

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
CAMPUS SERTÃO – UNIDADE EDUCACIONAL DE SANTANA DO IPANEMA  
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

WILLIAM CRISTOVÃO ANDRADE

**Financiamento da Saúde Pública:**  
Os Desafios da Gestão Financeira Acerca dos Recursos e Gastos em Saúde  
Pública nos Municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia.

SANTANA DO IPANEMA  
2019.

WILLIAM CRISTOVÃO ANDRADE

**Financiamento da Saúde Pública:**

Os Desafios da Gestão Financeira Acerca dos Recursos e Gastos em Saúde Pública nos Municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao corpo docente do curso de Graduação em Ciências Contábeis da UFAL – Campus Sertão/Unidade de Santana do Ipanema como requisito para obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

Orientador (a): Prof. Alcides José de Omena Neto

SANTANA DO IPANEMA  
2019.

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Unidade Santana do Ipanema**

Bibliotecária responsável: Larissa Carla dos Prazeres Leobino – CRB-4 2169

A553f Andrade, William Cristovão

Financiamento da saúde pública : os desafios da gestão financeira acerca dos recursos e gastos em saúde pública nos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia / William Cristovão Andrade. – 2019.

48 f. : il.

Orientação: Alcides José de Omena Neto.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Contábeis) – Universidade Federal de Alagoas. Unidade Santana do Ipanema. Curso de Ciências Contábeis. Santana do Ipanema, 2019.

Bibliografia: f. 45 – 48.

1. Gestão financeira. 2. Financiamento público. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU: 657

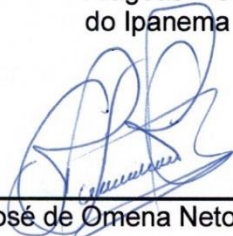
---

AUTOR (A): WILLIAM CRISTÓVÃO ANDRADE

**Financiamento da Saúde Pública:**

Os Desafios da Gestão Financeira Acerca dos Recursos e Gastos em Saúde Pública nos Municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia.

Trabalho de conclusão de curso submetido ao corpo docente da Universidade Federal de Alagoas - Campus Sertão/Unidade de Santana do Ipanema e aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



---


Prof. Alcides José de Omena Neto / UFAL (Orientador)

**Banca Examinadora:**



---

Prof. Me. José Augusto de Medeiros Monteiro / UFAL (Examinador Interno)



---

Prof. Hélio Felipe Freitas / UFAL (Examinador Interno)

Dedico aos meus familiares e amigos,  
pessoas que estiveram presentes em todos  
os momentos.

## **AGRADECIMENTO**

Ao prof.<sup>o</sup>. e Orientador Alcides José de Omena Neto, pelo apoio e motivação.

A minha família, pela confiança.

Aos amigos e colegas pelo incentivo

A todos os professores do curso

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar as ações da gestão financeira dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia na arrecadação e alocação dos recursos recebidos para os gastos em saúde pública, numa análise que acontece através de dados coletados no Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Para o efetivo desenvolvimento, adotou-se como processo metodológico com uma abordagem de caráter descritivo, com apresentação de análises quantitativas de dados com base em um estudo comparativo do conteúdo. Nesse sentido, foram analisadas informações relativas às receitas, despesas e investimentos realizados pela gestão entre os anos de 2007 a 2017 no sistema SIOPS, para assim, se ter uma visão de como são administrados os recursos, o que possibilitou verificar as reais necessidades que os municípios têm acerca dos repasses de transferências constitucionais e legais para realização das ações e serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que foram evidenciados o aumento substancial na arrecadação de impostos nos últimos anos, a instabilidade das fontes de financiamento, a quantidade mínima distribuída per capita para a população, o cumprimento exigido pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012 quanto os repasses e a transparência das informações divulgadas. Após o exaustivo mapeamento dessas características, foi identificado que a Atenção Básica é a prioridade na alocação de recursos quando em comparação com as subfunções de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Alimentação e Nutrição e Outras Subfunções.

**Palavras chaves:** Saúde pública; Financiamento público; Gestão; Investimentos.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the financial management actions of the municipalities of Carneiros and Delmiro Gouveia in the collection and allocation of resources received for public health spending, the analysis takes place through data collected in the Public Health Budget Information System (SIOPS). For the effective development, it was adopted as a methodological process with a descriptive approach, with presentation of quantitative data analysis based on a comparative study of the content. In this sense, we analyzed information related to revenues, expenses and investments made by management between 2007 and 2017 in the SIOPS system, so as to have a vision of how resources are managed, which made it possible to verify the real needs that municipalities have about the transfers of constitutional and legal transfers to carry out health actions and services. At the same time, the substantial increase in tax collection in recent years, the instability of funding sources, the minimum amount distributed per capita to the population, the compliance required by Constitutional Amendment 29/2000 and Supplementary Law 141 / 2012 regarding transfers and the transparency of the information disclosed. After exhaustive mapping of these characteristics, it was identified that Primary Care is the priority in resource allocation when compared to the Subfunctions of Hospital and Ambulatory Care, Prophylactic and Therapeutic Support, Health and Epidemiological Surveillance, Food and Nutrition and Other Subfunctions.

Keywords: Public health; Public Financing; Management; Investments.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### QUADROS

Quadro 1 Evolução Histórica.....	28
----------------------------------	----

### TABELAS

Tabela 1 Percentuais de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil. .....	26
---	----

Tabela 2 População, Área Territorial, Densidade Demográfica e IDHM segundo dados dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia 2008 e 2010.....	30
---	----

Tabela 3 Receitas municipais para apuração de valor para aplicação em ações e serviços públicos de saúde entre os anos de 2007 e 2017 (dados anuais em reais R\$) .....	33
--	----

Tabela 4 Receitas adicionais de Carneiros e Delmiro Gouveia - AL, por ente da federação, entre os anos de 2007 e 2017 (dados anuais em reais R\$). ....	34
---	----

Tabela 5 Gastos em saúde pública por habitante segundo esfera municipal através de recursos próprios (Média anual em R\$). ....	36
---	----

Tabela 6 Gastos em saúde pública por habitante segundo esfera municipal através de recursos próprios em 2017 (valores em reais R\$).....	37
--	----

Tabela 7 Recursos próprios aplicados em saúde nos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia, AL, 2007 a 2017 (dados anuais em reais R\$).....	39
---	----

Tabela 8 Gastos públicos em saúde por subfunção nos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia, AL, 2007 a 2017, (dados anuais em reais R\$).....	41
--	----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AESD - Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento  
APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade  
ASPS - Serviços Públicos de Saúde  
CF - Constituição Federal  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CNDL - Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil  
EC – Emenda Constitucional  
FES – Fundo Estadual de Saúde  
FMS – Fundo Municipal de Saúde  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
FPM - Fundo de Participação dos Municípios  
FAE - Fração Ambulatorial Especializada  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICMS - Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços  
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPVA - Imposto Sobre Propriedade Veicular Automotora e Imposto Sobre  
IPI - Imposto Sobre Produtos Industrializados  
IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores  
IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano  
ITR - Propriedade Territorial Rural  
LC – Lei Complementar  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB - Normas Operacionais Básicas  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PEC – Proposta de Emenda Constitucional  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPI - Programação Pactuada Integrada  
RCL - Receita Corrente Líquida  
RREO - Relatório Resumido de Execução Orçamentária  
SAI - Sistema de Informação Ambulatorial  
SIOPS - Sistema de Informação Sobre Orçamento Público em Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SPC - Serviço de Proteção ao Crédito

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1.	Objetivos .....	13
1.1.1	<i>Objetivo Geral</i> .....	13
1.1.2	<i>Objetivos Específicos</i> . ....	13
1.2.	Justificativa.....	14
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
2.1.	Surgimento da saúde pública no Brasil e seu processo de financiamento...17	
2.2.	Financiamento do Sistema Único de Saúde.....	25
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	29
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO E RESULTADOS</b> .....	30
4.1.	Características Demográficas dos Municípios de Carneiros e Delmiro Gouvei.....	30
4.2.	Histórico de Repasses Orçamentários do Período Transferidos aos Municípios.....	31
4.3.	Volumes totais de recursos para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde. ....	31
4.4.	Receitas adicionais para financiamento da saúde transferidas pela união e estado ao município.....	34
4.5.	Grau dos gastos em saúde por habitante segundo esferas do governo.....	36
4.6.	Grau de cumprimento do percentual mínimo exigido pela emenda constitucional nº 29/2000 e lei complementar nº 141/2012 e os percentuais aplicados pela gestão em nível local.....	38
4.7.	Repasses da saúde por subfunções. (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Alimentação e Nutrição e Outras Subfunções). ....	40
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	43
	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Art. 196 da Constituição Federal (CF) 1988 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Fazer saúde sem dinheiro é impossível. Por outro lado, o recurso financeiro não resolve todos os problemas, pois, outros fatores, além do dinheiro, interferem na qualidade da saúde no país, exemplo disso temos: as más gestões e investimentos realizados de forma ineficaz. Para que o direito humano à saúde se concretize, além da quantidade de recursos e sua adequada aplicação e gerenciamento, é fundamental o comprometimento profissional, a organização do sistema e o efetivo controle social (SCHNEIDER *et al.*, 2005).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2003), desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o financiamento da saúde pública é um assunto muito discutido, tanto pelos governantes, como pela sociedade, e para abordar esse assunto é preciso entender alguns fatores que vem sendo tratados ao longo do tempo, como questões sociais, culturais e regionais envolvidos na promoção e incentivo para melhoria do sistema, uma vez que, várias alterações na forma de repasse dos recursos, entre elas a lei Complementar 141/2012 e a Emenda Constitucional 86/2005, ocorreram ao longo do tempo.

