às ações do

---

<sup>4</sup> As contribuições sociais são destinados ao financiamento da área social, diferenciando-se dos impostos por terem um destino específico - o orçamento da Seguridade Social, que financia a saúde, a assistência, a previdência social e algumas ações da Educação ( embora, na Educação, algumas Contribuições Sociais façam parte do orçamento fiscal). Além disso, diferem dos impostos, pois tais contribuições podem ser criadas e implantadas no mesmo ano, observando-se tão somente um prazo de 90 dias entre a criação e o início da cobrança, enquanto o imposto somente pode ser cobrado no ano fiscal seguinte, cumprindo o princípio da anterioridade (GOULART et al., 1998).

Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDS), também veio somar a essas fontes, em 1996, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), criada para financiar a saúde, cuja alíquota era de 0,20% e passou a 0,38%, destinando essa diferença de 0,18% da seguinte maneira: 0,10% para a Previdência Social e 0,08% para o Fundo de Erradicação da Pobreza (JORGE et al., 2007).

Além desse financiamento, de modo a operacionalizar seus objetivos redistributivos, os constituintes introduziram mudanças para o fortalecimento do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), com o propósito de reduzir as desigualdades, mediante as transferências constitucionais da União para os Estados e para os Municípios. Para o FPE, a alíquota era de 21,5% da arrecadação líquida (arrecadação bruta deduzida de restituições e incentivos fiscais), do Imposto sobre a Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), os quais deveriam ser transferidos para os Estados. Já, o FPM, de 22,5% da arrecadação líquida do IR e do IPI pela a União, deveria ser repassado para os municípios. Ainda hoje, os municípios recebem também o FPM de 50% Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), e 25% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) arrecadados pelo Estado, sendo esses reduzidos em 15% para o FUNDEF/FUNDEB – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação/ Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (JORGE et al., 2007).

Ainda, com o Art. 195 da CF/88, compreende-se que a diversidade das fontes de financiamento é imprescindível, uma vez que condiciona, de maneira operacional, as ações de Seguridade. Para tanto, a Carta Cidadã estabeleceu um Orçamento da Seguridade Social (OSS), abrangendo previdência, assistência e saúde, distinto do orçamento fiscal, bem como um sistema de financiamento que assegurou ao setor uma disponibilidade de recursos a viabilizava sua existência. Entretanto, tais recursos, sobretudo os provenientes da receita das contribuições sociais, passaram a totalizar mais da metade da receita tributária do governo federal e, paulatinamente, foram desviados para outros orçamentos, como o fiscal e o de investimento (ROMERO, 2008).

Ainda, segundo esse autor (2008), a Seguridade Social passou a contar com uma numerosa quantidade de sócios e a utilizar as receitas de contribuições sociais, as quais eram desviadas para atender os mais diferentes objetivos, sob critérios totalmente arbitrários, o que contrariava o propósito da Carta Magna. Desde 1993, a disputa ocorreu nas modalidades de financiamento do SUS, período, em que o Ministério da Previdência deixou de transferir para o Ministério da Saúde as contribuições de empregadores e trabalhadores provenientes da Previdência.

Em consequência, o descumprimento do OSS foi instituído com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994. Esse mecanismo se renova em 1997, com o nome de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Em 2000, se torna Desvinculação das Receitas da União (DRU), substituído, em 2005, pela Super-Receita, órgão resultante da fusão da Secretaria da Receita Federal e da Secretaria da Receita Previdenciária Social, com a competência de arrecadar, fiscalizar, gerenciar, lançar e regulamentar o recolhimento da quase totalidade dos impostos e contribuições que cabem à União. Com essa substituição, foi praticamente aniquilado o Orçamento da Seguridade Social, comprometendo o recurso dessas áreas na geração de superávits primários.

Já nos Artgs. 196 ao 200, a Lei Magna trata, na Seção II, da Saúde, pormenorizando critérios e diretrizes das ações e serviços do sistema de saúde no Brasil. Nesse contexto, o Art. 196 determina ser dever do Estado assegurar o direito à saúde por meio de políticas sociais e econômicas que busquem reduzir o risco de doenças e de outros agravos, bem como possibilitar o acesso universal e igualitário aos serviços que promovem, protegem e recuperam a saúde (MOURA, 2013).

O Art. 197, por sua vez, afirma, em relação às ações e serviços de saúde, ser de competência do Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar sua execução nos termos da lei, o que pode ser feito diretamente ou mediante serviços de terceiros, através de pessoa física ou jurídica de direito privado. Em seguida, o Art. 198 declara que cabe a uma rede regionalizada e hierarquizada a organização dessas ações e serviços, com diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Nessa artigo, ainda consta no seu & 2º, que as ações e serviços de saúde necessitam ser financiados com recursos do orçamento da Seguridade Social nas três esferas (União, Estados e Municípios), além de outras fontes, para financiar a área social e, dentro dela, a saúde. A partir dessa definição, o financiamento da saúde passa a ser tripartite, com recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social e Fiscal<sup>5</sup> no âmbito federal e recursos dos orçamentos fiscais dos estados e municípios (ROMERO, 2008).

---

<sup>5</sup> Apesar da determinação do texto jurídico, a União praticamente não aloca recursos do seu financiamento fiscal na área da saúde.

Em sequência, o Art. 199 aborda a assistência à saúde pela iniciativa privada, referindo que esta é livre para participar. Por fim, o Art. 200 traz referências sobre como deve ser organizado o sistema descentralizado de saúde, enumerando suas competências e atribuições nos seguintes incisos:

- 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 de 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 (BRASIL, 1988, p. 120).

Nesse sentido, o novo sistema configura o paradigma público de ações e serviços no País, sendo orientado por um conjunto de princípios e diretrizes com validade em todo o território nacional, viabilizando a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde.

Conforme Salvador (2010), no Brasil, o financiamento da Seguridade Social permanece fracionado pela separação das fontes de recursos vindas da contribuição direta de empregadores e empregados, cuja finalidade é custear a Previdência Social, bem como pelas contribuições sociais que incidem sobre o lucro, o faturamento e movimentação financeira destinada às políticas de assistência e saúde. Boschetti declara:

Portanto, a perspectiva de um fundo de seguridade social, com financiamento tripartite e redistributivo, destinado a financiar as três políticas da seguridade social jamais foi efetivada, minando uma das bases necessárias a efetivação da concepção de seguridade social (BOSCHETTI, 2002, p.19-20).

A partir dos fatos mencionados, pode-se sustentar que o desmonte da Seguridade Social agravou-se com a criação do Art. 68 da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), promulgada em 2000, a qual estabelece a contabilização de forma discriminada das contas previdenciárias,

instituindo o Fundo do Regime Geral da Previdência Social (FRGPS), formado fundamentalmente pelas receitas advindas da contribuição dos empregadores sobre a folha de salários e da contribuição descontada dos salários dos trabalhadores (SALVADOR,2010).

Além dessas receitas, o Art. supracitado acrescenta outras fontes, para o FRGPS tais como:

- I - bens móveis e imóveis, valores e rendas do Instituto Nacional do Seguro Social não utilizados na operacionalização deste;
- II - bens e direitos que, a qualquer título, lhe sejam adjudicados ou que lhe vierem a ser vinculados por força de lei;
- III - receita das contribuições sociais para a seguridade social, previstas na alínea a do inciso I e no inciso II do art. 195 da Constituição ;
- IV - produto da liquidação de bens e ativos de pessoa física ou jurídica em débito com a Previdência Social;
- V - resultado da aplicação financeira de seus ativos;
- VI - recursos provenientes do orçamento da União (BRASIL, 2000).

Com a promulgação da LRF, as autoridades tiveram amparo legal para realizar gradativamente o enfraquecimento da Seguridade Social, uma vez que os recursos destinados para esse setor foram, aos poucos, alocados para outras despesas. Portanto, as transformações na Seguridade Social sucederam-se em direção contrária à necessidade de suprir, de forma adequada, o sistema. Mesmo possibilitando um melhor atendimento gratuito à população brasileira, essas modificações não oportunizaram o cumprimento de todos os direitos mencionados na CF/88. O que foi feito e continua sendo realizado, é a priorização do “equilíbrio das contas públicas e da sustentabilidade financeira do sistema”, num cenário de constantes mudanças a que o povo brasileiro está sujeito na contemporaneidade (SALVADOR. 2010, p.171).

Ratificando as ideias de Salvador (2010), Moura (2013) ressalta que a maneira como foi redigido o texto constitucional sobre a saúde comprova, em capítulo específico, o cuidado que os constituintes tiveram com o bem-estar social e jurídico, mantendo tal direito vinculado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana. Dessa forma, o Estado comprometeu-se a prestar serviços positivos e, por consequência, formular políticas públicas sociais, seguindo as mesmas diretrizes do Direito Internacional, o qual estabelece uma perspectiva preventiva, promocional e curativa da saúde, visando, no mínimo, à qualidade de vida dos cidadãos individual e coletivamente. Entretanto, nem todos os propósitos constitucionais tornaram-se realidade.

### 3.2 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A regulamentação do sistema de saúde - descentralizado e regionalizado - ocorre com a aprovação e promulgação das Lei n.º 8080 e da n.º 8142 de 1990. Efetivamente, é a primeira dessas legislações que designa o novo sistema como Sistema Único de Saúde – SUS. As principais diretrizes e princípios do SUS, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, entre outros, são:

- Universalidade de acesso em todos níveis de assistência: com base na universalidade, as condições socioeconômicas do povo brasileiro e a inserção no mercado de trabalho não podem acarretar acesso diferenciado aos diferentes tipos de serviços, uma vez que os riscos de adoecimento e o financiamento tornam-se divididos de modo solidário, passando a responsabilidade a ser de toda a sociedade;

- Integralidade da assistência: inclui serviços preventivos e curativos, coletivos e individuais, requeridos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde;

- Participação da comunidade: a concretização desse objetivo ocorre no âmbito do SUS pela formação dos Conselhos de Saúde, os quais representam uma via permanente de interação e diálogo entre os profissionais de saúde, gestores e população;

- Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie: não se pode aceitar que apenas alguns grupos, devido à renda, gênero, cor ou religião, tenham acesso aos serviços públicos prestados, enquanto outros não desfrutam desse direito;

- Descentralização, regionalização E hierarquização de ações e serviços de saúde: implica que as esferas estaduais e, de modo especial, as municipais tenham maior autonomia e responsabilidade para decidir e promover ações e serviços de saúde. Já, a regionalização e hierarquização requerem que os usuários sejam encaminhados para centros médicos e odontológicos mais complexos do sistema, desde que necessário (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Com a implementação do SUS, iniciou-se a elaboração das Normas Operacionais Básicas (NOBs). A primeira, a NOB 01/93, manteve a referência ao cumprimento da CF/88 e das Leis nº 8080/90 e a nº 8142/90, com avanços no sentido de fortalecer a pactuação entre as esferas de governo, porém com ritmo pouco acelerado em direção à descentralização. Isso, porque as transferências financeiras eram de fundo a fundo, ainda não se tinha a avaliação dos resultados, tampouco a qualidade de ações realizadas pelo sistema. Consequentemente, não foram verificadas grandes mudanças no modelo de atenção à saúde, ficando restrito apenas a alguns

municípios com atendimentos pontuais. Mesmo assim, as ações foram positivas em relação ao modelo de atenção à saúde que se encontrava em desenvolvimento. Portanto, a NOB 01/93 foi inovadora em termos de gestão mais efetiva, estando vigente até fevereiro de 1998 (GOULART et al., 1998).

Já, a NOB 01/96, substituindo a anterior, entrou em vigor em março de 1998. Tratava-se de uma tentativa de inovação e ampliação dos financiamentos, a fim de superar os impasses da descentralização à gestão e ao financiamento, o que não foi contemplado pelo instrumento anterior, - NOB 01/93. Desse modo, houve uma mudança significativa na forma dos repasses financeiros. Pelo mecanismo fundo a fundo, os municípios tiveram maior autonomia financeira, possibilitando, assim, uma ação mais efetiva do SUS (GOULART et al., 1998).

Uma das alterações importantes da NOB/96 refere-se ao repasse dos recursos financeiros da União para os municípios, o qual passa a ser feito com base no valor fixo *per capita* Piso Assistencial Básico (PAB), e não mais vinculado a serviços prestados, o qual deu autonomia dos municípios a novos modelos de atenção à saúde a sociedade. O Piso Assistencial Básico (PAB) são recursos destinados aos municípios a custeio de assistência básica. Atualmente esse piso é definido pela multiplicação *per capita* nacional pela população de cada município, fornecido pelo Instituto brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e transferido automaticamente conta do fundo de saúde do município. Além disto, fornece incentivos em determinadas ações de saúde como: Programas de Agente Comunitários (PACS); Programa da Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica básica; Programas de combate a Carências Nutricionais; Ações básicas de vigilância sanitária e Ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental, verifica-se que a mesma veio fortalecer os programas da atenção à saúde (POLIGNANO, 2015).

Em 13 de dezembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC), a qual vinculou os recursos financeiros da Seguridade Social à saúde, na expectativa de assegurar o financiamento do SUS. Tal emenda determinou percentuais mínimos para os Municípios (15%) e para os Estados (12%). Todavia, deixou uma lacuna, não determinando os percentuais dos recursos da União para o financiamento do SUS. Esse fato provocou um enorme déficit ao longo de 11 anos, sendo que os municípios foram os mais sacrificados, já que investiram mais

do que o mínimo constitucional exigido (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS CNM, 2014) <sup>6</sup>.

