

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Valéria Romão Pasqualini Nerio

“COOPERAÇÃO OU DEPENDÊNCIA FINANCEIRA?": uma análise do consórcio  
intermunicipal de especialidades em saúde da Zona da Mata mineira

Juiz de Fora

2021

Valéria Romão Pasqualini Nerio

“COOPERAÇÃO OU DEPENDÊNCIA FINANCEIRA?”: UMA ANÁLISE DO  
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE DA ZONA DA  
MATA MINEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof Dr. Alfredo Chaoubah

Coorientadora: Prof. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nerio, Valeria Romao Pasqualini.

Cooperação ou dependência financeira ? : Uma análise do consórcio intermunicipal de especialidades em saúde da Zona da Mata mineira / Valeria Romao Pasqualini Nerio. -- 2021.

90 f. : il.

Orientador: Alfredo Chaoubah

Coorientador: Estela Márcia Saraiva Campos

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Consórcios Intermunicipais. 2. Saúde Coletiva. 3. Gestão em Saúde. 4. Consórcio e Direito. 5. Big Data em Saúde. I. Chaoubah, Alfredo, orient. II. Campos, Estela Márcia Saraiva, coorient. III. Título.

**Valeria Romão Pasqualini Nerio**

**Cooperação ou Dependência Financeira?: uma análise do consórcio intermunicipal de especialidades em saúde da Zona da Mata Mineira**

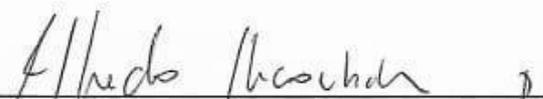
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

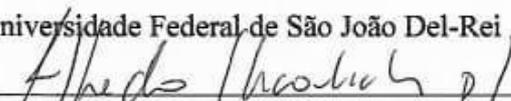
Aprovada em 30 de abril de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alfredo Chaoubah – Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

  
\_\_\_\_\_  
Profa Dra Estela Márcia Saraiva Campos – Coorientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

  
\_\_\_\_\_  
Profa Dra Daniela Almeida Raposo Torres  
Universidade Federal de São João Del-Rei

  
\_\_\_\_\_  
Profa Dra Luciana Gaspar Melquiades Duarte  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## DEDICATÓRIA

Certamente esse é um dos momentos mais lindos da minha vida e por isso devo agradecer a todos que de forma direta ou indireta fizeram essa pesquisa acontecer.

Dedico este trabalho ao meu companheiro, Wallacy Oliveira Pasqualini Nerio, que me acompanha por todos esses anos com carinho, sabedoria e amor. Por me ouvir e auxiliar na superação das minhas limitações cotidianas.

Dedico à minha mãe, Célia Regina Anastácio de Oliveira, em especial por ser minha amiga e por confiar no meu potencial, com todo o seu apoio que é único. E, ao meu pai, Caetano Romão Nerio, por todo apoio.

Dedico aos meus familiares e amigos, pois entendo que são os pilares da minha vida.

Dedico a Deus, porque me dá forças para que eu possa fazer o meu melhor!

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente, congratulo pelo nosso espaço na Universidade Federal de Juiz de Fora, em que pude me notar desenvolver por uma formação holística e diferenciada.

Agradeço ao professor Dr. Alfredo que sempre me orientou com atenção, sabedoria e muito conhecimento técnico. Sempre o admirei por ser esse orientador que me permitiu crescer durante toda esta fase de estudos. Sem ele, esses dois anos não teriam sido tão agradáveis e leves.

Agradeço a professora Dra. Estela, por nos ter acompanhado na construção desse trabalho, sua participação foi especial e fez toda a diferença na forma de se perceber a gestão em saúde.

Ao corpo docente do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujos ensinamentos me tornou uma profissional crítica e mais qualificada.

À equipe de coordenação e apoio administrativo do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, que sempre estiveram solícitos em me orientar e auxiliar em todo meu percurso acadêmico.

Elevo estimas e total afeição aos professores presentes em minha banca de qualificação, Dr. Virgílio Oliveira e Dr. Breno Cruz, pois suas presenças foram essenciais para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

## **APOIO E FOMENTO DE PESQUISA**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

*“Mas, como interpretar a perenidade dessa deficiência em planificação? Uma questão central é que em última análise a lógica da barganha mantém a ideia de planejamento em saúde eminentemente subordinada ao rol de possibilidades restantes da negociação política – de condições desiguais entre os municípios. **Desequilíbrio que aniquila a própria concepção de planejamento (como aprimorar um conceito mutilado?)**” MELLO et al (2017).*

## RESUMO

O planejamento orçamentário é um importante instrumento de gestão em saúde, cuja elaboração é orientada conforme as prioridades de saúde e de governo. Na região Sudeste, nos últimos 10 anos, o índice de adesão consorcial intermunicipal na saúde pública tem aumentado em 60%. Preliminarmente, este estudo longitudinal retrospectivo, de abordagem quantitativa, visou identificar as possíveis estratégias de custeio e gestão locais ao analisar a alocação de recursos financeiros, por meio dos planejamentos orçamentários e balanços, direcionados ao Consórcio Intermunicipal de Especialidades da Zona da Mata mineira (CIESP), composto por 11 municípios. O percurso metodológico incluiu a análise de dados secundários de bancos do Fundo Nacional de Saúde, Portal da Transparência do CIESP e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Utilizando a regressão linear simples, por análise estatística inferencial, intervalo de confiança de 95%, verificou-se correlação positiva entre o repasse do governo federal em saúde municipal com os investimentos locais em saúde, no período de 2000 a 2019. Constatou-se, a baixa capacidade de arrecadação de receita própria de 90% dos municípios estudados. Nos últimos 7 anos, os municípios financiaram 24% das receitas do CIESP em ações de saúde; e o ente federal foi o principal financiador de políticas de expressiva demanda social (Atenção Primária). Além disso, as ações de serviços em saúde articuladas pelo CIESP possibilitaram o fortalecimento dos sistemas locais de saúde do SUS, com o financiamento local na dependência intergovernamental.

**Palavras chaves:** Consórcios Intermunicipais; Saúde Coletiva; Gestão em Saúde; Financiamento; Consórcio e Direito.

## ABSTRACT

Budgetary planning is an important health management tool, whose elaboration is oriented according to health and government priorities. In the Southeast region, in the last 10 years, the rate of inter-municipal consorcial adherence in public health has increased by 60%. Preliminarily, this retrospective longitudinal study, with a quantitative approach, aims to identify possible costing and local management strategies when analyzing an allocation of financial resources, through budget plans and balance sheets, directed to the Intermunicipal Consortium of Specialties of Zona da Mata Minas Gerais (CIESP) , composed of 11 municipalities, in the period 2012 to 2019. The methodological path includes the analysis of secondary data from National Health Fund banks, the CIESP Transparency Portal and the Public Health Budget Information System (SIOPS). Using simple linear regression, by inferential analysis statistics, 95% confidence interval. There was a positive correlation between the federal government in municipal health and local investments in health, in the period from 2000 to 2019. It was found that the low revenue collection capacity of 90% of the municipalities studied; in the last 7 years, municipalities have financed 24% of CIESP's revenues from health actions; and the federal entity was the main financier of policies of significant social demand (Primary Care). In addition, the actions of health services articulated by CIESP made it possible to strengthen the local health systems of SUS, with local financing in the intergovernmental dependency.

