



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LUANA CARLA TIRONI DE FREITAS GIACOMETTI

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
(APS):
O DESAFIO DA GESTÃO MUNICIPAL**

Londrina
2022

LUANA CARLA TIRONI DE FREITAS GIACOMETTI

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
(APS):
O DESAFIO DA GESTÃO MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda de Freitas
Mendonça

Londrina
2022

Ficha de identificação de obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

G429f GIACOMETTI, Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti.
Financiamento da Atenção Primária à Saúde: o desafio da gestão municipal / Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti GIACOMETTI. - Londrina, 2022.
82 f. : il.

Orientador: Fernanda Freitas Mendonça.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Financiamento na APS - Tese. 2. Gestão orçamentária - Tese. I. Freitas Mendonça, Fernanda . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

LUANA CARLA TIRONI DE FREITAS GIACOMETTI

**FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
(APS):
O DESAFIO DA GESTÃO MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Luciana Dias de Lima
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
– ENSP/FIOCRUZ

Londrina, _____ de _____ de 2022

Dedico este trabalho à minha querida amiga e eterna Tiemi Oikawa (*in memoriam*) pelo apoio e por acreditar em meus sonhos.

Dedico aos gestores de saúde que lutam diariamente pelas políticas públicas e pelo fortalecimento do SUS.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, que me amparou em todos os momentos e me sustentou durante todo o processo;

Agradeço à minha família pelo apoio, pelo amor, pela paciência e pela doação dos finais de semana em prol da realização dos meus sonhos;

Agradeço, de todo meu coração, à minha orientadora Fernanda de Freitas Mendonça, que me acolheu, apoiou, ensinou, amparou em cada momento do processo.

Agradeço à banca examinadora pelo aceite na participação da avaliação deste trabalho, pelas contribuições que certamente serão bem-vindas;

Agradeço aos gestores e equipes municipais pela parceria e aceite na participação da pesquisa;

Agradeço ao grupo de pesquisa GestSUS pelos momentos de estudo e aprendizado;

Agradeço as amigas Karen Rocha; Robsmeire Zurita e Udelysyes Janete, pela compreensão nos momentos difíceis e pelo apoio incondicional;

Agradeço ao COSEMS-PR, pela liberação e incentivo para a concretude da pesquisa;

Agradeço aos alunos da turma de mestrado 2020 e a todos os docentes do programa de Mestrado em Saúde Coletiva pelas constantes sugestões durante os seminários de apresentações do projeto da dissertação. Tenho certeza de que a contribuição coletiva de vocês auxiliou significativamente na conclusão dessa pesquisa.

A boa qualidade em saúde, com muito ou pouco recurso, reside no coração e na alma dos profissionais de saúde.

(Donabedian, adaptado por Gilson Carvalho)

RESUMO

GIACOMETTI, Luana Carla Tironi de Freitas. **Financiamento da APS: o desafio da gestão municipal.** 2022. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Londrina, 2022.

O financiamento em saúde sempre foi um desafio para a gestão no SUS. Nos últimos anos ocorreram algumas mudanças, como a aprovação da Emenda Constitucional 95, conhecida como a PEC do Teto dos gastos, e a mudança do financiamento da APS, com a aprovação e implantação do Programa Previne Brasil. A pesquisa teve como objetivo analisar o processo de gestão orçamentária da APS em municípios da macrorregião norte do Paraná. A macrorregião norte do Paraná, conta com uma população estimada de 1.819.461 habitantes distribuídos em 97 municípios. A região é caracterizada por municípios de pequeno, médio e grande porte populacional. O estudo ocorreu nos anos de 2020, 2021 e 2022, em dois momentos, sendo o primeiro no formato quantitativo e o segundo de forma qualitativa. Na primeira etapa, com o objetivo de investigar a evolução da composição tripartite para o financiamento dos serviços de saúde, realizou-se um estudo de natureza quantitativa, a partir de dados secundários, referentes ao financiamento dos municípios da macrorregião norte do Paraná. Para a escolha dos locais de coleta no campo da pesquisa foi construída uma matriz de classificação dos municípios quanto à sua condição sobre o financiamento e a organização da APS. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado, tendo como sujeitos os contadores e gestores de saúde dos municípios elegíveis pela matriz de classificação. Para análise das entrevistas utilizou-se o método de análise de discurso, preconizado por Martins e Bicudo (2005), com o objetivo de analisar a organização do trabalho, planejamento em saúde e execução orçamentária referente aos investimentos para o custeio da APS, e as possíveis repercussões das recentes mudanças do financiamento, de forma qualitativa. Os resultados da pesquisa mostraram que houve aumento da participação no financiamento pelos municípios, principalmente os de pequeno porte. Mesmo com o aumento de recursos municipais investidos em saúde, os municípios menores apresentam maior dependência dos recursos de transferências constitucionais. Em relação à organização do trabalho, planejamento em saúde e execução orçamentária referente aos investimentos para o custeio da atenção básica, a maioria dos municípios não apresenta uma equipe formal de construção de planejamento e orçamento; a construção do orçamento tende a ser mais coerente com o plano municipal de saúde quando existe uma equipe constituída, mesmo que informalmente; e a execução orçamentária também está intimamente relacionada com a maior capacidade técnica dessa equipe. Os municípios menores, mostraram-se mais frágeis no que se refere à constituição de equipes mais qualificadas. Sobre a percepção dos entrevistados sobre as mudanças nas regras de financiamento e sua possível implicação na gestão orçamentária, os municípios de grande porte reconhecem que houve diminuição dos recursos financeiros, principalmente os que possuem baixa cobertura da APS. Observa-se que devido a pesquisa ter sido realizada em período pandêmico, houve repasse de recursos extraordinários para Covid, o que pode ter influenciado na percepção dos entrevistados sobre a diminuição dos recursos no âmbito da APS, principalmente em municípios menores. O financiamento da APS e os valores investidos não acompanharam as necessidades de saúde apresentados no planejamento em saúde. A insegurança em ter a garantia de recebimento pela União, a ausência dos Estados em incentivos financeiros no âmbito da APS e o medo de executar os recursos vinculados erroneamente, faz com que os municípios executem os gastos prioritariamente com recursos próprios.

Palavra-chave: financiamento da assistência à saúde; gestão em saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

GIACOMETTI, Luana Carla Tironi de Freitas. **Financing of APS: the challenges of municipal management.** 2002. 80 f. Dissertation (Masters in Collective Healthcare) – Universidade Estadual de Londrina, Health Sciences Department, Londrina, 2022.

Healthcare financing has always been a challenge to public healthcare system management. In the last years there have been changes to it, such as the approval of Constitutional bill 95, known as Expense Limit act, and changes to the financing of APS with the implementation of the Brazil Prevention Program. This research's main objective was to analyze the process of APS budget management in the municipalities withing the northern macro region of Parana state. This macro region accounts for an estimated population of 1.819.461 inhabitants distributed in 97 cities. It is characterized by small, medium and large sized cities. The study occurred along the years 2020, 2021 and 2022, under two aspects, firstly in a quantitative format and secondly on a qualitative format. In the first step, aiming to investigate the evolution of the triparty composition for public healthcare financing, a study of quantitative nature was realized, supported by secondary data, regarding the municipal financing of the northern macro region. The choice of localities, where the research would take place, was built from a classification matrix with municipalities according to its conditions on financing and APS organization. In the second step, interviews with a semi structured script were realized with accountants and healthcare managers of the eligible cities from the classification matrix. To analyze the interview results it was used a method of standardized speeches by Martins & Bicudo (2005) aiming to objectively analyze the work patterns, healthcare planning and budgetary execution regarding investments to support the APS, and its possible repercussions referring to financing changes, under a qualitative view. The research demonstrates there has been an increase of financing participation by the municipalities, mainly for the smaller ones. Even with the increases municipal resources invested in healthcare, the smaller cities show higher dependency of constitutionally transferred funds. In regard to the labor organization, health planning and budgetary execution exclusive to investments and funding of basic healthcare attention, most of the cities do not have a formal structure to plan the assigned budget; the construction of such plan is more likely to be in line with municipal healthcare plan when there is a formal structure constituted, even if informal, and the budgetary execution is also intimately related with the technical capacity of such structure. Smaller municipalities demonstrate to be more fragile in terms of constituting a qualified structure. The perception of the interviewees about the financing changes and its implications to budget management, larges municipalities recognize there has been a reduction, mainly for the ones with lower coverage by the APS. It must be observed that due to the research having happened within the COVID-19 pandemic period, extraordinary funds were handed over, which may have influenced the perception of the interviewees about reduction of resources under the APS, mainly in smaller cities. The financing of the APS and values invested did not follow the healthcare needs as required by the healthcare planning. The insecurity in having funds guaranteed by the Union, the absence of States to provide financial incentives under the APS, and the fear of wrongly executing the resources influenced the municipalities to prioritize own funds to execute the expenses.

Key-words: healthcare assistance financing; healthcare management; healthcare primary attention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração da compatibilização dos instrumentos de governo e da saúde. Brasil, 2022	28
Figura 2 - Mapa conceitual do financiamento da APS. Brasil, 2020.	37
Figura 3 - Mapa conceitual das alterações ocorridas no Programa Previne Brasil. Brasil, 2022	39
Figura 4 - Mapa da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2021.	44
Figura 5 - Média de despesa em saúde com recursos próprios por habitante em municípios da macrorregião norte do Paraná, 2013 a 2019.	52
Figura 6 - Média de despesas de custeio em saúde com recursos de transferência por habitante/ano em municípios da macrorregião norte do Paraná, 2013 a 2019.	53
Figura 7 - Média da proporção dos recursos investidos em saúde oriundos de transferência por tipo de município na macrorregião norte do Paraná, 2013 a 2019.	54
Figura 8 - Média de valores de saldo em conta por habitante não executados em APS nos municípios da Macrorregião Norte do Paraná, 2013 a 2019.	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estágios da formação da receita disponível dos governos municipais, Brasil, 2013.	22
Quadro 2 - Sistematização das formas de financiamento do SUS pelos entes federados, EC n.º 95/2016. Brasil, 2000 a 2018.....	26
Quadro 3 - Evolução da unificação dos blocos de financiamento do SUS: Brasil, 2007 a 2020.	26
Quadro 4 - Parâmetro de cadastro por equipe - de acordo com a tipologia do município. Brasil, 2019.....	34
Quadro 5 - Peso do valor per capita por tipologia do município. Brasil, 2019.	34
Quadro 6 - Valores per capita segundo o Programa Previne Brasil. Brasil, 2020.....	35
Quadro 7 - Indicadores de Saúde que compõem o componente desempenho do PPB	36
Quadro 8 - Indicadores de Saúde alterados que compõem o componente desempenho do PPB. Brasil, 2022.....	38
Quadro 9 - Classificação de Municípios por número de habitantes. Brasil, 2004.	45
Quadro 10 - Regiões, número de municípios e população da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2019.	46
Quadro 11 - Eixos, indicadores, estratos e pontuação utilizados para a construção da matriz avaliativa. Paraná, 2021.....	49
Quadro 12 - Municípios selecionados, número de gestores entrevistados em cada uma das RS da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2021.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente Comunitário de Endemias
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRESEMS	Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/PR	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná
DRU	Desvinculação das Receitas da União
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSFSB	Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal
EC	Emenda Constitucional
eSF	Equipe de Saúde da Família
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação Municipal
FSE	Fundo Social de Emergência
GTAB	Grupo de Trabalho da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PPA	Plano Pluri Anual
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMM	Programa Mais Médicos
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPB	Programa Previne Brasil
PSF	Programa Saúde da Família
RCL	Receita Corrente Líquida
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIOPS	Sistema sobre Orçamento Público em Saúde
SSA	Serviço Social Autônomo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Significado
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 FEDERALISMO TRIBUTÁRIO E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE....	18
2.2 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA NO SUS E FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	27
3 OBJETIVO GERAL	43
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
4.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO.....	44
4.2 LOCAL DO ESTUDO	44
4.3 COLETA DE DADOS	45
4.3.1 Etapa 1	45
4.3.2 Etapa 2	47
4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	51
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	51
5 RESULTADOS.....	52
5.1 EIXO 1: FINANCIAMENTO TRIPARTITE, CAPACIDADE DE GASTO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE	52
5.2 EIXO 2: GESTÃO ORÇAMENTÁRIA MUNICIPAL E A NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DA APS.....	55
6 DISCUSSÃO	60
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	76
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	77

APRESENTAÇÃO

Falar de financiamento na Atenção Primária à Saúde (APS) sempre é um desafio. Ao longo da minha trajetória profissional, iniciei como enfermeira de uma eSF, chegando a assumir a gestão municipal. Estive envolvida com a gestão municipal por mais de sete anos e sempre tive uma inquietação sobre a dificuldade de termos recursos e orçamentos suficientes para de fato executar as políticas de saúde. Quando passei a ser apoiadora do Cosems-PR e assim apoiar duas regiões de saúde por nove anos, tive a oportunidade de aproximar-me da figura dos contadores municipais, e foi nesse momento que se fez a diferença para meu entendimento. Saúde não tem preço, mas tem custo e custa caro!

São vários desafios para a gestão, é o planejamento, a demanda, o orçamento, a gestão, as necessidades de saúde, mas o que de fato impacta e qual as discussões que temos diante do tema financiamento da APS? O que acontece na gestão municipal para que nunca tenha recursos para custear o que é necessidade de saúde apontadas pelos instrumentos de planejamento no SUS? Quem responde pela APS de um município? Qual o papel dos entes federados na implementação e no financiamento de uma política de saúde? Quando questionados os entes federados, só escutamos que existe saldos nas contas dos fundos municipais de saúde.

Foram essas perguntas que motivaram meu anseio em pesquisar sobre o financiamento da APS, sendo um grande desafio para a gestão municipal. A pesquisa visa analisar o processo de gestão orçamentária da APS em municípios da Macrorregião Norte do Paraná. Para isso a pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: quantitativo e qualitativo.

Participaram da pesquisa, gestores de saúde e contadores municipais, que demonstraram olhares e entendimentos diversos, o que avalio ser um potencial na análise dos resultados, pois a visão contábil é fundamental para entender os desafios da gestão orçamentária e financiamento da APS.

Os resultados demonstram os desafios da gestão municipal frente ao financiamento da APS, considerando o planejamento municipal, construção orçamentária, equipe gestora, diálogo entre contabilidade e gestor de saúde, execução orçamentária e financeira e percepção sobre as possíveis repercussões do modelo de financiamento da APS.

A pesquisa trouxe uma reflexão sobre o diálogo no cotidiano entre a contabilidade e a gestão, a importância do trabalho conjunto para bons resultados. Espero que o texto traga uma reflexão, sensibilização e provocação para instigar novas pesquisas sobre o tema.

1 INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o financiamento da saúde tem sido tema relevante nas discussões e publicações. A Constituição Federal de 1988 (CF/88), impulsionou o processo de municipalização, e com isso fortaleceu o processo de implantação das políticas de saúde. Com isso os municípios teriam grandes desafios, tanto na execução das políticas de saúde quanto no processo de implantação do planejamento e da gestão financeira e orçamentária.

Em 2006, com o pacto pela saúde, buscou-se uma aproximação com os apontamentos dos territórios e as diretrizes das políticas de saúde, revisando e definindo a responsabilidade dos entes federados. Para adesão ao pacto, os gestores deveriam assinar o Termo de Compromisso de Gestão, assumindo a responsabilidade de ser gestores plenos dos serviços de saúde. Uma das mudanças provocadas pelo pacto no financiamento federal, foi a unificação das centenas de repasses, “caixinhas”, para seis blocos de financiamento (LIMA, 2009). Inicia-se um processo de maturidade da gestão municipal, reforçando a responsabilidade sobre a execução de políticas em âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS).

O decreto nº 7508 de 2011, reforçou a importância do processo de planejamento da saúde, sendo de forma ascendente e integrado, do nível local até o federal, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. E enfatiza que todo gestor é responsável pelo seu sistema de saúde dentro do seu território.

Mesmo com a aprovação da Lei Complementar (LC) nº 141/2012 que regulamenta a participação tripartite no financiamento do SUS, é marcante o processo de subfinanciamento do sistema frente às necessidades de ampliação da oferta de bens e serviços de saúde (SERVO *et al*, 2020).

Um marco que legitima o subfinanciamento do SUS é o não cumprimento da vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social para a saúde conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (PIOLA *et al*, 2013; SERVO *et al*, 2020). Além disso, diversas medidas aprovadas também impactaram negativamente o financiamento do SUS, tais como: a desvinculação de 20% das receitas da União (DRU); a Emenda Constitucional (EC) n.º 93 que prorrogou a vigência da DRU até 2023, com ampliação do percentual de desvinculação para 30% (BRASIL, 2016a); a EC n.º 95, que congelou a despesa primária da União e sua aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde até o ano de 2036 (SERVO *et al*, 2020).

Diante disso, estudos apontam que tem havido redução dos gastos em saúde pelo governo federal e um concomitante aumento de investimentos em saúde pelo ente municipal.