O foco do estudo não trata apenas dos serviços e atendimentos que são realizados pelo sistema de saúde, mas sim de como esses serviços são custeados e de que forma a gestão atua, criando uma estruturação para que seu papel de administrador financeiro e das subfunções em nível local seja cumprido

Como visto anteriormente, o financiamento do SUS tem previsão legal na Constituição Federal, mas, toda sua organização está definida na Lei Orgânica da Saúde, que reúne as leis federais 8.080 e 8.142 de 1990. De forma geral, estas leis que definirão as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos e, inclusive, a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo.

Tendo em vista a relevância das dificuldades encontradas pela correta distribuição dos incentivos financeiros da saúde para os municípios, e a necessidade da incorporação desse tema nos debates das comunidades locais. O presente estudo

estabelece como problema de pesquisa: Quais as ações da gestão financeira dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia quanto ao recebimento e alocação dos recursos para os gastos em saúde pública?

Assim, o objetivo geral é analisar a gestão financeira dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia na arrecadação e alocação dos recursos recebidos para os gastos em saúde pública, para tanto, essa análise será através do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde SIOPS que mostrará, através da análise de dados numéricos, os valores arrecadados e gastos, apontando a forma com o qual a gestão aplica esses valores em nível local e a importância desses repasses para o destinatário final: O cidadão usuário.

Para conferir efeitos concretos ao dispositivo constitucional, a Lei nº 8.080/1990 e a Lei Complementar nº 141/2012 dispõem que a União, os Estados, o Distrito Federal (DF) e os Municípios devem aplicar, anualmente, recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), de modo que estes integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990, 2012)

## **1.1. Objetivos**

### *1.1.1 Objetivo Geral*

Analisar a gestão financeira dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia na arrecadação e alocação dos recursos recebidos para os gastos em saúde pública.

### *1.1.2 Objetivos Específicos.*

- a) Analisar os orçamentos da saúde pública do período, quantificando o volume total dos recursos repassados pelas esferas dos governos federal e estadual aos municípios;
- b) Avaliar os gastos públicos em saúde por habitante segundo esfera governamental através de recursos próprios;

- c) Examinar se as determinações legais exigidas pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e lei complementar 141/2012 foram cumpridas;
- d) Analisar os gastos repassados para o SUS por subfunções (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Alimentação e Nutrição e Outras Subfunções).

## **1.2. Justificativa**

Em um contexto em que as formas de administrar recursos estão cada vez mais na mira da fiscalização, e que os recursos investidos estão diminuindo cada vez mais em proporções de distribuição, as ações de caráter eficiente da administração e de promoção da saúde ganham destaque e são tidas como alternativas para reduzir o ônus de gastos desnecessários, fazendo com que os recursos oriundos dos governos sejam melhores aproveitados.

Com os grandes avanços na área da saúde e a partir da lei nº 8.080/90 e os significativos aumentos da oferta de serviços prestados, esse estudo se torna importante para entender o funcionamento do sistema de financiamento da saúde pública em nível local e como a gestão age em meio aos desafios de administrar esses recursos, visto que dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) revelam que a população brasileira cresceu cerca de 12% no período de 2007-2016, chegando ao contingente de mais de 206 milhões habitantes, o que representa um acréscimo populacional de mais de 22 milhões de habitantes no período.

Já a Organização das Nações Unidas (ONU, 2017), revela que esse rápido crescimento populacional expõe diversos problemas relacionados com o bem-estar social. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003, 2008) defende que os investimentos em saúde estão diretamente relacionados com o crescimento econômico e social de um país, e que o passo mais fundamental que pode ser dado para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal (ONU, 1948).

Segundo o portal de notícias G1 (2018), em uma pesquisa realizada pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) e pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (CNDL) em parceria com o Ibope, cerca de 70% dos brasileiros não têm plano de

saúde particular e 56% acreditam que a saúde pública piorou nos últimos 12 meses, mesmo assim, a saúde pública continua sendo a mais procurada entre o público Brasileiro.

Dentre esses dados, considerando as pessoas que não possuem plano de saúde atualmente, 60% nunca tiveram esse tipo de serviço. Para os que já tiveram, 32% perderam o acesso por desligamento da empresa que oferecia o benefício e 25% cancelaram o plano por não terem condições de pagar as mensalidades.

Dos entrevistados que não têm plano de saúde atualmente, a maioria (45%) diz recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando precisa de atendimento médico e uma parcela menor (25%) paga pelos serviços com dinheiro do próprio bolso.

É o que acontece, segundo o IBGE (2010), nos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia, na qual em Carneiros o salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1,9 salários mínimos para os 477 trabalhadores, o que representa 5,2% da população com emprego, e em Delmiro Gouveia, essa média passa a ser de 1,7 salários mínimos para os 4.909 trabalhadores, o que representa 9,3% da população que tem trabalho.

Segundo essas informações, fica inviável a contratação de planos de saúde por uma grande parcela da população desses municípios, pois menos de 10% dessas têm empregos formais com vencimentos que não chegam a 2 salários mínimos. De acordo com esse fato, isso faz com que seja gerado uma grande demanda pelo sistema público de saúde.

Portanto, discutir nesta pesquisa os fatores que impactam a qualidade do gasto público em saúde nos municípios de carneiros e Delmiro Gouveia reveste-se de relevância social, por se tratar de um assunto de interesse dos gestores públicos, dos órgãos de controle e da sociedade, tendo em vista que uma gestão eficiente deve conciliar gastos e serviços eficientes.

Atuando com base em preceitos do que o sistema de financiamento da saúde foi instituído em leis, os governantes podem contribuir para uma distribuição mais consciente dos recursos, evitando a escassez dos mesmos e contribuindo também para a redução dos impactos causados com a falta de investimentos em áreas específicas da saúde. Assim, a própria sobrevivência dos que necessitam da saúde pública pode ser menos ameaçada (SALDIVA; VERAS, 2018).

Para tanto, é necessário compreender o conceito de Sistema Único de Saúde (SUS), o que ele oferece, e como foi feito todo processo para que o Sistema de Saúde

público pudesse ser financiado, analisar e discutir suas abordagens teóricas e apresentar através de dados, o desempenho dos municípios nas arrecadações e repasses, que na forma da lei deve ser eficiente e tanto os gerenciadores quanto a população podem se beneficiar a partir de mudanças na postura de como são administrados seus recursos, como se arrecada e como se gasta.

De tal modo, o presente trabalho partiu da necessidade de analisar a gestão financeira dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia na arrecadação e alocação dos recursos recebidos para os gastos em saúde pública, isso para que, não só os governantes e a administração, compreendam a necessidade de assumir uma postura responsável nas suas relações com a sociedade, mas também que possam avaliar os processos de mudança necessários à manutenção das atividades para melhorias do bem-estar de quem se utiliza dos serviços.

Contudo, não basta apenas que sejam investidos recursos e que esses sejam entregues a seus administradores, o apoio da sociedade na organização e fiscalização é de fundamental importância.



## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Surgimento da saúde pública no Brasil e seu processo de financiamento.**

Não é novidade identificar nos meios de comunicação assuntos relacionado à situação da saúde pública do país, ou mesmo mostrando a precariedade em que se encontram muitos hospitais públicos e alguns serviços de saúde. Segundo Diniz (2012) o financiamento da saúde ainda é tido como insuficiente, mas na maioria dos casos isso acontece não pela falta de recursos e sim pela falta de compromisso da gestão, o que pode causar prejuízos nos serviços, acabando de certa forma, interferindo na prestação de contas com a população.

No Brasil, a saúde pública é regulamentada pela ação do Estado, através do Ministério da Saúde e demais secretarias estaduais e municipais. O objetivo básico da saúde pública é garantir que toda a população tenha acesso a um atendimento médico de qualidade (BRASIL, 2013).

Segundo Magalhães (2018), a saúde pública é aquela voltada para as ações de manutenção da saúde da população, garantindo um tratamento adequado e a prevenção de doenças. Ou seja, serve para auxiliar na conservação da saúde da população, proporcionando uma vida mais digna e saudável.

De acordo com Paiva e Teixeira (2014). O Sistema Público de Saúde foi um resultado de décadas de luta tendo como marco propulsor o que se chamou de Movimento da Reforma Sanitária. Foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, tendo como denominação o Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme estabelecido na lei 8080/90 em seu Art. 4º, o SUS nada mais é que a formalização do conjunto de todas as ações e serviços de saúde fornecidos pelos órgãos e instituições públicas de todo território nacional das administrações direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada também pode participar do SUS, mas de maneira complementar (BRASIL, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, modelo para vários países, se destaca por abranger desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal e igualitário ao sistema público de saúde, sem qualquer tipo de discriminação, fazendo com que todos os brasileiros, em qualquer lugar possam ser assistidos. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2013)

Segundo a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, cartilha sobre o SUS no seu município (2009), o Sistema Único de Saúde conta com objetivos e princípios onde promovem o andamento dos serviços, que tem como finalidade a identificação e divulgação dos fatores determinantes da saúde, a formulação de políticas públicas para a promoção da saúde e a assistência as pessoas por meio da prevenção. Além disso, o SUS conta com três princípios básicos: equidade, universalidade e a integralidade, que devem ser seguidos para que as ações possam dar resultados positivos quanto aos serviços de assistência e promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2013).