**Keywords:** Intermunicipal Consortia; Collective Health; Health Management; Financing; Consortio and Law.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Evolução dos gastos em saúde pública no período de 2000 a 2013.....	33
Tabela 2. Cálculo do % aplicado em saúde municipal (Conforme EC 29 e Resolução 322/CNS).....	63
Tabela 3. Percentual acumulado de receitas municipais por fonte (2003 a 2012).....	64
Tabela 4. Regressão linear entre gastos do FNS e municípios consorciados (2000 a 2019).....	69

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Correlações entre variáveis dependente e independente.....	51
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde  
CIESP - Consórcio Intermunicipal de Especialidades  
IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano  
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte  
ISS - Imposto sobre Serviços  
ITBI - Impostos de Transmissão de Bens Imóveis  
ITR - Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural  
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias  
LOA - Lei Orçamentária Anual  
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal  
MS - Ministério da Saúde  
PPA - Plano Pluri Anual  
RCL - Receita Corrente Líquida  
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
PPI - Programa de Pactuação Integrada  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
FMS – Municipal de Saúde  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Análise situacional do enfoque estratégico situacional.....	27
Figura 2. Pirâmide de Atenção à Saúde.....	31
Figura 3. Ciclo orçamentário.....	38
Figura 4. Sistema de partilha de recursos públicos.....	39
Figura 5. Evolução de consórcios intermunicipais no Brasil (1999, 2005 e 2009).....	44
Figura 6. Evolução da proporção de municípios consorciados em saúde, por faixa populacional no Brasil (2005 e 2006).....	44
Figura 7. Consorciamento por estados com adesões intermunicipais.....	45
Figura 8. Sítio eletrônico oficial do CIESP.....	46
Figura 9. Base de Dados de Contas Públicas (CIESP 2012 – 2019) .....	51
Figura 10. Base de Dados Documentais.....	52
Figura 11. Base de Dados Secundários do SIOPS.....	54
Figura 12. Receitas acumuladas por fontes de recursos (2012 a 2019).....	60
Figura 13. Evolução de receitas por fonte de recursos (2013 a 2019).....	62
Figura 14. Evolução das despesas do contrato de rateio - CIESP (2013 a 2019).....	62
Figura 15. Previsão e arrecadação de receitas por contrato de rateio - CIESP (2013 a 2019).....	63
Figura 16. Arrecadação de receitas acumuladas por município consorciado ao CIESP (2013 a 2019).....	64
Figura 17. Receitas intergovernamentais dos municípios conveniados ao CIESP (2003 a 2012).....	67
Figura 18. Repasses do Fundo Nacional de Saúde com subfunções vinculadas CIESP (2000 a 2019).....	70

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1. Estrutura da Dissertação.....	18
<b>2. O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E A GESTÃO EM SAÚDE</b> .....	19
2.1. Um pouco da história da Saúde Coletiva no Brasil .....	20
2.2. Economia e gestão da saúde e sua interface com a saúde coletiva.....	24
2.3. O construto do planejamento em saúde .....	27
2.4. Financiamento das políticas de saúde .....	33
<b>3. GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA</b> .....	37
3.1. Sistema de planejamento e orçamento brasileiro .....	39
3.2. Gestão fiscal na saúde: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).....	42
<b>4. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE</b> .....	43
4.1. Evolução histórica e modelos de consorciamento no Brasil.....	43
4.2. Marco regulatório dos consórcios públicos no Brasil.....	44
4.3. Consórcios públicos na saúde pública brasileira.....	46
<b>5. O CASO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE ESPECIALIDADES (MG)</b> .....	48
5.1. Caracterização institucional e natureza jurídica do CIESP .....	48
<b>6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	50
6.1. Percurso metodológico: instrumentos de coleta de dados .....	50
6.2. Técnica de análise de dados .....	58
<b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
7.1. CIESP: Alocação e investimentos na saúde local.....	59
7.3. Descentralizações do Fundo Nacional de Saúde aos municípios consorciados.....	70
7.4. Correlação de gastos: Governo Federal e Municípios partícipes do CIESP, no período de 2000 a 2019. ....	72
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
<b>APENDICE A – CONSULTAS E EXAMES DISPONIBILIZADOS PELO CIESP</b> .....	81
<b>APENDICE B - RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS E FINANCEIRAS ACUMULADAS PELO CISEP (2012 A 2019)</b> .....	85
<b>APENDICE C - INVESTIMENTOS E GASTOS NO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE NA ZONA DA MATA MINEIRA (2012 A 2019)</b> .....	86
<b>ANEXO I – GLOSSARIO DO PORTAL SAÚDE TRANSPARENTE</b> .....	87

## 1. INTRODUÇÃO

A expressão “mobilização de recursos”, cujo sentido é mais amplo do que a captação de recursos, tem sido reconhecida no debate científico, pois não se refere apenas ao fato de assegurar novos recursos, mas, também, refere-se à otimização daqueles existentes, seja pela eficiência e eficácia. Além disso, inclui-se nesse conceito ampliado a obtenção de fontes alternativas de recursos financeiros (BRASIL, 2015, p. 119).

Para Viana e Machado (2009) os principais contrapontos à descentralização da gestão são referentes às condições político-institucionais e financeiras, uma vez que há lacunas de atuação federal na coordenação federativa.

Ocorre, nesse contexto, o surgimento de algumas expressões ditas, como: a fragilidade do planejamento e do investimento federal em saúde; escassa percepção da diversidade regional; fragmentação; e insuficiência de articulação com outras políticas socioeconômicas do país (VIANA & MACHADO, 2009).

Nesse ínterim, a política de descentralização na saúde brasileira, tem se acentuado num discurso da regionalização que reconhece um acesso à saúde de modo equitativo. Contudo, a desigualdade na distribuição equipamentos de saúde ainda é uma realidade (MELLO, 2017).

Segundo Mello (2017), na perspectiva técnica, um problema relacionado entre a descentralização e a regionalização são as implementações baseadas apenas em negociações ao invés de planejamentos e a grande responsabilização dos municípios com baixa capacidade técnica.

Na descentralização do sistema de saúde brasileiro, adota-se a forma mista de financiamento de alocação orçamentária em relação aos municípios, possuindo como principais fontes: as transferências por repasses diretos do Fundo Municipal de Saúde; Contratualização pela prestação de serviços conforme tabela de procedimentos do SUS; e a aplicação percentual de recursos próprios (SOARES, 2016, p. 569).