Entre os anos de 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde (PIOLA *et al*, 2013). Em relação à participação percentual na saúde, o ente federal, que no ano 2000 participou com 59,8%, passou para 44,7% em 2011, e para 42,1% em 2019; enquanto a participação dos municípios passou de 21,7% para 29,6% e ampliando para 31,4% no mesmo período (PIOLA *et al*, 2013; SERVO *et al*, 2020).

A redução proporcional de gastos em saúde pelo governo federal, associado ao aumento da demanda da população por ações e serviços de saúde, fez com que os municípios investissem muito mais que os 15% definidos pela LC n.º 141/2012, tendo havido no ano de 2017 um percentual médio de investimento pelos municípios brasileiros de 24,2% em saúde (BRASIL, 2018). Ainda assim, os recursos de transferência se constituem na segunda principal fonte de recursos para a saúde nos municípios e representa um montante fundamental para o financiamento da atenção à saúde (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018). Para Baião, Cunha e Souza (2017), os recursos de transferência têm desempenhado papel fundamental na equalização fiscal horizontal, além de apresentarem efeitos redistributivos.

Dada a importância dos recursos de transferência para o financiamento do sistema de saúde municipal, é fundamental que estes sejam efetivamente executados. Contudo, segundo dados do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2020), em fevereiro de 2020, havia saldo de mais de 11 bilhões não executados nos fundos municipais de saúde. A não realização de um planejamento em saúde, contendo uma gestão financeira e orçamentária coerente com as necessidades de saúde apontadas pelo território, podem contribuir para os recursos não executados em contas.

Além dessa problemática, outra questão que se destaca é relativa às novas regras de financiamento do governo federal para a APS. O Programa Previnde Brasil (PPB) publicado pela Portaria MS/GM n.º 2979 de 2019 substituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável pelos componentes de capitação ponderada, desempenho e adesão a programas estratégicos e prioritários do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2019). Deste modo, há riscos de que os recursos de transferência, já insuficientes, sejam ainda mais reduzidos caso os municípios que não atendam aos parâmetros do PPB. Diante disso: como ocorre a gestão orçamentária municipal em saúde e quais as possíveis repercussões das mudanças relativas ao financiamento público para esse processo?

Para melhor compreender e analisar os problemas de pesquisa destacados apresenta-se na sequência um referencial teórico, no qual se explora o federalismo tributário e o financiamento do Sistema Único de Saúde e na sequência gestão orçamentária e financiamento na APS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FEDERALISMO TRIBUTÁRIO E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O federalismo pode ser compreendido como uma forma de organização territorial de políticas públicas e do poder do estado. Esse poder é repartido em múltiplos níveis ou múltiplos centros divididos geograficamente e essa divisão afeta vários âmbitos, o poder do executivo, as atividades legislativas, as decisões dos judiciários, a arrecadação financeira e as competências dos entes nas políticas públicas. O federalismo parte da necessidade de países com grandes extensões do território em descentralizar o poder, pois existem os elementos culturais, econômicos e sociais, que diferem as regiões entre si (ROCHA, 2013).

Segundo Soares (2013, p.3), o federalismo é compreendido como:

[...] Uma forma de organização do poder político no Estado nacional caracterizado pela dupla autonomia territorial. Isto significa a existência de dois níveis territoriais autônomos de governo: um central (o governo nacional) e outro descentralizado (os governos subnacionais). Os entes governamentais têm poderes únicos e concorrentes para governarem sobre o mesmo território e povo, sendo que a União governa o território nacional e seus cidadãos, enquanto as unidades subnacionais governam uma parte delimitada do território nacional com seus habitantes. Ambos atuam dentro de um campo pactuado de competências.

Segundo Soares e Machado (2018), as principais características do federalismo moderno consistem em: Constituição Federal como forma de estabelecer o pacto federativo entre os entes territoriais; divisão do Estado nacional em várias subunidades territoriais que constituirão os entes federados ou as unidades-membro da federação; poderes executivo, legislativo e judiciário autônomos nos âmbitos nacional e subnacionais; divisão de competências fiscais e administrativas entre os níveis de governo; legislativo nacional bicameral com representação das subunidades nacionais no governo central por meio de uma segunda casa legislativa (Senado); Corte suprema de justiça responsável pela regulação dos conflitos federativos e garantia da ordem federal.

Em outras palavras e de forma sintética, falar de federalismo é falar de democracia e do estado de direito. É uma forma organizativa em que os entes federados são dotados de autonomia política, administrativa, tributária e financeira e se aliam na criação de um governo central por meio do pacto federativo, que visa a autonomia dos entes e ao mesmo tempo a interdependência compartilhada. Esses arranjos organizativos também permitem que governos locais interfiram nas decisões, em espaços e dimensões regionais ou centrais e que fortaleçam o processo de cooperação e coordenação (SOARES; MACHADO, 2018).

A relação entre federalismo e democracia está correlacionada à dupla identidade dos cidadãos ao limitar o poder da maioria e a coordenação entre os níveis de governo. No Brasil, o federalismo iniciou-se em 1889 e foi detalhado na Constituição de 1891, com uma

característica específica que difere de outras nações, em que “todo poder emana do povo” e não dos entes federados. A federação foi organizada a partir de 20 províncias oriundas do sistema unitário e hoje o Brasil possui 26 estados, 01 Distrito Federal e 5.570 municípios (SOUZA, 2005).

O Brasil tem como características em seu arranjo federativo a organização com predomínio de cultura política centralizadora, ampla autoridade jurisdicional da União, a assimetria de riqueza do poder político entre entes de diferentes esferas governamentais e a pulverização, fragmentação e oligarquização do poder loco-regional. Além disso, outras características são; a ênfase na descentralização de competências e de recursos para os municípios, a concentração da arrecadação na União e nos estados, limitadas capacidades administrativas de vários entes subnacionais e o predomínio de competências comuns e concorrentes entre os entes na área social (ABRUCIO, 2003).

A trajetória do federalismo brasileiro divide-se em alguns períodos. No período de 1930 a 1945, houve a centralização e o fortalecimento do poder executivo federal, por meio do aumento da representação política dos estados menos populosos. Nesse período foi garantido aos municípios os recursos próprios e passaram a receber recursos de parcelas estaduais. Em 1937, na era Vargas, um dos objetivos seriam construir uma unidade política administrativa, promovendo uma modernização social e econômica, o que impactou na perda de receitas para o governo federal e esse passou a legislar sobre as relações fiscais externas e entre os estados. Esse movimento aumentou os desequilíbrios financeiros entre os estados (SOUZA, 2005).

Segundo Souza (2005, p. 108),

[...] A CF de 1946, introduziu o primeiro mecanismo de transferências intergovernamentais da esfera federal para as municipais, excluindo os estados, na tentativa de diminuir os desequilíbrios verticais de receitas, mas o critério de transferências não continha nenhum mecanismo de equalização fiscal, dado que consistia em dividir o montante a ser transferido pelo número de municípios existentes.

Essas ações diminuiram ao longo do tempo com a criação de novos municípios e com a inflação, impactando na crise econômica de 1960. Em 1966, já no período da Constituição de 1967 – 1969, houve a reforma tributária centrada no governo federal com o poder político e tributário. As normas constitucionais, tinham a intenção de estabelecer uma subordinação política e econômica dos Estados à União, dando à União, o direito de interferir nas áreas de atribuições administrativas, na tentativa de “reajustamentos necessários”. Apesar dessa centralização dos recursos, foi nesse período que houve o primeiro sistema de transferências intergovernamentais para estados e municípios, conhecidos como Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação Municipal (FPM). Com isso, os repasses deixaram de

ser uniformes e passam a serem realizados considerando a per capita (SOUZA, 2005).

Em 1988, a CF considerada a mais detalhada e construída ao longo de 20 meses, resultou não apenas em princípios, regras e direitos individuais, coletivos e sociais, mas também na formulação e consolidação das políticas públicas. Com isso, ocorreram mudanças que alteraram as dimensões políticas, fiscais e administrativas. Na descentralização do poder, foram incorporados os municípios como participantes do sistema, tornando-o em três níveis - o triplo federalismo (ALMEIDA, 2001).

O modelo organizativo posto pela CF descentraliza as políticas públicas e a distribuição de recursos fiscais, dando destaque à cooperação do federalismo brasileiro. Coerente com a distribuição das responsabilidades sobre a gestão de políticas, foram demarcadas as competências no campo fiscal (BRASIL, 2016c).

Souza (2002) traz que a criação de novos municípios impulsionou a redemocratização. Entre os anos de 1988 e 1997 foram criados mais de 1300 municípios. A descentralização tributária beneficiou os municípios, pois passaram à dispor de certa liberdade de alocação dos seus recursos próprios, principalmente depois de 1988. Entretanto, a descentralização não significou a contenção de despesas, pois a municipalização gerou novas responsabilidades e consequentemente novas necessidades (LIMA, 2009).

A municipalização foi fundamental para expandir e efetivar as políticas de saúde dentro das regiões de saúde, dando autonomia no campo da saúde. O processo organizativo se deu através de portarias, em que normalmente a utilização dos recursos financeiros era vinculada ou referenciada, o que promovia a adesão e implementação de programas de saúde (LIMA, 2009).

Com a descentralização e a criação de novos municípios, Souza (2002) reforça que a grande maioria dos municípios sobrevivem de recursos federais e estaduais, demonstrando o grau de dependência das políticas e do financiamento das esferas de governos estaduais e nacionais. Com isso, verifica-se que apesar de existirem administrações públicas com experiências bem-sucedidas, há necessidade de se reinventarem na capacidade administrativa e de governar. Deste modo, os processos de planejamento e gestão orçamentária se tornam mais um desafio para a gestão municipal na garantia da concretude da implantação das políticas de saúde.

No Brasil, a CF de 1988 definiu competências tributárias da arrecadação dos impostos, e mesmo com a distribuição dos recursos arrecadados, estados e municípios vivem com dependência do poder da União. Deste modo, esse sistema é marcado por assimetria de poder de arrecadação e gasto, bem como desequilíbrios verticais e horizontais (LIMA, 2009).

A descentralização e defesa pelos direitos sociais impactou no sistema econômico dos Estados. De um lado existia o aumento dos gastos e, de outro, a necessidade das ações e serviços de saúde, o que afetou diretamente no equilíbrio fiscal. Segundo Lima (2009, p.579):

[...] à Seguridade Social não especificam nem os montantes a serem distribuídos entre as áreas – previdência, saúde e assistência social, nem a parcelas que deveriam ser destinadas ao financiamento descentralizado da política de saúde oriundas do Orçamento federal[...].

A expansão das políticas de saúde, e aqui falando propriamente do SUS, depende do financiamento. Nesse sentido, as esferas de governo municipal, estadual e nacional são fundamentais para garantir os princípios de acesso, universalidade e integralidade. Entretanto, países federativos como o Brasil, com desigualdades regionais, acabam tornando o sistema tributário uma tarefa complexa (LIMA, 2009, p.115):

Além dos requisitos clássicos – tributar com equidade e eficiência, adequar a distribuição de recursos via orçamento e executar o dispêndio visando a melhoria dos resultados alcançados – estes sistemas devem: contemplar a distribuição equilibrada de encargos (responsabilidades e funções) entre as esferas de governo; repartir de modo eficiente as competências tributárias; e elaborar um sistema adequado de partilha fiscal.

Essas dimensões são importantes para entender os arranjos existentes no federalismo fiscal, que é a forma como se distribuem os poderes e se estabelecem as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentários no âmbito das federações. No caso do Brasil, a configuração do federalismo fiscal se dá no poder de tributar, arrecadar e gastar. Isso permite o controle/intervenção do Estado na implementação das políticas de saúde (LIMA, 2009).

Entende-se o federalismo fiscal sendo o mecanismo de articulação de interesses na federação, moldado por fatores econômicos, sociais e culturais, que expressa os princípios de autonomia e interdependência na gestão dos tributos e é o resultado de escolhas nas execuções das políticas de saúde.

Os mecanismos de transferências dos recursos tributário se dão no formato de atuar na correção dos desequilíbrios verticais e horizontais. Segundo Lima (2009, p.115), os desequilíbrios são considerados:

Verticais são gerados pela concentração de poder de tributação em contraposição às maiores necessidades de gastos das esferas subnacionais decorrentes de descentralização; horizontais que resultam, por um lado, de capacidades diferenciadas dos governos na provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis e, por outro, de demandas distintas de gastos públicos em função de variações das necessidades da população.

O que poderia corrigir os desequilíbrios fiscais e promover a equalização entre os entes federados seria modificar os mecanismos de transferências dos recursos tributários. No Brasil, por ser um país heterógeno e com desigualdades, o papel do poder central é fundamental (LIMA, 2013).

Os desequilíbrios horizontais se expressam por meio das receitas que não possuem relação com a proporcionalidade das bases tributárias nas esferas que se apropriam dos recursos. Aqui, se discutem os desequilíbrios interestaduais e intermunicipais. As receitas redistributivas não guardam relação com a proporcionalidade das bases tributárias, por isso são consideradas possibilidades de reduzir as desigualdades (LIMA, 2013).

A CF/1988 define que os impostos e contribuições pertencem à esfera que os arrecada. Alguns são arrecadados pela União e são compartilhados com municípios e estados, porém nenhum ente tem a autorização para a criação de novos impostos. Essa possibilidade somente existe em duas situações: em caso de guerra ou para financiar a seguridade social (ROCHA, 2013).

O sistema tributário municipal é composto por arrecadação própria, receita própria e receitas disponíveis. O Quadro 1 detalha a composição das arrecadações dos orçamentos municipais:

Quadro 1 - Estágios da formação da receita disponível dos governos municipais, Brasil, 2013.

1 Arrecadação própria	Recursos arrecadados pelo governo a partir das bases tributáveis sob sua competência	
(+ transferências devolutivas	Cotas-partes do ICMS, IPVA, IOF-Ouro e ITR e IRRF dos servidores municipais	Critérios de repartição entre os municípios vinculados principalmente às bases econômicas locais: ▪ origem do ato gerador – localidade em que foi licenciado o veículo (IPVA), produzido o ouro (IOF-Ouro), da propriedade rural (ITR) e em que houve retenção do imposto sobre a folha dos servidores públicos municipais (IRRF); ▪ predominantemente a origem da produção, mensurada pelo valor adicionado no município (ICMS, IPI-Exportação, Lei Kandir, FEX e repasses estaduais de royalties do petróleo); ▪ localização ou confrontação com áreas de exploração de recursos naturais
(+ transferências compensatórias: desonerações das exportações	Cota parte do IPI – Exportação, Lei Kandir e FEX	
(+ Transferências compensatórias: exploração de recursos naturais	Royalties e participações especiais do petróleo e gás natural e dos recursos híbridos e minerais	
2 Receita própria	Recursos que o governo recebe derivados das bases econômicas locais, independentemente da esfera de governo que efetuou a arrecadação	
(+ Transferências redistributivas: fundos de participação	▪ Cotas partes do FPM e FEP e AFM	Critérios de repartição sem vínculo com bases econômicas locais, principalmente: ▪ critério populacional com faixas que privilegiem os municípios de pequeno porte (FPM, FEP, ACM e Cide); ▪ predominantemente população ou número de beneficiários (alunos matriculados, número de atendimentos, etc.) e/ou valores per capita definido nacionalmente (salário-educação, FUNDEB(EF), FNDE e pisos básicos do FNAS e FNS)
(+ Transferências redistributivas: vinculadas à políticas setoriais	▪ Cotas partes da Cide e do salário-educação; FUNDEB (EF) e transferências legais do FNDE, FNAS e FNS	
3 Receita disponível	Recursos que o governo recebe por exercer as competências tributárias locais e pela atuação do sistema legal de transferências	

Fonte: ORAIR; LIMA; TEIXEIRA, 2013.

Nos anos 1990, com mudanças na legislação tributária, criam-se diversos impostos que privilegiam a União, como o aumento das alíquotas da Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL), Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), entre outros. Entretanto, todas essas alterações não estavam vinculadas à uma estratégia ou plano de ordenamento para transferências subnacionais (LIMA, 2009).

Ainda na década de 1990, continuou o regime de contingenciamento e o uso dos recursos pela Seguridade Social. Nesse período criou-se o Fundo Social de Emergência (FSE), por meio de arrecadações de impostos e de contribuições sociais. O FSE teve como proposta durar apenas nos anos de 1994 e 1995, entretanto, o mesmo foi reformulado na forma de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) até 1996 e continuou até 1999. O FEF passa a ser chamado de Desvinculação de Receita da União (DRU) em 2000, o qual permanece vigente até hoje (LIMA, 2009).

Com isso, a saúde permanece sendo atingida pelo subfinanciamento. Desde 2000, o Ministério da Saúde obtém em torno de 17% do Orçamento da Seguridade Social, comparado ao que é amortizado com a dívida externa e interna, com juros e encargos, os quais representam os maiores percentuais dos recursos da área social (LIMA, 2009).

Com todas as dificuldades sobre a economia, em 2000, foi aprovado pelo Congresso Nacional, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) n.º 101 de 2000, reforçando a necessidade do equilíbrio entre a gestão orçamentária e o planejamento das ações. Dois pontos são fundamentais de destaques: a) uso dos recursos não ultrapassando 60% em folha de pessoal (índice de folha); b) os recursos deverão ser utilizados para atender ao objeto da vinculação (BRASIL, 2000; LIMA, 2009).