Além desses marcos legais, há o Decreto n.º 7508/2011, o qual acrescenta a inserção dos serviços privados nos instrumentos de planejamento da saúde, assim como organiza o SUS em relação ao planejamento da saúde, assistência à saúde e à articulação interfederativa. Dessa forma, com base nesse decreto, foram criadas as portas de entrada nos serviços de atendimento inicial e estabelecida a Rede de Atenção à Saúde, entre outras providências (BRASIL, 2011).

Compete ressaltar que depois de doze anos de discussão, a regulamentação EC29/2000 foi regulamentada pela Lei Complementar n.º 141/2012 de 16 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), veio para determinar os recursos mínimos aplicados para o financiamento de ações e serviços de saúde regulamentando o § 3º do art. 198 da CF/88. Estabeleceu um percentual mínimo de gastos para o setor nas três esferas de governo, no financiamento do SUS, atribuindo mais responsabilidades aos gestores. Que determinou a necessidade de adotar-se uma metodologia para a distribuição dos recursos da União para Estados e Municípios, confirmando o conteúdo do Artigo n.º 35 da Lei n.º 8080/1990.

A LC 141/2012 instituiu no seu art. 1º termos preconizados no Art. 198 da CF/88:

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Brasil, 2012).

Essa legislação complementar estabeleceu a obrigatoriedade de informar os investimentos em saúde mediante o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) para a União, Estados e Municípios. Com isso, foram definidos o que seriam

---

<sup>6</sup> Confederação Nacional de Municípios, (CNM) Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde Brasília: CNM, 2014. [https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Recursos%20financeiros%20no%20SUS%20\(2014\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Recursos%20financeiros%20no%20SUS%20(2014).pdf). As informações obtidas foram extraídas deste endereço.

gastos com saúde e as despesas que não mais poderiam ser incluídas no setor saúde (CNM, 2014).

Segundo a Lei Complementar 141/2012, “a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior”, acrescido do percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) no ano anterior ao da lei orçamentária anual (SANTOS, 2012, p. 178).

Ainda, essa autora salienta que os Estados e o Distrito Federal deverão aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos estaduais, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Por sua vez, os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15% da arrecadação dos impostos municipais.

Também, deve-se levar em conta que o Distrito Federal, por ser um ente federativo misto, necessita aplicar, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% da arrecadação dos impostos de base estadual e 15% da arrecadação dos impostos de base municipal.

Sintetizando, temos a seguinte distribuição na aplicação de Recursos Mínimos na Saúde:

União - valor aplicado no ano anterior em ações e serviços de saúde mais a variação nominal do PIB do ano anterior.

Observa-se, entretanto, se acontecer de o PIB ter variação negativa em relação ao ano anterior, não se poderá reduzir o seu valor.

Estados - 12% da receita de sua competência, que é proveniente de quatro fontes de impostos: Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doações (ITCMD), transferências da União cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE); cota-parte do Imposto de produtos de importação (IPI); transferências da Lei Complementar nº 87/96 – (Lei Kandir), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) e outras receitas correntes, como a receita da dívida ativa de impostos e multas. Para o cálculo da base de receitas dos estados sobre a qual se aplica o mínimo de 12% para o financiamento à saúde, deve-se subtrair, da soma das fontes listadas acima, o montante em transferências constitucionais e legais que é transferido para os municípios.

Municípios - 15% da receita de sua competência, é composta pela soma de cinco fontes de tributos municipais: Imposto Sobre Serviço (ISS); Imposto Predial e Territorial Urbana (IPTU); Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis (ITBI); transferências da União, cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); cota-parte do Imposto Territorial Rural (ITR); transferências da Lei Complementar nº 87/96 – (Lei Kandir), Imposto de Renda Retido

na Fonte (IRRF), transferências do Estado (cota-parte do ICMS; cota parte do IPVA; cota-parte do IPI-Exportação) e outras receitas correntes (receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos) (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

Distrito Federal - 12% e 15% das receitas de competência estadual e municipal, respectivamente.

Todavia, esses percentuais mínimos podem ser modificados, necessitando ser reavaliados, pelo menos a cada 5 anos, de acordo com a determinação do Art. 198, § 3º, da CF/88.

O financiamento de sistemas de saúde refere-se às fontes de recursos através das quais ocorrem as despesas na área da saúde em determinada sociedade. Essas despesas podem ter recursos provenientes do Estado nas três esferas de governo, mediante arrecadação de tributos, empréstimos e doações internacionais; das famílias, ao realizarem compras diretas de serviços de saúde, medicamentos e outros materiais, por meio do pagamento pela aquisição de planos privados de saúde ou, então, através de poupanças individuais (reservas compulsórias destinadas exclusivamente as despesas médico-hospitalares); das empresas, por meio da compra de planos de saúde coletivos para seus empregados (UGÁ; PORTO, 2008).

Ainda, de acordo com essas autoras (2008), são os tributos que financiam a maioria dos gastos públicos em saúde. Nos países mais pobres, cumprem papel expressivo, complementando a tributação, os empréstimos e doações de organismos internacionais. No Brasil, as contribuições sociais são destinadas ao orçamento da Seguridade Social, diferente dos impostos cuja alocação é discricionária. Tanto os impostos e as contribuições sociais estão incluídos na tributação de cada Estado.

Quanto aos tributos, esses incidem tanto sobre as pessoas físicas como as jurídicas, podendo ser arrecadados pelas diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal). Só não pode haver a bitributação, quando alguns tributos já estiverem vinculados, determinados por leis específicas, como, por exemplo, o gasto com saúde. Conseqüentemente, os tributos diretos incidem sobre a renda das famílias e das empresas, tais como: Imposto de Renda da Pessoa Física (IRRF) ou Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ); o Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU), e Imposto Territorial Rural (ITR), ou sobre o lucro líquido das empresas.

Já, os impostos indiretos incidem sobre as transações comerciais ou pela venda das mercadorias, a exemplo do Imposto sobre o Valor Agregado (IVA). Em nosso país, o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) é pago pelo consumidor, pois tais tributos estão embutidos no valor das mercadorias.

### 3.3 ORGANIZAÇÃO E FONTES DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para efeito de controle e fiscalização das fontes de financiamento do SUS, foi promulgada a EC-29 (2000), a qual determina que os municípios e estados devem constituir fundos de saúde a fim de receber os recursos locais e aqueles que são transferidos, de modo a serem aplicados especificamente na área da saúde. Essa emenda, também, estabelece a formação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, os quais necessitam responsabilizar-se pela aplicação e fiscalização dos recursos. Em 2006, foi criado o “Pacto pela Saúde”, o qual especificava a destinação dos recursos provindos da União para estados e municípios, abrangendo, seis blocos (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

Desse modo, para oficializar e registrar tal pacto, foi aprovada e promulgada a Portaria nº 204, de 2007, do Ministério da Saúde que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais, em cujos os Arts. 3º e 4º que tratavam do financiamento das ações e serviços de saúde, os quais deveriam ser distribuídos em blocos constituídos por componentes a partir de suas especificidades, em que ainda foram ampliados com a Portaria nº 837, de 2009, que incluiu o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, ficando os seguintes:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS.
- VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Segundo essa portaria, para o fundo de Atenção Básica, devem ser destinados os recursos do Piso de Atenção Básica Fixo Ampliado, bem como o Piso de Atenção Básica Variável. Aquele é constituído de um valor fixo *per capita*, destina-se a ações de assistência básica para a população, como, por exemplo, serviços de controle da hipertensão, diabetes e tuberculose; eliminação da hanseníase; e programas de saúde bucal, da criança e da mulher.

O outro piso deve ser transferido para o desenvolvimento de programas específicos, a exemplo, o de combate a carências nutricionais, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). O valor desse fundo depende da adesão dos gestores municipais ou da cobertura de cada programa, existindo, todavia, um teto por município ou estado. Esse limite máximo deve ser redefinido anualmente pela União, fundamentando-se em vários critérios, entre os quais, destacam-se: a produção e pagamentos

registrados em ordem histórica; e parâmetros técnicos (como o número de habitantes internados por ano) e planejamentos com metas fixadas para programas específicos (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

De acordo com esses autores (2015), o segundo bloco agregava recursos para a Atenção de Média e Alta Complexidade, que deveriam ser destinados a procedimentos ambulatoriais e hospitalares mais sofisticados, os quais exigem maior tecnologia e especialização, com objetivo de melhorar o atendimento à população aumentando o financiamento da rede de atendimento, ou ainda, investindo na ampliação do custeio aumentando o atendimento, proporcionando redução nas filas de espera por atendimento.

Entre eles, ressaltam-se: fisioterapia, cirurgias e exames mais complexos para elaboração de diagnósticos. Tais transferências são obrigatórias, porém condicionais, com base na produção e submissão a um limite de recurso. Além disso, compete ao Ministério da Saúde adicionar um aporte de recursos transferidos a estados e municípios considerados capazes de executar atendimentos de alta complexidade.

Os blocos Vigilância e Promoção da Saúde e Vigilância Sanitária eram dois componentes da modalidade Vigilância em Saúde, já unificados atualmente no Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme a Portaria nº 3992/2017 do Ministério da Saúde. Por sua vez, a Assistência Farmacêutica destina-se à garantia do acesso a medicamentos e insumos, nas populações mais vulneráveis, que fazem parte dos programas estratégicos do SUS.

Os medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde que distribuem aos municípios de seu estado conforme suas necessidades. O qual contempla os seguintes itens: Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; bem como Medicamentos de Dispensação Excepcional. Essas modalidades são financiadas basicamente por meio de recursos *per capita*, a partir da cobertura ou produção dos programas até um teto determinado por unidade subnacional (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

Ainda, cabe mencionar o Bloco de Gestão do SUS, ao qual são destinados recursos para a qualificação da gestão desse sistema e implantação de ações e serviços de saúde. Tais recursos devem ser direcionados a atividades de regulação e controle, planejamento e orçamento, gerenciamento do trabalho, educação em saúde, entre outros. Esse bloco recebe, também, verbas destinadas à implantação de novas unidades de saúde de algumas categorias específicas, como, por exemplo, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A cada tipo de ação são transferidos valores conforme critérios específicos, todavia, com limites estabelecidos (IDEM, *ibidem*).

Além disso, com a promulgação do Pacto pela Saúde, municípios e estados passaram a contar com recursos adicionais para investimentos. Esses recursos são liberados após aprovação de projetos específicos pelo Ministério da Saúde, formalizando-se com valor, período de execução e cronograma de pagamento dos recursos financeiros a serem transferidos (BRASIL, 2012).

Da mesma forma, há viabilidade de serem feitos convênios com o governo federal, para execução de outras ações e programas pelos municípios e estados ou por organizações filantrópicas ou não governamentais, existindo responsabilidade recíproca. Os repasses, realizados mediante convênios, configuram transferências voluntárias, podendo haver, por parte do governo federal, alguma modalidade de contrapartida financeira, dependendo do que foi acordado.

É relevante mencionar que, conforme as normas, somente os recursos obtidos mediante convênios, os quais são minoria, podem requerer algum tipo de contrapartida financeira por parte do ente contemplado. Esclarecendo: antecipadamente e de acordo com as regras de equidade e redistribuição propostas pelo SUS, não deveria haver uma vinculação entre condições dos estados e municípios para suprir despesas e investimentos em saúde e as transferências feitas pelo governo federal. Dessa forma, antes de serem acordados os convênios, municípios e estados devem comprometer-se com a sua participação financeira (BRASIL, 2012).

#### 4 DEBATE SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

No Brasil, conforme mencionado anteriormente, as legislações para a organização do sistema de saúde foram fixadas na CF/88, com base nos princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, resolutividade, integralidade da atenção, humanização do atendimento e participação social. Em 1990, foram instituídos o Fundo Nacional de Saúde, abrangendo recursos fiscais e o Conselho Nacional de Saúde, assegurando a participação social. Com esses novos aparatos institucionais, a política de saúde distribuiu ações e serviços em vários níveis, com destaque à Atenção Básica de Saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Essas duas autoras definem a atenção básica, ou atenção primária, como um conjunto de ações e serviços integrais em saúde, destinados a suprir necessidades individuais e coletivas de um determinado grupo social, referindo-se ao modelo assistencial atual, o qual tem como foco o usuário-cidadão. Com isso, a maior responsabilidade com a atenção básica concentra-se na esfera municipal, sendo organizada e executada como atenção de primeiro nível, a partir das necessidades dos diferentes grupos de população nos municípios.

De acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, buscando a operacionalização da Atenção Básica, são definidas, como áreas estratégicas para atuar em todo o território nacional, o combate à hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da desnutrição infantil; a promoção da saúde da criança, da mulher e do idoso; o cuidado com a saúde bucal e com o bem-estar em geral (BRASIL, 2006). Essas ações fundamentam-se nos seguintes princípios e diretrizes:

Viabilizar o acesso universal e permanente a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, configurados como a porta de entrada primordial do sistema de saúde, com território limitado, favorecendo o planejamento e a programação descentralizada, de acordo com o princípio da equidade;

Estabelecer uma rede de serviços interdisciplinar, de modo a promover a saúde através da prevenção de agravos, tratamento e reabilitação;

Desenvolver vínculos e comprometimento entre as equipes de saúde e a comunidade, assegurando a continuidade das ações e do cuidado;

Valorizar os profissionais de saúde mediante incentivo e acompanhamento de sua formação e qualificação;

Avaliar o acompanhamento sistemático dos resultados obtidos, com base no planejamento e programação das ações; e

A partir desses princípios e diretrizes, percebe-se que um dos objetivos da Atenção Básica é fazer o acompanhamento rotineiro dos pacientes frequentadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), eliminando barreiras financeiras, organizacionais e culturais, o que proporciona uma adequada utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Além disso, cabe aos profissionais da atenção primária encaminhar quem necessita de atenção especializada, ao exercer o papel de filtragem para acesso aos outros níveis de atendimento (GIOVANELLA et al., 2008).