Nesse sentido, o sistema de financiamento do SUS é normatizado essencialmente pelo art. 198 da Constituição Federal, e pelas Leis números 8.080/1990 8.142/1990 e Lei Complementar 141/2012, Decreto 7.508/2011, nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOAS/SUS 01/1996 e 01/2002, bem como as Portarias do Ministério da Saúde 399/2006 e 1.091/2006.

Além disso, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 119/96 e 01/2002 define para os municípios cadastrados um valor fixo *per capita* que é repassado para atender as demandas de saúde. Logo, a parcela aplicada diretamente pelos municípios deve obedecer a lei de nº 141/2012, que obriga a aplicação mínima de 15% da arrecadação municipal (SOARES *et al*, 2016.)

Desse modo, Soares (2016) assegura que a demanda por gastos diretos dos municípios foi reforçada pela exigência de contrapartidas municipais para fazer frente aos custos dos programas aderidos, que não tiveram repasses corrigidos adequadamente. E, como consequência disso, houve um aumento médio de 83% no gasto *per capita* financiado em saúde por meio de recursos municipais em 2015.

Ademais, por meio da EC 19/1998, no art. 241 da Constituição Federal surge o instituto da cooperação intermunicipal: “(...) disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”.

Os consórcios no âmbito da saúde são predominantes, cuja atuação tem se intensificado desde o ano de sua regulamentação, por meio da Lei 11.107/2005. Em que, nos municípios participantes, o principal objetivo é para a gestão de políticas públicas (SALGADO, 2014, p. 59).

Esse trabalho pretende analisar o Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP), criado com personalidade jurídica de Direito Público, na forma de Associação Pública, e possui sua sede na cidade de Bicas, estado de Minas Gerais. Iniciou suas atividades na área da Saúde Pública para atender uma região de saúde da Zona da Mata mineira, composta atualmente por 11 municípios<sup>1</sup>.

A importância desse estudo se justifica na possível contribuição ao construto da gestão e planejamento em saúde, no contexto dos consórcios intermunicipais de saúde. Além disso, apresenta a possibilidade dos gestores compreenderem a instrumentalidade gerencial do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), utilizado na construção de bases de dados nessa pesquisa.

---

<sup>1</sup> Os municípios que compõe o CIESP em 2021, são: Bicas, Chiador, Descoberto, Guarará, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Pequeri, Rochedo de Minas, São João Nepomuceno, Senador Cortes e Varginha.

Cabe, portanto, uma análise acerca dos consórcios públicos em contextos diversos, tendo em vista a intensificação desse instrumento, tornando-se necessário a compreensão da governabilidade dos consórcios públicos como possível cooperador entre os entes federados, conforme proposta normativa constitucional, a fim de atender as ações de saúde locais.

Em função do processo de descentralização administrativa, surge a necessidade de controle das informações das políticas públicas implementadas, sobretudo no que se refere às receitas e despesa (MEDEIROS et al, 2014).

Nesse aspecto, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), fornece informações de extrema relevância para a avaliação das mobilizações orçamentárias dos entes federativos. Na base, estão disponibilizados os dados de execução orçamentária (receita e despesa) e do balanço patrimonial (ativo e passivo), individualizados por municípios e consolidados por estados, para todo o Brasil (MEDEIROS, 2014).

A consulta ao SIOPS torna-se elemento essencial para tomadas de decisões, pois conforme Medeiros (2014), a amplitude do sistema e “seu conjunto de indicadores e por outras características, o SIOPS é a única fonte sobre despesa municipal em saúde com informação detalhada e abrangente.” Segundo o autor, até o ano de 2009 eram 19 indicadores que compunham o sistema sendo, seis relacionados com a receita, cinco às despesas e dois às relações entre receitas e despesas.

Segundo o autor, apesar de oportunizar informações para gestão em saúde o SIOPS, ainda é pouco utilizado em investigações, especialmente relacionando suas variáveis. Nesse aspecto, é possível identificar quatro principais trabalhos que utilizaram esse sistema de dados, sendo os autores TEIXEIRA & TEIXEIRA<sup>2</sup> (2003); SILVA<sup>3</sup> et al (2009); LIMA<sup>4</sup> et al (2005); SANTO<sup>5</sup> et al (2011).

Vale destacar que após a criação do SIOPS, o Brasil contou com informações sobre financiamento da saúde com maior regularidade. E, nesse sentido Medeiros et

---

<sup>2</sup> Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Rev. Ciência e Saúde Coletiva.

<sup>3</sup> Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. Rev. Ciência e Saúde Coletiva.

<sup>4</sup> Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. Rev. Ciência e Saúde Coletiva.

<sup>5</sup> Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. Rev. Ciência e Saúde Coletiva.

al (2014) defende que “com os desafios introduzidos pelo SUS no âmbito do financiamento, essas informações são imprescindíveis”.

Ainda, tem-se que na distribuição espacial no contexto brasileiro, as regiões Sul e Sudeste apresentam maiores incidências de consorciamento. Sendo que na região Sudeste, no ano de 2009 o maior índice de adesão consorcial se deu na ordem de, aproximadamente, 60% dos municípios, estarem concentrados na área da saúde (LINHARES, 2012).

Em 2014, 85% dos consórcios municipais vigentes, no Estado de Minas Gerais, eram identificados apenas com atuação na área da saúde, segundo documento elaborado no âmbito da Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan Americana de Saúde. Logo, é possível identificar a ascensão do instituto consorcial na gestão e planejamento da saúde (SALGADO, 2014, p. 59).

Esta pesquisa desenvolveu a análise de um consórcio intermunicipal de saúde da Zona da Mata mineira, que possibilita uma investigação do instituto consorcial, bem como de gestão e planejamento em saúde pública não generalizável, mas que possibilita a investigação temática.

Assim, o estudo da gestão de recursos financeiros aplicada às organizações públicas de saúde é de fundamental importância para a maior eficiência e orientação na mobilização de recursos e, dessa forma, constitui uma importante ferramenta de gestão em saúde.

Estipulou-se uma questão problema para norteamento do estudo: A mobilização de recursos financeiros para o consórcio intermunicipal da zona da mata mineira pode ser entendida como alocação que favoreça os investimentos em saúde local? Para responder à questão desenvolveu-se o objetivo primário: Investigar a evolução da descentralização dos repasses em saúde pelo governo federal aos fundos municipais de saúde e ao CIESP.

Para alcançar o objeto geral, encadeiam-se os específicos: (i) apurar os investimentos e gastos em saúde do consórcio CIESP, no período de 2012 a 2019; (ii) identificar a evolução da adesão consorcial junto ao CIESP; (iii) correlacionar, os repasses do Fundo Nacional de Saúde aos municípios partícipes do CIESP com os gastos em saúde local, nos últimos 10 anos.

## 1.1. Estrutura da Dissertação

No primeiro capítulo será apresentado os aspectos conceituais e históricos do campo da saúde coletiva, enquanto ramo científico de pesquisa. Ao passo que se demonstrará os principais pontos de interseção com a gestão em saúde, sobretudo no que se refere ao construto do planejamento em saúde. Além disso, será abordada as principais interfaces técnicas entre a economia e a gestão da saúde, finalizando com a demonstração de como se dá o financiamento da saúde brasileira, por meio das normativas supraconstitucionais e infraconstitucionais.