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, o SUS tornou obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Antes dele, a saúde não era considerada um direito social. O modelo dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar serviços privados, os que tinham direito a saúde pública por serem segurados pela previdência social e os que não possuíam direito algum (BEIRÃO, 2013).

Em vídeo publicado no Youtube, Serie SUS (2015), antes do SUS, o financiamento da saúde era praticado apenas por uma pequena parcela da população, só os trabalhadores, organizados entre si, é quem contribuía para o sistema. Esse fato, fez com que mais tarde, esses trabalhadores fossem vinculados à Previdência Social.

Segundo a serie SUS (2015), durante a ditadura militar a qualidade da saúde que já não era boa começou a piorar, os atendimentos eram quase todos feitos em

hospitais particulares, quase não existia prevenção. Mas por outro lado existiam muitos desvios de recursos e corrupção. Ainda na ditadura, o governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social conhecido como (INPS), que prestavam serviços de saúde apenas para aquelas pessoas que contribuíam para a previdência social, ou seja, trabalhadores com carteira assinada, todos os outros que não tinham dinheiro ficavam sem atendimento, não tinham direito aos atendimentos.

Esse método de fazer saúde não agradou a população e com essa insatisfação foi criado o movimento sanitarista brasileiro, movimento que se somou ao que era discutido em outros lugares do mundo, como na Organização Mundial de Saúde - OMS e na Conferência de Alma-Ata no Canadá, que tinham como lema “saúde para todos” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Na série, também é relatado que tudo que a reforma conseguiu idealizar para melhorias da saúde dos brasileiros foi levado para a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde foram definidos os princípios para a criação de um Sistema Único de Saúde, que em 1988 foram incorporados na Constituição Federal e ficou escrito na Lei máxima do país que saúde é um direito de todos e dever do estado. Assim em 1990 com a criação das Leis 8080 e 8142 foram criadas as bases de funcionamento do SUS, e a partir daí sendo estruturado através de várias outras leis, Emendas e Normas.

De acordo com os eventos históricos, apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento (POLIGNANO, 2000).

Segundo a Lei 8.080 de 1990, os objetivos para definir os princípios, diretrizes e como deve ser a gestão do sistema será determinado por artigos contidos na própria lei. Além de regulamentar todos os serviços de saúde no país ela também afirma que saúde é um direito de todos os seres humanos e o estado tem o dever de garantir o acesso (BRASIL, 1990).

Contudo, a lei 8080/1990 diz que saúde não envolve somente a ausência de doenças, envolve também outros fatores como: alimentação, saneamento básico, moradia e lazer, e o estado, arrecadador dos impostos, é quem deve garantir esse direito através de políticas públicas, econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças assegurando o acesso universal e igualitário aos serviços.

Em concordância com Schneider *et al.* (2005) na Cartilha do Financiamento do SUS, A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde. A Lei 8.080 é quem regulamenta as políticas de saúde definidas na Constituição Federal. Essa lei foi promulgada somente após uma incansável mobilização de setores organizados da sociedade. No entanto o governo dessa época resistiu ao caráter descentralizador dessa lei e vetaram diversos artigos, especialmente os que diziam respeito aos recursos e à participação da comunidade nas deliberações da saúde.

Com o veto desses artigos, a comunidade veio a se mobilizar novamente, se ligando com parlamentares comprometidos com a saúde pública, e essa junção e empenho resultou na criação de uma nova lei, a Lei nº 8.142, que trata especificamente da participação da comunidade na gestão do SUS e da transferência de recursos para a saúde entre as esferas de governo (BRASIL, 1990).

Segundo a Lei nº 8.142 de 1990, a participação da comunidade na gestão do SUS se dá através das conferências e dos conselhos de saúde. As conferências contam com encontros quadrienais e possui representatividade de diversos segmentos sociais com a finalidade de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde, e os conselhos de saúde são formados por membros da sociedade civil e trabalhadores, tanto da área da saúde, como dos diversos setores.

Ainda sobre a Serie SUS (2015), em 13 de setembro de 2000 foi sancionada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que tem como objetivo fixar os percentuais mínimos que devem ser investidos anualmente pela união, estados e municípios, devendo ser aplicados nos serviços públicos de saúde. Segundo a EC 29/2000 o que foi definido é que a união deveria investir 5% a mais do que foi investido no ano anterior, com correção anual de acordo com o aumento do Produto Interno Bruto (PIB), já os estados entrariam com 12% das arrecadações de impostos e os municípios com 15%.

Esses percentuais fixados pela EC 29 ficaram em vigor até 13 de janeiro de 2012, onde, a partir daí, surge a Lei Complementar (LC) nº 141 para regulamentar o que já estava definido na EC nº 29.

Em conformidade com a Lei Complementar 141 de 2012, os valores a serem aplicados pelos entes da federação em ações de saúde seriam alterados, passando a União a aplicar os valores do ano anterior em ações e serviços de saúde mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior, os 5% há mais

estipulados pela EC 29 deixaram de existir; se acontecer de o PIB ter variação negativa em relação ao ano anterior, não se poderia reduzir o seu valor. Já para os Estados, esses repassariam 12% da receita de sua competência e não só mais da arrecadação de impostos; os Municípios 15% da receita de sua competência e o Distrito Federal - 12% e 15% das receitas de competência estadual e municipal, respectivamente (BRASIL, 2012).

Segundo Piola *et al.* (2013), a intenção com a LC 141 de 2012, era aumentar a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde e diminuir a participação da união. Também estabeleceu os critérios de rateio de transferência para a saúde que seriam distribuídos entre as quatro esferas do governo (União, Estados, Distrito federal e Municípios). Mesmo assim, com todas essas novas modificações, em 17 de março de 2015 surgem uma nova EC nº 86, que propõe que a receita corrente líquida não seja mais a base de cálculo para aplicação do percentual mínimo, estabelecendo no lugar disso a variação da inflação do ano anterior.

Outro fato importante que segundo o conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2003), em sua cartilha, para entender a gestão do SUS. Logo após a criação da lei 8080/90, antes de tudo isso acontecer, a partir dos anos 90, no intuito de descentralizar todo o processo de ações de saúde para os municípios, pois até então as questões de saúde eram de competência da união, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), com o objetivo de definir as competências de cada esfera do governo e normatizar o sistema, e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), onde essas representam o suporte legal para operacionalizar, ou seja, colocar em prática a organização dos serviços de saúde e aplicação dos recursos.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96), e mais tarde, no ano de 2001 surgiu à primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revista e publicada em 2002, a qual se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02) (BRASIL, 2003).

Em conformidade com a resolução nº 258 de 07 de janeiro que trata da Norma Operacional Básica 01/91. Destaca-se no contexto, que no ano de 1991 surge a NOB SUS 01/91, e traz uma equiparação entre prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento passando a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços.

Além disso, essa norma também centraliza a gestão do SUS no nível federal ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), nesse mesmo período estabelece o instrumento de convênio como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios, considerando como “municipalizados” dentro do SUS, os municípios que atendam aos requisitos básicos da Lei 8.142 (fundos, conselhos, etc.) e muda o sistema de pagamento dos prestadores de serviços com a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). A palavra chave para definir essa norma é municipalização (BRASIL, 1991). De acordo com Carvalho (2001), no ano de 1992 surgiu a NOB/SUS 01/92, e essa norma não trouxe nenhuma mudança a NOB/91, apenas deu continuidade as suas recomendações.

Já na portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, que trata da norma operacional básica 01/93. no ano de 1993, com novas modificações, essa norma surge para dar início ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde do SUS habilitando os municípios como gestores; criando as transferências regulares e automáticas (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena; são constituídas as comissões intergestores bipartite (de âmbito estadual) e tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores.

O êxito das mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93 desencadeou uma ampla discussão no setor saúde, essas discussões levaram à construção de uma nova Norma Operacional Básica que representasse um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o País.

A criação da NOB/SUS 01/96, que segundo o conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, em sua cartilha, para entender a gestão do SUS (2003), promoveu um avanço no processo de descentralização, designando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos, redefiniu também as competências de Estados e municípios.

Reorganizou-se também um modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde. Surgiram também os Conselhos Municipais de Saúde e a Programação Pactuada Integrada (PPI), que visa aperfeiçoar o acolhimento às populações que habitam em municípios carentes de atendimento médico especializado.

Segundo a cartilha do CONASS (2003), dentre as principais características observadas na NOB/SUS 01/96 foram:

- a) Transferir aos municípios habilitados como Plena da Atenção Básica, os recursos financeiros com base per capita relativos a esta responsabilidade, criando o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional per capita para a população coberta;
- b) Reorganizar a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada - FAE);
- c) Reorganizar a gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC);
- d) Incorporar as ações de Vigilância Sanitária, criando o Incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;
- e) Incorporar as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;

Promover a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro;

- f) Aprimorar o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- g) Definir as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.

No ano de 2001, após discussões dos gestores com relação a alguns fatores identificados na NOB 96 foram instituídas algumas mudanças, e com isso uma nova Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001 foi criada.