Segundo Göttems e Pires (2009), as ações primárias de saúde devem ter um caráter democrático, integrado e participativo, consolidando-se com trabalhos em equipe, ao levarem em conta a territorialização e a corresponsabilidade sanitária com foco nas necessidades da população. Esta, conseqüentemente, passa a ser atendida, de início, por um clínico geral ou médico generalista, o que torna os serviços de saúde menos dispendiosos e com mais condições de conter a progressão de gastos ambulatoriais.

Entretanto, as mesmas autoras (2009) declaram que a Atenção Básica, no Brasil, é vista com ambigüidade: ora como um conjunto de ações capazes de possibilitar transformações com base em seus princípios e em consonância com os níveis estadual e federal, conforme os princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ora como programas de saúde pública a serem executados mediante ações, atribuições e normas bem definidas.

Todavia, não se pode negar que o novo arranjo na saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), abrangeu avanços na descentralização político – administrativa, a partir de atendimentos na esfera municipal, no estabelecimento de novas formas de financiar a saúde e na gradual transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde, com destaque para atividades ambulatoriais na dimensão local (KASHIWAKURA; GONÇALVES; SILVA, 2016).

Portanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ocupar posição de relevância na agenda federal, sobretudo, após a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Mais tarde, esse programa passou a chamar-se Estratégia Saúde da Família (ESF), com um modelo de atenção destinado a proteger e promover a saúde, tendo a atenção contínua e integral, com foco na família. Com a descentralização, a APS municipalizou-se, determinando progressos no processo de universalização dos serviços de saúde, anteriormente constituídos por diversos

níveis organizacionais na rede pública, o que tornava lento o atendimento de casos relacionados à Atenção Básica à Saúde.

Fundamentando-se nos princípios e nas competências da Atenção Primária à Saúde, cabe lembrar que a coordenação dos cuidados está se tornando, de um modo acelerado, indispensável à população brasileira, em vista do aumento da taxa de envelhecimento no Brasil, bem como em razão das mudanças no perfil epidemiológico, as quais são evidentes na prevalência de doenças crônicas e nos avanços tecnológicos das práticas assistenciais. Desse modo, o cuidado de doentes crônicos provoca uma interdependência entre as unidades de saúde, uma vez que esses usuários utilizam concomitantemente serviços de diferentes complexidades. Tal fato requer a coordenação entre os diversos serviços, função que necessita ser desempenhada pela equipe de Atenção Básica à Saúde (KASHIWAKURA; GONÇALVES; SILVA, 2016).

Por fim, é importante mencionar que, com a continuidade da relação entre pacientes e profissionais, os dois grupos passam a estabelecer uma relação humanizada e uma atenção mais integral, o que propicia uma satisfação recíproca. Também, a presença do médico generalista na equipe de atenção primária favorece um relacionamento positivo a longo prazo, visto que se trata de um profissional que cuida da família em todas as fases de vida, desde a gestação até a terceira idade (GIOVANELLA et al., 2008).

#### 4.1 O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA – RESPONSABILIDADES MUNICIPAIS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece a Saúde da Família como modelo de organização da Atenção Básica. Além disso, ratifica a necessidade de expansão desse modelo como garantia de integração à rede de serviços de saúde municipal, incentivando, com recursos financeiros, as equipes da saúde da família, saúde bucal e programas de agentes comunitários (BRASIL, 2006).

Em 2011, a Portaria GM nº 2.488/2011 revogou a Portaria 648/2006 e demais disposições em contrário, ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política nacional de Atenção Básica (PNAB) para Estratégia da Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A fim de operacionalizar sua atuação, cabe às secretarias municipais de saúde, entre outras competências, o seguinte:

1. Dar preferência, conforme sua capacidade institucional, à Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

2. Assegurar a infraestrutura indispensável necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, fornecendo recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para as ações propostas;
3. Fazer a seleção, contratação e remuneração dos profissionais que formam as equipes multidisciplinares de Atenção Básica, incluindo os profissionais da saúde da família;
4. Informar as bases de dados nacionais com as informações produzidas pelo sistema de saúde municipal, atualizando o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;
5. Adotar metodologias e instrumentos de acompanhamento e avaliação da atenção básica no nível municipal;
6. Averiguar a consistência dos dados fornecidos pelos sistemas nacionais de informação a serem divulgados em outras esferas de gestão;
7. Procurar oportunizar parcerias com organizações governamentais, não governamentais e setor privado, com o propósito de fortalecer a atenção básica no limite de seu território;
8. Destinar recursos municipais com o propósito de compor o financiamento tripartite da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, as ações da Atenção Básica são financiadas pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, de forma tripartite. Os valores mínimos a serem aplicados anualmente são baseados na Emenda Constitucional nº 29/2000, que foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012. Antes da promulgação desse marco legal, as transferências intergovernamentais foram repassadas do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Como forma de controlar a aplicação desses recursos, criou-se uma conta corrente única, a qual, durante muitos anos, não funcionou. Por essa razão e pela necessidade de fortalecer o controle, regulamentou-se o financiamento pela Portaria MS 204/2007, viabilizando as transferências dos recursos federais para as ações da saúde, feitas em bloco, resultantes em uma conta identificada para cada componente do bloco (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, CNM, 2014).

Além disso, esse instrumento de controle faz a previsão de aplicação dos recursos nas referidas ações, atividades e serviços de saúde contemplados no bloco de financiamento. Com isso, tem-se um controle mais eficaz, permitindo que o recurso seja aplicado no respectivo bloco. Com o referido controle, essa totalidade dos recursos federais à Atenção Básica, que é a

somatória do piso fixo e do piso variável, fica indistintamente aplicada nas ações básicas de saúde.

Como já mencionei, que o Piso de Atenção Básica (PAB) foi criado a partir da NOB 96, oportunizando a mais relevante mudança no paradigma de financiamento da atenção primária. Um dos propósitos do PAB era proporcionar uma maior homogeneidade em nível nacional às ofertas de serviços básicos (CNM, 2014).

Posteriormente, foram se aprimorando os preceitos reguladores do financiamento, buscando estabelecer a coerência entre o disposto na Lei Orgânica da Saúde e as ações realizadas.

Em 2007, foram criados os primeiros 6 (seis) blocos pela Portaria MS 204, de custeio do SUS:

I – Atenção Básica;

II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III – Vigilância em Saúde;

IV – Assistência Farmacêutica;

V - Gestão do SUS; e

VI – Investimentos na Rede de serviços de Saúde. Cabe destacar que o bloco da Atenção Básica é constituído de dois itens:

- a. Piso de Atenção Básica Fixo – PAB Fixo;
- b. Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

O PAB Fixo é o valor destinado à execução das ações da Atenção Básica de Saúde. Os recursos são automáticos e regularmente transferidos todos os meses, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, na forma de fundo a fundo. Esses recursos são definidos pelo número de habitantes, sendo calculados anualmente, multiplicando-se o número de habitantes do Município, definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo valor *per capita* nacional.

Por sua vez, o PAB Variável é constituído por recursos destinados ao financiamento de programas ou estratégias realizadas pelos profissionais da Atenção Básica de Saúde. Trata-se de valores transferidos aos municípios mediante adesão aos programas do Ministério da Saúde, como por exemplo:

a) Saúde da Família; b) Agentes Comunitários de Saúde; c) Saúde Bucal;

d) Compensação de Especificidades Regionais; e) Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; f) Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

g) Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação fixa e provisória; h) outros que venham a ser instituídos (CNM, 2014).

Tais valores são repassados aos Municípios através de projetos dos referidos programas, na modalidade fundo a fundo, bastando estarem inseridos no Plano de Saúde. Os recursos são determinados pelo Ministério da Saúde, na modalidade de incentivos financeiros para a manutenção das equipes em atividade, para as estratégias da Saúde da Família e Agente Comunitário da Saúde Bucal, correspondendo a 5% do valor mínimo do PAB Fixo, multiplicados pelo número de habitantes. Nesse cenário, as transferências ocorrem por meio ato normativo (Portaria) do Ministério da Saúde.

O Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em um valor mínimo de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, específicos dos municípios, que são financiadores das seguintes ações:

a) consultas médicas em especialidades básicas; b) atendimento odontológico básico; c) atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; d) visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF); e) vacinação; f) atividades educativas a grupos da comunidade; g) assistência pré-natal e ao parto domiciliar; h) atividades de planejamento familiar; i) pequenas cirurgias; j) pronto atendimento em unidade básica de saúde.

Salienta-se que os recursos financeiros do Bloco da Atenção Básica destinados aos municípios, fundo a fundo, como incentivos de custeio, devem ser aplicados na manutenção das ações de atenção básica que constam nos Planos Municipais de Saúde, não sendo específicos para a remuneração dos profissionais da Atenção Básica de Saúde, pois também se destinam ao PSF, aos Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal (CNM, 2014).

Segundo Mendes e Marques (2014), os valores repassados ao PSF são baixos e insuficientes, por isso os municípios têm utilizado um volume adicional de recursos próprios. Tal fato vem-se constituindo em um problema de gestão, uma vez que a receita disponível para esse programa tem diminuído expressivamente. Além disso, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) limitou os gastos com pessoal em 54% da receita corrente líquida, o que implica a inviabilidade de aumento de ações na Atenção Básica à Saúde.

Assim, criou-se um cenário de subfinanciamento, o qual tende a agravar-se devido às políticas públicas recentes. Com a promulgação da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/16), os gastos federais foram limitados, ainda mais, por um período de 20 anos, com um teto determinado pelo montante gasto no ano anterior, corrigido pela inflação acumulada, aferida pelo Índice Nacional de Preços do Consumidor Ampliado (IPCA).

Além disso, em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3992<sup>7</sup>, modificando as formas de transferências de recursos federais do SUS, até então, realizadas por blocos de financiamento. Tais blocos foram reduzidos para o número de dois: I – Bloco de Custeio de Ações e Serviços Públicos de Saúde; II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (CASTRO et al., 2018).

Compete ressaltar que, antes da redução dos blocos, houve a promulgação da EC 95/2016, já considerada uma forma de desfinanciamento da saúde, visto que limitou, por vinte anos, a expansão dos gastos públicos, ou seja, das despesas primárias. Com base no valor das despesa de 2017, apenas corrigidas pela variação pelo Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), dado informado pelo IBGE.

Acrescente-se a essa medida, o agravamento da situação financeira, uma vez que a EC - 95 revogou a base de cálculos da EC 86/2015, a qual previa o aumento escalonado da aplicação do governo federal, que se elevaria até atingir 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2020. Com essa revogação, conseqüentemente, ocorreu uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do Ministério da Saúde, mesmo em 2016, fato que intensificou o subfinanciamento do SUS (MENDES et al., 2018).

Por outro lado, o novo modelo implantado pela Portaria 3992/2017, reduzindo para dois os blocos de transferência de recursos, trouxe avanços, já que permitiu aos gestores municipais do SUS ter mais autonomia na distribuição dos recursos de forma geral, por ter ocorrido uma desvinculação financeira. Desse modo, esses gestores passaram a exercer seu poder efetivamente, devido ao fato de disporem somente de duas modalidades de repasse de recursos financeiros: custeio e investimento. Assim, foi garantida a utilização dos recursos de maneira agregada (MENDES et al., 2018).

---

<sup>7</sup> Em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3992, modificando as formas de transferências de recursos federais do SUS, até então, realizadas por blocos de financiamento. Tais blocos foram reduzidos para o número de dois: I – Bloco de Custeio de Ações e Serviços Públicos de Saúde; II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (CASTRO et al., 2018).

## 4.2 O PROGRAMA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ELEMENTO CENTRAL DA ATENÇÃO BÁSICA

O Programa de Saúde da Família (PSF) constitui-se em um modelo de política nacional de atenção básica com foco na unidade familiar, sendo montado operacionalmente na dimensão comunitária. No Brasil, o PSF foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo considerado como uma política nacional de saúde, dentro de um contexto de influências institucionais que priorizavam a atuação do Estado brasileiro através do Sistema Único de saúde (SUS), partindo de uma concepção de atendimento à pessoa, e não à doença, a partir do conhecimento da realidade das famílias atendidas em áreas territoriais bem definidas, contemplando a participação de uma coletividade (ANDRADE, 2003; ANDRADE et al., 2004).

Esse paradigma coletivo de atenção básica tem a característica essencial de pertencer ao âmbito de um sistema de saúde público e universal, tendo amplitude em todo o território nacional. Além disso, o PSF é de extrema relevância para a prevenção e promoção da saúde dos usuários do SUS, já que se trata de um programa integrado com os componentes mais complexos do processo de atenção à saúde, concretizados nos atendimentos especializados em hospitais e outros centros médicos (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

Segundo Escorel et al., (2007), a implantação do PSF foi significativa no período da incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde do Brasil, uma vez que seus princípios foram aplicados no novo modelo de estratégia social em saúde, criado juntamente com o SUS. Esse fato é marcante porque, em todo o território nacional, ainda nunca havia sido formulada uma política específica de atenção primária de grande abrangência, pois os sistemas anteriores contavam com experiências localizadas e implementadas de forma dispersa, ou seja, fragmentada.