O segundo capítulo trata sobre a administração orçamentária e financeira da administração pública brasileira, conceituando as atividades financeiras do Estado, bem como as funções econômicas de Governo. O objetivo central está na explanação sobre os principais instrumentos de gestão financeira em saúde pública, sendo eles o Planejamento Pluri Anual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). E, nesse contexto será analisado o conceito de gestão fiscal à luz do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O terceiro capítulo dispõe sobre o instituto dos consórcios intermunicipais em saúde, abordando a evolução histórica e normativa de surgimento, e também os modelos de consorciamento no Brasil. O estudo dos consórcios são baseados nos arranjos inter-federativos, norteados essencialmente pelo princípio cooperativo federativo. Além disso, o enfoque se dará nos consórcios de saúde pública brasileira.

Por fim, no capítulo 5, se desenvolverá o estudo de caso do consórcio intermunicipal CIESP, cujo foco será a análise da gestão cooperativa entre os municípios partícipes, sobretudo os aspectos de governança do próprio consórcio. Isso se dará pelas análises de descentralizações financeiras intergovernamentais, gastos e investimentos em saúde locais. Sendo realizada a investigação em contextos *ex ant* e *ex post* à instituição do consórcio CIESP, pela mensuração financeiro-econômica municipal no período de 2000 a 2019.

## 2. O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E A GESTÃO EM SAÚDE

Numa perspectiva histórica, no período mercantilista, e em função do desenvolvimento do Estado Moderno, surge na Alemanha a Polícia Médica, e na Inglaterra a Aritmética Política. Eram caracterizadas pela sistematização de informações populacionais sobre natalidade e mortalidade, com vistas a formulação de ações de impacto nacional (SILVA *et al.*, 2014, p.4).

As preocupações com a saúde da população, sobretudo na análise de métodos estatísticos somado a ações de prevenção contra epidemias são caracterizados pela denominada Medicina Social. E ela se desenvolveu de diversas maneiras, em função das realidades sociais. Na Alemanha, a proposta era baseada na estatística de mortalidade e natalidade; enquanto que na França e na Inglaterra a preocupação era voltada para as cidades. (SAYD, 1988, p. 6-7).

Segundo Sayd (1988, p.8) nas cidades a preocupação era a sujeira acumulada, que era resultado da população crescente que vivia em condições de miserabilidade, fazendo surgir, a *Teoria da Sujeira*, que buscava explicar as constantes epidemias oriundas das cidades.

Até o século XVIII, o termo higiene, era tratado pelos manuais como referência de cuidado e conservação. Entre os séculos XVIII e XIX, na Europa, a higiene se transforma em disciplina médica, em especial na França foi lançado um prospecto apresentando a higiene pública como “a arte de conservar a saúde dos homens reunidos em sociedade”. Nesse contexto, a medicina auxiliava a elaboração de leis e a administração na manutenção da saúde pública (SILVA *et al*, 2014, p.4-5).

Nesse sentido, um construto de Saúde Pública surge no contexto da industrialização, na Inglaterra, e emerge o primeiro Ato de Saúde Pública, bem como a criação de um Conselho Nacional de Saúde, e nos Estados Unidos cria-se o Departamento Nacional de Saúde. Sendo que as proposições surgiam das necessidades relacionadas ao saneamento (SILVA *et al*, 2014, p.5).

Ocorre que o proletariado era visto como a origem dos problemas sociais, fazendo surgir a Lei dos Pobres que era moralista e repressiva. Um indivíduo desempregado era passível de prisão. Além disso, discutia-se os “maus hábitos da classe baixa” definido como sendo resultado da baixa religiosidade, a embriaguez alcoólica e a falta de disciplina laboral (SAYD, 1988, p.9).

Torna-se possível, portanto, compreender que o entendimento inicial de saúde pública buscava, essencialmente, o controle epidemiológico sob a perspectiva produtiva.

Em meados do século XX, ocorre o início do movimento denominado medicina preventiva, cuja criação desenvolveu-se a partir da reformulação do currículo de formação médica, sendo criada a disciplina de Medicina Preventiva, e o movimento da Medicina Comunitária.

Desse modo, o enfoque estava na formação de um profissional que além de prestar serviços assistenciais se preocupasse com a prevenção e a reabilitação em saúde. Posteriormente, foi sugerido pelo movimento da medicina comunitária a experiência extramuros do hospital escola, visando alcançar as comunidades carentes (PAIM, 2006).

O projeto preventivista tornou-se realidade em muitas escolas, ao passo que na América Latina a questão do Planejamento em saúde, proposta veiculada por Cendes (OPS), com norteamericanismo economicista, fixava como determinação essencial o custo-benefício da atenção médica (NUNES, 2017, p. 19).

No próximo tópico serão analisadas as peculiaridades da construção do campo da saúde coletiva no contexto brasileiro.

## 2.1. Um pouco da história da Saúde Coletiva no Brasil

No Brasil, ocorreu o desenvolvimento do Estado Nacional, na primeira república (1889-1930), sendo marcado por campanhas sanitárias. No período de 1930 a 1964, desenvolve-se duas vertentes de concepções sanitárias: o sanitarismo dependente, importado dos EUA; e o sanitarismo desenvolvimentista que tinha por objetivo a melhoria da saúde da população (SILVA *et al.*, P. 10, 2014).

A elaboração da proposta do campo da Saúde Coletiva, no contexto brasileiro, emerge na década de 1970, cenário de pós ditadura e desenvolvimento da reforma sanitária.

A constituição do campo científico se deu com o apoio de diversos profissionais de ramos como da Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais em Saúde, Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Tal engajamento multiprofissional e

interdisciplinar, possibilitou a delimitação provisória de Saúde Coletiva na perspectiva de Paim e Almeida Filho *apud* Osmo & Schraiber (2015, p. 3).

No que se refere a estruturação formal do campo da saúde coletiva, os anos 70 demarcam esse momento, em função formação de recursos humanos, no apoio da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) para o desenvolvimento tecnológico e inovação (NUNES, 2017, p. 21).

Há de se considerar que no aspecto teórico-acadêmico, diversos trabalhos divulgaram as pesquisas do campo como: Cecília Donnangelo (1975), Arouca (1975), (2003), Luz (1979), García (1981), Rodrigues da Silva (1973); complementarmente, consolidou-se o campo pela criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social em 1974, no Rio de Janeiro (Nunes, 2017, p. 22).

A produção da Saúde Coletiva centra, originalmente, nos conceitos de determinação social e processo de trabalho, e esse entendimento se dá na análise de que a saúde e a doença não se limitam a interpretação das dimensões biológicas e ecológicas. Possibilitando, assim, a dinamicidade de análise e intervenção social (NOGUEIRA, 2010, p. 42).