Na mesma época, a EC n.º 29, definiu ainda que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar, no mínimo, 7% das suas receitas na área da saúde, e, até o ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios. A União deveria, no primeiro ano, ampliar em 5% o orçamento do ano anterior e a partir de então corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto - PIB. A maior conquista da EC n.º 29 foi estabelecer a vinculação de recursos considerando as três esferas de governo, além de garantir e reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde. No entanto, ainda não se tinha clareza de quais atividades eram consideradas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e também não se conseguiu equalizar as diferenças nas capacidades econômicas entre municípios e estados.

Mesmo com a garantia do mínimo constitucional aplicado em saúde pelos entes subnacionais (EC 29/2000), ainda existia a dificuldade de garantir um sistema de saúde com

integralidade, universalidade e equidade dos serviços à população, e de combater as desigualdades na arrecadação de municípios e regiões de saúde (LIMA, 2009). Além disso, os arranjos fiscais não garantiam a manutenção das ações e serviços de saúde (ABRUCIO *et al*, 2013).

De acordo com Lima (2009), a União tem diminuído seus investimentos em saúde, passando de 72% em 1992 para 52% em 2002. Esse fato pode ser identificado como estratégia para passar a responsabilidade aos demais entes subnacionais, os quais nem sempre poderão atender às necessidades de saúde da população.

Dentro dos recursos transferidos entre os entes, estão o FPE e FPM, e podem ser utilizados livremente por cada ente governante. As regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste tendem a receber receitas maiores em comparação com as regiões Sul e Sudeste, principalmente em relação ao FPE. Também existem desequilíbrios nas receitas municipais (FPM), devido s diferenças entre os portes populacionais e as capitais, pois 23% da população encontra-se em capitais e 2,7% da população em municípios menores que 5 mil habitantes, detendo a maior concentração das receitas (LIMA, 2009).

Em janeiro de 2012, com a publicação da Lei Complementar n.º 141, são reforçados os investimentos constitucionais definidos pela EC n.º 29 e também fica claro no que constituem as ASPS.

De acordo com essa LC, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde: vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; capacitação do pessoal de saúde do SUS; desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças; investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais; ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis

à execução das ações e serviços públicos de saúde; e gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

Um importante marco da lei foi reforçar os instrumentos de planejamento no processo de execução orçamentária, fortalecendo a necessidade do equilíbrio entre execução e arrecadação conforme necessidade de saúde e mediante as políticas públicas (BRASIL, 2012).

Na mesma década, é publicada a EC n.º 86/2015, que instituiu o chamado orçamento impositivo, tornando mandatória a execução de uma parcela das emendas individuais, equivalente a 1,2% das Receitas Correntes Líquidas e, deste valor, 0,6% devem ser destinados pelos parlamentares a ASPS (BRASIL, 2015). Com isso, a EC n.º 86 alterou os arts. 165, 166, e 198 da Constituição Federal, tornando obrigatória a execução da programação orçamentária:

[...] § 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde (EC 86/2015, p.06).

No entanto, a EC n.º 86/2015 definiu a vinculação da aplicação mínima de recursos federais nas ASPS e estabeleceu que a partir do ano de 2016 essa seria realizada com base na Receita Corrente Líquida (RCL), em percentuais escalonados de 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

Esse cenário piorou com a PEC do Teto dos Gastos, a EC n.º 95/2016), a qual determinou que a partir de 2018 as despesas federais somente poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada, conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A EC 95, instituiu um novo regime fiscal que fixou os limites para a despesa primária por 20 anos. Isso significa dizer que a partir de 2018 o montante de recursos destinados pela União será o mesmo executado em 2017, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo IBGE ou de outro índice que vier a substituí-lo. O Quadro 2 apresenta de forma sistematizada o financiamento do SUS pelos diferentes entes federados, após a EC n.º 95/2016.

Quadro 2 - Sistematização das formas de financiamento do SUS pelos entes federados, EC n.º 95/2016. Brasil, 2000 a 2018.

Mínimo de recursos financeiros que devem ser aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)							
MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
Desde 2000	Desde 2000	De 2000 a 2015	A partir de 2015		A partir de 2018		
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015		EC 95/2016		
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano Base RCL		Base: gasto ano anterior		
			2016	13,20%		-	-
			2017	13,70%		2017	15,00%
			2018	14,10%		-	-
			2019	14,50%		-	-
			2020	15,00%	-	-	Valor gasto no ano anterior + IPCA

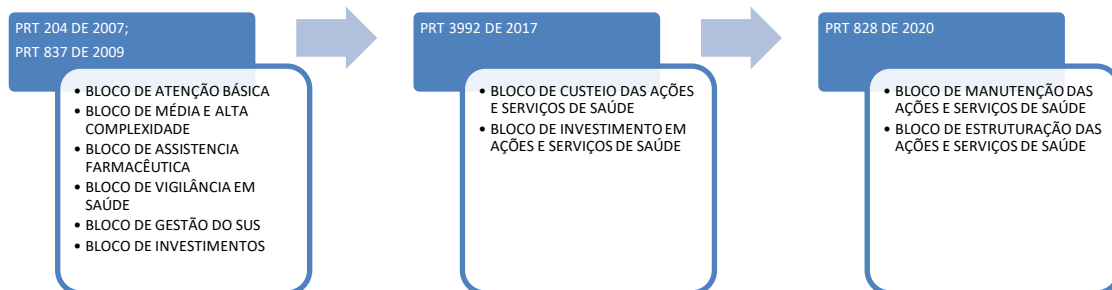
Fonte: Conasems, 2019.

É importante destacar que com a redução drástica de recursos da União por meio das EC n.º 86/2015 e EC n.º 95/2016, estados e municípios aumentam a cada dia suas despesas com ASPS, uma vez que para estados e municípios a legislação estabelece o mínimo a ser aplicado e, para a união, infelizmente, existe um teto.

Além do subfinanciamento do SUS, as regras que se estabelecem para gerir os recursos, por vezes dificultam também a otimização dos mesmos. Em 2017, houve a publicação da Portaria GM/MS n.º 3992 de 2017, unificando os blocos de financiamento em dois, bloco de custeio e de investimento em ações de serviços de saúde. A intenção era de facilitar o processo de execução orçamentária, porém não houve mudança no formato para a execução dos recursos dentro do programa de trabalho, não sendo possível a mudança de finalidade do objeto de vinculação orçamentária, ou seja, a transferência e a transposição orçamentária.

Em 2020, com a portaria GM/MS n.º 828, esses blocos mudam de nomenclatura, passando para bloco de manutenção e bloco de estruturação de ações e serviços de saúde, conforme demonstra-se no Quadro 3.

Quadro 3 - Evolução da unificação dos blocos de financiamento do SUS: Brasil, 2007 a 2020.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Esses grupos de ações refletem a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recursos, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde dos entes subnacionais, que convergiram para a Lei de Orçamento Anual (BRASIL, 2017d).

As vinculações orçamentárias, como não poderiam deixar de ser, continuam exatamente como sempre foram, e apresentam as ações pactuadas pelo governo. A referida Portaria separa definitivamente, de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro. Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. E o mais importante: sempre mantendo a lógica do orçamento público. Isto é, divulgar para a sociedade o que vai fazer - peça orçamentária - e mostrar o que fez - execução orçamentária/financeira refletidas no relatório de gestão (BRASIL, 2017d).

As despesas referentes aos recursos federais transferidos na modalidade fundo a fundo, bem como em qualquer outro tipo de transferência, devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido (BRASIL, 2017d).

Importa destacar que toda essa engenharia tributária impacta na forma como as políticas públicas serão executadas. Na sequência, foca-se na gestão orçamentária e como se dá o financiamento na APS.

2.2 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA NO SUS E FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para o Sistema Único de Saúde, o planejamento em saúde perpassa um longo arcabouço normativo, desde a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal n.º 8080/90, Decreto nº 7508 de 2011, chegando a LC nº 141 de 2012. Para desenvolvimento do planejamento requer a definição de necessidades de saúde, e em alguns casos as necessidades de políticas de saúde definidas pela União, não corresponde as necessidades de saúde priorizada pelos estados e municípios. Para Vieira (2009), o planejamento é fundamental para escolha das ações e do que se almeja alcançar. Negar o planejamento é negar a escolha de caminhos que possam ser percorridos.

A CF de 1988, traz os instrumentos de planejamento de governo, sendo: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses instrumentos devem demonstrar as diretrizes, objetivos e metas que o governo propõe para administração pública. Entendendo a importância oriunda da normativa, o gestor deve

realizar seu planejamento baseando-se em despesas de custeio e capital, pois seria o instrumento que visualiza alocação dos recursos públicos (VIEIRA, 2009).

A LC n.º 141 de 2012 definiu as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em ações e serviços de saúde e reforçou como instrumentos de planejamento na saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) (BRASIL, 2012).

O PMS deve estar em consonância com as diretrizes apontadas nos espaços de participação sociais, como as conferências de saúde. Com isso, consegue-se definir as necessidades de saúde de um município, estado e união, reforçando a importância do planejamento ascendente. Assim como os instrumentos de planejamento de governo, os instrumentos de planejamento da saúde devem conter, diretrizes, objetivos, metas e indicadores, e esses devem estar compatíveis entre si (CONASEMS, 2019). A figura abaixo ilustra a compatibilização dos instrumentos de planejamento de governo e da saúde:

Figura 1 - Ilustração da compatibilização dos instrumentos de governo e da saúde. Brasil, 2022



Fonte: Conasems, 2019.

Segundo Vieira (2009, p.1573):

Um dos grandes problemas de governança no SUS reside na desarticulação entre os instrumentos de planejamento e orçamento público. Como geralmente são elaborados de forma independente, ocorrem deficiências no financiamento das ações planejadas.

Para que se tenha de fato uma boa execução financeira e gestão orçamentária, primeiramente é necessário que haja uma compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde e os instrumentos de governo. Quando houver a compatibilização, o que é identificado pelo planejamento como necessidade de saúde, haverá orçamento e

financiamento vinculado às ações propostas (CONASEMS, 2019).

O parágrafo único do art. 8º da Lei Complementar 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) reforça esse entendimento, ao tratar da execução orçamentária, dispondo que “os recursos legalmente vinculados à finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso”. A vinculação do repasse federal com origem em determinada programação orçamentária à finalidade dessa programação é assim reforçada pela LRF, que esclarece ainda a continuidade da vinculação, mesmo em exercício posterior ao do ingresso do recurso no fundo de saúde local.

Giacomoni e Pagnussat (2006), define a estrutura orçamentária de forma dividida em dois elementos: capital e corrente. A classificação de programas e projetos estarão vinculados ao objetivo orçamentário e os programas, ou seja, precisam estar vinculados ao planejamento. Percebe-se que a legislação relacionada à execução orçamentária e financeira estabelece restrições apenas à utilização dos recursos em finalidade distinta daquela relacionada à programação orçamentária federal que originou o repasse de recursos. Além das regras relacionadas à execução orçamentária e financeira devem ser observados o conteúdo dos planos de saúde, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012; a programação anual de saúde, as diversas portarias dos gestores das políticas de saúde, que estabelecem tanto incentivos ou repasses financeiros como os pré-requisitos, condições ou resultados aos quais os incentivos ou repasses federais ficam vinculados.

Entre tantos desafios, o planejamento ascendente é fundamental para consonância das ações de saúde nas três esferas de governo e para definição eficiente na vinculação de recursos orçamentários (VIEIRA, 2016).

O planejamento em saúde implica na importância da estruturação de políticas de saúde prioritárias para posterior implantação e execução. Desta forma, quando a priorização orçamentária é vinculada às necessidades de saúde, é impositivo que se tenha garantia das ações executadas conforme o planejamento proposto, através dos instrumentos de gestão.

Em 1920, na Grã Bretanha, por meio do relatório de Dawson, ocorreu a descrição da APS, que propôs a organização dos serviços de forma hierarquizada em níveis de atenção (primária, secundária e terciária), regionalizada e valorizando a assistência ambulatorial. Em 1978, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde propôs a APS como uma estratégia para atingir o maior nível de saúde possível até o ano de 2000, conhecida como Saúde para Todos no Ano 2000. Essa conferência foi realizada em Alma-Ata, antes República Socialista Soviética, atualmente Cazaquistão (COSEMS-PR, 2019).

Segundo Mendes (2001), no início do século XX já havia características de organização dos serviços que seriam fundamentais para a APS. Cita-se como exemplo os Centros de Saúde, os quais trabalhavam com ações curativas, preventivas e de educação sanitária, com foco na base populacional. No ano de 1940, com a criação dos Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o olhar voltou-se para as doenças infecciosas relacionadas à pobreza, da mesma forma que o processo permaneceu e expandiu para outras regiões do país nas décadas de 1950 e 1960.

Em 1980, foram implantados no território brasileiro os postos de saúde, o que permitiu a sua expansão e fortalecimento do seu papel no cotidiano da população, dando visibilidade à contratação de recursos humanos, aquisição de medicamentos e equipamentos (LAZARINI *et al*, 2017). Junto com a expansão e a visibilidade da APS, a população passou a cobrar dos estados da federação a sua consolidação. Esse movimento denominado reforma sanitária, que não visava somente a consolidação da APS, mas a mudança de princípios e de organização de todo o sistema de saúde, ganhou forças e culminou com a 8ª Conferência de Saúde, em que ficou expressa a importância de ter uma saúde pública forte e estruturada, por meio da criação do SUS na CF de 1988. Então, com a Lei n.º 8080/90, regulamentou-se o SUS, cujos princípios são a universalidade, equidade e integralidade.

No caso brasileiro, a opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de ordenadora do sistema de atenção à saúde. Foi adotada a designação Atenção Básica (essencial), para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (LAZARINI *et al*, 2017).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) teve sua primeira publicação no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), com revisões em 2011 e 2017. Na primeira proposta de trabalho da política, publicada pela Portaria GM/MS n.º 648 de 2006, foram apresentadas ações mais estruturantes, fortalecendo a expansão de cobertura de atenção básica. O foco era a organização do programa de agentes de saúde e equipes saúde da família (ESF) (BRASIL, 2006).

Na revisão da PNAB em 2011, publicada pela Portaria GM/MS n.º 2488 de 2011, houve a inclusão dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e equipe de Saúde da Família para população Riberinha e Amazona Legal. A política reforçou os conceitos e introduziu a atenção básica como ordenadora da rede de atenção (BRASIL, 2011). Ainda nos anos de 2008, houve um olhar para a estruturação dos serviços de saúde na APS e o governo federal iniciou os programas de construção, ampliação e reformas das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No Brasil, o modelo de financiamento do SUS promove interferências no modelo de atenção. Quando se iniciou a descentralização da gestão dos sistemas de saúde aos municípios e estados, através das Normas Operacionais Básicas (NOB), o MS teve um papel definido na formulação de políticas de saúde. Junto ao processo de estruturação da APS, a NOB 96 permitiu os incentivos financeiros para os programas que seriam a estrutura da APS, como os programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (MENDES, 2014).

Em 1998, os municípios conquistaram o piso fixo da atenção básica, instituído pela NOB 96, e desta forma os recursos passaram a serem disponibilizados pelos números de habitantes residentes naquele município e não mais pela lógica de produção, possibilitando uma organização de planejamento para estruturação e manutenção dos serviços (MASSUDA, 2020).

Esse processo de fortalecimento da APS e financiamento do governo federal continuou nos anos de 2011, com a implantação de programas que incentivaram a organização do processo de trabalho, como o Programa Saúde na Escola; Programa Mais Médicos; Programa Melhoria, Acesso e Qualidade; Núcleo de Apoio da Saúde da Família, entre outros. Segundo Massuda (2020), entre os anos de 1998 e 2018, as ESF se faziam presentes em 95% dos municípios brasileiros, tendo um crescimento de 2 mil equipes para 43 mil equipes e atendendo cerca de 130 milhões de brasileiros. Apesar do crescimento significativo de implantação das ESF, os municípios ainda tinham grandes dificuldades financeiras, pois os recursos repassados pelo governo federal eram insuficientes para manutenção do serviço, assim como a dificuldade e a demora de conseguir novas habilitações de implantações para novas equipes.

Considerando que o modelo de financiamento induz políticas, o grupo criado para revisão da PNAB propôs uma discussão sobre o financiamento da APS, visto que segundo pesquisas junto aos gestores municipais, os valores repassados eram insuficientes para manutenção das atividades da atenção básica e os municípios acabavam financiando cerca de 70% do custo da APS (MENDES, 2014).

Em análise às execuções orçamentárias do MS, entre 1995 e 2012, os gastos per capita com a Média e Alta Complexidade (MAC), passaram de R\$ 121,6 para R\$ 174,5, sendo muito superiores aos gastos per capita do PAB Fixo, que variava de R\$ 22,4 para R\$ 22,6 (MENDES, 2014). Observou-se que havia um saldo do orçamento programado para atenção básica e que quando este não era executado os recursos que estavam vinculados à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), eram, portanto, reprogramados para a média e alta complexidade, dificultando os repasses financeiros da APS.