O Programa de Saúde da Família tem caráter multiprofissional, sendo executado por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Todos esses profissionais trabalham em territórios de abrangência definida, com determinada clientela cadastrada, havendo participação e acompanhamento da comunidade domiciliada na área abrangente (ESCOREL et al., 2007).

De acordo com Escorel et al., (2007), a aplicação do PSF deve ser o canal de entrada para a atenção básica, o que costuma ocorrer em nível municipal. Tal fato pressupõe a integração à rede de serviços mais complexos através de encaminhamentos para unidades mais especializadas.

Dessa maneira, cada equipe multidisciplinar, em cada unidade básica, torna-se responsável por 2400 a 4500 habitantes, computando entre 600 e 1000 famílias. São atribuições dessa equipe: conhecer as famílias de sua área de abrangência; identificar os problemas de saúde e os casos de risco existentes na comunidade; planejar e executar um programa de atividades para enfrentar as causas e fatores do processo saúde/doença; realizar ações educativas relacionadas com as questões de saúde identificadas e disponibilizar assistência integral às famílias que se encontram sob sua responsabilidade em nível de atenção básica (SCOREL et al., 2007).

De acordo com Andrade, Bezerra, Barreto (2005), a atenção básica à saúde, introduzida pelo PSF, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), representa uma estratégia de organização e racionalização do uso de todos os recursos não só básicos, mas também especializados, destinados à promoção, manutenção e melhora da saúde. Portanto, o PSF pode ser entendido como uma prática relativamente nova de se inverter a prevalência das ações de saúde de abordagem curativa, desarticulada e focada no papel do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e elaborada de maneira coletiva, mediante o trabalho interativo de vários profissionais atuantes na área da saúde.

Para consolidação do SUS a implantação do PSF passou a ser elemento fundamental, onde a articulação entre a comunidade e os serviços de saúde prestados pela PSF, era ancorado pela participação popular que cooperava com a informação das necessidades de saúde da comunidade, fazendo uma referência para o exercício do controle social como direito de cidadania (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo Viana e Dal Poz (1998) o PSF foi implantado com uma das finalidades de colaborar com a organização do SUS, com a sua municipalização, justificando-se sua implantação pela necessidade de ampliar as equipes de saúde, onde tinham a tarefa de estimular a participação da comunidade e abrangendo o atendimento na sua integralidade. No PSF, o atendimento vai além da prestação da assistência médica individual e sim diagnosticando todos os problemas identificados no território abrangido, atendendo de forma integral e contínua, o programa inclui ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e na manutenção da saúde desta comunidade.

Enfim, o Ministério da Saúde (MS), dando prioridade aos indivíduos mais expostos aos riscos de vida, propôs atuar na esfera da equidade, promovendo a atenção primária, contribuindo para uma qualidade de vidas aos mais necessitados, fornecendo acesso aos serviços de saúde local, com isso foi implantado o PSF, focando a população mais carente.

Após a implantação do programa como estratégia deu a APS, no Brasil, um caráter mais amplo, como modelo a atenção básica do SUS, que deve estar articulado a reestruturar o sistema de saúde. Assim, tais programas possibilitaram aos municípios a ampliar a cobertura e melhorar o atendimento à saúde, ao valorizar as ações de promoção e proteção integral e contínua de saúde.

O Ministério da Saúde, levando em consideração esses diagnósticos, consolidou como estratégia prioritária a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), o qual tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo os serviços de saúde com qualidade, ratificando os princípios básicos do SUS: universalidade, igualdade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento dos usuários.

## **5 OS MUNICÍPIOS COMO ENTES EXECUTORES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS – PELOTAS E A EVOLUÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

A Constituição Federal de 1988 preconiza a descentralização, no plano municipal, do atendimento à população nas diferentes áreas sociais, tornando-se uma das principais diretrizes na execução das políticas sociais brasileiras. Nesse sentido, não raro, o Brasil é considerado o país mais descentralizado do mundo, uma vez que existe uma grande articulação entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal (CAVALCANTE, 2014).

Nas diferentes áreas de atuação, mesmo havendo graus diferenciados, existe consenso a respeito da municipalização dos serviços sociais básicos. Dessa maneira, os municípios tornaram-se os mais relevantes provedores de serviços públicos, desonerando Estados e União. Um dos fatores dessa municipalização é a extensão do território nacional, a qual favorece a execução das políticas públicas, sobretudo, nos municípios (CAVALCANTE, 2014).

Além disso, com a criação do Sistema Único de Saúde, aumentou-se a oferta de serviços e benefícios de proteção à saúde, os quais devem contemplar todos aqueles que necessitam desse tipo de proteção, não importando o local de seu domicílio. Entretanto, a grande diversidade dos municípios quanto aos serviços de saúde, aos recursos econômicos e financeiros e de demográficos aponta obstáculos na oferta de ações sociais públicas. Desse modo, o município precisa ter diversas capacidades desenvolvidas, particularmente em relação ao setor financeiro, à infraestrutura (recursos humanos e materiais) e ao alcance territorial. Aspectos relacionados à capacidade burocrática, considerada essencial para que cada política pública seja efetivada (SÁTYRO et al., 2016).

Ainda, de acordo com esses autores, não existe regularidade nos serviços prestados por alguns municípios, uma vez que nem sempre é viável atender a demanda, ora por falta de recursos humanos qualificados, ora por falta de materiais ou mesmo devido a escolhas políticas inadequadas. Essas carências põem em risco a qualidade do atendimento e demoram a ser supridas, de modo especial, nos municípios de menor receita e estrutura burocrática precária.

Portanto, os municípios, enquanto entes executores das políticas públicas, nem sempre conseguem executá-las devido aos fatores mencionados. Dessa forma, é importante haver uma fiscalização efetiva, que proporcione um maior controle das ações postas em prática e que oportunize atendimentos de qualidade, cada vez mais abrangentes.

Assim, torna-se importante conhecer os dados contextuais do município em análise, no caso específico Pelotas.

## 5.1 PELOTAS: DADOS CONTEXTUAIS COM ÊNFASE À SAÚDE

Pelotas é um município da região sul do estado do Rio Grande do Sul, localizado à margem do canal São Gonçalo, que faz o ligamento da lagoa dos Patos com a lagoa Mirim, no extremo sul do Brasil, abrangendo uma área de 1.609 km<sup>2</sup>, com aproximadamente 92% da população residente na zona urbana. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS (PMSP), 2014-2017).

A cidade é considerada uma das capitais regionais brasileiras, tendo uma população aproximadamente de 341.648 habitantes, sendo a quarta cidade gaúcha mais populosa, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ( IBGE, 2018).

O agronegócio e o comércio constituem a vocação econômica de Pelotas. No setor comercial, destaca-se a representatividade de árabes provenientes, especialmente do Líbano, bem como de outros povos estrangeiros. No setor primário, Pelotas é tida como o município maior produtor de pêssego para a indústria de conservas brasileiras, além de produzir significativamente arroz, aspargo, pepino, figo e morango. Também, o rebanho bovino de corte e a produção leiteira são fortes na região.

O município já foi polo industrial, todavia, atualmente o número de indústrias diminuiu, permanecendo aquelas ligadas ao setor têxtil, de agronegócios, curtimento de couro, panificação, entre outras. Além disso, tornou-se um grande centro comercial na região, atraindo consumidores de outros municípios, estados e países vizinhos (PMSP, 2014-2017).

A renda média *per capita* de Pelotas cresceu 77,18% nos últimos vinte anos, passando de R\$ 504,76 em 1991 para R\$ 685,88 em 2000, e R\$ 894,35 em 2010. A média anual de crescimento foi de 35,88% no primeiro período e 30,39% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 70,00, em agosto de 2010) passou de 7,73% em 1991 para 5,23% em 2000 e para 2,10% em 2010.

Conforme o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), no Município de PELOTAS/RS, o total de famílias inscritas no Cadastro Único em março de 2013 era de 31.295, dentre as quais: 13.324 com renda *per capita* familiar de até R\$ 70,00; 23.208 com renda *per capita* familiar de até R\$ 140,00; 29.019 famílias, com renda *per capita* até meio salário mínimo.

Na área da saúde, o percentual das famílias com perfil de baixa renda *per capita* chega a 88,07% das famílias atendidas, ou seja, aquelas com crianças de até 7 anos e/ou gestantes. De acordo com o MDS, a média nacional é de 73,12 %, estando Pelotas acima da média, mas, ainda assim, é importante que as Secretarias de Assistência Social e de Saúde continuem

trabalhando em articulação para aumentar o número de famílias com acompanhamento de saúde.

Dessa forma em Pelotas, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), são constituídas por ações e serviços de saúde de forma complementar, e possuem diversos atributos, entre os quais, destaca-se: a Atenção Básica, como sendo a primeira porta de entrada do sistema, constituída por equipes multidisciplinar que atende toda população, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde ( DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE PELOTAS, 2016).

Figura 1- Redes de Atenção à Saúde existentes em Pelotas



Adaptado:[https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/Diretrizes\\_da\\_Atencao\\_Basica.pdf](https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/Diretrizes_da_Atencao_Basica.pdf).

Da mesma forma, em relação à saúde, na contemporaneidade, Pelotas conta com 51 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), duas Unidades Básicas de Atendimento Imediato (UBAIs) e um Pronto Socorro (PS). Cada um desses locais disponibiliza atendimentos específicos destinados à baixa, média e alta complexidade. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a baixa complexidade ou Atenção Básica (AB) contempla um conjunto de ações com foco na promoção da saúde, na prevenção de agravos no diagnóstico, na reabilitação e manutenção da saúde. Esses tipos de atendimento,

em geral, requerem menos investimento por parte do SUS, e são realizados nas UBSs, também conhecidas como postos de saúde (DIÁRIO DA MANHÃ, 08.05.2019).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Pelotas (2014-2017), há dados divergentes, já que, nesse documento consta que, além das UBAs, de responsabilidade da prefeitura, existem 04 gerenciadas pelas Universidades Federal e Católica e 04 de gerenciamento misto (Obelisco, Vila Municipal, Areal Leste e União de Bairros).

Já, a média complexidade exige contato com médicos especialistas e a realização de exames mais complexos para a definição do diagnóstico e do tratamento. Quando os casos diagnosticados são considerados mais graves, passam a ser atendidos nos setores de alta complexidade, tendo um custo maior para o SUS.

Ainda, segundo o Diário da Manhã (08.05.2019), a UBAI faz o acolhimento de pacientes com base na classificação de risco. Em Pelotas, existem duas unidades: uma no bairro Navegantes, inaugurada em 2010, e outra no bairro Lindóia, que entrou em funcionamento em 2018. As duas oferecem serviços como eletrocardiogramas, leitos de observação e salas de triagem e emergência, fazendo parte do Programa de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), disponibilizando exames na hora para detectar HIV/Aids, sífilis, hepatite B e C, entre outras enfermidades.

De acordo com o mesmo veículo de comunicação de massas, o Pronto Socorro ( atende os casos de emergência e urgência, tendo como norma não deixar nenhum cidadão sem socorro. Ao chegar à unidade, o paciente passa por triagem e, conforme seu estado de saúde, é atendido lá mesmo ou encaminhado a outra unidade de saúde, principalmente hospitais.

De acordo com Ministério da Saúde (MS), a baixa complexidade ou Atenção Básica (AB) contempla um conjunto de ações com foco na promoção da saúde, na prevenção de agravos no diagnóstico, na reabilitação e manutenção da saúde. Esses tipos de atendimento, em geral, requerem menos investimento por parte do SUS, e são realizados nas UBSs, também conhecidas como postos de saúde (PMSP, 2014-2017).

Já, a média complexidade exige contato com médicos especialistas e a realização de exames mais complexos para a definição do diagnóstico e do tratamento. Quando os casos diagnosticados são considerados mais graves, passam a ser atendidos nos setores de alta complexidade, tendo um custo maior para o SUS.

A cidade de Pelotas ainda conta com seis unidades hospitalares, atendendo não só o município, mas também toda a Região Sul do Estado. São os seguintes os hospitais pelotenses: Santa Casa de Misericórdia, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Miguel Piltcher, Hospital Clinicamp, Hospital Universitário São Francisco de Paula, ligado à Universidade

Católica de Pelotas (UCPEL), e Hospital Escola, vinculado à Universidade Federal de Pelotas, tendo a administração da Fundação de Apoio da Universitário (FAU), através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Da mesma forma, cabe mencionar que o município e a região contam com um hospital psiquiátrico, o Hospital Espírita de Pelotas (PMSP, 2014-2017).

Em nosso município, a Atenção Básica foi implantada nos anos 1980 e, fortaleceu-se progressivamente, sobretudo, por meio da ampliação quantitativa das unidades, equipes e serviços. Além disso, a partir de 2008, foram criados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por iniciativa do Ministério da Saúde, com o propósito de consolidar a Atenção Básica no Brasil, expandindo as ofertas de atendimento da rede de serviços, bem como a resolutividade, o alvo e a abrangência das ações. Estas são realizadas por equipes multiprofissionais, que atuam de maneira integrada com as equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica, tanto nas unidades como nos domicílios, construindo projetos terapêuticos, de modo a qualificar e difundir as intervenções no território de diferentes grupos populacionais (PMSP, 2014-2017).