Segundo a redação da portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001, que trata dessa NOAS 2001, essa norma vem para ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e definir o processo de regionalização de saúde, onde ficou instituído que cada estado deveria instituir seu plano diretor de regionalização. Além disso, ampliou o piso de Atenção Básica, porque foram incluídos alguns procedimentos que eram relacionados à média complexidade, mas sua proposta raiz era o financiamento das ações de média e alta complexidade através de pactuações na PPI, já as ações de alta complexidade passariam a ser financiadas com os recursos do estado e do fundo de ações estratégicas e de compensação.

Com todas essas normas já criadas, em 27 de fevereiro de 2002, através da portaria nº 373 surgiu a – NOAS SUS 2002, que tem basicamente as mesmas características da NOAS 2001, com foco ainda maior sobre as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, onde foi agregado um novo elenco de procedimentos cobertos pelo Piso de Atenção Básica – PAB, que antes eram de Média e Alta Complexidade, mas em suas características manteve os mesmos princípios organizacionais do NOAS 2001.

No portal, Conselho Nacional de Saúde, no texto Pactos pela Saúde (2006). Na incansável luta de responsabilidades foi instituída a criação de um Pacto pela Saúde, que reúne um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuada entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS.

Ao mesmo tempo, na redação do texto do Pacto pela Saúde (2006), houve a redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Outras modificações que ocorreu em virtude do Pacto foram às formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo, assim, as centenas de contas administrativas que eram utilizadas para essa finalidade.



Dessa forma, cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações (BRASIL, 2000).

## **2.2. Financiamento do Sistema Único de Saúde.**

No tocante ao financiamento do SUS, a Constituição definiu que: "O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes" (art. 198, § 1Q) (BRASIL, 1988).

O art. 195 da Constituição estabelece ainda que o financiamento da Seguridade Social é um dever imposto a toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais (BRASIL, 1988).

Quando se fala em financiamento logo se pensa como as coisas podem ser custeadas, e se tratando do financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS é fundamental entender que todo esse custeio é proveniente de todas as ações tributaria do cidadão em contribuições pagas pelos brasileiros ao estado, onde se encaixam vários impostos, como por exemplo: (IPVA), (IPTU), (IPI), colaborações a seguridade social, dentre outros, que em conjunto irá compor o orçamento da união, dos estados e dos municípios.

Desde então, apesar da fixação dos critérios criados nos anos 90, nenhum tipo de padrão quantitativo de contribuição foi lançado para esclarecer quanto o governo deveria investir, foi daí que a Emenda Constitucional nº 29/2000 veio e estabeleceu percentuais obrigatórios que cada esfera deveria repassar para a saúde, definindo, mais tarde, juntamente com a Lei Complementar nº 141/2012 novos percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000).

Em seu portal, Conselho Nacional de Saúde, no texto um duro golpe no SUS, (2016). Em 2015 houve uma reviravolta nos métodos de financiamento do SUS, como já visto, em 2015 surge a Emenda Constitucional nº 86, onde essa muda totalmente

as regras de repasses financeiros do governo federal, visto que, até dezembro de 2015 seu cálculo era o valor empenhado no ano anterior mais variação do PIB. A partir de janeiro de 2016, esse novo critério de apuração da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) estabeleceu um escalonamento progressivo de percentuais – que vai de 13,2% em 2016, com progressões anuais até a marca de 15,0% a partir de 2020 - da Receita Corrente Líquida (RCL).

Tabela 1 Percentuais de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil.

MUNICÍPIOS	ESTADO	UNIÃO		
EC 29+LC 141: 15%	EC 29+LC 141: 12%	EC 29+LC 141 (até dezembro de 2015)	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	
Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	EC 86 (a partir janeiro 2016)	Base RCL	2016 13,20%
				2017 13,70%
				2018 14,10%
				2019 14,50%
				2020 15,00%

Fonte: Ministério Público do estado da Bahia, 2016.

Não sendo satisfatório, ainda no ano de 2016, surgiu uma nova Proposta de Emenda Constitucional, a chamada PEC 241-A de 2016. Que segundo sua redação propõe que o gasto público seja limitado à inflação do ano anterior.

Segundo a PEC 241-A de 2016, o objetivo seria frear, por até 20 anos, a trajetória de crescimento dos gastos públicos e tenta equilibrar as contas públicas, podendo ser revisado depois dos primeiros dez anos, um limite para as despesas: será o gasto realizado no ano anterior corrigido pela inflação (na prática, em termos reais - na comparação do que o dinheiro é capaz de comprar em dado momento - fica praticamente congelado)

Em nota, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) destacam que a proposta “determina que a despesa da União no ano de 2026 será a mesma, em termos reais, da executada (paga) em 2016”. O texto afirma que a medida agrava ainda mais o subfinanciamento da saúde, que já sofreu grande redução esse ano com a Emenda Constitucional (EC) 86, em substituição à EC 29. “Apesar disso, dentro dessas responsabilidades, os gestores do SUS ficam responsáveis por executar a política de saúde de maneira a garantir a toda à população o pleno usufruto do direito à saúde (BRASIL, 2019).

Com isso, para garantir o financiamento do SUS e o acesso da população, foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina no orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), além de garantir a transparência do uso desses recursos (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. Além do mais, o sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas.

É no SIOPS que gestores da União, Estados e Municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde que aconteceram como também as receitas obtidas. São essas declarações que garantem as transferências constitucionais de recursos para a oferta de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (BRASIL, 2013).

De acordo com Diniz (2012), para que o SUS chegasse ao que é hoje foram criados uma lista de normas e leis que especificam como deveria ser o funcionamento e como deveria ser o seu financiamento, cada norma ou lei criada para configurar o SUS criou uma série de contradições, por isso a criação de uma norma ou lei subsequente para correção, tudo isso para tentar adequar os recursos e as formas de repasse financeiro aos serviços, a fim de buscar encontrar uma forma de descentralizar todos os recursos e funções aos municípios.

No texto do Conselho Nacional de Saúde, Pactos Pela Saúde (2006), destacam-se alguns aspectos para melhorias do SUS tais como: “Redução das iniquidades macrorregionais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-raciais e sociais (BRASIL, 2006). Essa seria uma forma para diminuir as desigualdades e garantir que os princípios do SUS gerassem efeito para todos os usuários, princípios esses que ainda são desafios na implementação do sistema

Quadro 1 Evolução Histórica.

1986	1988	1990	1991 1992 1993 1996	2000	2001 2002	2012	2015	2017
<b>8ª Conferência Nacional de Saúde</b>	<b>CF</b>	<b>Lei 8080 Lei 8142</b>	<b>NOBS/SUS</b>	<b>EC 29</b>	<b>NOAS/SUS</b>	<b>LC 141</b>	<b>EC 86</b>	<b>PEC 241A</b>
Define os princípios para a criação de um Sistema Único de Saúde	Saúde é um direito de todos e dever do estado	Define o modelo operacional do SUS, sua forma de organização e de funcionamento. Participação da comunidade na gestão	Define as competências de cada esfera do governo e normatiza o sistema. Descentralização	Fixa os percentuais mínimos que devem ser investidos anualmente pela união, estados e municípios	Representam o suporte legal para operacionalizar e colocar em prática a organização dos serviços de saúde e aplicação dos recursos	Aumentar a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde e diminuir a participação da união	Um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) do próprio exercício	Propõe que o novo limite de gastos seja válido por 20 anos.

Fonte: Elaborado pelo autor

### 3 METODOLOGIA

A metodologia está baseada em informações retiradas de sites de propriedade públicos, com a coleta de dados acerca do financiamento público da saúde dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia no intervalo entre os anos de 2007 e 2017, pois dessa forma será possível avaliar os repasses e os gastos da gestão nesses 11 anos.

Por se tratar de uma pesquisa acerca de gastos públicos com saúde, optou-se por limitar a amostra em dois municípios do sertão do estado de Alagoas, um de médio a grande porte (Delmiro Gouveia) e um de pequeno porte (Carneiros), para assim ter uma noção de como são as formas de arrecadação e de gastos que esses municípios se utilizam.

O presente estudo consiste em pesquisa aplicada, de caráter descritivo, que visa não só relacionar as variáveis de análise central, bem como apresentar dados de informação que possam servir de auxílio para ações de transformação da realidade. Nesse sentido, os resultados serão apresentados sobre forma quantitativa, a partir da coleta de informações de fontes secundárias, incluindo também revisão bibliográfica.

A planificação da pesquisa inclui, em primeiro lugar, o levantamento dos dados secundários e a revisão da literatura, para posterior contato com as fontes pessoais, a fim de promover a coleta de dados mais específicos de caráter local. A aplicação dos instrumentos específicos de pesquisa poderá ser realizada pessoalmente ou através de contato remoto, por meio digitais.

A apresentação dos resultados quantitativos e qualitativos será acompanhada de análise direcionada ao contexto que configura o objeto de estudo, de modo que se cumpra o papel científico deste projeto, no sentido de alcançar os objetivos propostos.

A maior dificuldade para a realização desta pesquisa foi a falta de dados no sistema SIOPS, onde a gestão do momento não se encarregou de disponibilizar todas as informações necessárias, impossibilitando a real estimativa dos fatos em alguns períodos.