Uma das vias que remetem esses conceitos como fundamentos estruturantes consiste na teorização crítica da capacidade social de explicar as práticas dos sujeitos no espaço social. A demanda conceitual se concentra na construção e validação de modelos explicativos eficientes dos processos históricos e sociais bem definidos, tendo como referência teorias de equidade e justiça (NOGUEIRA, 2010, p. 32).

A segunda via seria a possibilidade de desenvolvimento de alternativas metodológicas capazes de produzir conhecimentos críticos. No plano de articulação teórico-metodológico, envolvendo as variáveis de recursos sociais, assistência à saúde, condições de vida e situação de saúde. Sendo reconhecidos pela construção modelar de atenção voltados para a qualidade de vida e humanização do cuidado (PAIM, 2008, p. 169).

A Reforma Sanitária Brasileira, emergia no início da década de 1970 e demonstrava, quanto a sua natureza, ser um fenômeno histórico e social. O entendimento de historicidade não resulta apenas e necessariamente dos fatos terem ocorrido no passado, mas sim de uma compreensão advinda de realizações de sujeitos sociais diante de circunstâncias diversas. Evidenciando a intencionalidade, o reconhecimento de limitações estruturais e os constrangimentos conjunturais (PAIM, 2008, p. 35).

No que se refere a natureza social do campo, nota-se as implicações atuantes no presente, na medida em que produz efeitos na atualidade. Pois, os atores sociais possibilitam as interações de natureza política, econômica e cultural que favorecem o desenvolvimento de novos fatos (PAIM, 2008, p. 36).

Nessa perspectiva, a Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social pode ser analisado como *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*, em que a ideia é resultado de um pensamento inicial que se transforma numa proposta, caracterizada por princípios e propostas políticas; o movimento que emerge por práticas ideológicas; e o processo advindo de ações sociais em momentos e espaços diversos, cujas práticas se norteiam por aspectos econômicos, políticos, ideológicos e simbólicos (PAIM, 2008, p. 36-45).

O ideário da concepção de saúde vinculada a Reforma Sanitária, elaborados na década de 70, faz referência ao entendimento da Medicina Integral, ao passo que o sanitarismo brasileiro, posteriormente, inicia um processo de resistência ao autoritarismo. Isso se deu tendo em vista a discussão por espaços políticos que visavam a democratização da sociedade diante da contrapolitização da saúde (PAIM, 2008, p. 76).

A dialética entre esses dois movimentos é resultado da adoção de novos parâmetros, que não os determinantes biológicos, que reforçou as correntes de pensamento mais identificadas com o sanitarismo e a medicina preventiva (PONTE, 2010, p. 77)

Nesse contexto, a Reforma Sanitária encontrava-se na fase de enfrentamento do Dilema preventivista que consistia na contradição entre o discurso de transformação da Medicina Preventiva e o seu real caráter de conservação. Pois, em última instância contribui oferecendo-se como um projeto interno de mudanças, que não se demonstrava como prática concreta, mas apenas no mundo das representações (AROUCA, 1975, p. 175).

Com a posterior criação da Cebes, em 1976, Paim (2008, p. 172) refere-se ao momento da ideia que possibilitou a vinculação da concepção de saúde enquanto direito. Na fase de proposta, o marco se dá no I Simpósio de Política Nacional de Saúde, que identificava as proposições bem definidas, sendo apresentado pela Cebes "A questão democrática na Área da Saúde".

Paim (2008, p. 13) define que a Reforma Sanitária representa um projeto de reforma social: quanto à crítica das necessidades em saúde culturalmente dadas e o

modelo assistencial vigente de satisfazê-las, na assistência médica (modelo biomédico, liberal e privatizante da produção dos serviços e elitista no acesso) e na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção); e quanto à crítica da alienação social e política da face técnico-científica do campo.

Enquanto movimento, a reafirmação da saúde como fator de democracia, e que democracia é saúde, possibilitou a rejeição ao autoritarismo e o registro do movimento com o enfoque na democratização da saúde. Sugerindo um caminho pela via democrática, progressiva e sem rupturas (PAIM, 2008, p.140).

Desse modo o denominado campo, espaço social amplo e complexo, da saúde coletiva produz conhecimentos voltados para compreender a saúde, determinantes sociais, promoção da saúde, prevenção e o cuidado de indivíduos e grupos sociais, ou seja, a coletividade.

Emergem diversas designações quando se trata de nomear a ciência da saúde coletiva, e isso se dá pelo caráter multiprofissional da área, que necessita ser analisada sob o ponto de vista histórico.

Segundo Osório & Schraiber (2015), o campo possui três momentos: a fase pré-saúde coletiva com perfil preventivista (década de 50); a fase da medicina social (até a década de 1970); e na terceira fase ocorre o processo de conceituação de ideias e conceitos do campo (entre as décadas de 1970 e 1994).

Nesse sentido, entende-se que o desenvolvimento do campo decorreu do entendimento de aspectos sociais e históricos, tendo em vista um processo dialógico baseado na solidariedade científica.

A discussão de identidade do campo é constante, já que a multidisciplinaridade é presente em seu cerne. Sendo muitas vezes atribuída a nomeações diversas, como: Saúde Pública, Medicina Social e Epidemiologia. (OSMÓ & SCHRAIBER, 2015).

Segundo Souza & Paim (2014), a principal distinção entre saúde coletiva e saúde pública está na percepção dos atores políticos. A saúde pública demonstra ser institucionalizada nas atividades do S.U.S., enquanto que a saúde coletiva possui caráter contra hegemônico na democratização da saúde.

Destaca-se ser de grande importância compreender a distinção entre saúde pública e saúde coletiva. Àquela se caracteriza por possuir como norteamento a ação coletiva, envolvendo a participação do Estado e da sociedade civil, objetivando a proteção e melhoria da saúde da população. Enquanto que a saúde coletiva pode ser

caracterizada como sendo um campo de produção de conhecimentos que vise o entendimento da saúde, bem como de seus determinantes sociais, objetivando práticas para promoção, prevenção e cuidados de agravos e doenças, pela coletividade (SOUZA & PAIM, 2014).

Complementarmente, o campo da saúde coletiva pode não admitir única definição pela dinamicidade e pluralidade em aspectos disciplinares e epistemológicos. Diante disso, cabe a constante reflexão dos agentes multiprofissionais em relação a compreensão do campo, pois a consolidação do campo tem demonstrado ser solidária entre os diversos profissionais da saúde.

Dentre as diversas questões que movem o campo da saúde coletiva estão sendo desenvolvidas e discutidas no campo da política da saúde, o aspecto do Planejamento e Gestão em saúde.

Atualmente tem se debatido o modo de se garantir o acesso à saúde como direito do cidadão por meio do fomento à política do S.U.S, haja vista o caráter jurídico assegurado pela Constituição Federal de 1988.