Nas diversas áreas de atuação, a saúde teve avanços significativos, como em 2011, quando o município aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ/AB), contratando 12 equipes que passaram a compor 26 equipes de atendimento. Já em 2012, aderiu ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), abrindo mais vagas. No ano seguinte, 2013, houve a adesão ao Programa Mais Médicos, que promoveu melhorias no atendimento aos usuários do SUS, levando um número maior de médicos para locais de ausência desses profissionais.

O fortalecimento do atendimento perpassa, também, pela ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), visando à melhoria da Qualidade da Atenção Básica através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com incentivos financeiros. Também, buscando aprimorar as ações e serviços em saúde, Pelotas expandiu o Estratégia da Saúde da Família, estendendo o atendimento a diversos bairros, tendo neste período 45 equipes e oito em implantação, aguardando vinda do financiamento do governo federal. As equipes foram distribuídas de modo a fazer a cobertura territorial, levando em conta os critérios de risco populacional e contando com os serviços do governo federal, como o Projeto Mais Médicos, e com a reestruturação das equipes já existentes (PMSP, 2014-2017).

Complementando o atendimento municipal à saúde, ainda existe o projeto dos Distritos Sanitários de Pelotas, o qual conta com seis distritos e seis gerências distritais, quais sejam:

I Três Vendas; II Três Vendas; Centro/ Porto; Fragata; Areal/ Laranjal; e DS Colônia. Essa forma de regionalização objetiva executar uma melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde em determinada área, viabilizando o acesso da população a todos os níveis de atenção e oportunizando serviços adequados e organizados em todos os distritos sanitários, de modo que cada grupo populacional receba atendimento no distrito ao qual pertence (PMSP, 2014-2017).

## DISTRITOS SANITÁRIOS

A implantação da distritalização conta com uma proposta que busca a atenção as necessidades locais relacionadas aos problemas de saúde da população, mediante um sistema articulado e hierarquizado que se fundamenta na Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8080/90 e 8142/90. Para tanto, foram criados sistemas de referência e contrarreferência centrados nas questões prioritárias e nas tecnologias disponíveis, com operacionalização integrada, de modo a permitir ampla cobertura e acesso da população. Cabe destacar que a melhoria do acesso aos serviços é o que garante uma cobertura universal disponível (PMSP, 2014-2017).

O projeto dos distritos sanitários dividiu o território pelotense em seis distritos com seis gerências. Compete salientar que qualquer inovação no serviço municipal de saúde deve ser inclusa no distrito correspondente. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Pelotas (2014-2017), são os seguintes os distritos sanitários (DS): I Três Vendas; II Três Vendas; III Centro/ Porto; IV Fragata; V Areal/ Laranjal; e VI (DS) Colônia.

Ainda, segundo o Plano Municipal de Saúde de Pelotas (2014-2017), as necessidades distritais deverão ser atendidas com base nas diretrizes de atendimento da rede de Atenção Básica, mantendo rotinas padronizadas de condutas, cumprindo as normas do SUS de universalidade, integralidade e equidade na saúde. Além disso, todo o processo de atendimento deve ser informado e publicado com transparência.

Para dar conta da demanda na área da saúde pública, a maioria dos atendimentos prestados nos distritos sanitários é realizada nas UBS. Também, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Ambulatório da UCPEL, o Centro de Especialidades, o Centro de Atendimento Sócio - Educativo (CASE), entre outros, complementam a assistência pública à saúde no município de Pelotas. Nessas unidades, está previsto a acesso de estagiários e residentes de instituições superiores da área da saúde, os quais poderão contribuir com seu

trabalho e qualificar-se de forma crescente mediante uma rotina de práticas que levam à aprendizagem.

Com relação a manutenção, ou seja, reformas e ampliações, já existem ações previstas, e também cadê ressaltar que as necessidades e reparos é um processo dinâmico que depende das demandas espontâneas que surgem e da possibilidade de aprovação de projetos dos demais entes federados: federal e estadual (PMSP, 2014-2017).

## 5.2 LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE PELOTAS

O Município de Pelotas rege-se, fundamentalmente, por uma lei orgânica, atualizada no ano de 2014, respeitando os princípios estabelecidos nas Constituições Federal e Estadual, considerando que todo o poder emana do povo, e este o exerce por meio de representantes eleitos diretamente, nos termos da lei. Sendo assim, todo cidadão tem direito à participação, por meio legais, nas decisões do município e no aprimoramento democrático de suas instituições (LEI ORGÂNICA DE PELOTAS, 2014).

Essa legislação, em seu Art. 235, estabelece que o Sistema Único de Saúde do Município (SUSM) integra o Sistema de Seguridade Social e abrange o conjunto de ações de saúde em todo o território municipal, exercidas prioritariamente pelo Poder Público e, complementarmente, pela iniciativa privada. Esse sistema conta com dois colegiados: a Conferência Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, os quais possuem normas de funcionamento criadas por leis específicas.

Compete ao Conselho Municipal de Saúde elaborar e atualizar o Plano Municipal de Saúde, incluindo a questão orçamentária. Este plano deve ser aprovado pela Câmara Municipal e orienta a utilização dos recursos municipais na área da saúde.

Estes recursos são depositados no Fundo Municipal de Saúde, o qual consiste em um fundo público, administrado pela Secretaria Municipal de Saúde e é constituído de recursos provenientes das transferências do Fundo Nacional de Saúde e Fundo Estadual de Saúde e do orçamento da Prefeitura Municipal, além de outras fontes.

No parágrafo 2º do Art. 237, declara-se que o valor das taxas, emolumentos e multas arrecadadas pelo Sistema Municipal de Saúde (SMS), deverá ser creditado diretamente no Fundo Municipal de Saúde.

Em seu Art. 240, a Lei Orgânica de Pelotas refere que os recursos destinados pelo município à saúde não poderão ser inferiores a 12% do total de seu orçamento. Já, o Art. 243 ressalta que os recursos repassados pelo Estado e destinados à saúde não poderão ser utilizados em outras áreas.

O Sistema Único de Saúde tem atribuições básicas, entre as quais se destacam: a assistência à saúde, priorizando o atendimento médico, odontológico e psicológico; a assistência total à gestante; a promoção nutricional; o desenvolvimento tecnológico em saúde; capacitação de recursos humanos; e execução do sistema de transporte de pacientes e apoio logístico (LEI ORGÂNICA DE PELOTAS, 2014).

### 5.3 PELOTAS E O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Pelotas, como município executor das políticas públicas sociais, desempenha o seu papel conforme está estabelecido na CF/88 e nos princípios e normas do SUS. Nesse contexto, dando ênfase ao bem-estar da população, a presente pesquisa buscou investigar como o poder público municipal de Pelotas, planeja e organiza as ações e serviços de saúde em termos financeiros, a fim de cumprir a legislação vigente, como também executa as despesas orçamentárias na sua função saúde e na sua subfunção Atenção Básica, relacionando-a com as demais subfunções.

Na última década, o Sistema de Saúde de Pelotas tem progredido ao longo do tempo, tendo obtido, significativos avanços. A complexidade acompanhou o desenvolvimento na área da saúde, uma vez que novas tecnologias foram incorporadas, não só na Atenção Básica, mas também nos procedimentos de Média e Alta Complexidade, mediante elaboração de diagnósticos e ações terapêuticas, com destaque para a área farmacêutica (PMSP, 2014-2017).

Desse modo, vem se agregando valor aos serviços de atendimento, porém, com consequentes custos maiores ao setor da saúde pública pelotense. Tais fatos têm sido demonstrados através da queda da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida no município, evidenciando a qualidade dos serviços prestados, os quais beneficiam a população pelotense, bem como habitantes de outros municípios da região (PMSP, 2014-2017).

Atente-se para o aumento do teto financeiro municipal em saúde, já que o investimento realizado pela prefeitura vem crescendo, mostrando a preocupação dos gestores em disponibilizar maior número de atendimentos com melhor qualidade à assistência. Isso tem ocorrido, porque as esferas federal e estadual vêm cumprindo parcialmente com os custos da prestação de serviços e ações de saúde.

O município de Pelotas está em Gestão Plena do Sistema Municipal desde o ano de 2000. Com abrangência da 3ª e 7ª Coordenadorias de Saúde, disponibiliza ações e serviços públicos de saúde para uma população de aproximadamente de 1.000.000 habitantes. O perfil de financiamento do SUS em Pelotas, segundo os dados financeiros apresentados no MGS no período compreendido entre 2010 a 2012, demonstra que do total da receita informada, a fonte federal representa o maior valor, seguido da fonte municipal e estadual. Destaca-se que no período analisado, o crescimento percentual no aporte de recursos financeiros para o financiamento do SUS foi maior na esfera municipal, passando de R\$29.057.833,07 em 2010 para R\$49.841.273,90 em 2012. Uma variação percentual de 71,52% (PMSP, 2014-2017).

Um aspecto a considerar é que, em 2001, foi implantado, na área de urgência e emergência, um novo modelo de gestão do Pronto Socorro Municipal (PSM), com

financiamento compartilhado entre a Prefeitura Municipal de Pelotas, a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e a Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). Além disso, gradativamente o poder público municipal, por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) vem assumindo o custeio de várias ações, efetuando o pagamento de servidores, assim como de medicamentos e materiais os quais não são referentes à transferência automática da responsabilização pela Municipalização Plena da Saúde.

Somando-se a esse compromisso, compete mencionar que, em dezembro de 2004, a Prefeitura Municipal fez um contrato com os hospitais universitários, com base em portarias ministeriais que regulamentavam a contratação dos serviços hospitalares pelo SUS, a fim de que esses centros médicos prestassem serviços de urgência e emergência. Da mesma forma, aos poucos, os serviços universitários passaram a complementar recursos financeiros, havendo colaboração do Governo do Estado, com aporte de recursos (PMSP, 2014-2017).

Com os novos investimentos financeiros, foi criada a Central de Leitos, responsável pela internação hospitalar e pela regulação de serviços ambulatoriais, mediante protocolos de autorização de procedimentos. Para amenizar os compromissos municipais, a gestão do Hemocentro Regional foi transferida para o Estado. Em contrapartida, novos serviços foram implantados, tais como: como o SAMU, CEREST, Vigilância em Saúde do Trabalhador, CAPS infantil, CAPS AD, UBAI e Ouvidoria, entre outros. Todas essas modalidades de atendimento são realizadas graças à captação de recursos junto às demais esferas do governo.

Ainda, torna-se relevante ressaltar que o plano municipal de saúde, em Pelotas, fundamenta-se em diversos documentos da administração municipal. Entre esses, destacam-se: O Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o relatório da Conferência Municipal de Saúde, bem como portarias e leis federais, estaduais e municipais, com base nas peculiaridades do município, entre outras variáveis que necessitam ser consideradas para a elaboração de um planejamento de saúde que contemple as necessidades da população. Isso, sempre tendo em mente ações exequíveis e realistas, havendo, porém expectativas de novas conquistas na área da saúde pública.

### **5.3.1 Financiamento da saúde no município de Pelotas**

A descentralização dos recursos do Ministério da Saúde para outros entes federativos, como Pelotas, por ser considerada a saúde como plena, pactuado com o Ministério da Saúde, abrange outros municípios, o que significa que os recursos os quais os demais municípios deveriam receber são transferidos para Pelotas, por ter uma estrutura de atendimento mais equipada. Desse modo, os municípios vizinhos transferem pacientes a Pelotas para

atendimentos mais especializados, porém as transferências de recursos ocorrem de modo regular e automática por blocos de financiamento, regulamentadas pela Portaria 204, de 29 de janeiro de 2007. Tais blocos são constituídos conforme especificidades de suas ações e serviços de saúde, sendo os seguintes:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica;
- V - Gestão do SUS; e
- VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Como mencionado anteriormente nesta dissertação, para melhor compreensão da questão orçamentária, foi estabelecida a Classificação Funcional Programática pela Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do Ministério do Orçamento e Gestão (MOG), devendo a União, estados, municípios e o Distrito Federal estabelecer, em atos próprios, suas estruturas de programas, códigos e identificações, respeitando as determinações dessa portaria, a qual atualiza a discriminação da despesa por funções, subfunções, programa, projeto, atividade, operações especiais, assim como enumera outras providências (BRASIL,1999).

O termo Função pode ser traduzido como o maior nível de agregação das diversas áreas de despesas do setor público, havendo 28 funções, como por exemplo: a função 10 que se refere à saúde.

A Subfunção representa uma partição da função, agregando um subconjunto menor de despesas do setor público, assim como identificando a natureza das ações, a exemplo: a subfunção 301 representa a Atenção Básica.

Para a função saúde, ficaram elencadas as seguintes subfunções:

- 301 – Atenção Básica;
- 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial;
- 303 – Suporte Profilático e Terapêutico;
- 304 – Vigilância Sanitária;
- 305 – Vigilância Epidemiológica;
- 306 – Alimentação e Nutrição.

Na análise, encontra-se divergências entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério de Orçamento e Gestão (MOG), o que tende a gerar nas estruturas orçamentárias, no caso, das receitas e despesas, as receitas são repassadas por Blocos de Financiamentos, conforme a Port. MS nº 204/2007 já mencionados anteriormente, e as despesas são executadas por função e

subfunções de acordo com a Port. MOG nº 42/1999. Nesta pesquisa, a análise foi feita tanto por blocos, quanto por função e subfunções.

Inicialmente foram analisadas as receitas e as despesas com saúde, nas quais constam as transferências intergovernamentais destinadas as ações e serviços de saúde, apresentando os recursos totais das receitas líquidas de impostos e transferências da União e Estado, quanto as despesas liquidadas, no período de 2009 a 2016, bem como as transferências Fundo a Fundo (federais e estaduais) ao município de Pelotas.