## 4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

### 4.1. Características Demográficas dos Municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia.

Os dados aqui apresentados foram extraídos do site do IBGE e do SIOPS, módulo de pesquisa - Dados Informados pela União, Estados e Municípios, na opção (demonstrativo-dados informados), município, demonstrativo da despesa com saúde, conforme o anexo XVI do relatório resumido de execução orçamentária (RREO).

Tabela 2 População, Área Territorial, Densidade Demográfica e IDHM segundo dados dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia 2008 e 2010.

Município	População	Área em km <sup>2</sup>	Dens. Demográfica em hab./km <sup>2</sup>	IDH
<b>Carneiros</b>	9.000	101,853	73,32	0,526
<b>Delmiro Gouveia</b>	51.763	626,690	73,13	0,612

*Fonte:* adaptada do IBGE, censo 2010.

De acordo com as informações contidas na tabela 2 o Município de carneiros conta com uma população estimada de 9.000 habitantes (2018), possui área territorial de 101,853 Km<sup>2</sup> (2018), densidade demográfica de 73,32 hab./km<sup>2</sup> (2010), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH de 0,526 (2010). Enquanto o município de Delmiro Gouveia conta com uma população estimada de 51.763 habitantes (2018), possuindo área territorial de 626,690 km<sup>2</sup> (2018), densidade demográfica de 73,13 hab./km<sup>2</sup> (2010) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH de 0,612 (2010).

Pelos aspectos visualizados o que se percebe é que apesar da diferença populacional e de área territorial entre os dois municípios a densidade demográfica é quase que igual. Outro ponto observado é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) nos municípios, pois para o Brasil que tem um índice de 0,759, segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) 2018 (dados de 2017), os municípios se diferem um pouco, visto que estão abaixo do índice nacional, mas que para o estado de Alagoas que tem IDH de 0,631, segundo dados do IBGE, esses municípios estão um pouco melhor, com maior indicador em Delmiro Gouveia, que chega quase ao indicador do estado.

#### **4.2. Histórico de Repasses Orçamentários do Período Transferidos aos Municípios.**

Como já visto, o SIOPS é um sistema disponibilizado pela internet que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Foi institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004. Atualmente, o SIOPS é coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento (AESD), da Secretaria Executiva.

O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, e conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidos em portarias, pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF.

As informações coletadas pelo SIOPS são provenientes do setor responsável pela contabilidade do Ente federado, podendo-se utilizar para o preenchimento do SIOPS os dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais. Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, através da internet, para o banco de dados do DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas pelos entes federados (BRASIL, 2013).

Diante disso, considerando a importância e a relevância do financiamento dos serviços de saúde, realizou-se uma investigação com levantamento de dados dos valores totais arrecadados e gastos pelos municípios.

#### **4.3. Volumes totais de recursos para apuração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde.**

Para que possam administrar os serviços de saúde local, os municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia dependem de receitas para tal. As receitas para apuração da aplicação dos serviços públicos de saúde são os totais de impostos arrecadados juntamente com as transferências das parcelas de impostos transferidas

da união e do estado, para fins de financiamento dos serviços locais, exemplo disso são as cotas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Desoneração ICMS (LC 87/96, Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais, Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI) Exportação, Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto Sobre Propriedade Veicular Automotora (IPVA) e Imposto Sobre Propriedade Territorial Rural (ITR), desses valores são retirados os percentuais que serão destinados aos municípios e à saúde local.

A lei máxima do país definiu que o sistema público de saúde deve ser um sistema descentralizado, e que cada esfera deve ter seu papel, numa perspectiva, na qual os municípios prestariam serviços para a população com verbas oriundas da união e pelos estados. Através da Lei 8080/90 foi atribuído à regulação do desempenho estadual e municipal quanto à execução dos serviços de saúde.

A autonomia dos municípios no que se refere à gestão das políticas de saúde acaba que por criar propriedades institucionais para que se pratiquem, através dos governantes, decisões de suas próprias preferências, decisões essas que muitas vezes não são necessariamente compatíveis com os interesses públicos e o bem-estar da população (ARRETCHE, 2003).



Tabela 3 Receitas municipais para apuração de valor para aplicação em ações e serviços públicos de saúde entre os anos de 2007 e 2017 (dados anuais em reais R\$)

<b>CARNEIROS</b>			
<b>Ano</b>	<b>Receitas de impostos liquidadas</b>	<b>Transferências constitucionais legais</b>	<b>Receita total</b>
<b>2007</b>	117.989,86	4.781.658,84	<b>4.899.648,70</b>
<b>2008</b>	38.789,93	5.656.396,93	<b>5.695.186,86</b>
<b>2009</b>	80.271,65	5.493.798,48	<b>5.574.070,13</b>
<b>2010</b>	121.959,40	5.770.325,51	<b>5.892.284,91</b>
<b>2011</b>	-	-	-
<b>2012</b>	-	-	-
<b>2013</b>	130.457,22	7.962.210,31	<b>8.092.667,53</b>
<b>2014</b>	181.671,45	8.482.232,87	<b>8.663.904,32</b>
<b>2015</b>	220.227,44	8.918.140,96	<b>9.138.368,40</b>
<b>2016</b>	32.587,17	10.387.840,74	<b>10.420.427,91</b>
<b>2017</b>	51.393,08	10.766.744,47	<b>10.818.137,55</b>
<b>DELMIRO GOUVEIA</b>			
<b>Ano</b>	<b>Receitas de impostos liquidadas</b>	<b>Transferências constitucionais legais</b>	<b>Receita total</b>
<b>2007</b>	3.519.272,38	26.928.364,96	<b>30.447.637,34</b>
<b>2008</b>	2.535.539,29	33.062.411,24	<b>35.597.950,53</b>
<b>2009</b>	2.733.204,19	35.554.784,17	<b>38.287.988,36</b>
<b>2010</b>	2.570.280,99	43.139.533,41	<b>45.709.814,40</b>
<b>2011</b>	2.977.367,27	48.612.886,85	<b>51.590.254,12</b>
<b>2012</b>	2.678.043,19	50.706.029,70	<b>53.384.072,89</b>
<b>2013</b>	3.325.270,73	53.133.996,92	<b>56.459.267,65</b>
<b>2014</b>	4.059.984,50	53.784.515,82	<b>57.844.500,32</b>
<b>2015</b>	3.988.551,96	54.187.683,06	<b>58.176.235,02</b>
<b>2016</b>	3.575.172,62	49.910.037,54	<b>53.485.210,16</b>
<b>2017</b>	2.102.855,38	42.169.424,85	<b>44.272.280,23</b>

Fonte: adaptada do SIOPS, demonstrativos das Leis de responsabilidade fiscal, 2007 a 2017.

Na tabela três o que se evidencia é a necessidade das transferências constitucionais e legais para o financiamento da saúde, sem elas seria inviável para os municípios manter as ações e os serviços. Outro ponto é a pouca expressividade do município de menor porte quanto à captação de recursos, quanto menor o município, menor a capacidade fiscal, e isso é o que chama a atenção, a grande diferença entre os dois municípios no decorrer desses 10 anos. O município de Delmiro Gouveia por ter uma área territorial e populacional maior, destaca-se na arrecadação de seus impostos em relação ao município de Carneiros, essa diferença fica clara por exemplo no FPM que é calculado pelo número de habitantes.

Outras observações foram quanto ao aumento da receita total dos municípios durante os dez anos, com exceção para os dois últimos anos em Delmiro, que houve uma queda na receita total. Para o município de Carneiros durante os anos de 2011 e

2012 não foram contabilizados dados, a contabilidade não informou os totais das receitas que o município alcançou, pois, segundo o contador responsável, essas informações ou não haviam sido registradas, ou na troca de gestão não foram encontradas.

#### 4.4. Receitas adicionais para financiamento da saúde transferidas pela união e estado ao município.

Outra questão importante para entender melhor como funciona o processo de financiamento são os repasses feitos pelos entes da federação. A tabela a seguir irá mostrar os valores, que foram repassados por cada órgão, esses valores são valores adicionais que a união e o estado repassam para os municípios, para que esses possam ser utilizados em programas específicos do SUS.

Tabela 4 Receitas adicionais de Carneiros e Delmiro Gouveia - AL, por ente da federação, entre os anos de 2007 e 2017 (dados anuais em reais R\$).