O objetivo deste trabalho é discutir para além do crescimento das despesas públicas e sua relação com os investimentos em saúde, visto que as necessidades humanas são complexas e o processo de consolidação do S.U.S. é contínuo e deve promover a democratização, item que será abordado no próximo capítulo.

## 2.2. Economia e gestão da saúde e sua interface com a saúde coletiva

No Brasil, a gestão pública, possui diretrizes democráticas que consolidam as incorporações de legislações ao ordenamento jurídico, cujas garantias formais são balizadas pela Constituição Federal promulgada em 1988.

Para consolidação desse direito institui-se por meio do art. 196 da Carta Magna, que a saúde é:

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Nesse sentido, é possível verificar a necessidade de garantia norteada não apenas pelas políticas sociais, mas também pelas políticas econômicas.

Nesse contexto, emerge a representação de um pensamento contra hegemônico que se consagrou, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma análise ampla de saúde, compreendida como sendo direito humano, a ser garantido pelo Estado. Além disso, firma-se o consenso da necessidade de unificação dos sistemas de saúde em cada esfera governamental (ROMERO, 2006).

Diversas iniciativas têm procurado reduzir a iniquidade na distribuição de recursos do próprio SUS, seja combinando critérios técnicos da alocação para uma “Municipalização Solidária” (LIMA et al., 2002), seja favorecendo o desenvolvimento de metodologias para a análise das desigualdades em saúde (SZWARCOWALD et al., 2002) e a realização de investigações em política e economia da saúde (JUNQUEIRA et al., 2002; PORTO, 2002) que auxiliem a formulação de políticas de saúde orientadas para a equidade (PAIM, 2006, p. 72).

O tripé da Saúde Coletiva está assentado na Epidemiologia, na Planificação & Gestão e nas Ciências Sociais em Saúde, e tem sido reconhecida como um campo científico em constituição na América Latina a partir dos anos 1970, progressivamente multi/inter/transdisciplinar (PAIM, 2006, p. 22).

Nesse aspecto nota-se a interface estabelecida pela economia da saúde junto ao campo da saúde coletiva, haja vista a busca por direcionar políticas e gestão pautadas em princípios constitucionais e, conseqüentemente pensar num financiamento mais equitativo do SUS.

Ocorre que a economia tem um convívio complexo com os profissionais da saúde, em função de tradicionalmente, a assistência em saúde concentra-se numa ética pautada no fato de que a saúde não tem preço e uma vida justifica qualquer esforço para salvá-la. Ao passo que, a economia se orienta numa ética do bem comum, resultando por vezes em conflitos quanto a gestão eficiente dos serviços de saúde (PIOLA & VIANNA, 1995, p.2-3).

Contudo, a economia e a saúde estão interligadas sob diversos aspectos sobretudo em estudos e aplicações instrumentais econômicas, que resultou na denominada economia da saúde. Sua definição ocorreu na década de 1970, sob a forma de desdobramento de outro conteúdo denominado planejamento em saúde (PIOLA & VIANNA, 1995, P.2-3).

Piola & Vianna (1995, p.5) define a economia sob a perspectiva da análise entre os custos e os benefícios; da melhoria das formas de distribuir os recursos limitados.

Porém, no âmbito da economia da saúde o entendimento é amplo, por meio da seguinte definição:

o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados. (PIOLA & VIANNA, 1995, p. 5).

Há de se considerar que esse entendimento ainda se demonstrava preliminar, pois Campos (1985) já caracteriza a economia da saúde pelo fato de:

não é um mero saco de ferramentas; antes é um modo de pensar que tem a ver com a consciência da escassez, a imperiosidade das escolhas e a necessidade de elas serem precedidas da avaliação dos custos e das consequências das alternativas possíveis, com vista a melhorar a repartição final dos recursos (CAMPOS, 1985, p. 15).

Nesse aspecto, a economia da saúde explora conceitos fundamentais e tradicionais da economia aplicadas aos serviços de saúde, como a produção e distribuição de serviços, investimentos em saúde, análise custo-benefício, de custo-efetividade e custo-utilidade de serviços. Contudo, há de se considerar que não se trata apenas de um recurso técnico [mero saco de ferramentas], mas também um modo de pensar a economia da saúde, dada pela imperiosidade de escolhas e suas consequências.

No tocante a gestão, diversas contribuições da economia da saúde possibilitam notar a evidência do problema de sua administração. Dentre as funções administrativas que impactam no gerenciamento da saúde é a escolha de estratégias, a eficiência, bem como aspectos culturais e políticos das instituições que se tornam um desafio administrativo (PIOLA & VIANNA, 1995, p. 30).

No campo da gestão em saúde, o SUS se defrontou com um problema da Administração Pública, pouco analisado em investigações, a racionalidade e desempenho que podem ser compreendidos como: gestão descontinuada, fragmentação e desarticulação política, burocrática e com servidores desmotivados, operando com baixa eficiência, eficácia e efetividade (VASCONCELOS & PASCHE, 2017, 582).

A gerência e a organização dos serviços de saúde no Brasil, tem valorizado principalmente os aspectos administrativos, em uma exaltação exagerada dos meios.

Frequentemente subordinam os objetos sociais das políticas de saúde a parâmetros puramente empresariais (CAMPOS *et al*, 1989. p. 12).

Nas abordagens sobre o SUS, um problema de destaque é o financiamento da saúde, pois provoca diversas discussões, polêmicas e mobilizações de gestores da saúde. Sendo um dos maiores desafios o subfinanciamento da saúde e o acompanhamento dos aumentos dos gastos orçamentários (VASCONCELOS & PASCHE, p. 582, 2017).

A consolidação da economia e gestão da saúde se dá pela institucionalização de políticas públicas, como por exemplo, a Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que segundo o Portal do Ministério da Saúde (2019), possibilita a “análise de Alocação de Recursos e Subsídio para tomadas de decisões”.

Não obstante, o surgimento do *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)*, constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Desse modo, a pesquisa investigou os investimentos em saúde, cujo enfoque é a percepção das políticas econômicas alocativas ao Consórcio Intermunicipal CIESP. Tendo em vista que os investimentos em saúde são fatores que impactam na coletividade.

Nessa perspectiva, a gestão do SUS não se vale unicamente de recursos técnicos e instrumentais de gestão, mas consolida as possibilidades de se garantir o direito à saúde por meio do financiamento. Para melhor compreensão, no próximo tópico serão analisados aspectos essenciais da estrutura brasileira do planejamento em saúde.

### 2.3. O construto do planejamento em saúde

O termo planejamento é largamente utilizado no cotidiano da administração, nesse aspecto o ato de planejar consiste em delinear um conjunto de propostas da ação objetivando influenciar determinada realidade (TEIXEIRA & JESUS, 2010, p. 17).

Para Teixeira e Paim (2000, p. 19) o planejamento tornou-se tópico de interesse de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde, ao desenvolver propostas metodológicas para oferecer subsídios à gestão pública, bem como aos serviços de saúde.