Em 2019 houve a criação da Secretaria de Atenção Primária de Saúde, a qual ganhou

independência no orçamento e planejamento financeiro do Ministério da Saúde (REIS *et al* 2019).

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) foi demandado sobre as solicitações dos gestores de saúde, que haviam discutido as fragilidades da APS em diversos espaços. Entre as discussões destacaram-se: a) dificuldades para gerir os recursos; b) diretrizes e normas sem flexibilidade para as diversidades brasileiras; c) autonomia do ente federado; d) dificuldade das equipes de APS entenderem seu papel dentro da rede de atenção; e) estabelecimento de protocolos; f) a importância da regulação de acesso e de assistência; g) foco do cuidado centrado na pessoa; h) as linhas de cuidados; i) educação permanente em saúde; j) importância da integração ensino e serviço; k) dificuldades de contratações de profissionais; l) dificuldades de implantação de equipes saúde da família em grandes centros; entre outros (CONASEMS, 2016).

Diante de todo cenário em que os gestores vivenciaram com as dificuldades de organizarem suas equipes dentro dos municípios e com a baixa resolutividade da atenção básica, foi criado um Grupo de Trabalho de Atenção Básica (GTAB) em nível nacional, com representatividade de entidades como Conasems, que contava com representação das cinco regiões do país, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Ministério da Saúde (MS). No Estado do Paraná, a proposta inicial da revisão da PNAB foi discutida nos 22 Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (Cresems), os quais compõem o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems-PR) (COSEMS, 2018; 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica foi revisada e publicada em 2017 por meio da Portaria GM/MS n.º 2436, com foco na territorialização e na reorganização da APS baseadas nas necessidades de saúde daquele território. Considerando que o país possui diversidades entre os municípios e regiões de saúde, a política traz recomendações e não imposições. Os pontos de destaque da política foram a importância da regulação da APS; a educação permanente de saúde; a ampliação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; a integração da Vigilância em Saúde (VS) com a AB no território e o reconhecimento dos distintos modelos de organização da APS existentes nos municípios, possibilitando arranjos organizativos locais regionais, estaduais e/ou municipais. Além disso, destacaram-se: a autonomia dos gastos com base nas necessidades locais, a criação da gerência das UBS/território, a autonomia da gestão municipal enquanto executora da APS, o território, além do geográfico, a integração dos territórios e processos de trabalho dos ACS e ACE e a integração ensino serviço, entre outras.

A PNAB foi alvo de grandes questionamentos, primeiro pelo reconhecimento de outras equipes de atenção à saúde, além da equipe saúde da família, o que provocou o surgimento de

incertezas quanto à consolidação da estratégia saúde da família nos municípios, justificando a necessidade de saúde do território e abrindo a possibilidade de novos arranjos de organização. Outro fator foi o curto período de consulta pública, onde houve o prazo de apenas 10 dias para manifestações, e ainda, as discussões de sua minuta ficaram vinculadas a espaços restritos de representatividades da gestão, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Além disso, outro ponto que a PNAB trouxe foi o registro dos verbos “recomenda-se”, “orienta-se”, “sugere-se”, ficando a gestão municipal responsável pela decisão e definição das ações, sendo uma forma de proteção contra críticas ao grupo de trabalho da CIT (GTAB). Uma política com tal importância, de fato foi atropelada para sua publicação, esquecendo-se do envolvimento do controle social e da participação popular (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

No mesmo período observaram-se movimentos sobre a mudança do financiamento da Atenção Básica e mais uma vez o GTAB iniciou um processo de discussão baseada na Portaria GM/MS n.º 2436 de 2017 e na Lei Complementar n.º 141 de 2012. Desde então foram proporcionados encontros de discussão com os 26 estados da federação e DF para escutar as dificuldades e apontamentos dos gestores municipais diante a proposta.

No dia 12 de novembro de 2019, cria-se o Programa Previne Brasil publicado pela Portaria MS n.º 2979 de 2019, que estabelece os critérios de financiamento de custeio da APS, substituindo o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável. A proposta do novo financiamento é o pagamento por capitação ponderada, indicadores de saúde e programas estratégicos e prioritários do MS. Em meio às grandes discussões nas reuniões da CIT, o Conasems posicionou-se para que os municípios não tivessem prejuízos com a nova proposta, ficando pactuado que nenhum município teria perdas financeiras no ano de 2020. A Portaria GM/MS n.º 172 de 2020 manteve os repasses financeiros do PAB Fixo no percentual de 25% referente a base de dados de 2019 para as 12 competências do ano de 2020 e para os municípios que apresentaram perdas seria mantido o valor fixo do recebimento, conforme Portaria GM/MS n.º 173 de 2020.

Para o repasse financeiro do componente da capitação ponderada, considerou-se o quantitativo de pessoas cadastradas em equipe saúde da família (eSF) ou equipe de atenção primária (eAP) homologadas. A proposta foi considerar parâmetros de número de pessoas cadastradas e vinculadas como população adscrita por equipes de saúde. Além do cadastramento ainda são considerados os critérios de vulnerabilidade socioeconômicos e demográficos. Vale ressaltar que a portaria não permite transformar uma equipe de saúde da família em equipe de atenção primária, conforme demonstra o Quadro 4:

Quadro 4 - Parâmetro de cadastro por equipe - de acordo com a tipologia do município. Brasil, 2019.

Tipologia dos Municípios	Parâmetro de pessoas por ESF	Parâmetro de pessoas por EAP – 20 horas	Parâmetro de pessoas por EAP – 30 horas
Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
Rural Adjacente			
Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
Rural Remoto			

Fonte: Portaria GM/MS n. 2979 de 2019 (BRASIL, 2019)

Massuda (2020), ressalta que a proposta do MS sobre a nova forma de financiamento foi baseada no modelo inglês, porém esses instrumentos se transformaram em bases de cálculos para transferências intergovernamentais, o que pode implicar negativamente no fortalecimento e na consolidação da APS. O autor ainda reforça que a nova forma de financiamento tem caráter restritivo, deve limitar a universalidade e focaliza as ações em âmbito da APS.

Para a classificação dos municípios foi considerada a tipologia estabelecida pelo IBGE, sendo: tipologia urbana, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto, rural remoto. Além dos valores propostos por tipologia, foi inserido o peso nos valores propostos em relação a população vulnerável, ou seja, foi atribuído um peso de 1,3 por pessoa. Para cada pessoa considerada como vulnerável (critérios de vulnerabilidades), os municípios recebem um percentual de 30% a mais do valor da capitação.

Quadro 5 - Peso do valor per capita por tipologia do município. Brasil, 2019.

Critérios	Sem critério de Vulnerabilidade	Com critério de Vulnerabilidade
Urbano	1	1,3
Intermediário Adjacente	1,45	1,88
Rural Adjacente		
Intermediário Remoto	2	2,6
Rural Remoto		

Fonte: Portaria GM/MS n. 2779 de 2019 (BRASIL, 2019).

Os critérios de equidades foram a vulnerabilidade socioeconômica, o ajuste demográfico e o ajuste de distância. Segundo Harzheim (2020, p.5),

Os critérios de vulnerabilidade socioeconômica e ajuste demográfico atribuíram um peso diferenciado para pessoas cadastradas beneficiárias de programas sociais e dentro das faixas de idade que são consideradas com maior necessidade dos serviços de saúde.

Para os critérios de vulnerabilidade socioeconômica foram consideradas as populações que recebem recursos do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou ainda benefícios previdenciários do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) de até dois salários-mínimos (INSS). Em relação aos ajustes demográficos, considerou-se a população do município com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade (MENDES *et al*, 2022; BRASIL, 2019a).

O valor per capita para o incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil foi estabelecido pela Portaria GM/MS n.º 169 de 2020, como sendo de R\$ 50,50 por habitante/ano.

Quadro 6 - Valores per capita segundo o Programa Previne Brasil. Brasil, 2020.

Tipologia dos municípios	Sem critério de Vulnerabilidade	Com critério de Vulnerabilidade
Urbano	R\$ 50,50	R\$ 65,65
Intermediário Adjacente	R\$ 73,23	R\$95,19
Rural Adjacente		
Intermediário Remoto	R\$ 101,00	R\$ 131,30
Rural Remoto		

Fonte: Portaria GM/MS n.169 de 2020 (BRASIL, 2020a).

Mendes (2014), relata que os recursos considerados para os valores de incentivos do PAB variável e o PAB fixo, eram em torno de R\$ 18,00 per capita. Em 2017, com a atualização do repasse do PAB Fixo pela portaria GM/MS nº 3947, com valores de R\$ 23,00 a R\$ 28,00 reais habitante/ano, e esses valores diferiam conforme grupos de classificação dos municípios. Analisando o Quadro 6 percebe-se um aumento dos repasses financeiros para a APS dos municípios, porém vale considerar a preocupação dos gestores em relação ao cadastramento da população, pois ainda existem muitos locais de difícil acesso e que a própria população se nega a realizar o cadastramento (MENDES *et al*, 2022).

Outras preocupações são os repasses por indicadores, pois baseiam-se na lógica de recebimento por alcance de metas, que serão avaliadas por quadrimestre, sendo que o alcance das metas define o valor de recebimento de recursos. Importa ainda lembrar que a população adscrita é a população presente no território da UBS.

A Portaria GM/MS n.º 3222 de 2019 traz um rol de sete indicadores que deveriam ser avaliados a partir do segundo semestre de 2020, no entanto em função da pandemia sua análise vinculada ao financiamento dos serviços foi sendo prorrogada. Massuda (2020) ressalta que neste ponto, a preocupação é que as equipes de saúde podem ficar focadas nos indicadores e esquecerem as demais comorbidades que não são contempladas.

Quadro 7 - Indicadores de Saúde que compõem o componente desempenho do PPB

Indicadores de pagamento a partir de 2020
I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
IV - cobertura de exame cito patológico;
V - cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
VI - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e
VII - percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

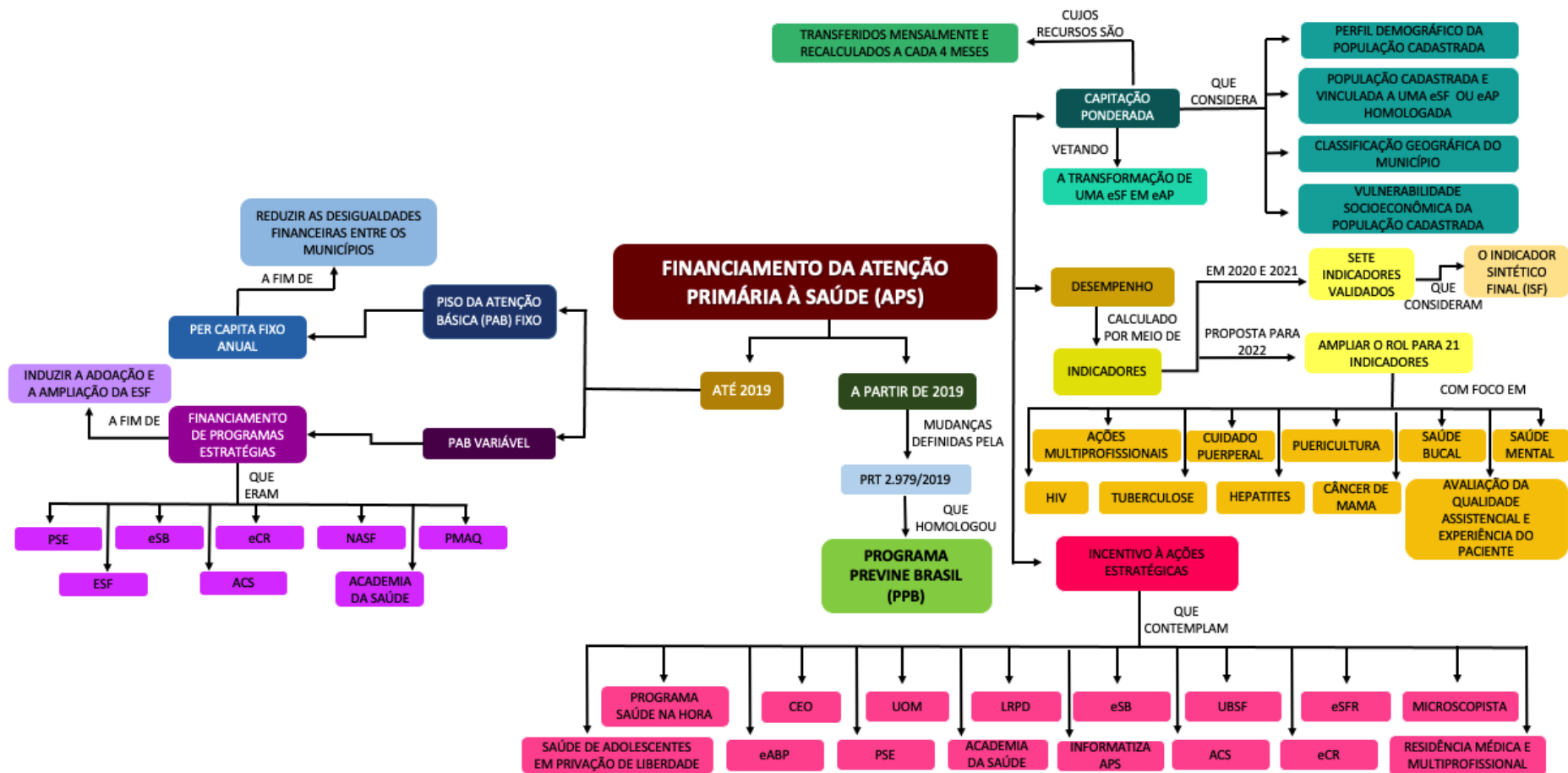
Fonte: Portaria GM/MS n. 3222 de 2020 (BRASIL, 2019b).

Outro fator de destaque foi a mudança do incentivo financeiro do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), pois com o Programa Previne Brasil, assim como as Equipes de Saúde da Família (ESF), os NASF não terão incentivos específicos de programa, e sim estarão dentro do componente de repasse pela capitação ponderada.

Outro ponto que abrange o Programa Previne Brasil são os programas prioritários do MS, os quais não tiveram alterações de valores e formas de repasses financeiros, tais como: a) Formação e Residência Médica e Multiprofissional. b) Saúde Bucal; c) Centro de Especialidades Odontológicas; d) Laboratório de Próteses Dentárias; e) Unidade Odontológica Básica; f) Programa Saúde na Escola; g) Academia da Saúde; h) Consultório de Rua; i) Equipes Ribeirinhas; j) UBS fluviais; k) Microscopistas; l) Programa Saúde Prisional; m) Saúde do Adolescente, e; o) Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Já os programas estratégicos inseridos no PPB foram: Programa Saúde na Hora; Informatização; Programa Médicos pelo Brasil (PMB). O PMB vem substituir o Programa Mais Médicos (PMM), como o programa de garantia de provimento de profissionais médicos para áreas de difícil provimento ou alta vulnerabilidade.

Na Figura 2 apresenta-se um mapa conceitual sobre o financiamento da APS, considerando as alterações propostas pelo PPB na portaria GM/MS n.º 2979 de 2019.

Figura 2 - Mapa conceitual do financiamento da APS. Brasil, 2020.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Em 2021, o PPB teve a sua primeira alteração através da Portaria nº 2254 de 2021, trazendo a incorporação do quarto componente de composição do financiamento da APS, o *incentivo financeiro com base em critério populacional*. A portaria define que o valor base para o repasse dependerá do orçamento disponível, podendo ter alterações conforme o ano, o que dificulta a gestão financeira e orçamentária dos municípios, para planejamento da manutenção das ASPs no âmbito da APS. Para o ano de 2022, o valor será de R\$ 5,95 por habitante/ano (BRASIL, 2021).

No componente desempenho houve alterações dos indicadores para fins de alcance das metas. As maiores alterações foram nos indicadores vinculados aos hipertensos e diabéticos. Para fins de validação dos resultados dos indicadores, a fonte de informação será o SISAB (BRASIL, 2022). O Quadro 8 ilustra os indicadores alterados que compõem o componente de desempenho do PPB.