<b>CARNEIROS</b>				
<b>Ano</b>	<b>União</b>	<b>Estados</b>	<b>Outras receitas do sus</b>	<b>Total de recursos para o sus</b>
<b>2007</b>	532.156,07	-	-	<b>532.156,07</b>
<b>2008</b>	641.750,83	-	-	<b>641.750,83</b>
<b>2009</b>	767.604,20	-	-	<b>767.604,20</b>
<b>2010</b>	701.053,75	377.440,17	-	<b>1.078.493,92</b>
<b>2011</b>	-	-	-	-
<b>2012</b>	-	-	-	-
<b>2013</b>	962.532,78	-	-	<b>962.532,78</b>
<b>2014</b>	1.383.301,62	27.461,34	11.975,02	<b>1.422.737,98</b>
<b>2015</b>	2.065.787,11	72.315,08	36.631,74	<b>2.174.733,93</b>
<b>2016</b>	1.448.222,66	37.696,95	43.929,50	<b>1.529.849,11</b>
<b>2017</b>	2.000.593,67	-	12.866,83	<b>2.013.460,50</b>
<b>DELMIRO GOUVEIA</b>				
<b>Ano</b>	<b>União</b>	<b>Estados</b>	<b>Outras receitas do sus</b>	<b>Total de recursos para o sus</b>
<b>2007</b>	3.085.932,98	-	4.387,41	<b>3.090.320,39</b>
<b>2008</b>	2.994.543,93	-	-	<b>2.994.543,93</b>
<b>2009</b>	3.281.912,05	1.100.800,46	-	<b>4.382.712,51</b>
<b>2010</b>	5.639.261,00	1.299.039,25	69.844,56	<b>7.008.144,81</b>
<b>2011</b>	5.683.106,82	507.396,52	149.371,95	<b>6.339.875,29</b>
<b>2012</b>	6.523.536,27	486.692,59	125.489,12	<b>7.135.717,98</b>
<b>2013</b>	8.206.638,49	793.998,00	155.701,74	<b>9.156.338,23</b>
<b>2014</b>	7.394.725,36	805.982,51	388.246,72	<b>8.588.954,59</b>
<b>2015</b>	9.930.805,14	3.054.614,61	427.795,44	<b>13.413.215,19</b>
<b>2016</b>	18.963.976,44	2.519.111,63	584.434,73	<b>22.067.522,80</b>
<b>2017</b>	10.718.706,93	1.832.186,70	1.209.070,71	<b>13.759.964,34</b>

Fonte: adaptada do SIOPS, demonstrativos das Leis de responsabilidade fiscal, 2007 a 2017.

Na tabela quatro o que chama atenção é a falta de informação na divulgação dos dados em alguns períodos. Como já observado, entre os anos de 2011 e 2012 não consta os dados para receitas de Carneiros, por consequência, faltam também informações referentes aos repasses da união, estado e de outras receitas para SUS, em ambos os municípios é notória a falta de transparência com os recursos.

Conforme a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, na Cartilha do SUS e os municípios, em seu texto *Garantindo Saúde para Todos* (2019). É atribuição constitucional da União acompanhar as ações e monitorar a aplicação dos recursos da saúde nos estados e nos municípios; e dos estados realizarem essas funções com relação aos municípios. Cabe a todos gerir com transparência e cuidado os recursos públicos.

Fica evidente também a diferença, em valores, de recursos de um município para o outro, podendo identificar a união como maior colaborador do SUS. Contudo, um atento para o ano de 2016 nos repasses da união, enquanto Carneiros obteve uma queda de quase 30% no somatório total dos repasses para o SUS, em relação ao ano anterior, o município de Delmiro teve um acréscimo de quase 70% em relação ao mesmo período anterior. Já nos repasses estaduais e em outras receitas do SUS, nos poucos dados disponibilizados, percebe-se que houve crescimento no decorrer dos anos.

Outra observação são os repasses do estado, enquanto os recursos da união e de outras receitas do SUS aumentam gradativamente no decorrer dos anos, os repasses do estado se comportam de maneira diferente, ou seja, não se tem um padrão, pois em alguns anos há aumento no valor dos repasses e em outros, esse valor sofre quedas significativa

Diante disso, após o conhecimento das receitas para os gastos públicos em saúde nos últimos anos, é possível constatar que, se há uma percepção de diminuição das arrecadações no país, apesar da criação de tantas Leis e Normas para limitar os investimentos de repasses para a saúde, ela não decorre das receitas de contribuições. Ao contrário, de modo geral, o que se percebe é que houve um aumento substancial na arrecadação de impostos nos últimos anos.

Diante do exposto, o que se nota pela realidade dos dados mostrados é que, tanto a Constituição Federal quanto a Lei Orgânica da Saúde, ainda não são cumpridas como deveria, principalmente quando se trata da divulgação de

informações concretas sobre os gastos. Mas, apesar dessa falta de gestão, o balanço da situação do SUS, apesar de muitas leis ainda não serem cumpridas, indica progresso.

A Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 37, diz que a Administração Pública deverá obedecer ao princípio da publicidade (BRASIL, 1988).

No entanto, apesar de tantas normas e leis criadas para a manutenção do sistema, ainda é possível notar a falta de organização quanto aos elementos divulgados, atos que muitas vezes geram dúvidas quanto às práticas dos gastos, pois a transparência na gestão é tratada na Lei como um princípio de gestão, e tem por finalidade, entre outros aspectos, fornecer ao público acesso as informações relativas às atividades financeiras, não só da União e do Estado, mas também dos Municípios, de forma clara e previamente estabelecida.

Todavia, não basta que os dados sejam apenas disponibilizados aos cidadãos. É preciso que estes sejam fornecidos de forma acessível e compreensível a todos os níveis.

#### 4.5. Grau dos gastos em saúde por habitante segundo esferas do governo.

Tabela 5 Gastos em saúde pública por habitante segundo esfera municipal através de recursos próprios (Média anual em R\$).

<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>CARNEIROS</b>	<b>DELMIRO GOUVEIA</b>
<b>2007</b>	118,55	102,97
<b>2008</b>	122,52	170,71
<b>2009</b>	119,79	119,92
<b>2010</b>	127,32	146,15
<b>2011</b>	-	159,17
<b>2012</b>	-	235,05
<b>2013</b>	144,56	208,66
<b>2014</b>	148,01	217,04
<b>2015</b>	157,63	206,15
<b>2016</b>	173,77	197,66
<b>2017</b>	178,09	175,99
<b>MÉDIA TOTAL</b>	<b>143,36</b>	<b>176,31</b>

Fonte: adaptada do SIOPS, demonstrativos das Leis de responsabilidade fiscal, 2007 a 2017.

Compreende-se da tabela 4 o quanto são carentes as regiões de carneiros e Delmiro Gouveia, onde os valores gastos com cada habitante são mínimos. Apesar da média total por habitante ser maior no município de Delmiro Gouveia, o município de Carneiros, em alguns anos, apresenta gasto superior, não se sabendo ao certo a

sua média total, pois nos anos de 2011 e 2012 não foram contabilizados valores para essa categoria no SIOP.

Seguindo essa lógica, um levantamento realizado em 2017 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) revela que: o Brasil gasta R\$ 3,48 per capita por dia para cobrir as despesas com saúde de seus mais de 207 milhões de habitantes. Esse valor, segundo o estudo, inclui ações e serviços prestados pelo governo em seus três níveis de gestão – federal, estadual e municipal – ao longo da última década.

De acordo com o CFM, a quantia é resultado de uma análise detalhada de informações disponíveis e relativas às contas públicas do segmento em 2017. Os cálculos, a partir de dados oficiais, apontam ainda que, nesse mesmo ano, o gasto com saúde em todo o país foi de R\$ 1.271,65/hab. ano.

Para se chegar a essa média, o CFM fez o cálculo usando toda a população brasileira e todas as municípios do país, na qual algumas dessas cidades tem grandes centros Médicos de referências especializados, elevando os índices dos valores, o que não ocorre com os municípios desse estudo, apesar de Delmiro Gouveia ter Hospital e uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas.

Porém, quando essas informações são trazidas para a realidade dos municípios, esses valores revelam outra realidade. Para Carneiros, esse gasto em 2017 chega a marca dos R\$ 178,09/hab. ano e para Delmiro chega aos R\$ 175,99/há/ano. Mas, se esses valores forem divididos pelos 12 meses do ano, esses, chegariam a um valor de aproximadamente R\$ 14,84/hab. mês para Carneiros, e de R\$ 14,66/hab. mês para Delmiro. Nada obstante, se esses valores forem divididos pelos 30 dias do mês isso chegaria ao custo médio de aproximadamente R\$ 0,49 hab./dia para a primeira cidade e R\$ 0,48 hab./dia para a segunda, ou seja, uma realidade totalmente diferente da pesquisa do Conselho Federal de Medicina.

Tabela 6 Gastos em saúde pública por habitante segundo esfera municipal através de recursos próprios em 2017 (valores em reais R\$).

<b>Município</b>	<b>Ano</b>	<b>Mês</b>	<b>Dia</b>
<b>Carneiros</b>	178,09	14,84	0,49
<b>Delmiro Gouveia</b>	175,99	14,66	0,48

Fonte: Elaborado pelo autor

A quantidade mínima desses investimentos fica evidente quando se distribui os valores gastos pela população, o que revela a precariedade desses incentivos. Apesar disso, por mais que sejam aperfeiçoados os mecanismos de partilha entre as esferas

do governo, ainda persiste o grande obstáculo a ser transposto: a instabilidade das fontes de financiamento e, por consequência, do volume de recurso para o setor saúde.

#### **4.6. Grau de cumprimento do percentual mínimo exigido pela emenda constitucional nº 29/2000 e lei complementar nº 141/2012 e os percentuais aplicados pela gestão em nível local.**

Até então o cumprimento da EC nº 29/2000 e da lei complementar nº 141/2012 tem sido um dos grandes desafios para a gestão, já que o Estado e a União muitas vezes adotam medidas que diminuem suas contribuições, isso faz com que a responsabilidades dos municípios com gastos em saúde sejam afetadas, e os parâmetros de distribuição de verbas para cada localidade acaba que muitas vezes sejam esquecidos. A organização e distribuição desses valores é cabida aos fundos Nacional de Saúde (FNS), Estadual de Saúde (FES) e Municipal de Saúde (FMS) ou a gestão financeira dos investimentos, onde os recursos passam a ser depositados nas contas desses fundos, que são quem recebem, organizam e pagam os serviços de saúde.