Nesse sentido, as principais contribuições teórico-metodológicas de planejamento em saúde resultam dos paradigmas do Método Cendes-OPAS, a contribuição de Mário Testa, o enfoque situacional de Carlos Matus, bem como as vertentes brasileiras do planejamento em saúde (Ações Programáticas em Saúde, Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais de Saúde, Planejamento Estratégico Comunicativo e Planejamento Estratégico).

Segundo Teixeira e Paim (2000, p. 20), a programação em saúde inaugurou-se na América Latina com a elaboração do método CENDES-OPAS:

cujo eixo central era a busca da transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo social e, especificamente, para a saúde. Marcado fundamentalmente pelo **viés economicista**, o método CENDES-OPS, entretanto, buscava aproximar-se da especificidade do setor saúde, basicamente em sua proposta de diagnóstico.

Ocorre que esse método possuía enfoque normativo, sendo alguns pressupostos válidos na atualidade, sobretudo o desenvolvimento de programação de ações, cujo objetivo central seja a racionalização de recursos.

A partir desse contexto, emerge uma reflexão acerca do denominado *pensamento estratégico* originado por Mário Testa, em que se toma como ponto de partida “a crítica à valorização da análise da problemática do Poder e suas formas de expressão e materialização nas relações entre os diversos atores sociais que atuam no processo político configurado no setor saúde” (TEIXEIRA & PAIM, 2000, p. 24).

Essa reflexão permitiu que Testa elaborasse uma concepção de estrutura de poder no setor saúde, cujos espaços institucionais, a que se inserem os atores políticos, apresentam posições político-ideológicas. Desse modo, o construto do poder e das estratégias em saúde resultou no denominado “Postulado de Coerência”, diagrama que representa as relações entre propostas políticas de determinado governo (TEIXEIRA & PAIM, 2000, p 26).

Para Testa, entende-se o modo de compreender os problemas de saúde e os processos de planejamento, como inseparável da totalidade social.

No final da década de 1970, surge o enfoque situacional proposta por Carlos Matus, que refletiu sobre a política, planejamento e governo, cuja proposta conceitual:

toma como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na

perspectiva de um determinado ator social. (TEIXEIRA & PAIM, 2000, p. 28-29).

Esse enfoque situacional foi proposto como a Teoria Geral da Planificação, a fim de oferecer subsídios práticos a diferentes realidades sociais.

Ocorre, portanto, segundo Teixeira & Paim (2000, p. 30) a necessidade de se articular três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e a governabilidade do sistema, compondo assim o triângulo do governo.

Nesse sentido, a capacidade do governo é expressada pela direção, gerência e controle, cuja proposta conceitual e metodológica foi intitulada como Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Estabelece-se um contraponto em relação aos métodos tradicionais de planejamento que tendem a ser simplistas e inadequados para analisar sistemas complexos. Ao passo que, a instituição do PES, apresenta ser flexível e se adapta a constante mudança, sobretudo não separa as funções de planejamento e execução, pois opera por meio de análises situacionais para orientar o gestor (LIDA, 2004).

Segundo Teixeira & Paim (2000, p. 30), a análise situacional se desenvolve em quatro momentos, sendo eles explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. A figura 1 demonstra os principais conceitos e processos desses momentos.

Figura 1. Análise situacional do enfoque estratégico-situacional

<b>Explicativo</b>	<b>Normativo</b>	<b>Estratégico</b>	<b>Tático-operacional</b>
<i>Situação</i>	<i>Direcionalidade</i>	<i>Validade</i>	<i>Ação-operação</i>
Identificação, descrição, explicação de problemas	Cenário, definição situação-objetivo, análise de coerência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de estratégias: cooperação/conflicto</li> <li>• Análise de viabilidade: decisão, operação, permanência</li> </ul>	Agenda do gestor, gerência de operações, prestação de contas

Fonte: Elaborado com base em TEIXEIRA & PAIM (2000, p. 30)

Depreende-se que o enfoque estratégico-situacional, ou seja, a atuação planejada sobre o recorte de determinada realidade, resulta de um esforço dos atores

sociais envolvidos. Essa perspectiva tem sido incorporada ao debate do processo de elaboração metodológica de planificação em saúde.

Não obstante, no Brasil, é possível identificar as correntes de pensamento em planejamento de saúde a partir do trabalho pioneiro de Merhy, que identifica a existência de quatro vertentes de planejamento, desenvolvidos na ENSP, USP, UNICAMP e ISC-UFBA (TEIXEIRA & PAIM, 2000, p 56).

A primeira vertente trata sobre as Ações Programáticas em Saúde baseado nas experiências e aplicações desenvolvidas pela Universidade de São Paulo (USP). Corrente que data início na década de 1970, cujas principais características são o atendimento das demandas espontâneas, da priorização nas questões epidemiológicas e na instrumentação das ações em saúde (NEMES, 2000, p. 26).

Ocorre que o enfoque dessas ações se concentrava na ação primária, desmantelando, assim, a organização das práticas de saúde brasileira à época. Em que, se privilegiava a dimensão regional paulista, haja vista a disponibilidade territorial, cuja proposta era a programação em saúde.

A Programação em Saúde antecede em dez anos a Ação Programática e torna-se centrada na dimensão tecnológico-assistencial. Emergido no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, a proposição se traduzia na organização do trabalho em saúde. Sua principal inspiração se baseava na epidemiologia, em que pese o olhar sobre os coletivos sociais.

Além do foco nas discussões dos processos de Trabalho, a essencialidade dessa vertente se traduz nas Ações Programáticas de Saúde, sendo as principais: Padronização; Estabelecimento de Normas; Instituição de Controle e Avaliações (NEMES, 2000, p. 43).

A segunda vertente é baseada em Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais de Saúde, cuja principal característica é a Vigilância da Saúde, sendo promovida pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

É possível verificar, enquanto essência do conceito dessa vertente, o discurso político, que norteia o pensamento do SUS como modelo assistencial e de vigilância da saúde, ou seja, um modelo político-sanitário (TEIXEIRA & PAIM, 2000, p. 73).

O denominado Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais de Saúde, possuía o enfoque em moldes estratégico-situacionais da planificação. No caso do Brasil, a difusão ocorreu pela implementação de políticas públicas,

programas e projetos. Bem como, por intermédio de projetos de organização e gestão de ações e serviços públicos de saúde, no âmbito municipal.

Essa vertente propõe intervenções pela reorganização de oferta de serviços assistenciais; ações de vigilância epidemiológica e sanitária; e ações de educação e controle social em saúde. Destaca-se que um dos principais conceitos da vertente se traduz na descentralização da gestão, com desafios de planejamento, organização e gerenciamento intersetorial. Tendo em vista a constante necessidade de racionalização de recursos financeiros e a busca de efetividade das ações em saúde (TEIXEIRA & PAIM, 2000, p. 75).

Ocorre que a operacionalização do planejamento e programação de ações intersetoriais de saúde é incentivado pelos espaços sociais para articulação de interesses. Haja vista que o Planejamento das ações intersetoriais ocorre por meio da integração de objetivos.