Segundo os dados da Tabela 1, obtida pelo Siops, do total de receitas líquidas recebidas das transferências dos impostos da União e Estados conforme determinação a Lei nº 141/2012, ainda de acordo com esta norma, o município tem que aplicar mais 15% de recursos em ações e serviços de saúde, estes valores representativos são para dar embasamento para o percentual da aplicação de recursos próprios.

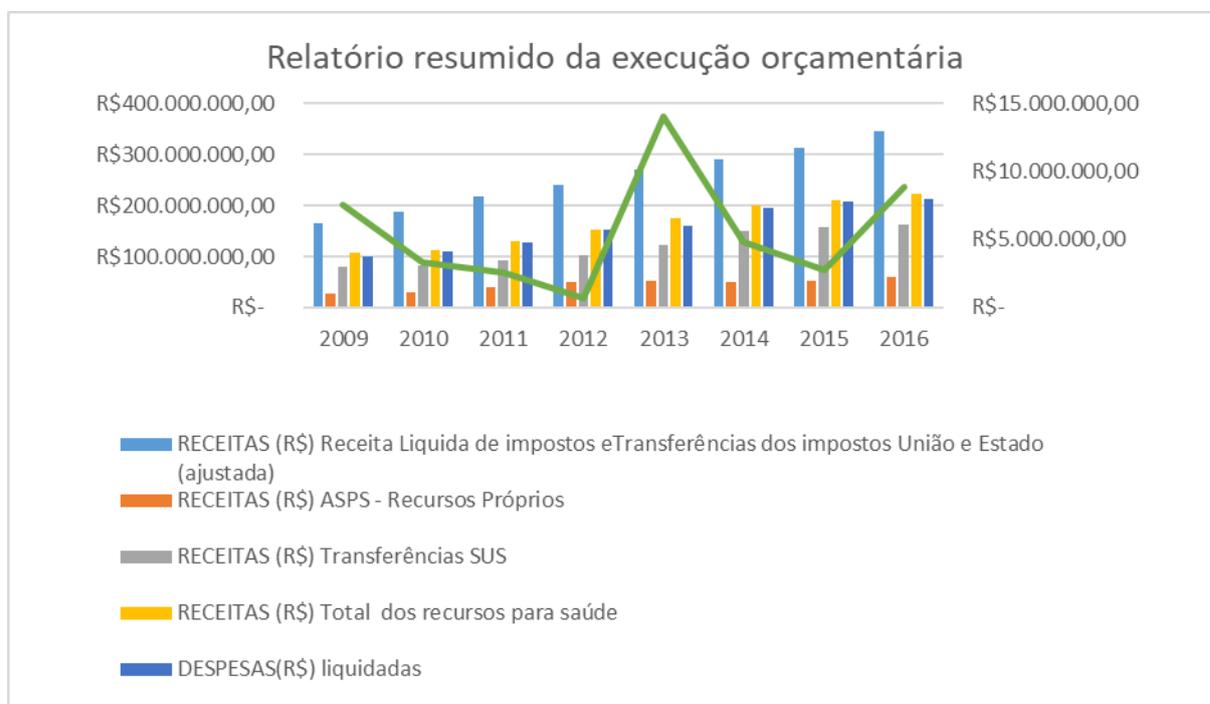
Tabela 1. Dados orçamentários da realização da receita e da execução da despesa líquida da saúde do município de Pelotas (em reais) 2009-2016

| PERÍODO | RECEITAS (R\$)   |                          |                    |                               | DESPESAS (R\$)     | SALDO FINANCEIRO (R\$) |
|---------|--|--------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------|------------------------|
| Ano     | Receita Líquida de impostos e Transferências dos impostos União e Estado | ASPS - Recursos Próprios | Transferências SUS | Total dos recursos para saúde | liquidadas         | Exercício (saldo)      |
| 2009    | R\$ 165.901.584,35   | R\$ 28.321.079,82        | R\$ 80.357.212,10  | R\$ 108.678.291,92            | R\$ 101.107.592,45 | R\$ 7.570.699,47       |
| 2010    | R\$ 186.692.892,29   | R\$ 29.732.572,02        | R\$ 82.527.679,23  | R\$ 112.260.251,25            | R\$ 108.917.932,16 | R\$ 3.342.319,09       |
| 2011    | R\$ 218.026.606,17   | R\$ 38.566.988,29        | R\$ 92.040.291,15  | R\$ 130.607.279,44            | R\$ 127.997.807,31 | R\$ 2.609.472,13       |
| 2012    | R\$ 240.508.178,88   | R\$ 50.605.710,31        | R\$ 102.456.963,92 | R\$ 153.062.674,23            | R\$ 152.338.087,13 | R\$ 724.587,10         |
| 2013    | R\$ 269.865.867,10   | R\$ 52.867.686,28        | R\$ 122.339.264,94 | R\$ 175.206.951,22            | R\$ 161.120.032,38 | R\$ 14.086.918,84      |
| 2014    | R\$ 290.850.952,09   | R\$ 49.916.060,93        | R\$ 150.936.395,49 | R\$ 200.852.456,42            | R\$ 195.977.175,48 | R\$ 4.875.280,94       |
| 2015    | R\$ 312.204.263,60   | R\$ 53.411.846,58        | R\$ 156.647.534,52 | R\$ 210.059.381,10            | R\$ 207.312.442,08 | R\$ 2.746.939,02       |
| 2016    | R\$ 346.534.745,72   | R\$ 60.873.631,32        | R\$ 161.915.394,27 | R\$ 222.789.025,59            | R\$ 213.871.057,44 | R\$ 8.917.968,15       |

Fonte: Elaboração própria com dados obtidos do relatório anual do Siops (2019).

Ao analisar as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), observa-se que o município investe em saúde, com recursos próprios, valor superior à determinação legal, isto é, percentual acima de 15%. Conforme informações obtidas pelo Siops, Pelotas investiu, em 2009, R\$ 28.321.079,82, já em 2016, R\$ 60.837.631,32, sendo o aumento de 114, 81%, o que mostra um crescimento orçamentário em saúde do município, sendo significativamente maior que a taxa de inflação acumulada no período analisado. Conforme o Índice Oficial da Inflação no Brasil, a taxa atingiu 51,84% (IPCA), deduzindo a inflação, houve um crescimento de 62,97%.

Gráfico 1. Dados orçamentários da realização da receita e da execução da despesa líquida da saúde do município de Pelotas (em reais) 2009-2016



Fonte: elaborado pelo pesquisador

Considerando os recursos próprios do município (ASPS), somados com as transferências intergovernamentais, o que foi apresentado no gráfico supracitada, o total de recursos disponibilizados à saúde para o município de Pelotas do ano 2009 a 2016. Do total desses recursos destinados à saúde foram analisadas as despesas liquidadas, levando em conta que a despesa liquidada é considerada líquida e certa, por já ter sido entregue a mercadoria ou os serviços prestados. No ano de 2009, o total de recursos disponíveis foi de R\$ 108.678.291,92 e, no ano de 2016, R\$ 222.789.025,59. Tal fato representa um aumento de 104,99% no período analisado, sendo significativamente maior do que a taxa de inflação acumulada. Portanto, ocorreu um aumento de 53,15%, o que pode ser observado na Figura 1.

Examinando os gastos, em 2009, o total foi de R\$ 101.107.592,45, já em 2016, R\$ 213.871.057,44. Logo, houve um aumento de 111,52% e, por último, apresenta-se o saldo financeiro que ficou disponível em cada exercício, sendo os gastos inferiores ao montante das receitas disponíveis (Tabela 1). Ainda, evidenciam-se nos dados apresentados recursos financeiros disponíveis, porém Pelotas não utilizou os mesmos integralmente, de modo particular, em 2013, ano com maior saldo financeiro.

Tabela 2. Percentual de índice de aplicação em recursos próprios das ASPS, no município de Pelotas, em 2009-2016

| <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 16,98%      | 15,58%      | 16,61%      | 19,60%      | 18,37%      | 17,44%      | 17,06%      | 17,77%      |

Fonte: Relatório dos indicadores municipais – SIOPS (2019).

Ao ser analisada a Tabela 2, quanto às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), nota-se que o município investe em saúde com recursos próprios valor superior que a determinação legal, ou seja, percentual acima de 15%, estabelecido pela Lei nº 141/2012. Conforme informações obtidas no Siops, o município de Pelotas investiu, em média, 17,42% com seus recursos próprios em saúde, entre 2009 e 2016.

Os dados apresentados demonstram que, nos primeiros 4 anos do período em estudo, houve uma baixa de percentual na aplicação. No ano 2010, 15,58%, partindo de 16,98%, em 2009, passando para 19,60% em 2012. A investigação desse período demonstra que ocorreu maior índice de aplicação dos recursos próprios. Esse período corresponde a gestão do PP - Partido Progressista, do prefeito Feter Junior. Já no período de 2013 a 2016, o qual corresponde à gestão do PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira, na gestão do prefeito Eduardo Leite, é importante mencionar que o percentual de recursos próprios aplicados em saúde no município de Pelotas, em 2013, foi de 18,37% e, em 2016, foi de 17,77%. Portanto, houve uma queda da aplicação, o que se observa nessas duas gestões, uma vez que não se equiparam à média de aplicação do total dos municípios do Brasil, a qual era de 21,5%, segundo dados do Siops.

Tabela 3. Despesa com saúde por subfunção do município de Pelotas (em reais ) 2009-2016 (Despesa Liquidada)

| SUBFUNÇÕES                                | 2009                     | 2010                     | 2011                     | 2012                      | 2013                      | 2014                      | 2015                      | 2016                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 301-Atencao Basica                        | R\$ 6.636.949,84         | R\$ 9.933.821,93         | R\$ 13.817.338,97        | R\$ 18.918.315,83         | R\$ 16.877.662,53         | R\$ 38.922.282,18         | R\$ 45.760.200,83         | R\$ 47.157.448,31         |
| 302-Assistencia Hospitalar e Ambulatorial | R\$ 57.088.042,06        | R\$ 61.987.029,32        | R\$ 68.549.597,45        | R\$ 78.958.261,52         | R\$ 89.049.773,44         | R\$ 131.614.272,40        | R\$ 131.408.453,89        | R\$ 135.930.045,99        |
| 303-Suporte Profilatico e Terapeutico     | R\$ 3.540.683,78         | R\$ 886.366,23           | R\$ 2.630.624,73         | R\$ 3.203.870,61          | R\$ 4.392.153,73          | R\$ 2.711.824,11          | R\$ 3.958.910,19          | R\$ 4.052.372,05          |
| 304-Vigilancia Sanitaria                  | R\$ 135.013,97           | R\$ 340.978,24           | R\$ 201.829,62           | R\$ 125.041,72            | R\$ 100.065,84            | R\$ 1.510.608,06          | R\$ 1.642.019,23          | R\$ 1.887.794,62          |
| 305-Vigilância Epidemiológica             | R\$ 1.119.660,53         | R\$ 694.192,59           | R\$ 783.492,04           | R\$ 441.130,59            | R\$ 796.506,98            | R\$ 3.527.187,44          | R\$ 4.371.052,69          | R\$ 3.897.212,61          |
| 306- Alimentação e Nutrição               | R\$ -                    | R\$ -                    | R\$ -                    | R\$ -                     | R\$ -                     | R\$ -                     | R\$ -                     | R\$ -                     |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>R\$ 68.520.350,18</b> | <b>R\$ 73.842.388,31</b> | <b>R\$ 85.982.882,81</b> | <b>R\$ 101.646.620,27</b> | <b>R\$ 111.216.162,52</b> | <b>R\$ 178.286.174,19</b> | <b>R\$ 187.140.636,83</b> | <b>R\$ 192.924.873,58</b> |

Fonte: Adaptado do Siops 2009-2016.

Tabela 4. Percentual da despesa com saúde por subfunção do município de Pelotas (em % ) 2009-2016 (Despesa Liquidada)

| SUBFUNÇÕES                                | 2009          | 2010          | 2011          | 2012          | 2013          | 2014          | 2015          | 2016          |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 301-Atencao Basica                        | 9,69          | 13,45         | 16,07         | 18,61         | 15,18         | 21,83         | 24,45         | 24,44         |
| 302-Assistencia Hospitalar e Ambulatorial | 83,32         | 83,95         | 79,72         | 77,68         | 80,07         | 73,82         | 70,22         | 70,46         |
| 303-Suporte Profilatico e Terapeutico     | 5,17          | 1,20          | 3,06          | 3,15          | 3,95          | 1,52          | 2,12          | 2,10          |
| 304-Vigilancia Sanitaria                  | 0,20          | 0,46          | 0,23          | 0,12          | 0,09          | 0,85          | 0,88          | 0,98          |
| 305- Vigilancia Epidemiológica            | 1,63          | 0,94          | 0,91          | 0,43          | 0,72          | 1,98          | 2,34          | 2,02          |
| 306- Alimentação e Nutrição               | 0,00          | 0,00          | 0,00          | 0,00          | 0,00          | 0,00          | 0,00          | 0,00          |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>100,00</b> |

Fonte: Elaborado pelo pesquisador adaptado do Siops 2009-2016.

A Tabela 3, foi elaborada de acordo com os dados do Siops por função e subfunção, em valores, tornando-se a base para a elaboração da Tabela 4, em que os dados foram analisados em percentuais.