Tabela 7 Recursos próprios aplicados em saúde nos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia, AL, 2007 a 2017 (dados anuais em reais R\$)

<b>CARNEIROS</b>			
<b>Ano</b>	<b>Despesas próprias com saúde - ações e serviços públicos de saúde</b>	<b>Base de cálculo - receita de impostos líquida e transferências constitucionais legais</b>	<b>Percentual (%) repassado pelos municípios - limite constitucional</b>
<b>2007</b>	953.578,83	4.899.648,70	<b>19,46</b>
<b>2008</b>	1.016.315,87	5.695.186,86	<b>17,97</b>
<b>2009</b>	1.013.821,39	5.574.070,13	<b>18,19</b>
<b>2010</b>	1.077.501,59	5.892.284,91	<b>18,29</b>
<b>2011</b>	-	-	-
<b>2012</b>	-	-	-
<b>2013</b>	1.266.060,37	8.092.667,53	<b>15,64</b>
<b>2014</b>	1.312.426,11	8.663.904,32	<b>15,15</b>
<b>2015</b>	1.413.789,18	9.138.368,40	<b>15,47</b>
<b>2016</b>	1.575.232,50	10.420.427,91	<b>15,11</b>
<b>2017</b>	1.630.443,93	10.818.137,55	<b>15,07</b>
<b>DELMIRO GOUVEIA</b>			
<b>Ano</b>	<b>Despesas próprias com saúde - ações e serviços públicos de saúde</b>	<b>Base de cálculo - receita de impostos líquida e transferências constitucionais legais</b>	<b>Percentual (%) mínimo exigido - limite constitucional</b>
<b>2007</b>	5.192.531,56	30.447.637,34	<b>15,76</b>
<b>2008</b>	8.192.585,90	35.597.950,53	<b>23,47</b>
<b>2009</b>	5.811.363,25	38.287.988,36	<b>15,44</b>
<b>2010</b>	7.354.379,62	45.709.814,40	<b>15,74</b>
<b>2011</b>	9.003.593,41	51.590.254,12	<b>15,22</b>
<b>2012</b>	11.753.956,56	53.384.072,89	<b>21,89</b>
<b>2013</b>	10.641.634,85	56.459.267,65	<b>18,85</b>
<b>2014</b>	11.144.821,88	57.844.500,32	<b>19,27</b>
<b>2015</b>	10.719.414,98	58.176.235,02	<b>18,43</b>
<b>2016</b>	10.338.853,45	53.485.210,16	<b>19,33</b>
<b>2017</b>	9.256.561,06	44.272.280,23	<b>20,90</b>

Fonte: adaptada do SIOPS, demonstrativos das Leis de responsabilidade fiscal, 2007 a 2017.

De acordo com os dados da tabela, os municípios cumpriram as metas estabelecidas pela EC nº29/2000 e pela lei complementar nº 141/2012, logo, as transferências do percentual mínimo de 15% exigidos foram cumpridas, alguns anos com porcentagem superior e outros praticamente no limite. Para se chegar nessa porcentagem dividiram-se as despesas próprias com saúde - ações e serviços públicos de saúde pela base de cálculo - receita de impostos líquida e transferências constitucionais legais.

Com relação aos repasses, o que se percebe é um aumento de receita nos dois municípios. Mas quanto aos investimentos, esses ainda se comportam de maneira tímida, principalmente em Carneiros, onde quase todos os anos o percentual investido

fica em torno dos 15% limite mínimo estipulado pela EC 29. Já em Delmiro se investe mais, mas a explicação se dá por conta de um hospital e uma UPA 24 horas instalada na cidade, o que acarreta em mais gastos.

Embora seja possível observar o crescimento na arrecadação, a participação da saúde no montante destes recursos não teve o aumento progressivamente adequado. Ou seja, ainda que se tenha havido um crescimento real dos valores arrecadados pelos municípios, os percentuais destes recursos empregados nos municípios ainda ocorrem de forma tímida, no limite da Lei. O que se percebe é que essa relação não tem vínculo direto, pois enquanto os valores arrecadados pelo governo aumentam todos os anos, os valores repassados para a saúde não aumentam na mesma proporção, principalmente em municípios menores.

Como nos anos de 2011 e 2012 Carneiros não forneceu as informações, não é possível saber ao certo se o município cumpriu com as metas nesses anos. Lembrando que os municípios podem sofrer intervenções da União ou dos estados caso não forneçam as informações para fins de prestação de contas.

#### **4.7. Repasses da saúde por subfunções. (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Alimentação e Nutrição e Outras Subfunções).**

Na tabela a seguir serão mostrados e analisados os repasses feitos as subfunções de atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária e epidemiológica, alimentação e nutrição e outras subfunções, para assim ter uma noção do quanto foi gasto em cada uma durante o período.



Tabela 8 Gastos públicos em saúde por subfunção nos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia, AL, 2007 a 2017, (dados anuais em reais R\$).

<b>CARNEIROS</b>								
<b>Ano</b>	<b>Atenção Básica</b>	<b>Assist. H e A<sup>1</sup></b>	<b>Suporte P e T<sup>2</sup></b>	<b>VGS<sup>3</sup></b>	<b>VGE<sup>4</sup></b>	<b>Alim. e Nutri.<sup>5</sup></b>	<b>Outras Sub.<sup>6</sup></b>	<b>TOTAL</b>
<b>2007</b>	532.300,00	250.000,00	120.000,00	80.000,00	66.000,00	0,00	370.000,00	<b>1.418.300,00</b>
<b>2008</b>	800.000,00	200.000,00	150.000,00	100.000,00	80.000,00	203.000,00	250.000,00	<b>1.783.000,00</b>
<b>2009</b>	783.000,00	299.500,00	0,00	9.000,00	51.000,00	0,00	524.600,00	<b>1.667.100,00</b>
<b>2010</b>	1.551.000,00	190.000,00	0,00	15.000,00	24.000,00	0,00	295.000,00	<b>2.075.000,00</b>
<b>2011</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>0,00</b>
<b>2012</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>0,00</b>
<b>2013</b>	3.108.971,05	9.425,27	0,00	17.320,73	94.191,29	0,00	0,00	<b>3.229.908,34</b>
<b>2014</b>	4.111.517,96	429.823,70	0,00	111.154,29	106.231,05	0,00	0,00	<b>4.758.727,00</b>
<b>2015</b>	4.534.682,55	337.920,00	165.872,00	623.529,00	281.921,00	0,00	0,00	<b>5.943.924,55</b>
<b>2016</b>	5.160.497,29	185.001,90	214.952,91	784.137,00	224.658,00	0,00	150.000,00	<b>6.719.247,10</b>
<b>2017</b>	5.206.059,00	147.855,00	94.951,00	834.774,00	202.506,60	0,00	0,00	<b>6.486.145,60</b>
<b>DELMIRO GOUVEIA</b>								
<b>Ano</b>	<b>Atenção Básica</b>	<b>Assist. H e A</b>	<b>Suporte P e T</b>	<b>VGS</b>	<b>VGE</b>	<b>Alim. e Nutri.</b>	<b>Outras Sub.</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2007</b>	8.332.717,53	53.031,69	0,00	28.271,40	273.744,16	0,00	0,00	<b>8.687.764,78</b>
<b>2008</b>	10.907.042,62	412.000,00	0,00	10.937,49	285.078,50	0,00	626,00	<b>11.615.684,61</b>
<b>2009</b>	11.562.026,68	736.662,13	0,00	33.600,00	436.357,11	43.495,20	170.781,12	<b>12.982.922,24</b>
<b>2010</b>	17.337.199,21	4.267,346,22	922.624,41	35.412,00	746.830,48	0,00	0,00	<b>23.309.412,32</b>
<b>2011</b>	14.004.822,18	3.455,527,75	333.577,71	36.692,00	527.074,40	0,00	0,00	<b>18.357.694,04</b>
<b>2012</b>	17.748.993,87	5.714,370,55	1.098,877,79	38.343,00	777.695,55	0,00	19.500,00	<b>25.397.780,76</b>
<b>2013</b>	14.885.025,51	4.304,161,15	871.521,48	346.990,00	1.063,086,69	0,00	120.264,17	<b>21.591.049,00</b>
<b>2014</b>	22.060.738,46	9.159,576,45	1.772,494,76	87.027,00	877.622,87	0,00	171.313,08	<b>34.128.772,62</b>
<b>2015</b>	19.516.018,51	13.194,627,28	1.306,790,71	123.153,92	961.845,98	0,00	211.486,04	<b>35.313.922,44</b>
<b>2016</b>	17.402.951,28	17.184,232,72	1.270,629,60	180.017,48	1.542,881,20	0,00	139.199,60	<b>37.719.911,88</b>
<b>2017</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>42.762.913,07</b>

<sup>1</sup> Assistência Ambulatorial e Hospitalar

<sup>2</sup> Suporte Profilático e Terapêutico

<sup>3</sup> Vigilância Sanitária

<sup>4</sup> Vigilância Epidemiológica

<sup>5</sup> Alimentação e Nutrição

<sup>6</sup> Outras Subfunções

*Fonte:* adaptada do SIOPS, demonstrativos das Leis de responsabilidade fiscal, 2007 a 2017.

O que se nota em ambos os municípios, é o aumento significativo nos valores investidos em atenção básica. Outro fato é que em Delmiro Gouveia é o modo como os valores destinados à atenção básica oscila durante os anos não tendo um padrão.