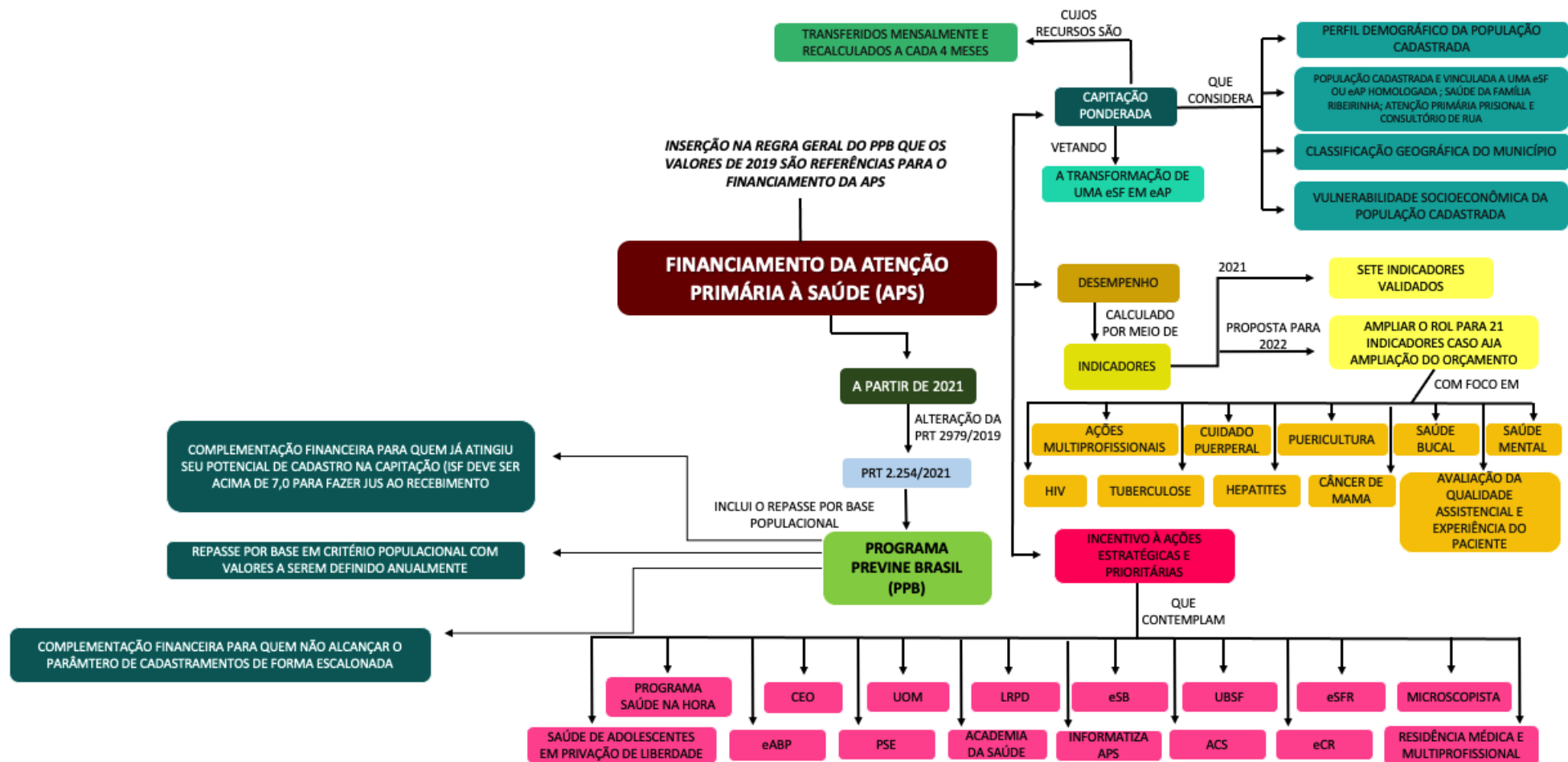
Quadro 8 - Indicadores de Saúde alterados que compõem o componente desempenho do PPB. Brasil, 2022

Indicadores de pagamento a partir de 2022
Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1a até a 12a semana de gestação;
Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; APS;
Indicador 4: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;
Indicador 5: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada;
Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;
Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Fonte: Portaria GM/MS n.102 de 2022 (BRASIL, 2022).

Outro destaque da portaria foi considerar como ano base de financiamento da APS o ano de 2019, ou seja, nenhum município brasileiro poderá receber incentivo financeiro para custeio da APS, inferior ao ano de 2019. Os municípios também poderão receber pela capitação ponderada, acima do parâmetro proposto de cadastro pela portaria (tipologia do município e tipo de equipe), desde que o indicador sintético final seja acima de 7,0 (BRASIL, 2021). No mapa abaixo destaca-se as principais mudanças na política de financiamento (Figura 3):

Figura 3 - Mapa conceitual das alterações ocorridas no Programa Previne Brasil. Brasil, 2022



Fonte: Elaboração própria, 2022.

As alterações constantes no programa podem ser entendidas como estratégia do MS em defender a execução orçamentária da pasta, proposta durante anos. Nesse sentido, o PPB tem justificado as alterações como forma de atender os apontamentos dos gestores de saúde. Segundo Servo *et al* (2020), o subfinanciamento no SUS continua sendo em torno de 45% inferior aos recursos aplicados no setor privado.

Dessa forma, a luta e a batalha para garantia de recursos na APS são históricas, assim, enquanto as despesas de custeio não forem condizentes com a importância da APS ao sistema de saúde no Brasil, ainda haverá grandes dificuldades para consolidar essa política no país.

Entendendo o contexto dos desafios do financiamento da APS e diante as mudanças de repasses pelo governo federal, a pesquisa objetiva analisar a gestão orçamentária da atenção primária à saúde nos municípios da macrorregião norte do Paraná.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de gestão orçamentária da atenção primária à saúde em municípios da macrorregião norte do Paraná.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a evolução da composição tripartite para o financiamento dos serviços de saúde na macrorregião norte do Paraná.
- Analisar a organização do trabalho, planejamento em saúde e execução orçamentária referente as despesas de custeio da atenção básica.
- Analisar as possíveis repercussões das recentes mudanças do financiamento da APS para a gestão orçamentária em saúde.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ocorrido em dois momentos distintos, um com abordagem quantitativa e outro momento com abordagem qualitativa. Isso porque a primeira etapa do estudo utiliza a abordagem quantitativa para investigar como ocorre o financiamento tripartite nos municípios da região estudada. Já a segunda etapa utiliza uma metodologia qualitativa para compreender o processo de gestão orçamentária e as repercussões das recentes mudanças do financiamento APS para a gestão orçamentária.

A articulação entre diferentes abordagens mostrou-se fundamental no presente estudo visto que a relação entre quantitativo e qualitativo possibilita analisar as relações sociais em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estado do Paraná é dividido em quatro macrorregiões de saúde, macro leste, macro oeste, macro norte e macro noroeste. A pesquisa foi realizada na macrorregião norte do Paraná. Essa região possui uma população estimada de 1.988.697 habitantes (PARANÁ, 2019) distribuídos em cinco Regiões de Saúde (RS): 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a RS e 97 municípios. A disposição geográfica das RS dentro da macrorregião é apresentada na Figura 4.

Figura 4 - Mapa da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2021.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – SESA/PR

A região de pesquisa possui municípios de pequeno, médio e grande porte populacional, sendo que dos 97 municípios, 84 municípios são considerados de pequeno porte, 9 de médio porte e 4 de grande porte (IBGE, 2010).

Quadro 9 - Classificação de Municípios por número de habitantes. Brasil, 2004.

CLASSIFICAÇÃO DOS MUNÍCIOS	POPULAÇÃO
Pequenos I	Até 20.000 habitantes
Pequenos II	De 20.001 a 50.000 habitantes
Médios	De 50.001 a 100.000 habitantes
Grandes	De 100.001 a 900.000 habitantes
Metrópoles	Acima de 900.000 habitantes

Fonte: Silva e Pinafo (2018).

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu em duas etapas. A primeira a partir de dados secundários e a segunda a partir de entrevistas.

4.3.1 Etapa 1

Na primeira etapa, com o objetivo de investigar a evolução da composição tripartite para o financiamento dos serviços de saúde, realizou-se um estudo de natureza quantitativa, a partir de dados secundários, referentes ao financiamento dos municípios da macrorregião norte do Paraná.

Conforme mencionado, essa macrorregião totaliza cerca de 2 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios (Quadro 10). Dos 97 municípios, 56 (57,7%) são classificados como rural adjacente, 17 (17,6%) intermediário adjacente e 24 (24,7%) como urbano (BRASIL, 2017).

Quadro 10 - Regiões, número de municípios e população da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2019.

Região	Nº de municípios	População
16ª RS	17	384.198
17ª RS	21	964.251
18ª RS	21	222.583
19ª RS	22	289.020
22ª RS	16	128.45
Total	97	1.988.697

Fonte: SESA, 2019

São considerados municípios predominantemente urbanos aqueles que possuem mais de 50 mil habitantes, em área de ocupação densa; municípios em unidades populacionais que possuem entre 25 mil e 50 mil habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 50%; e municípios em unidades populacionais que possuem entre 10 mil e 25 mil habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 75% (IBGE, 2017).

São municípios intermediários os que possuem entre 25 mil e 50 mil habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização entre 25 e 50%; municípios em unidades populacionais, que possuem entre 10 mil e 25 mil habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização entre 50 e 75%; e municípios em unidades populacionais que possuem entre 3 mil e 10 mil habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 75% (IBGE, 2017).

Os municípios predominantemente rurais são os que possuem entre 25 mil e 50 mil habitantes em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 25%; municípios em unidades populacionais que possuem entre 10 mil e 25 mil habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 50%; e municípios em unidades populacionais que possuem entre 3 mil e 10 mil habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 75% (IBGE, 2017).

Dentre os municípios classificados como intermediário e rural, aqueles que se localizam próximos a centros urbanos de maior hierarquia são considerados adjacentes e os distantes são denominados como remotos (IBGE, 2017).

Para a coleta de dados foram utilizadas bases de dados secundárias. Utilizou-se o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para obter os recursos

próprios e de transferência investidos em saúde por habitante/ano e a proporção de recursos de transferência investidos em saúde durante os anos de 2013 a 2019. Também pelo SIOPS, obteve-se a proporção de despesas de custeio em APS, segundo a origem dos recursos referentes aos anos de 2018 e 2019. Justifica-se a análise a partir de 2018 pois somente a partir da publicação da portaria GM/MS n.º 3992 de 2017 é que o SIOPS precisou se adequar e trazer os dados executados em saúde segundo as subfunções.

Outra fonte de dados foi o painel de apoio a gestão, disponível no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da qual foram extraídos os dados referentes aos recursos de transferência do bloco de APS não executado, também durante o período de 2013 a 2019. Essas informações foram estratificadas segundo a tipologia dos municípios estabelecida pelo IBGE. As informações foram coletadas de junho a setembro de 2020.

O tratamento dos dados ocorreu por meio de análise de frequência e apresentados em tabelas e gráficos por meio do programa Microsoft Excel®.

4.3.2 Etapa 2

Para a escolha dos locais onde a pesquisa de campo foi realizada, primeiramente foi construída uma matriz que visava classificar os municípios quanto à sua condição frente ao financiamento e a organização da APS (Quadro 11). A matriz possui dados relacionados aos seguintes eixos:

- a) Despesa municipal em saúde
- b) Capacidade de uso de recursos de transferência
- c) Capacidade de adesão a programas estratégicos
- d) Capacidade de cadastramento populacional
- e) Desempenho

Os eixos foram selecionados considerando os principais aspectos determinados pela nova política de financiamento. Os dados foram extraídos por meio de fontes de livre acesso, como: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Fundo Nacional de Saúde (FNS), e-Gestor, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Para cada um dos eixos foram determinados alguns indicadores, os quais, a depender da situação, recebiam uma pontuação de 1 a 3.

Considerou-se três scores:

- O primeiro score - baixo (pontuação de 5 a 8,66) – representam os municípios que apresentam melhores condições referentes ao financiamento e organização da APS.
- O segundo score - intermediário (pontuação de 8,67 a 12,33) - representam os municípios que apresentam condições intermediárias referentes ao financiamento e organização da APS.
- O terceiro score - alto (pontuação acima de 12,33) - representam os municípios que apresentam condições mais limitantes referentes ao financiamento e organização da APS.

Quadro 11 - Eixos, indicadores, estratos e pontuação utilizados para a construção da matriz avaliativa. Paraná, 2021.

EIXOS	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERÍODO DE REFERÊNCIA	ESTRATO	PONTUAÇÃO
Despesa municipal em saúde	Proporção de recursos próprios em relação ao total de despesas em saúde.	Recursos próprios/ recursos de despesa em saúde	SIOPS	Anos de 2013 - 2019	Até 50% 51 a 70% Mais de 70%	3 2 1
	Proporção de recursos próprios na despesa em saúde	Média do percentual de recursos próprios em saúde conforme prevê a LC 141/2012	SIOPS	Anos de 2013 - 2019	Mais de 26% 21 a 26% 15 a 20%	3 2 1
Capacidade de uso de recursos de transferências	Capacidade de uso de recursos de Transferência	Recurso recebido da União X 100% / saldos em conta	SIOPS; Painel de apoio à gestão	Dezembro 2019	Acima de 41%	3
					21% a 40% Até 20%	2 1
Capacidade de adesão à programas Estratégicos	Grau de adesão SB AB	Nº (eSFSB*3450) *3.000/ estimativa populacional *100	e- Gestor	Anos de 2013 - 2020	Abaixo 69%	3
					70 a 80% 90% ou mais	2 1
	Grau de adesão Informatiza APS	Nº eAP/eSF custeadas pelo MS/nº potencial de adesão*100%	e- Gestor	Dezembro/ 2020	Abaixo 50%	3
					51 a 79% 80% ou mais	2 1
Adesão PSE	Nº de municípios com adesão ao PSE	e-Gestor	Dezembro/2019	Sim Não	1 2	
Adesão Saúde na Hora	Nº de municípios com adesão ao Saúde na Hora	e-Gestor	Dezembro/2020	Sim Não	1 2	
Capacidade de cadastramento	Cobertura de cadastramento	Numero de pessoas cadastradas / número de parâmetro *100	Painel de apoio à gestão; e-Gestor	Dezembro/2020	50 a 69%	3
					70 a 99%	2
					100% ou mais	1
Desempenho	Indicador Sintético Final	Valor do ISF	e- Gestor	Dezembro/2020	4,83 – 7,25	1
					2,42 – 4,82	2
					0 – 2,41	3

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Foram selecionados para o estudo todos os municípios-sede de cada uma das cinco regiões, além de um município de cada um dos scores (baixo, intermediário e alto).

Apenas duas regiões apresentavam municípios no score alto. Em uma das regiões, o município nessa condição se recusou a participar da pesquisa. Na sequência, o quadro 12 apresenta os municípios selecionados para a pesquisa de campo.

Quadro 12 - Municípios selecionados, número de gestores entrevistados em cada uma das RS da Macrorregião Norte do Paraná. Paraná, 2021.

Região de Saúde	Municípios elencados	Número de gestores entrevistados
16 ^a	Apucarana* Jandaia do Sul Marumbi	6
17 ^a	Londrina* Jaguapitã Pitangueiras	6
18 ^a	Cornélio Procópio* Andirá Nova Santa Bárbara Santo Antônio do Paraíso	8
19 ^a	Jacarezinho* Santo Antônio da Platina Tomazina	6
22 ^a	Ivaiporã* Cruzmaltina Nova Tebas	6

*Selecionados por serem sede de Regional de Saúde, independentemente do escore obtido.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

As entrevistas foram realizadas a partir de roteiro semiestruturado (apêndice 1) que continha questões relacionadas à organização do trabalho, composição orçamentária, execução orçamentária e repercussões das alterações do financiamento da APS para a gestão orçamentária da saúde. Estas ocorreram de forma presencial no período compreendido entre junho e outubro de 2021. As gravações foram transcritas e a confidencialidade dos dados foi mantida atribuindo códigos aos entrevistados, sendo que para os gestores atribuiu-se a letra G e para os contadores a letra C, seguidas pela numeração conforme a ordem das transcrições das entrevistas.

No que se refere aos sujeitos da pesquisa propriamente ditos, foram entrevistadas 32 pessoas, sendo 16 gestores municipais de saúde e 16 contadores municipais. Em relação às características dos entrevistados: 13 gestores de saúde e 16 contadores tinham curso superior; 14 gestores de saúde e 11 contadores com formação complementar na área da saúde; 11 gestores de saúde e 14 contadores com mais de 2 anos de experiências na área de saúde.

4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise das entrevistas foi realizada pelo método de análise de discurso preconizado por Martins e Bicudo (2005), executando-se em um primeiro momento a análise ideográfica a partir da leitura flutuante dos discursos e, em seguida, selecionando-se palavras ou frases que se direcionavam na perspectiva do fenômeno estudado, as unidades de significado (US), posteriormente interpretadas. A etapa seguinte consistiu na convergência das US dentro do discurso de cada entrevistado. Por último, foi executada a análise nomotética, identificando-se as convergências e as divergências presentes entre as US, o que possibilitou a construção das categorias de análise.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo integrou a pesquisa intitulada “Mudanças nas regras de transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil”, em andamento desde 2020, desenvolvido de modo colaborativo entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Rio de Janeiro) e a Universidade Estadual de Londrina (Paraná).

A pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução n.º 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer n.º 4.196.806 e CAAE 30675420.6.0000.5240. Além disso, salienta-se que os entrevistados foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato em relação às informações prestadas, autorizando a realização da arguição por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

5 RESULTADOS

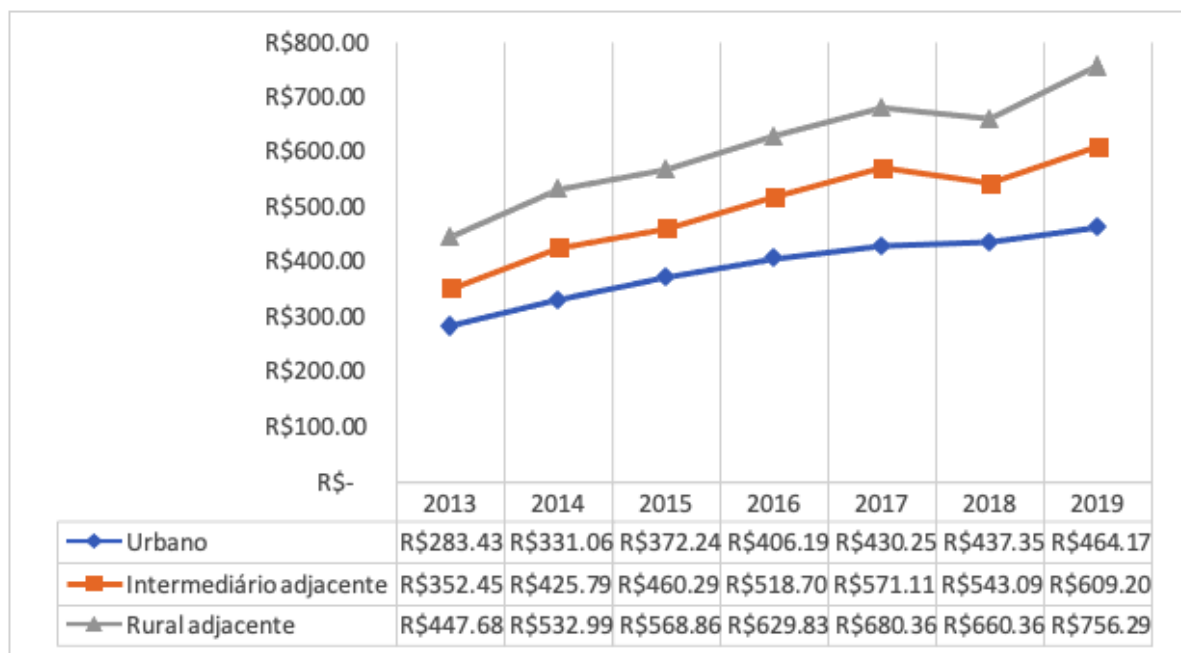
Os resultados estão organizados em dois eixos. O primeiro explora os achados obtidos da primeira etapa metodológica da pesquisa de abordagem quantitativa e o segundo, a partir dos achados qualitativos do estudo.

5.1 EIXO 1: FINANCIAMENTO TRIPARTITE, CAPACIDADE DE GASTO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O financiamento do SUS é composto de forma tripartite, conforme o Decreto n.º 7508 de 2011. A macrorregião norte do Paraná, no que se refere as despesas de custeio em saúde apresentou uma média R\$ 822,90 *per capita* por ano, com valor máximo de R\$ 1.731,24 e mínimo de R\$ 407,15 e desvio padrão de R\$ 265,22.

Em relação aos recursos próprios, realizou-se a estratificação por tipologia dos municípios e verificou-se que os municípios tipo rural adjacente são os que mais investem recursos em saúde (Figura 5). No período analisado, observa-se que há uma tendência de aumento dessas despesas de custeio. No entanto, entre os anos de 2017 e 2018, houve uma queda das despesas de custeio nos municípios do tipo intermediário adjacente e rural adjacente.

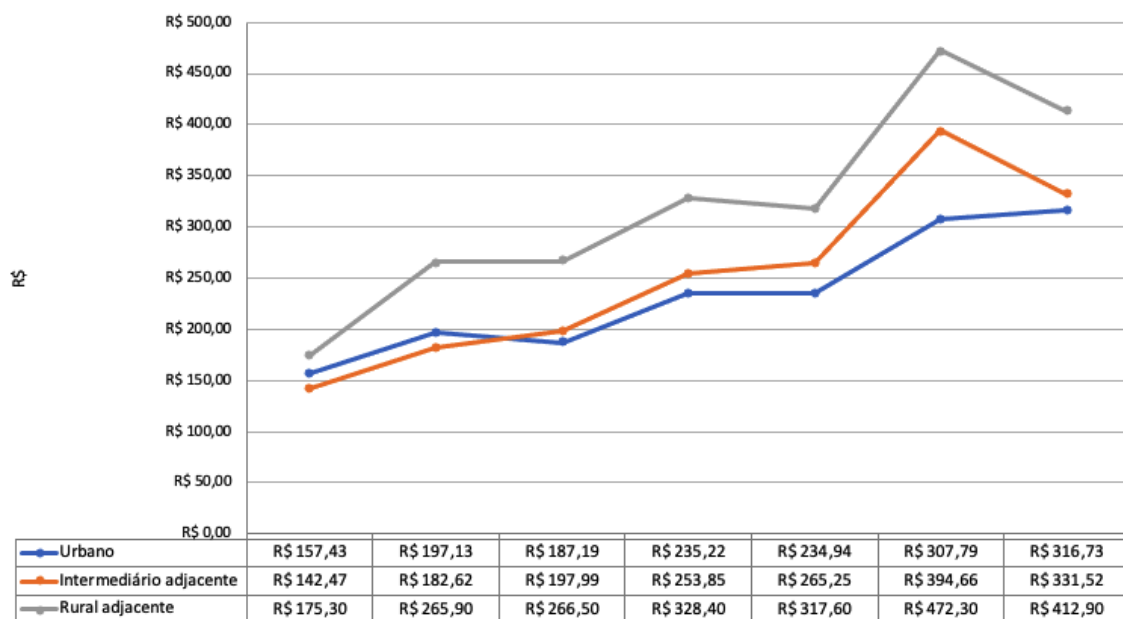
Figura 5 - Média de despesa em saúde com recursos próprios por habitante em municípios da macrorregião norte do Paraná, 2013 a 2019.



Fonte: SIOPS, 2020.

A Figura 6 apresenta as despesas de custeio em saúde com recursos de transferência, isto é, recursos oriundos do ente estadual e federal. Este resultado também revela que os municípios rurais adjacentes são os que mais recebem recursos de transferência quando comparado com as demais tipologias. Apesar da curva apresentar uma tendência de aumento durante o período analisado, nota-se uma significativa queda de recursos de transferência nos anos de 2018 a 2019. Somente nos municípios tipo urbano não há essa redução.

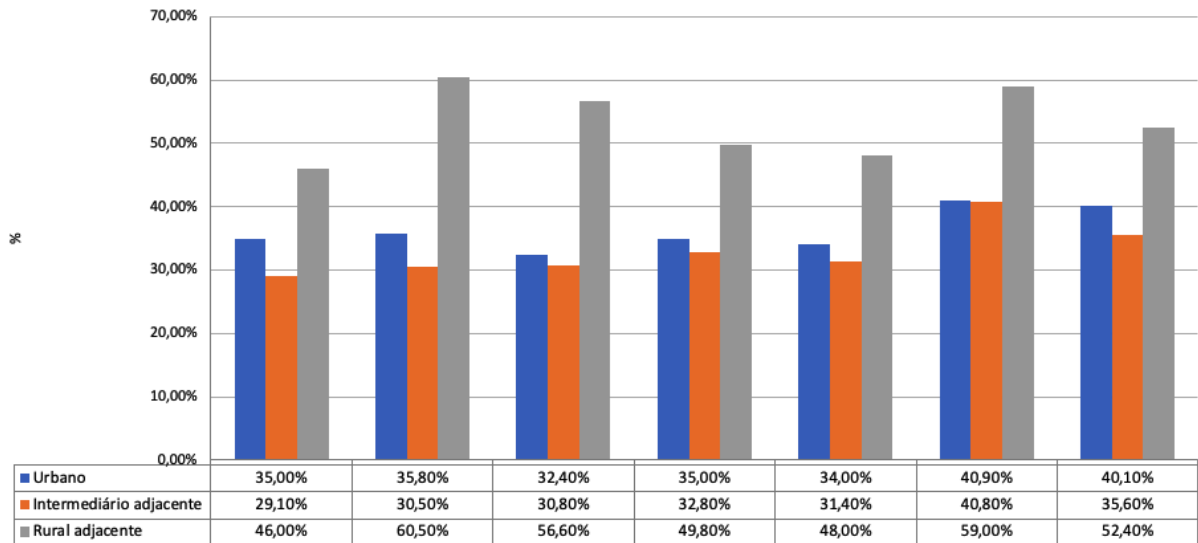
Figura 6 - Média de despesas de custeio em saúde com recursos de transferência por habitante/ano em municípios da macrorregião norte do Paraná, 2013 a 2019.



Fonte: SIOPS, 2020

No cálculo da proporção de recursos de transferências (Figura 7) utilizados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) evidenciou-se a maior dependência dos municípios rurais adjacentes.

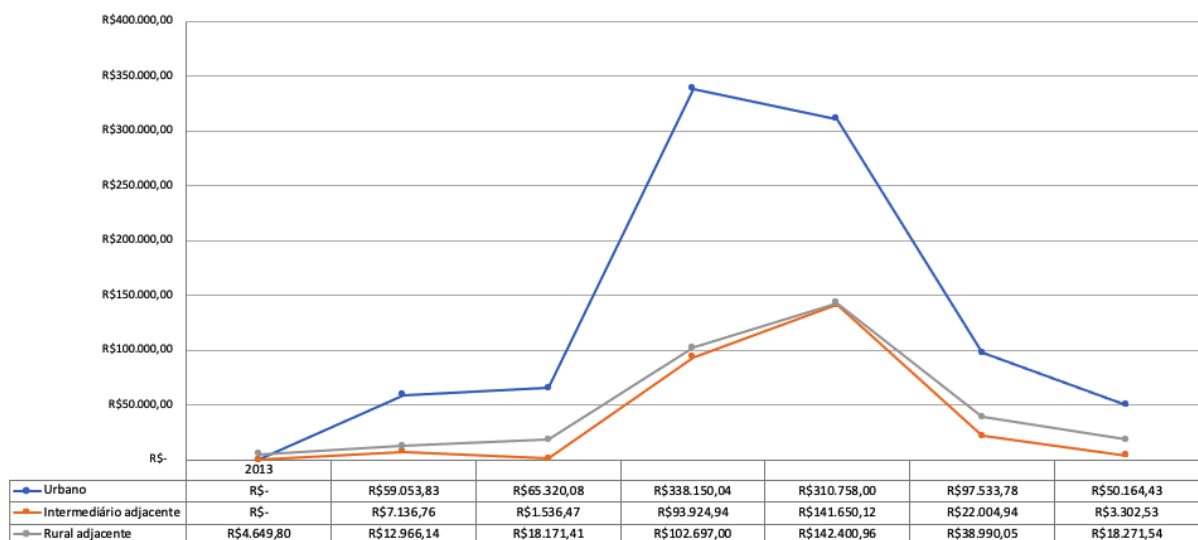
Figura 7 - Média da proporção dos recursos investidos em saúde oriundos de transferência por tipo de município na macrorregião norte do Paraná, 2013 a 2019.



Fonte: CONASEMS, 2020

Outro dado analisado, refere-se aos valores por habitante de recursos de transferência que não foram executados na APS (Figura 8). Em outras palavras, são aqueles recursos disponíveis em conta. Neste aspecto, os municípios rurais adjacentes também são os que mais apresentam saldos não executados.

Figura 8 - Média de valores de saldo em conta por habitante não executados em APS nos municípios da Macrorregião Norte do Paraná, 2013 a 2019.



Fonte: CONASEMS, 2020.

Sobre os recursos investidos na APS, os municípios são os que mais investem em termos proporcionais na APS, contudo, a participação dos demais entes, sobretudo, do ente federal apresenta uma parcela importante de despesa de custeio nesse setor.

Tabela 1 - Média das proporções das despesas em APS segundo a origem dos recursos dos Municípios da Macroregião Norte do Paraná, 2018 e 2019.

Tipologia municipal	Fonte de recursos (%)					
	Federal		Estadual		Municipal	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Urbano	26,07	32,52	9,57	2,13	63,80	61,14
Intermediário adjacente	33,78	31,31	7,10	4,69	50,60	60,86
Rural adjacente	29,05	28,60	5,27	3,74	64,81	65,36

Fonte: SIOPS, 2020.

5.2 EIXO 2: GESTÃO ORÇAMENTÁRIA MUNICIPAL E A NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DA APS

Essa seção foi estruturada com o sentido de analisar como se dá o processo de gestão orçamentária da saúde nos municípios e as repercussões da nova política de financiamento de APS. Para tanto, são apresentadas as características da equipe responsável pela construção planejamento/orçamento. Na sequência é analisado como ocorre a construção e processo de execução orçamentária e por fim as principais percepções dos participantes acerca das mudanças na política de financiamento da APS.

Grande parte dos municípios da macrorregião norte são considerados de pequeno porte, pois possuem uma população inferior a 20 mil habitantes, ou na classificação por tipologia, são considerados rurais adjacentes e intermediários adjacentes. Com isso, a estrutura administrativa das Secretarias Municipais de Saúde acaba sendo constituída pelo gestor de saúde, coordenadores da atenção básica e administrativo. Contudo, em grande parte dos municípios a constituição dessas equipes se dá de maneira informal e não há uma periodicidade de encontro entre os atores. Sendo que, alguns casos, não há uma equipe evidenciada pelos entrevistados.

Na verdade, nós não temos uma equipe de planejamento da saúde... (C9).

eu mesmo comigo mesma, então não precisa nem fazer reunião né... (C16).

Apesar da dificuldade em estruturar uma equipe, os locais que conseguem algumas forma de organização relatam:

Precisa de um contador da saúde, uma coisa é você ter um profissional que faça a execução orçamentária e que acompanhe em tempo real, se você tem esse profissional o tempo todo ele vai te dar esse feedback, ela vai falar olha falta 3 mil pra fechar aquela conta, 2 mil pra fechar essa outra”, então ele vai gerenciando isso, então ainda tem um distanciamento muito grande entre o financeiro da prefeitura e a secretaria de saúde... então se você tem esse profissional lotado aqui, facilita esse monitoramento em tempo real ali da informação. (G28).

Outro aspecto destacado como importante na equipe se refere aos espaços de diálogo entre os diferentes membros da equipe, sobretudo, com a equipe de contabilidade que, em geral, pertencem a outro setor da estrutura administrativa da prefeitura.

Como a equipe é mínima é muito fácil, da gente conversar, então é periódico, assim, quase que diário, a aplicação de recursos, avaliação do orçamento, se está tendo saldo financeiro, é essa discussão ela é quase que diária assim, a gente está sempre... (C11).

Essa relação inclusive é determinante na construção/execução do orçamento. Nos municípios em que há uma rotina estabelecida entre o gestor e contador para a construção do orçamento, verifica-se, maior compatibilidade dos instrumentos de planejamento de governo (fiscais) com os instrumentos de planejamento da saúde.

A hora que sai a PPA e a LOA já está pronto também o plano de saúde...ou seja, não é feito um para depois fazer o outro. É feito junto. Tanto é que é solicitado às secretarias antes da elaboração do plano, e das diretrizes também, para eles encaminharem o que eles estão propondo... cima disso é montado já o plano plurianual e aí orçamento, LDO e plano de saúde. (C5)

Então primeiro a gente trabalha as nossas diretrizes, pra daí fazer a alteração no PPA da saúde. Você precisa ter aquilo como diretriz pelo menos neh, porque aí depois mesmo que você não tenha aquele recurso ali para uma lei orçamentaria, alguma coisa, mas você precisa ter como diretriz pra buscar alguma direção depois. (G28)

Contudo, essa realidade não esteve presente em todas as localidades. Um dos relatos menciona que o parâmetro para a construção do orçamento se baseia em arrecadações ou em execuções financeiras de anos anteriores.

Essa parte essa questão de valores eu tiro do orçamento que é feito com base em despesas dos anos anteriores, então a gente vê o orçamento, divide em programas, pra destacar e ficar mais fácil pra prestação de contas, controle ou o próprio desenvolvimento do orçamento, então a gente divide. Hoje ele é dividido assim, num grupo grande que a gente chama de atenção básica... (C11)

Como as equipes de planejamento, são em geral, constituídas por um número reduzido de pessoas, os participantes também destacaram a sobrecarga de trabalho como um fator que dificulta a construção/execução do orçamento. A figura do contador, por exemplo, em grande parte dos municípios da região pesquisada, assume a contabilidade do município como um todo e não apenas a pasta da saúde.

A gente ainda não sabe como vai ser, porque só tem eu de contadora, e então você imagina o volume disso aí. (C6)

Outra grande dificuldade na construção orçamentária refere-se ao fato dos recursos vinculados, oriundos do governo federal e estadual, nem sempre atenderem às necessidades apontadas pelo planejamento da saúde do município. Em outras palavras, em alguns casos o município recebe recurso para média complexidade, no entanto, sua necessidade de execução financeira é na APS. Para além disso, também mencionam insegurança quando se trata de determinar o ordenamento de algumas despesas, sobretudo, as despesas que utilizam os recursos vinculados.