Ao analisar a Tabela 4, por subfunção de despesas, observa-se que o maior percentual de recursos se destinou à Assistência Hospitalar e Ambulatorial, seguido das Ações de Atenção Básica. Também, percebe-se uma evolução dos recursos gastos nas ações de Atenção Básica no ano de 2009, correspondendo a 9,69%, percentual que aumentou para 24,44% no último ano de análise.

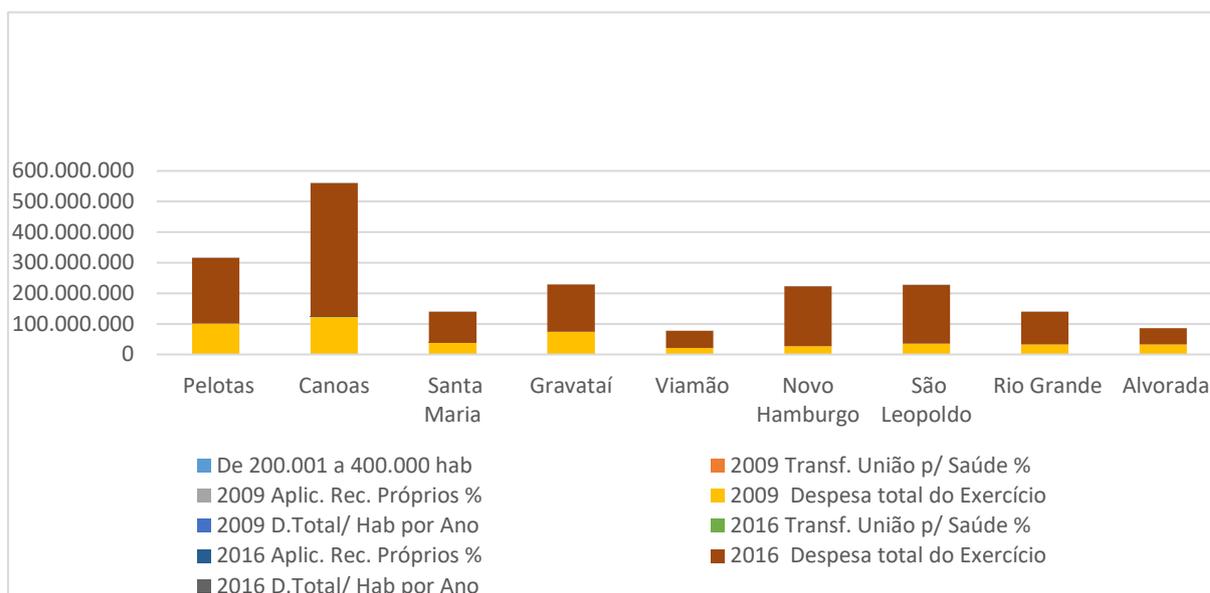
Já referente à análise do comportamento da subfunção de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (Tabela 4), houve diminuição do montante dos recursos aplicados. No ano de 2009 foi de 83,32%, passando a 70,46% no ano de 2016. Portanto, ocorreu uma redução de gastos de 12,86%, comparando com a Atenção Básica, que em 2009 gastou 9,69% e, em 2016, 24,44%, perfazendo um aumento de 14,75%. É relevante ressaltar que a Atenção Básica é a porta de entrada da população para atendimentos de saúde, fato que evidencia ter havido um crescimento nos recursos aplicados na Atenção Básica, ou seja, a Atenção Básica recebeu maiores recursos financeiros. Mesmo com a redução ocorrida no financiamento da Assistência Hospitalar, há disparidade com o financiamento da Atenção Básica, o que sugere uma opção política de privilegiar a promoção e prevenção da saúde. Já as outras subfunções permaneceram estáveis nesse período. Compete destacar que ainda a subfunção 306, Alimentação e Nutrição, não teve gastos.

Tabela 5. Despesas liquidadas em saúde dos municípios do Rio Grande do Sul de 200.001 a 400.000 habitantes 2009-2016

| Ano           |                          | 2009  |                        |                                  |                      | 2016  |                        |                                  |                      |
|---------------|--------------------------|---|------------------------|----------------------------------|----------------------|---|------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Municípios    | De 200.001 a 400.000 hab | Partic. intergov. da Despesa total do município % | Aplic. Rec. Próprios % | Despesa total Saúde no Exercício | D.Total/ Hab por Ano | Partic. intergov. da Despesa total do município | Aplic. Rec. Próprios % | Despesa total Saúde no Exercício | D.Total/ Hab por Ano |
| Pelotas       | 343.651                  | 76,96   | 16,98                  | R\$ 101.107.592,45               | R\$ 299,24           | 71,28   | 17,77                  | R\$ 213.871.057,44               | R\$ 662,54           |
| Canoas        | 342.634                  | 50,98   | 17,73                  | R\$ 123.711.597,65               | R\$ 387,26           | 67,42   | 18,19                  | R\$ 435.440.498,30               | R\$ 1.288,81         |
| Santa Maria   | 277.309                  | 38,83   | 15,12                  | R\$ 38.144.988,47                | R\$ 141,82           | 34,86   | 19,39                  | R\$ 100.383.141,40               | R\$ 365,55           |
| Gravataí      | 273.742                  | 44,28   | 17,80                  | R\$ 74.564.494,75                | R\$ 276,73           | 47,25   | 20,31                  | R\$ 153.660.608,92               | R\$ 561,33           |
| Viamão        | 252.872                  | 38,86   | 15,76                  | R\$ 21.120.624,90                | R\$ 90,68            | 37,51   | 18,21                  | R\$ 56.231.336,69                | R\$ 229,63           |
| Novo Hamburgo | 249.113                  | 36,74   | 21,33                  | R\$ 67.729.413,74                | R\$ 267,24           | 73,23   | 18,79                  | R\$ 194.844.270,39               | R\$ 798,38           |
| São Leopoldo  | 229.678                  | 41,60   | 30,50                  | R\$ 85.245.038,28                | R\$ 407,30           | 32,19   | 40,58                  | R\$ 191.151.985,20               | R\$ 843,87           |
| Rio Grande    | 208.641                  | 33,84   | 15,09                  | R\$ 32.294.472,29                | R\$ 169,90           | 24,17   | 18,32                  | R\$ 106.739.051,59               | R\$ 540,70           |
| Alvorada      | 207.392                  | 38,04   | 23,43                  | R\$ 32.167.658,36                | R\$ 155,06           | 42,24   | 26,00                  | R\$ 53.233.250,27                | R\$ 262,38           |

Fonte: Elaboração própria com dados do Siops 2019.

Gráfico 2. Despesas liquidadas em saúde dos municípios do Rio Grande do Sul de 200.001 a 400.000 habitantes 2009-2016



Fonte: Elaboração própria com dados do Siops 2019.

Na Tabela 5, com os dados obtidos pelo Siops, foram selecionados nove municípios gaúchos do mesmo porte, ou seja, por número de habitantes aproximado, considerando a população contada do ano de 2016, os indicadores demonstram que os municípios gaúchos têm progressivamente assumido a responsabilidade no financiamento da saúde. De modo expressivo, ampliaram em 2016 os gastos no setor, alocando receitas próprias em níveis superiores aos determinados pela LC141/2012. Levantamentos de dados apontam para 2009, em média, 19,30%, já para 2016, 21,95% de aplicações de recursos próprios na área da saúde, superando o índice da média dos municípios brasileiros.

Em 2009, a participação intergovernamental nas despesas totais da saúde foi de 76,96%, já em 2016, foi de 71,28%, portanto Pelotas foi o município que mais recebeu recursos da União e do estado. Entretanto, tal fato comprova que foi o município que menos investiu na saúde, com recursos próprios, em 2016, mas em relação à despesa total por habitante ficou na média, sendo possível analisar que a União fez transferências significativas para a saúde em Pelotas.

Finalmente, examinando o gráfico 2, pode-se deduzir, a partir da comparação com os outros municípios do mesmo porte, Pelotas ficou somente abaixo de Canoas. Os demais municípios fizeram investimentos menores, o que não significa gastos por habitante, porém trata-se de investimentos na área da saúde.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida como um direito universal, e a responsabilidade pertence ao Estado no seu financiamento. Entretanto, observa-se, no cenário do capitalismo contemporâneo, a insuficiência de recursos públicos para aplicação no setor saúde, a fim de ser garantido um sistema de caráter universal e com acesso de atendimento integral.

Como objetivo geral, a pesquisa buscou evidenciar os gastos financeiros e a forma de financiamento na função saúde quanto as ações e serviços na Prefeitura Municipal de Pelotas, do ano 2009 a 2016, em sua respectiva função e subfunções. E os objetivos específicos foram os seguintes: analisar a evolução das despesas realizadas pela Prefeitura Municipal de Pelotas ano 2009 a 2016; resgatar, no orçamento, o financiamento no setor saúde; verificar se os gastos com saúde cumprem com a legislação vigente; demonstrar os valores alocados na subfunção Atenção Básica para as demais subfunções da saúde e comparar com outros municípios gaúchos do mesmo porte os gastos financeiros em saúde.

Em relação ao primeiro objetivo específico, o resgate às particularidades da legislação sobre o financiamento. Tendo em vista que, no desenvolvimento da dissertação, ocorreram muitas alterações na legislação, no que tange à definição das fontes de financiamento para a saúde, ressaltam-se duas restrições: o desvio de recursos da Seguridade Social para a Previdência Social, bem como as alocações financeiras do governo federal voltadas para alcançar metas no superávit primário. Mesmo assim, a saúde, sendo considerada tripartite, a descentralização das receitas definidas para essa função incidiu de forma significativa sobre o município, porém é a União que tem a responsabilidade de contribuir com maior parcela para o setor, na proporção de sua arrecadação.

Os gastos em saúde verificados nos municípios gaúchos do porte de Pelotas demonstram que eles vêm assumindo grande responsabilidade no financiamento do sistema de saúde. Esse crescimento da aplicação de recursos dos municípios, no comportamento observado, aponta que a média foi respectivamente, em 2009, de 19,27%. Já para 2016, essa média passou a 21,95%, o que revela um esforço significativo de gastos dos municípios. No caso da União, o comportamento observado, no ano de 2009, foi uma média de 88,44%, já para o ano de 2016, essa média revela um decréscimo para 70,95%, das alocações para os municípios.

Em relação ao segundo objetivo, que era o de evidenciar os gastos financeiros do poder público municipal na função saúde, quanto às suas ações e serviços, os dados obtidos, permitiram apontar que, quanto à capacidade de utilização dos recursos financeiros, disponíveis. Pelotas não os utilizou integralmente, de modo especial, em 2013. Acredita-se que o poder público municipal deveria planejar o financiamento do sistema saúde de forma mais detalhada, o que é, muitas vezes, impedido pela burocracia.

As transferências intergovernamentais de recursos para a área da saúde geram debate e reivindicações desde a aprovação das leis que regulamentam o SUS (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90), as quais determinavam que os recursos deveriam ser repassados de forma automática e regular aos municípios, respeitando critérios como perfil epidemiológico, demográfico, desempenho do setor, entre outros.

Mas, somente em 1993, com a criação da primeira Norma Operacional Básica (NOB 01/93), houve referência ao cumprimento da CF/88 e das Leis nº 8080/90 e a nº 8142/90, com avanços no sentido de fortalecer a pactuação entre as esferas de governo, porém com ritmo pouco acelerado em direção à descentralização. Isso, porque as transferências financeiras eram de fundo a fundo, ainda não se tinha a avaliação dos resultados, uma vez que essa norma descentralizou os recursos para as ações e serviços de saúde, na forma de repasse global, frente a muitos debates das esferas de governo.

Conseqüentemente, quanto ao objetivo previsto de verificar se os gastos com saúde cumprem com a legislação, efetivamente tal ocorre, embora não tenham sido verificadas grandes mudanças no modelo de atenção à saúde. Mesmo assim, as ações foram positivas em relação ao padrão de atenção à saúde que se encontrava em desenvolvimento. Portanto, a NOB 01/93 foi inovadora em termos de gestão mais efetiva, estando vigente até fevereiro de 1998 (GOULART et al., 1998).

Em março de 1998, entrou em vigor a NOB 01/96, substituindo a anterior, tratava-se de uma tentativa de inovação e ampliação dos financiamentos, a fim de superar os impasses da descentralização à gestão e ao financiamento, o que não foi contemplado pelo instrumento anterior, NOB 01/93. Desse modo, houve uma mudança significativa na forma dos repasses financeiros. Pelo mecanismo fundo a fundo, os municípios tiveram maior autonomia financeira, possibilitando, assim, uma ação mais efetiva do SUS, disciplinando as transferências intergovernamentais, o que ocorreria de maneira regular ou eventual, da União para estados, municípios e Distrito Federal, condicionadas à contrapartida dos governos, esse cenário fez com que os municípios administrassem várias contas dos repasses (GOULART et al., 1998).

Frente a esse quadro, tornou-se necessário um novo modelo de transferência, com vistas a reduzir a fragmentação. Assim, cria-se a Portaria nº 204/2007, a qual tratava do financiamento das ações e serviços de saúde, os quais deveriam ser distribuídos em blocos constituídos por componentes a partir de suas especificidades.

Em relação ao quarto objetivo específico, com base na análise de dados, verifica-se que na Assistência Hospitalar e Ambulatorial, isto é, na Média e Alta Complexidade, durante o primeiro período examinado, os recursos gastos foram maiores. Entre 2009-2012, foram aplicados 81,09%, no período seguinte, de 2013-2016, observou-se diminuição do montante dos recursos, ou seja, de 72,70%. Logo, houve uma redução de gastos de 8,39%.