Também houve aumento no suporte profilático e terapêutico e nas vigilâncias, tanto epidemiológica como sanitária nos dois municípios. Mas por outro lado, quando se trata da assistência hospitalar e ambulatorial, e outras subfunções, para Carneiros os gastos com essas vem diminuindo. Já em Delmiro, por ser uma cidade que tem unidade hospitalar, esses gastos foram maiores com mais investimentos ao longo dos anos. Outro ponto observado é que quase não se investe em alimentação e nutrição em ambos os territórios.

No entanto, quando somados os valores gastos em todas as subfunções em cada ano, observa-se que no ano de 2017 esses valores em carneiros deram um salto de quase 400% se compararmos com 2007, em Delmiro por sua vez, esses valores no mesmo período tiveram um aumento de mais de 400% nessa soma total.

Destacam-se ainda o aumento dos valores investidos em vigilância sanitária e epidemiológica nos últimos anos, subfunções importantes para o desenvolvimento humano e que foram incorporadas ao SUS pela Constituição Federal.

Além disso, outro destaque fica por conta da falta de registro dos gastos nas subfunção em Delmiro Gouveia no ano de 2017. O que se tem de informação para Delmiro nesse ano é apenas o valor das despesas totais, mas não foi discriminado o quanto se gastou em cada subfunção no mesmo ano.

Segundo Diniz (2012), por mais que se autorizem os repasses dos recursos federais para os municípios, eliminando os atuais pré-requisitos e condicionamentos, o crescimento real dos gastos com saúde e o aumento da produtividade só pode contar com boa vontade política do município.

Como expresso na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, que reúne às leis federais 8.080 e 8.142 de 1990 o estado tem o dever de garantir a saúde para todos, garantindo assim o direito a Universalidade no acesso, Equidade, Integralidade e uma gestão eficaz em cada esfera do governo.

## 5 CONCLUSÃO

Este trabalho possibilitou analisar a gestão financeira dos municípios de Carneiros e Delmiro Gouveia na arrecadação e alocação dos recursos recebidos para os gastos em saúde pública. Para isso, o estudo aconteceu sob diferentes perspectivas e focou em diversos aspectos, conforme o interesse do pesquisador e as perspectivas dos meios de arrecadação da época. Mas com o passar dos anos o surgimento de novos métodos e modelos de financiamento, fizeram com que o sistema se solidificasse mais. O que provocou mudanças intensas em hábitos e práticas que pareciam invariáveis.

O SUS precisa de mais recursos para aprimorar a gestão e assim melhorar a qualidade do atendimento, cabendo às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir estratégias de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorando os níveis de saúde da população, gerenciando e aplicando os recursos orçamentários e financeiros com eficiência, definindo políticas de recursos humanos, realizando o planejamento a curto e médio prazo, entre outras ações.

Dessa forma os gestores do SUS ficam responsáveis por executar a política de saúde de maneira a garantir a toda à população o pleno direito de usufruir dos serviços de saúde.

Os diversos textos comentados deixam claro que o financiamento da saúde pública envolve atitudes e motivações complexas e faz uso de uma diversidade de meios e recursos que variam conforme as intenções de quem os administram. Entre os dados analisados observa-se o aumento das receitas totais nos dois municípios, com vista nos limites investidos, tanto nas subfunções como no geral per capita, mas ressaltam-se também as formas com que a gestão realiza os repasses e faz a divulgação dos dados. Mas os principais problemas encontrados ficam por conta das fontes de financiamento instáveis e, por consequência, do volume de recurso para a área saúde.

Como os municípios estão se ajustando aos novos métodos de financiamento, novas análises dos impactos causados pelas transformações serão necessárias, então, como uma área que envolve dinheiro e prestação de serviço público, será possível verificar mais detalhadamente outras atividades em função das receitas e dos gastos com saúde ou em qualquer outra área de conhecimento.

A operação conjugada de tecnologias, instrumentos de gestão, controle social e pesquisa permitiram observar tanto as diretrizes constitucionais na provisão de serviços públicos, como também realizar significativos avanços de gestão, resultando em ganhos para o bem-estar da sociedade.

Contudo, o que se observou nessa análise foi o fato de que a chamada descentralização, empregada a partir das normas operacionais e assistenciais, não pode ser apenas um movimento entre os entes federados, não pode a União simplesmente jogar as responsabilidades para os municípios, tem que haver também um compromisso da gestão local para adotar o seu papel, assumindo a sua função perante a sociedade e mostrando o que realmente se faz com o dinheiro público.

Apesar disso, a maior dificuldade encontrada na pesquisa foi a limitação dos dados encontradas no sistema SIOPS em alguns períodos, o que impossibilitou a real análise das informações.

Para que se tenham futuras pesquisas, sugere-se semelhantes pesquisas futuras em outras localidades, para que assim possa de alguma forma contribuir para o conhecimento da realidade e para auxiliar na gestão.

## BIBLIOGRAFIA

ARRETCHE, M. **Financiamento federal e gestão local de políticas Sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. Ciência e Saúde Coletiva, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

BEIRÃO, F. Blog da Saúde. **Conheça o Sistema Único de Saúde (SUS)**, 23 agosto 2013. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/32814-conheca-o-sistema-unico-de-saude-sus>>. Acesso em: 25 fevereiro 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 05 outubro 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 14 fevereiro 2019.

BRASIL. **Lei nº 8080**, 19 setembro 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 17 abril 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29**, 13 setembro 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 21 abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, 26 janeiro 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em: 13 fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, 27 fevereiro 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 13 fevereiro 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Pactos Pela Saúde**, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>>. Acesso em: 12 abril 2019.

BRASIL. Portal da Saúde. **Demonstrativos da Despesa com Saúde, Conforme Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária RREO**, 2007, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>. Acesso em: 10 julho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município. Garantindo Saúde para Todos**, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_municipio\\_garantindo\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2019.

BRASIL. **Lei Complementar 141**, 13 janeiro 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)>. Acesso em: 12 abril 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 241- A**, 2016. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1495741](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1495741)>. Acesso em: 14 setembro 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Um Duro Golpe no SUS**, 24 maio 2016. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/05mai24\\_UM\\_DURO\\_GOLPE\\_NO\\_SUS.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/05mai24_UM_DURO_GOLPE_NO_SUS.html)>. Acesso em: 20 abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIOPS na gestão e financiamento da Saúde**, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/REPASSES-FINANCEIROS/SIOPS>>. Acesso em: 15 junho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 09 abril 09.

BRASIL. **Portaria Nº 545**, de 20 de maio de 1993. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 05 abril 2019.

BRASIL. **Resolução nº 258** de 07 de janeiro de 1991. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf)>. Acesso em: 05 abril 2019.

CARNEIRO, L. Leis e Normas Estruturantes do SUS, 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vf3ToOX84fM>>. Acesso em: 20 abril 2019.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 02, 2001.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Para entender a gestão do SUS**, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2019.

DINIZ, R. G. **Financiamento Público e Gestão Financeira em Saúde nas Microrregiões de Santana de Santanduva e Campanha Central, RS**, nos anos de 2008 a 2010, Santana do Livramento , 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/delmiro-gouveia.html>>. Acesso em: 02 julho 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Cidades e Estado**, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/carneiros.html>>. Acesso em: 02 julho 2019.

MAGALHÃES, L. Portal Toda Matéria. **Saúde Pública no Brasil**, 2018. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/autor/lana-magalhaes/>>. Acesso em: 13 março 2019.

MEDICINA, C. F. D. Agência Brasil. **Brasil Gasta R\$ 3,48 por dia com a saúde de cada habitante diz CFM**, 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-11/brasil-gasta-r-348-por-dia-com-saude-de-cada-habitante-diz-cfm>>. Acesso em: 12 junho 2019.

MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DA BAHIA. **Financiamento do SUS: as Responsabilidades da União, Estados e Municípios**, Bahia, 2016. 7 slide.

NASCIMENTO, S. P. H.; VERAS, M. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras**. 92. ed. São Paulo: [s.n.], v. 32, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142018000100047](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047)>. Acesso em: 29 junho 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advanced Tables**, 2017. Disponível em: <[https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)>. Acesso em: 19 outubro 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Investir na saúde: resumo das conclusões da Comissão sobre Microeconomia e Saúde**, 2003. Disponível em: <[www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/en/investir\\_na\\_saude\\_port.pdf](http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/en/investir_na_saude_port.pdf)>. Acesso em: 19 outubro 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde: cuidados de saúde primária, agora mais que nunca**, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>. Acesso em: 19 outubro 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a Criação do Sistema Unico de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15 - 35, janeiro 2014.

POLIGNANO, M. V. Historia das Políticas de Saúde no Brasil. **Uma pequena revisão**, 2000. p. 22,23.

PORTAL DE NOTICIAS G1. **No Brasil, 70% não têm plano de saúde particular, apontam SPC e CNDL**, 2018. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/economia/noticia/no-brasil-70-nao-tem-plano-de-saude-particular-apontam-spc-e-cndl.ghtml>>. Acesso em: 19 outubro 2019.

SCHNEIDER, A. E. A. Financiamento do SUS. **A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde**, Passo Fundo - RS, agosto 2005.

SÉRIE SUS. **Por que o SUS hoje é assim?**, 2015. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=wV\\_SPOJfqgk](https://www.youtube.com/watch?v=wV_SPOJfqgk)>. Acesso em: 12 abril 2019.