Não, não consegue dentro do exercício, não dá pra ir executando porque pela saúde não ter uma equipe orçamentária pra estar acompanhando o dia a dia, até tem alguns recursos que acaba não utilizando porque você não sabe a verdadeira finalidade dele... então como a gente ainda não quer correr o risco de devolver, a gente acaba deixando lá aplicado esse recurso, então tem vários recursos, e vai usando no decorrer dos anos ... (C9)

Não vem bem claro, é aquela preocupação de gastar errado... Como é o caso da vigilância mesmo, tinha bastante recurso na conta, aí pra gastar, vem bastante recurso, mas com esse recurso ela não pode comprar medicamento, então como você vai comprar tanto expediente né ... (C10)

Quando questionados sobre a unificação dos blocos de financiamento - algo que teoricamente prometia maior flexibilidade e autonomia dos gestores na execução do orçamento - os entrevistados relataram dificuldades de trabalhar com apenas duas contas.

Sim, antes de ter essa unificação as coisas eram muito mais fáceis, então a gente criava os programas de acordo com a transferência e dentro desse programa havia essa possibilidade de criar as despesas de acordo com a fonte... (C11)

Disse que era pra simplificar e eu não consegui ver essa lógica não. Porque todo recurso veio em uma única conta de banco, uma única fonte de recurso, só que ele vem destinado pra várias ações. Eu acho que quando era fontes diferentes, era mais fácil. (C7)

No que se refere à percepção dos entrevistados sobre as mudanças na política de financiamento da APS, alguns contadores apontaram a diminuição dos recursos.

Houve uma diminuição dos repasses. Se você for seguir a per capita acabou diminuindo. Tirando esse último ano que vieram vários recursos, como pandemia, para cobrir certas coisas, se você pegar ano a ano, foi diminuindo os recursos federais. Até que assim, de um período para cá, houve uma sequência de repasses. Mas teve ano que ficavam 2 meses sem vir, aí vinha 2 meses juntos, 3 meses juntos. Tinham os funcionários para pagar no município, e você acabava pagando com recursos próprios, porque não vinha recurso federal, ou as vezes, ou vinha lá recursos atrasados as parcelas. De um período para cá está mais ajustada essa parte, mas mesmo assim, os custos internos aumentaram, tendo reajustes os repasses, não seguiram a mesma proporcionalidade. (C5)

Foi pouca alteração, mas houve. Com o congelamento, veio menos repasse. Hoje eu digo que a saúde nos dias de hoje, precisa de bem mais do que já está vindo. A demanda é muito grande. Se fosse atender tudo bem certinho como fosse, o orçamento da saúde deveria receber bem mais repasse. (C2)

Mesmo com a diminuição dos recursos transferidos pelo governo federal, existe uma grande dependência dos municípios em relação a esses recursos. Diante disso, os entrevistados demonstram preocupação em suas falas.

Hoje, assim, sem o recurso da União, se a gente tivesse que usar recurso próprio, a gente estaria com problemas. Grandes problemas. (G18)

É importante os recursos da União, fica entre vinte e vinte e cinco por cento dos gastos da saúde. O restante é tudo recurso próprio. Tudo recurso próprio (C16)

Diante disso, os entrevistados mencionam a sobrecarga financeira dos municípios suprir as demandas que os recursos de transferência não cobrem.

Se nós tivéssemos que sobreviver só com os recursos federais para a saúde, a gente não sobreviveria... a gente não consegue pagar o médico com o recurso que vem, federal. A gente precisa colocar, e muito em cima. (C6)

Como eu te falei, não são suficientes para suprir as despesas da atenção básica ... O município acaba cumprindo obrigação que não é do município, porque UNIÃO não manda, o Estado também não manda, então acaba sobrando pro município pagar né, e o prefeito não vai deixar o pessoal perecer, então acaba fazendo... (C8)

Os gestores de municípios maiores já percebem o risco de terem seus recursos diminuídos a partir da implantação do programa.

...vamos supor que eu recebia R\$500.00,00 e agora estou recebendo R\$600.000,00, porém a minha população aumentou muito mais, sabe? Era isso que eu queria dizer. Então na verdade nunca vem na mesma proporção, sempre tem alteração... E tem alteração também no sentido de financiamento, ora ele financia uma política mais forte, ora ele financia outra. Então para mim sempre tem alteração e sempre tem incerteza. Essa é a minha visão. (G23)

Por outro lado, municípios menores não tiveram a percepção de redução de repasses.

É mudou a forma, mas o valor não mudou, não fez diferença... mudou a forma de repasse... (C7)

Para alguns, o PPB foi até positivo no sentido de aumentar o repasse de recurso.

Previne Brasil, ele mantém o nosso teto de recurso. Então, por enquanto, não senti para piora, e sim para melhora. (G19)

Mudou para melhor, é só observar quanto que o município recebia e quanto recebe hoje... Só que precisa organizar e trabalhar (G26)

Um dos contadores entrevistados fez esse destaque.

Os recursos que nós recebemos especificamente de Covid se fosse somado o que a gente recebeu no ano anterior, seriam maiores, mas os valores são bem semelhantes...o aumento dele de um ano pro outro é muito sutil... (C11)

Ou seja, os recursos extraordinários oriundos da pandemia da Covid19 contribuíram para a minimização da preocupação com os repasses de transferências para os municípios. Outro fator que pode ter contribuído para isso, são os recursos oriundos das emendas parlamentares. Há diversos relatos destacando a importância desse recurso.

Ajudou bastante na parte de custeio. Se o município não tem tanta receita para investir, com a emenda você já tem uma parte do custeio, por mais que você não possa pagar folha de pagamento, tem algumas restrições. Porém no custeio das equipes na unidade já ajuda. (C2)

Ajuda bastante, por elas não é contado pra vocês no orçamento para o próximo ano. (C4)

Claro que ajuda! Principalmente que, para a compra de medicamentos, e as vezes até para próprio pagamento de profissionais de serviço, sempre vem em boa hora, porque, como acaba o município tendo que gastar muito mais que os 15%, e hoje um profissional de saúde, um médico hoje não sai por menos de R\$1.500,00 (um mil e quinhentos reais) por dia, isso ajuda bastante. (C5)

Por mais que os municípios de pequeno porte não tenham percebido grandes alterações financeiras, alguns gestores destacam a necessidade de aprimorar o processo de planejamento com a equipe gestora, instituindo processo de trabalho da APS e a comunicação e integração com a gestão local.

mas se não houver algum planejamento, um engajamento de equipe, vai prejudicar muito financeiramente os municípios. Porque se não tiver tudo certinho...tem a suspensão, e não tem pagamento retroativo...Precisa ter muito um engajamento, muito planejamento, entendimento também e o apoio da equipe toda para trabalhar (C2)

Dito isso, evidencia-se o quanto as mudanças nas formas de repasse federal para o financiamento da APS vai demandar que os municípios, independente de seu porte, invistam na organização dos sistemas de informação, no processo de trabalho e na qualificação da equipe gestora. Sem uma equipe gestora qualificada e sem um processo de planejamento constituído, algo muito presente em municípios pequenos, a execução dos recursos, mesmo que sejam maiores, ficará prejudicada.

6 DISCUSSÃO

O financiamento do SUS é triparte, ou seja, é financiado pelo ente nacional, estadual e municipal, apesar disso, é notável as desigualdades tanto no volume de recursos que são destinados quanto na forma como esses recursos são geridos. Essas disparidades, em partes, se justificam em virtude das diferentes necessidades apresentadas pelos mais de 5 mil municípios brasileiros. Por outro lado, também revelam o subfinanciamento do SUS e as limitações referentes a gestão orçamentária do SUS. Sobre isso, os resultados da presente pesquisa evidenciaram grande fragilidade dos municípios rurais adjacentes tanto no que se refere as despesas de custeio em saúde no SUS, quanto na capacidade gestão orçamentária.

Os municípios rurais adjacentes são os que mais investem recursos próprios em saúde, mesmo com uma capacidade de arrecadação e de gestão desses recursos limitada. O estudo de Crozatti *et al* (2020) realizado de 2003 a 2018 com os municípios brasileiros revelou que os investimentos em saúde por habitante/ano (inclusos os recursos próprios e de transferência) são maiores em municípios de regiões mais pobres, como a região nordeste. Esse dado, de certa forma, corrobora os resultados encontrados, considerando que são os municípios rurais que investem maiores valores per capita em saúde, seja de recurso próprio ou de transferência.

Não bastasse a sobrecarga de investimentos próprios (despesas de custeio em saúde), ainda assim os municípios rurais adjacentes também dependem de forma significativa dos recursos de transferência, com diminuição de valores nos anos de 2018 a 2019. Essa queda, faz sentido ao considerar que a União vem reduzindo gradativamente sua participação no financiamento do SUS (VIEIRA, 2016). Nos anos de 1980 – 1990, a participação da União representava em torno de 77% dos gastos públicos em saúde. Esse percentual foi diminuindo ao longo do tempo, sendo em 1994 de 60% e em 2011 de 45% (MENDES; MARQUES, 2014).

Com a EC 95, a estimativa da perda de recursos federais foi de R\$22,5 milhões entre 2018 e 2020 e apenas em 2019 em torno de R\$ 13 milhões (SERVO *et al*, 2020). Para Mendes, Carnut e Guerra (2018), os recursos federais para o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB em 2016 para 1,0% até 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais nesse período de 20 anos. Ocorre que essa diminuição do repasse do governo federal tem provocado maiores despesas de custeio por parte dos municípios. Dados apontam que os municípios passaram a investir de 24,8% em 2004 para 31,4% em 2019 (SERVO *et al*, 2020). No Paraná, no ano de 2019, a média de despesas de custeio de recursos próprios em saúde foi em torno de 22%, ficando acima do mínimo constitucional de 15% (SIOPS, 2022).

Tudo isso demonstra que o subfinanciamento federal não resolvido ao longo da

implementação do SUS se intensificará. Os mecanismos de repasses implementados até então não foram e não serão capazes de harmonizar a distribuição de recursos, apesar deste ser um dos objetivos constitucionais (CROZATTI *et al*, 2020). Para Vieira (2016), a recente crise político-econômica no Brasil não pode servir de incentivo para o desmonte de uma importante política social, tendo como argumento a sua insustentabilidade financeira. Não é de hoje que decisões são tomadas para favorecer o setor privado de saúde e não priorizar o SUS.

A gestão orçamentária em saúde é uma função complexa pois requer uma equipe com desempenho técnico dotada de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e em saúde. Considerando as s macrofunções gestoras, quais sejam formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação; prestação direta de serviços de saúde (SOUZA, 2006), o exercício dessas funções demanda um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, fundamentais para a condução de políticas pública em saúde (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2011).

Segundo Speeden *et al* (2020), um dos elementos que impactam no Índice de Efetividade da Gestão Municipal criado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, é ter uma equipe de gestão qualificada com a responsabilidade em assegurar as necessidades de saúde da população na organização da execução das ações em saúde.

Diante do exposto, percebe-se o quanto uma equipe de gestão qualificada e coesa assume grande centralidade quando se trata do tema gestão orçamentária. Mas será que essa representa a realidade da localidade estudada? Os resultados mostraram que os municípios apresentam grandes dificuldades nesse quesito, sobretudo os municípios rurais adjacentes.

Corroborando os resultado da presente pesquisa, Calvo *et al* (2016) revelam um importante contraste entre os municípios de grande e pequeno porte em relação à presença de categorias favoráveis à gestão em saúde. Enquanto 77 a 100% dos municípios de grande porte apresentavam aspectos favoráveis para a gestão em saúde, apenas de 10 a 17% dos municípios de pequeno porte possuíam tais aspectos.

A falta ou as limitações de uma equipe gestora auxiliando no processo de planejamento torna o cumprimento da agenda dos macroprocessos da gestão um grande desafio aos gestores municipais (BRASIL, 2016c).

Para execução do planejamento é necessário a comunicação e integração entre ação e orçamento e quando esses aspectos se encontram pouco consolidados, isso poderá acarretar em impactos, tanto na construção quanto execução orçamentária em saúde. Macro decisões de gestão financeira pressupõem uma percepção do todo em relação à receita prevista, à capacidade de execução e às proposições oriundas do planejamento (VALLE, 2018).

A ausência ou a fragilidade de uma equipe gestora contribui para a insegurança de gestores, os quais acabam investindo uma quantidade desnecessária de recursos próprios por não terem segurança de gastar os recursos de transferência, fato observado no presente estudo. Vale ressaltar que, no ano de 2020, havia mais de 11 bilhões em contas municipais, referente aos repasses da União (CONASEMS, 2020).

Até o momento verifica-se que na região de estudo há grande sobrecarga dos municípios pequenos no financiamento das ASPS e que estes também possuem maiores dificuldades de compor equipes de gestão qualificadas. Dessa forma, o que esperar em termos de repercussões das recentes políticas de financiamento da APS em meio a esse cenário?

Antes disso, cabe destacar que o contexto federativo democrático, como foi desenhado no início do processo de descentralização, implicava no fortalecimento das autoridades sanitárias subnacionais de gestão, nos estados e municípios. Contudo, os municípios acabaram sendo os maiores financiadores do sistema de saúde, sobretudo, no âmbito da APS, cuja execução é de responsabilidade do gestor municipal (Pinto, 2018).

Não se pode negar que a participação da União no financiamento da APS foi fundamental para a implantação e fortalecimento de Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde em todo território nacional. Em poucos anos de implantação, todos os municípios, sendo eles de pequeno, médio ou grande porte possuíam ao menos uma equipe de saúde da família.

Segundo Amorim e Mendes (2020, p. 3):

Há evidências de que sistemas universais estruturados a partir de uma Atenção Primária em Saúde – APS Forte e com financiamento e prestação predominantemente públicos apresentam resultados superiores em termos de qualidade, eficiência e equidade em saúde.

Entre 1995 a 2011, os recursos destinados para a atenção básica passaram de 9,7% do orçamento para 17,7%, ou seja, uma mudança significativa, quando comparados aos recursos de média e alta complexidade (MENDES; MARQUES, 2014).

Os estados, por sua vez, foram os que menos participaram do financiamento da atenção primária, quando se compara com as despesas de custeio em saúde dos municípios. A participação deste ente, sobretudo, no financiamento da APS é pequena, não chega a 9% do financiamento global, é irregular, heterogênea, ou seja, a minoria faz repasses regulares e normatizados aos municípios (PINTO, 2018).

Ou seja, União e municípios foram historicamente os grandes financiadores da APS no Brasil. Contudo, recentemente por meio da Portaria n.º 2979 de 2019, o governo federal propôs alterações na forma de repasse dos recursos para a APS. Tais alterações foram denominadas de

Programa Previne Brasil (PPB). A discussão foi pautada na defensiva de que os repasses eram realizados de forma vinculada a programas, os quais muitas vezes não consideravam as necessidades e heterogeneidades locais, e assim acabavam comprometendo os recursos disponíveis.

De início, o aspecto de maior polêmica foi a extinção do piso da atenção básica (PAB fixo), o que impactaria negativamente no processo organizacional da APS (MASSUDA, 2020) e na gestão orçamentária do município (MENDES; MELO; CARNUT, 2022). Outras preocupações foram surgindo na medida em que se percebia a estruturação da proposta.

Na região de estudo observou-se que as percepções acerca do PPB foram diversas e em alguns casos os entrevistados nem sequer conheciam o programa. A sensação de aumento ou diminuição de recursos também foi difusa. Em geral, as maiores preocupações estavam concentradas nos municípios de maior porte.

Como um dos eixos de financiamento era via capitação ponderada, ou seja, pagamento via de produção ou cadastramento da população por quadrimestre, criou-se uma incerteza quanto aos valores que seriam repassados, pois qualquer erro ou incompatibilização de sistema de informação, suspenderia os incentivos nos próximos quatro meses (BRASIL, 2019a). Além disso, havia grande temor, sobretudo, por parte dos grandes municípios que sempre apresentaram problemas na cobertura de ESF (Mendes; Marques 2014). Ora, na medida em que se vincula o repasse a essa cobertura, essas localidades apresentam grandes riscos de terem seus repasses diminuídos. Uma estimativa revelou que em 2021, 76 municípios do estado do Rio de Janeiro (RJ) apresentariam perdas financeiras (COSEMS-RJ, 2020; RUIZ, MARTUFI, 2020).

Mesmo que mais tarde, o programa tenha reincorporado o repasse financeiro por critério populacional no valor de R\$ 5,95 reais/habitante/ano, isso ainda não condiz com as necessidades de repasse que os municípios precisam para dar conta de ofertar ações e serviços de saúde no âmbito da APS, de forma a garantir o cumprimento dos princípios do SUS.

Além disso, é preciso salientar que até mesmo os municípios pequenos, que possuem alta cobertura, podem não escapar dos efeitos nocivos da nova política. Pois, se por um lado eles conseguem garantir recursos pelo eixo capitação ponderada, por outro, podem perder no eixo de desempenho, visto que, é fundamental que as equipes possuam habilidades de gestão para a análise e melhor escolha sobre a adesão aos programas estratégicos, além de equipes qualificadas quanto aos processos de trabalho e registro adequado dos mesmos.

Ainda que o PPB, aparentemente, venha transferindo maior volume de recursos aos entes municipais para o custeio federal das ações na atenção primária (FNS, 2020), a efetividade em sua utilização, encontra pela frente, o histórico desafio para a organização e planejamento

orçamentário do município, especialmente os pequenos.