Comparando com a Atenção Básica, também observou-se que o município de Pelotas teve aumento no percentual de gastos na Atenção Básica, no mesmo período analisado, a média de 2009-2012 foi de 14,02% de gasto, no período seguinte ocorreu um aumento do montante, sendo de 22,38%. Por conseguinte, o aumento foi de 8,36%, refletindo a política de priorização da Atenção Básica, a qual é a porta de entrada da população. Tal fato evidencia que houve uma melhoria no atendimento, ou seja, na Atenção Básica, foi efetivado um controle de doenças o qual reduziu as despesas na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Quanto ao comportamento das outras subfunções, manteve-se na média, com poucos recursos aplicados.

Os gestores da saúde já sinalizam o engessamento dos recursos recebidos por blocos, pois não há gestão livre, isto é, não se torna viável aplicar em áreas que mais necessitam, visto que os mesmos são atrelados aos blocos.

Cabe, ainda, mencionar que os dados da pesquisa evidenciam que os municípios fizeram esforço em aplicar mais recursos próprios para que o atendimento desses serviços de saúde fosse mantido. Pelotas é o município que menos investiu em recursos próprios, relacionado aos outros municípios no ano de 2016, mas em relação à despesa total por habitante ficou na média, levando-se em conta que a União fez transferências significativas para a saúde do município de Pelotas.

Este trabalho apresentou as despesas por função saúde e suas respectivas subfunções, é importante destacar que o estudo apresenta algumas limitações, dentre elas, o fato de ter sido focado no município de Pelotas o que limita sua extrapolação para outras regiões. Contudo, o trabalho oferece uma base de dados para evidenciação de outras pesquisas, a partir de uma estrutura financeira que se produziu e se produz dentro do campo financeiro. Assim, sugere-se para estudos futuros a realização de um detalhamento das despesas por categoria econômica,

grupo de despesa, modalidade de aplicação, elemento de despesa, vinculando estas rubricas a suas metas físicas de atendimento a população.

A guisa de informação, o Ministério da Saúde, em 2017, através da Portaria 3.992/2017, trouxe alterações sobre os repasses financeiros da União para estados e municípios. Antes havia seis blocos, a partir da vigência dessa legislação passam a ser somente duas modalidades: custeio e investimento. Essa determinação pode apresentar avanços ou retrocessos. Os avanços referem-se a mais autonomia aos gestores na aplicação dos recursos, com base na sua gestão, porém um retrocesso poderá ocorrer se os recursos não forem bem definidos, porque irá oportunizar alocações em áreas com menos visibilidade. Atualmente é esta modalidade que está sendo utilizada.

Convém destacar um ponto bastante positivo em relação à coleta de informações, que foi a receptividade e acolhida dos responsáveis pela área orçamentária da Prefeitura de Pelotas.

Em termos teóricos, os resultados apontam para a relevância de estudos futuros abordando as realidades municipais nos seguintes aspectos: na questão do financiamento; como o controle social incide sobre a questão orçamentária; sobre os ritos documentais utilizados e principalmente um estudo continuado sobre a evolução dos gastos nas áreas sociais fornecendo séries históricas confiáveis.

Por fim, em termos operacionais este estudo sugere a necessidade de um monitoramento e avaliação contínua do sistema de financiamento, potencializando, com maior eficiência, os gastos públicos aplicados na saúde no município de Pelotas, de modo que haja eficácia, ou seja, para que toda a sociedade seja beneficiada. Recomenda-se aos gestores, Conselhos e Conferências de Saúde, entre outros, a utilização do sistema Siops, o qual é uma ferramenta significativa que contém todas as informações dos registros contábeis geradas pelos municípios. Portanto, trata-se de um sistema rico em dados, através do qual os gestores podem avaliar os investimentos em saúde e verificar a importância do processo de racionalização dos recursos, para que o dinheiro público seja bem aplicado nas áreas que mais necessitam. Isso, porque compete reiterar que a saúde é um direito do povo e um dever do Estado.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Claudiano, MEDEIROS, Márcio, FEIJÓ, Paulo Henrique. **Gestão de Finanças Públicas** – Fundamentos e Práticas de Planejamento, Orçamento e Administração Financeira com responsabilidade Fiscal. Brasília, 2006.

ALCÂNTARA, Suelem Aparecida. **Financiamento do SUS**. Limites Institucionais e Práticos. 2017. Dissertação mestrado Profissional em Gestão e Organização de Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto - SP, 2017.

ARAÚJO, Inaldo da Paixão santos; ARRUDA, Daniel. **Contabilidade Pública da Teoria à Prática**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BEHRING, Eliane Rossetti. Acumulação capitalista, fundo público e políticas social, In: **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**, Boschetti, Ivanete et al. (Org.) São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Constituição Federal (CF/88)**. Brasília: Senado Federal. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf) Acesso: 20 jan. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF/88 e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.html) . Acesso em: 09 fev 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF/88 para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; 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. [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm) . Acesso em: 14 jun 2019.

BRASIL. Lei de Responsabilidade Fiscal (2000). **Lei complementar nº. 101/00**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e das outras providências. Brasília: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2000/leicomplementar-101-4-maio-2000-351480-norma-pl.html> Câmara dos deputados, 2000. Acesso: 10 mai 2019.

BRASIL. **Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964**. Estatui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm) . Acesso em: 05 dez 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) . Acesso em 20 nov 2018.

BRASIL. **Lei Orgânica nº 8.142/90 e o Controle Social.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [http://conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/docs/18142.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/18142.pdf) . Acesso em: 20 dez 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MOG nº 42, de 14 de abril de 1999.** [http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/legislacao/legislacao/portaria-mog-42\\_1999\\_atualizada\\_23jul2012-1.doc/view](http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/legislacao/legislacao/portaria-mog-42_1999_atualizada_23jul2012-1.doc/view)Acesso: 28 out 2019. Acesso: set 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Brasília,2007.[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html). Acesso: 28 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006.** Brasília,2006.[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf).Acesso: 10 mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009.** Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS.Brasília,2009.[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837\\_23\\_04\\_2009.h](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html)tml. Acesso: 15 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília,2011. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso: 15 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3992, de 28 dedezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços público de saúdeSUS.Brasília,2017.[http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso: 10 dez 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de setembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.Disponívelem:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm). Acesso em: 09 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.– (Série E. Legislação em Saúde).

CARVALHO, GCM 2002. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001.** Tese de doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira Texto Preparatório para o Abrascão 2018. **Financiamento da Atenção Básica**

SUS.<http://rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/2018/02/CastroLimaMachado-Financiamento-da-APS-2018-1.pdf> . Acesso: 01 jun 2019.

CASTRO, Domingos Poubel de; GARCIA, Leice Maria. **Contabilidade Pública no Governo Federal** – guia de reformulação do ensino e implantação da lógica do SIAFI nos governos municipais e estaduais com ut. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

CAVALCANTE, Pedro. **A Implementação Municipal das Políticas Sociais: Uma Análise Espacial**.<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/485/331>. Acesso: 12 jul 2019.

CAVALCANTE, Pedro. **A Implementação Municipal das Políticas Sociais: Uma Análise Espacial**. planejamento e políticas públicas n.º 42 jun 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM **Recursos Financeiros no Sistema Único de Saúde** – Brasília: CNM, 2014.

DIÁRIO DA MANHÃ. Entenda a diferença entre IBS-UPA\_e PS. Disponível em :<http://diariodamanhapelotas.com.br/site/entenda-a-diferenca-entre-ubs-upa-ubai-e-ps/> de 08/05/2019. Acesso: 15 jul 2019.

DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE PELOTAS, Disponível: [http://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/Diretrizes\\_da\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/Diretrizes_da_Atencao_Basica.pdf). Prefeitura Municipal de Pelotas, 2016.

ESCOREL, S. et al, (Coords.) **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Pan American journal of Public Health 21 (2/3): 163-176, 2007.

GIACOMONI, James. **Orçamento Público**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Antônio C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In. GIOVANELLA L. et. al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2008.p, 575 – 626.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados**.<http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GIOVANELLA, Lúgia (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**./ organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et.al. Rio de Janeiro: ed. FOI CRUZ, 2008.

GÖTTEMMS,L.B.D; PIRES, M.R.G.M. **Para além básica: reorganização o SUS por meio da interseção do setor político com o econômico**. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf> . Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.189-198, 2009. Acesso: 17 mai 2019.

GOULART, Flávio A de Andrade(org.).**Os Médicos e a Saúde no Brasil**. DF- Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

BGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades:** IBGE. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: set 2019.

IPCA. Índice de Preços ao Consumidor Amplo. <https://www.tororadar.com.br/investimento/bovespa/o-que-e-ipca-e-inflacao-acumulada>, Acesso: set 2019.

JORGE, E.A; MESQUITA, A.C.S.; PAIVA, A.B.; MARTINS FILHO, R. F. **Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil**. Jun/2007. Brasília – DF. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/14/doc2-141013.pdf>. Acesso : 03 set 2019.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A.O.; SILVA, R. M.P da; **Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal**. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0049.pdf>. Saúde Debate Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 49-62, OUT-DEZ 2016. Acesso: 02 mai 2019.

KOHAMA, Hélio. **Balancos públicos: Teoria e Prática**. 2. ed. – São Paulo. Atlas 2012.

LEFEBVRE, Henri, **Lógica Formal/Lógica dialética**, 6. ed. São Paulo, Civilização Brasileira, 2011.

LICHTNOW, Rolf H. **Orçamento Público**. Pelotas: Editora Universidade Católica de Pelotas, Educat, 2015.

MACHADO JR. J.T.; REIS, Heraldo da C. **A Lei 4.320/1964 Comentada**. 31. ed. Rio de Janeiro: IBAM, 2001/2003.

MAZON, Luciana Maria; COLUSSI, Claudia Flemming; SENFF, Carlos Otávio; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina**, Brasil. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0038.pdf>. Acesso: 02 de out 2019.

MENDES, A; CARNUT, L, GUERRA, L.D. da SILVA. **Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**. Acesso: 27 de set 2019.

MENDES, A; MARQUES, R.M. A dimensão do financiamento da Atenção Básica e do PSF no contexto da saúde. In SOUSA, M.F. (org.). **Sinais vermelhos do PSF**. São Paulo; Hucitec, 2014, p.71-102. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0900.pdf> . Acesso: 02 de jun 2019.

MINAYO, Maria Cecília S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MOTA, Francisco Glauber Lima. **Curso Básico de Contabilidade Pública**. 2. ed. Brasília, 2006.

MOURA, Elisangela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 18, n. 3730, 17 set. 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br>. Acesso 01. 05.2019 .

ONU, NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL <https://nacoesunidas.org/tema/odm/>, 2000.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro et al. **O direito à saúde na reforma do Estado brasileiro: Construindo uma nova agenda**. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina Tese doutorado, 2002.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciane Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira. **O Sistema Único de Saúde**, 2008, in GIOVANELLA, Ligia (org).

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS, **PMSP**, 2014-2017 - [https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf). Acesso: set 2019.

POLIGNANO, Marcus Vinícius, História das Políticas de saúde no Brasil. <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso: 04 out 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Lei orgânica do município de Pelotas**. <https://leismunicipais.com.br/lei-organica-pelotas-rs>, 2014. Acesso em: 16 jul 2019.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo, Atlas, 2014.

ROMERO, Luiz Carlos. **O Sistema Único de Saúde, um capítulo a parte**, 2008. file:///C:/Users/Claudia/Downloads/3-LuisCarlosRomero.pdf. Acesso: 25 de abr 2019.

SALVADOR, E. **Fundo Público e o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil**. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 14, n. 2, p. 04-22, jan./jun. 2012. <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263/11632>> acesso em: 09.jan.2019.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social**. São Paulo: ed. Cortez, 2010.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. SUS: quando um sistema de saúde nacional e único na sua conformação organizativa foi implantado num país federativo. Exigência de novos paradigmas administrativos. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 73/47, p. 189-204, maio/dez. 2006.

SÁTYRO, Natália Guimarães Duarte et. al. Análise espacial da burocracia da assistência social nos municípios brasileiros: notas para uma reflexão sobre a capacidade de implementação dessa política. **Opinião Pública**. Campinas, vol. 22, nº 2, agosto, 2016. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-62762016000200286](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762016000200286). Acesso: 13 jul 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PELOTAS. **Diretrizes da atenção básica de saúde de Pelotas** Prefeitura de Pelotas, 2016. [https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/Diretrizes\\_da\\_Atencao\\_Basica.pdf](https://www.pelotas.com.br/storage/saude/arquivos/Diretrizes_da_Atencao_Basica.pdf). Acesso em: 13 jun 2019.

SIMAO, Juliana Barby and ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. **Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil**. Estud. Econ. [online].

2015, vol.45, n.1, pp.33-63. ISSN 0101-4161. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612015000100033&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612015000100033&script=sci_abstract). Acesso: 26 out 2019.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Ática, 2009.

UGÁ, M.A.D.; PORTO, S. M. A. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil In. GIOVANELLA L. et al.; (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2008.p, 473- 506.

VIANA, A. L. D`A. & DAL POZ, M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, p. 11-48, 1998.

WILGES, José Ilmo. **Finanças Públicas**: Orçamento Direito Financeiro. 2. ed. Porto Alegre: Age Ltda., 2006.