Cabe ressaltar que o período de realização do estudo coincidiu com a pandemia da Covid-19. ou seja, além do PPB não ter sido definitivamente implantado, os municípios tiveram um aumento do repasse em decorrência do orçamento extraordinários da União, vinculados como “recursos Covid” ou oriundos do “orçamento de guerra”. A Medida Provisória n.º 924 de 2020 não acrescentou novos recursos, mas sim um remanejamento orçamentário. Ao todo foram investidos R\$ 44 bilhões através das medidas provisórias para enfrentamento à Covid (SERVO *et al*, 2020).

Outro aspecto que pode ter dificultado a percepção dos efeitos da nova política se refere às emendas parlamentares. As emendas parlamentares passaram a ocupar um lugar de destaque no orçamento da saúde a partir da EC n.º 86/2015. A partir dessa emenda foram fixados valores mínimos para as emendas parlamentares no Orçamento da União, tornando obrigatória sua execução e contabilização no cálculo da aplicação mínima constitucional em saúde.

Alguns estudos realizados sobre o tema mostram que o MS destinou valores muito acima do que determina a regra do orçamento impositivo. Em 2018, o orçamento impositivo foi de R\$ 4,4 bilhões, e as despesas empenhadas associadas à Eps totalizaram R\$ 8,8 bilhões (PIOLA; VIEIRA, 2019). Esse volume de recursos, sem dúvida, aumenta e muito o poder político do legislativo no setor saúde. Outras constatações observadas foram desigualdades na alocação de recursos para custeio dos serviços, relatos de uso de critérios políticos na distribuição das emendas, desconsiderando o papel do planejamento orçamentário em diminuir as desigualdades regionais em saúde (PIOLA; VIEIRA, 2019; CARNUT *et al*, 2021)

As emendas parlamentares dificultam a prática de construção de orçamento, pois depende das “articulações” entre atores políticos e de orçamentos vinculados. Por não ser um recurso com garantia de valores específicos de recebimento durante o ano, acaba alterando o planejamento, provocando assim instabilidades na execução, tanto das ações quanto dos orçamentos previstos.

Logo, a consolidação dessa forma de financiamento, além de criar uma falsa expectativa de disponibilidade orçamentária no planejamento municipal (ficando este ente dependente de articulação política com o legislativo para a garantia e liberação dos recursos), também pode gerar mais desigualdades na oferta de serviços de saúde no sistema, uma vez que os critérios para o repasse são mais determinados por trocas políticas do que pelas necessidades saúde das localidades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve o objetivo de analisar a gestão orçamentária em saúde dos municípios e as implicações a partir das mudanças nas regras de financiamento. A pesquisa demonstrou que no que se refere ao financiamento tripartite, foram os municípios os que mais aumentaram sua participação no financiamento, sobretudo, os municípios menores. Além disso, são eles também os que mais dependem dos recursos de transferência e os que mais investem em APS.

Em relação à gestão orçamentária, a maioria dos municípios não apresenta uma equipe formal de construção de planejamento e orçamento; a construção do orçamento tende a ser mais coerente com o plano municipal de saúde quando existe uma equipe constituída, mesmo que informalmente; e a execução orçamentária também está intimamente relacionada com a maior capacidade técnica dessa equipe. Os municípios menores mostraram-se mais frágeis no que se refere à constituição de equipes mais qualificadas.

Já em relação à percepção dos entrevistados sobre as mudanças nas regras de financiamento e sua possível implicação na gestão orçamentária, os municípios de pequeno porte observam um aumento do financiamento no âmbito da APS. Entretanto, os municípios de grande porte reconhecem que houve diminuição de repasse de recursos, mas não associam isso à proposta do PPB. Essa percepção, contudo, se fez presente entre os entrevistados de municípios de grande porte, com baixa cobertura de APS. O período pandêmico, marcado pelo repasse de recursos extraordinários para Covid19, bem como os recursos de emendas parlamentares, contribuíram para minimizar a percepção de possíveis perdas de repasse.

O financiamento da APS e os valores investidos não têm acompanhado as necessidades de saúde apresentadas pelos municípios e a cada ano os municípios aumentam suas despesas de custeio em saúde. A insegurança em ter a garantia de recebimento pela União, a ausência dos Estados em incentivos financeiros no âmbito da APS e o medo de executar os recursos vinculados erroneamente, faz com que os municípios priorizem a execução dos gastos com recursos próprios.

Diante disso, é fundamental que esse ente federativo se fortaleça nos colegiados gestores para garantir um financiamento adequado, que seja tripartite e que permita de fato garantir os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS.

Reforça-se a importância da realização de novos estudos que avaliem o financiamento tripartite, as despesas de custeio estaduais na APS e analise o orçamento público, sobretudo, nos anos seguintes que serão marcados pelo início da implementação do PPB.

Cabe considerar que, devido a natureza declaratória por parte dos municípios aos que se refere ao preenchimento do SIOPS, o estudo pode apresentar limitações quanto a fidedignidade dos dados. Entretanto, esse sistema é considerado a fonte oficial para análise de dados dos órgãos de controle, tais como Tribunal de Contas da União e Ministério Público Estadual e Federal.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F.L. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, M.V.; KERCHER, F.; VANNUCHI, P. (Org.) **Reforma política e cidadania**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-243.
- ABRUCIO, F. L. et al. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: CARDOSO JR., C. J.; BERCOVICI, G. **Diálogo para o desenvolvimento**. Brasília, IPEA, 2013.
- ALMEIDA, M.H.T. Federalismo, Democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **BIB**, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001
- AMORIM, D.A.; MENDES, A. N. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s. l.], v. 12, p. 1-20, 2020. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/970>>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BAIÃO, A. L.; CUNHA, A. S. M. da; SOUZA, F. S. R. N. de. Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros. **Revista do Serviço Público**, v. 68, n. 3, p. 583-610. Disponível em: <<https://doi.org/10.21874/rsp.v68i3.1406>>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br>>. Acesso em: 22 de jun. 2020.
- BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde (FNS)**. Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/>>. Acesso em: 13 maio. 2020.
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 maio. 2020.
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>>. Acesso em: 20 maio 2020.
- BRASIL. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/siops>>. Acesso em: 09 jan. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set.1990.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**.

27.ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

BRASIL. Lei de Responsabilidade Fiscal nº101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, 04 maio. 2000a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário da União**, DF, 14 set 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n.648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar.2006.

BRASIL. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n.2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 24 out.2011b.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm> Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, DF, 18 mar. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Emenda constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, DF e Municípios. **Diário Oficial da União**, DF, 09 set. 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc93.htm>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, 15 dez. 2016b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.828, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os grupos de identificação transferências federais de recursos da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 abr.2017b. Disponível em: <<https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-828-3/>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n.2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set.2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.3992, de 28 de dezembro 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 públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez.2017d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: indicadores municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3222, de 10 de dezembro de 2012. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 12 dez.2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 169, de 31 de janeiro de 2020. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 31 jan.2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.172, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 31 jan.2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 173, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 31 jan.2020c.

BRASIL. Medida Provisória nº 924 de 13 de março de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios da Educação e da Saúde, no valor de R\$ 5.099.795.979,00, para os fins que especifica. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 13 mar. 2020d. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-924-de-13-de-marco-de-2020-247887516>>. Acesso em: 10 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2254, de 03 de setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 06 set.2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326/>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 197, 21 jan. 2022.

CALVO, Maria Cristina Marino et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767-776, dez. 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000400767&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2022.

CARNUT, L. et al. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. **Saúde debate**, v.45, n. 129, p. 467- 480, abr./jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112917>>. Acesso em: 02 abr. 2022.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Carta de Fortaleza**. Fortaleza: Conasems, 2016. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2016/06/images_FORTALEZA_CARTA.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: Diálogos no Cotidiano**. 2.ed. rev. ampl. [digital]. Brasília: Conasems, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Utilização de recursos provenientes de emendas parlamentares**. Brasília: Conasems, 2017. (Nota conteúdo/uploads/2017/09/Nota-Emendas-Parlamentares.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

CONASEMS. **Painel de Apoio à Gestão Municipal**. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/painel-de-apoio/>>. Acesso em: 22 de jun. 2020.

COSEMS-PR. **Carta de Cascavel**. Curitiba, 2019. Disponível em: <<https://www.cosemspr.org.br/index.php/biblioteca>>. Acesso em: 13 de maio. 2020.

COSEMS-PR. **Carta de Maringá**. Curitiba, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CARTA_DE_MARINGA.pdf>. Acesso em: 13 de mai.2020

COSEMS PR. **Curso Ser Gestor**. Curitiba: COSEMS/PR, 2019.

COSEMS-RJ. Nota técnica 07/2020. **Programa Previne Brasil. Cenários de risco de perda de recursos para o ano de 2021**. Rio de Janeiro: Cosems-RJ, 2020. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Nota-Te%CC%81cnica-COSEMS-RJ-07-2020-Previne-Brasil-2021.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CROZATTI, J. et al. O gasto e as fontes do financiamento do SUS nos municípios brasileiros de 2003 a 2018. **Revista Ambiente Contábil**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 12, n. 2, p. 200-218, jul-dez 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/ambiente/article/view/18708/12909>>. Acesso em: 20 mai.2022.

GIACOMINI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Org.). **Planejamento e orçamento governamental**. Brasília: Enap, 2006. 2v. (Coletânea). Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/877/1/Colet%c3%a2nea%20Planejamento%20e%20Or%c3%a7amento%20-%20Temas%20e%20quest%c3%b5es%20sobre%20a%20gest%c3%a3o%20da%20despesa%20p%c3%bablica.pdf>>. Acesso em: 23 mai.2022.

HARZHEIM, E. et. al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, mar. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>> Acesso em: 15 maio. 2020.

IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. (Estudos e pesquisas. Informação geográfica, n. 11)

LAZARINI, F. M. et al. A Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de et al. **Bases de saúde coletiva**. 2. ed. rev. ampl. Londrina: Eduel, 2017.

LIMA, Luciana Dias. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/10.pdf>>. Acesso em: 15 maio. 2021.

_____. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz et. al. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. vol. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 73-139.

MACHADO, C.V; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GABROIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores no SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanços ou retrocesso? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, 17 abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>> Acesso em: 10 maio. 2020.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.4, p.1183-1197, out./dez. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400006>>. Acesso em: 10 maio. 2020.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L.D.S. Reflexões acerca do financiamento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.e.1, p.224-243, jul./set. 2018.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.900-916, out/dez. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>>. Acesso em: 20 maio. 2020.

MENDES, A.; MELO, M.A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. saúde públ.**, Rio de Janeiro, v. 38, n.2, fev. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001 (Livro Eletrônico).

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. saúde públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.

ORAIR, R.O.; LIMA, L.S.; TEIXEIRA, T.H. Sistema de transferências para os municípios brasileiros: avaliação dos impactos redistributivos. In: BOUERI, R.; COSTA, M.A. (Ed.). **Brasil em desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2013. p. 235-257. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_brasil_desenvolvimento2013_vol01.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2021.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Regiões de Saúde**. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 35, 16 jul. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1p35-53>>. Acesso em: 15 maio. 2021.

PIOLA, S.F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Brasília, DF: Ipea; 2013. (Texto para discussão n. 1846). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PIOLA, S.F.; VIEIRA, F.S. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para discussão n. 2497). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34936>. Acesso em: 15 fev. 2022.

REIS, J.G. et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p.3457-3462, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/WzjzWZQgNVNBZRvpX55LZbn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

ROCHA, C. V. Significados e Tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In: HOCHMAN, G (Org). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

RUIS, D.; MARTUFI. V. **Financiamento da APS em 2020 – estimativas do COSEMS RJ apontam perdas em 2021 para 76 municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Apresentação do COSEMS-RJ para o Comitê Gestor da Rede APS/Abrasco, em reunião virtual no dia 04.set.2020. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/2020/09/24/financiamento-da-aps-em-2020-estimativas-do-cosems-rj-apontam-perdas-em-2021-para-76-municipios-do-estado-do-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SERVO, L.M.S. et. al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde debate**, v. 44, n.e.4, p. 114-129, 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/RSDE4-covid-web1.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SILVA, C.R.; PINAFO, E. Macrorregiões norte do Paraná: situação demográfica, socioeconômica e epidemiológica dos municípios. In: CARVALHO, B.G. et al (Org). **Gestão da Saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná**. Londrina: Eduel, 2018.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018. (Coleção Governo e Políticas Públicas).

SOARES, Márcia M. **Formas de Estado: federalismo**. Manuscrito. Belo Horizonte: UFMG/DCP, 2013.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e descentralização. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.431-442, 2002.

_____. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, n. 24, p.105-121, jun. 2005.

SPEEDEN, E.A. et al. Fatores que impactam na qualidade do planejamento orçamentário dos municípios do estado de São Paulo. **Administração Pública e Gestão Social**, [s.l.], v.12, n.1, jan./mar. 2020.

VALLE, L.V. Planejamento orçamentário e políticas públicas: explorando uma alternativa de reconciliação pela indução. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 113-134, maio/ ago. 2018.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios no planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.14, supl.1, p. 1565-1577, out. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Pj3ftm7jy6K7sGXpcHxghXs/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 maio 2022.

_____. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, abr./jun. 2016.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização do sistema de saúde na macrorregião Norte do Paraná

Aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca conforme parecer 4.196.806 e CAAE: 30675420.60000.5240.

Prezado (a) gestor (a),

A presente pesquisa, intitulada “Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização do sistema de saúde na macrorregião Norte do Paraná”, está sendo desenvolvida por Caroline Pagani Martins, Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti e Wellington Pereira Lopes, do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, sob a orientação dos (as) Prof (as) Brígida Gimenez Carvalho e Fernanda de Freitas Mendonça. O objetivo do estudo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização do sistema de saúde a nível nacional, regional e local. A finalidade deste trabalho é contribuir para a avaliação das possíveis implicações e desafios a serem enfrentados a partir das mudanças ocorridas, promovendo reflexões sobre financiamento e gestão orçamentária, oferta e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal. Solicitamos a sua colaboração por meio da realização de uma entrevista, cuja duração prevista é de 30 a 40 minutos. Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos Pesquisadores (as). Além disso, seu nome e demais dados pessoais serão mantidos sob sigilo. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os (as) pesquisadores (as) estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Caso necessite de mais esclarecimentos, entre em contato por meio do e-mail: luana.cosems@gmail.com

A partir da assinatura desse termo, você demonstra estar esclarecido sobre aspectos relativos à pesquisa (objetivo, contribuições, seu papel, possíveis riscos e seu direito de participar ou não) e concorda em participar da mesma.

Nome	Cargo	Município	Assinatura

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA
<p>VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS:</p> <p>a) idade?</p> <p>b) sexo?</p> <p>c) qual a sua formação?</p> <p>d) qual função você ocupa na gestão?</p> <p>e) quanto tempo você atua na gestão?</p> <p>f) possui formação ou experiência em gestão da saúde?</p>
<p>ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO:</p> <p>1. Me fale da organização para elaboração do planejamento em saúde do município.</p> <p> 1.1- Existe uma composição mínima? Quem?</p> <p> 1.2- Existe periodicidade de encontros para discussão da equipe?</p> <p>2. Como é realizado o processo de construção do orçamento da saúde?</p> <p> 2.1 É feito em parceria com a contabilidade do município?</p> <p>3. Na equipe de planejamento da saúde, existe a figura do contador específico para a saúde? Relate como é o trabalho com o profissional.</p>
<p>COMPOSIÇÃO ORÇAMENTÁRIA:</p> <p>1. Fale como é realizada a construção dos instrumentos de planejamento da saúde.</p> <p> 1.1- É realizado primeiro a PAS para depois construir a LDO e a LOA?</p> <p>2. Comente como ocorre a compatibilização dos instrumentos de planejamento da saúde com os instrumentos de governo.</p> <p>3. Como está organizado seu orçamento municipal?</p> <p> 3.1- Tem função? Tem subfunção? É por Programa de Trabalho da União?</p> <p> 3.2- Existe correlação do orçamento municipal com os programas de trabalho da União?</p> <p>4. Na construção do orçamento municipal, como é realizada a definição dos investimentos (despesas de custeio) para a Atenção Básica?</p> <p> 4.1- Leva-se em consideração a PAS?</p> <p>5. Quais os recursos recebidos pela União para a Atenção Básica do município?</p>

ROTEIRO DE ENTREVISTA**EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

1. Conte como ocorre o ordenamento das despesas pelo gestor no município.
 - 1.1- É observada a Programação Anual de Saúde e orçamento do planejamento?
 - 1.2- Quem ordena as despesas? É o gestor?
2. Como ocorre a execução financeira das ações da AB? Existe a prática de observar os instrumentos de planejamento? Relate sua experiência.
3. O município consegue executar todos os recursos recebidos da União? Aponte as dificuldades com a execução financeira dos recursos vinculados.
4. Você conhece o percentual que o município aplica em Ações e Serviços Públicos de Saúde?

REPERCURSSÕES DAS ALTERAÇÕES DO FINANCIAMENTO DA APS:

1. Na sua avaliação, o quanto representa para o orçamento da AB os recursos oriundos de outros entes?
2. Percebeu alguma alteração nos orçamentos municipais nos últimos 08 anos, em relação aos repasses para a AB do governo federal? Quais os tipos de alterações identificadas? EC 86; EC 95; PNAB; Previde Brasil;