Posteriormente, a ação comunicativa baseada em Habermas é o fio condutor da discussão da terceira vertente, também denominada como Planejamento Estratégico Comunicativo. Cujas principais características são a percepção e análise da cultura, objetivando o desenvolvimento de uma gestão baseada na escuta (RIVERA, 1999).

Ademais, Mintizberg colabora no sentido de questionar acerca da não introdução de um sistema “pesado” de gestão estratégica nas organizações de saúde, em função da sua complexidade e dinamicidade. Resgatando-se o postulado de Matus no que tange a gestão descentralizada (RIVERA, 1999).

Nesse sentido, a operacionalização da vertente é baseada na exposição dos problemas nos microambientes e macroambientes, tratando as ações nas dimensões pragmática, ética e moral.

Enquanto que na quarta vertente o planejamento é percebido como tecnologia para a gestão, fazendo referências a racionalidade gerencial hegemônica. Também conhecido como Planejamento Estratégico, que emergiu em estudos da UNICAMP (CECÍLIO, 1997)

Entre as principais características dessa vertente está a busca pela mediação do caráter instrumental do planejamento com a simplificação de recursos metodológicos, visando aproximação ao cotidiano das pessoas (MERHY, 1997, p. 75).

Entre as principais proposições para operacionalização, define-se como um meio, a capacitação para o trabalho em saúde, haja vista as ações como a Saúde da Família, Saúde do Trabalho, Consultorias para Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, entre outros (MERHY, 1997, p. 82).

Nesse sentido, a micropolítica do trabalho em saúde visa à busca pela autonomia criativa dos atores sociais e principalmente a superação de rotinas burocráticas.

Para tanto, essa vertente possibilita formas de alterar processos e práticas de planejamento, por meio da coprodução. Essa se traduz em cogestão, clínica ampliada e compartilhada, e apoio matricial. Tendo em vista que o enfoque da gestão é a produção de saúde com a deliberação de indivíduos autônomos (CAMPOS, 2000, p. 123).

Destaca-se que, as vertentes do enfoque estratégico de planejamento possuem debates técnico-científicos não isolados, diferenciando-se as origens, em função da intensa influência de cada discussão e crítica da metodologia tradicional de planejamento em saúde (GIOVANELLA, 1991).

Desse modo, o construto do planejamento em saúde permanece em constante dinamicidade, a partir dos elementos presentes na gestão de políticas em saúde no contexto brasileiro.

No contexto dos consórcios de saúde, conforme explicita a NOB 01/96, o planejamento e a gestão devem estar previstos no denominado Programa de Pactuação Integrada (PPI), pois trata-se da organização do modelo de atenção à saúde regionalizado, consoante aos princípios do SUS (JUNQUEIRA, *et al*, 1999).

Para Junqueira et al (1999) os consórcios intermunicipais podem se organizar na seguinte forma:

Esses serviços podem se encontrar em outro município, mas vinculados, conforme acordo que pode ser realizado por meio do consórcio intermunicipal, que constitui um instrumento na organização do sistema de referência e contra referência e na própria regionalização dos serviços do SUS.

A PPI é um instrumento de planejamento físico-orçamentário dos serviços de saúde, consolidando-se num pacto solidário entre os gestores, visando garantir o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade que não estão disponíveis em todos os municípios (AMORIM & MENICUCCI, 2008).

A articulação da PPI objetiva a constituição de sistemas micro e macrorregiões de saúde, a fim de garantir a assistência integral dos cidadãos, definindo-se os denominados municípios-pólo nas regiões. O financiamento envolve a alocação de recursos que são destinados à saúde nos três níveis da federação, cuja remuneração se dá pela remuneração dos serviços produzidos e transferências fundo a fundo (AMORIM & MENICUCCI, 2008).

Para Mello *et al* (2016) “o processo de regionalização é hoje uma realidade vívida na gestão da saúde em todas as esferas de governo, mas que se defronta com um conjunto de desafios comuns às diversas realidades do país”.

Nesse contexto, emerge a crítica da interpretação do planejamento em saúde, na medida em que se estabelece uma “deficiência em planificação”, cujo desequilíbrio aniquilaria a própria concepção de planejamento em função das desigualdades municipais, resultando “na necessidade de apoio, reforço e investimento na gestão municipal como parte inerente das próprias políticas de regionalização” (MELLO *et al*, 2016).

No próximo tópico serão apresentados o modo como se articulam a gestão por meio do financiamento do SUS.

#### 2.4. Financiamento das políticas de saúde

Na década de 1990, desenvolve-se e confecciona-se as diretrizes do S.U.S sendo um dos mais essenciais a descentralização, visto que os municípios são os principais administradores locais. Cujas principais características são a participação social e se dá por meio de Conselhos de Saúde.

Desse modo, Gonçalves (2006, pg. 41) defende que na descentralização “pressupõe-se que haja comando único em cada esfera do governo, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços e a complementaridade da rede privada na cobertura assistencial”. Logo, o financiamento do SUS é de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal.

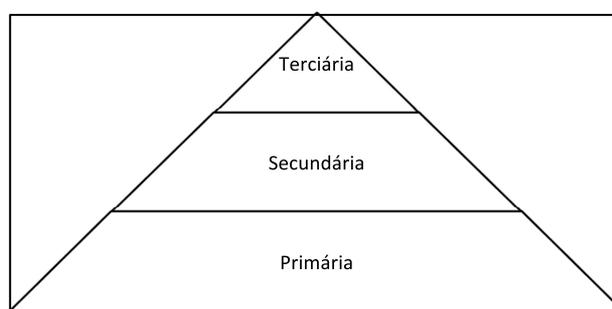
Complementarmente, nota-se que as referidas diretrizes são mencionadas no art. 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único,

organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (...) (BRASIL, 1988)

É possível verificar, portanto, que os serviços integrados em redes possibilitam o atendimento integral dos cidadãos, além disso, a hierarquização do sistema fomenta os processos organizativos dos serviços assistenciais no SUS. A hierarquia subdivide-se em três níveis de atenção: Atenção Primária, Secundária e Terciária. A figura 2 descreve o sentido assistencial:

Figura 2. Pirâmide de Atenção à Saúde



Fonte: Adaptado pela autora (Gonçalves, 2006, p. 40).

Segundo Gonçalves (2006, p. 39) a atenção primária volta-se à promoção da saúde e prevenção das patologias comuns em especialidade básicas. Enquanto que a secundária, preocupa-se com o atendimento ambulatorial e hospitalar nas especialidades básicas. Por fim, a atenção terciária, se direciona ao atendimento de demandas de maior complexidade.

Destaca-se que o SUS não se limita a prestação de serviços assistenciais, conforme destaca Vasconcelos & Pasche (p. 561, 2017), pois “é um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção como as de cura e reabilitação”. Nesse aspecto, segundo os autores a gestão não pode estar baseada unicamente na lógica de mercado.

Conforme visto anteriormente, os financiamentos do S.U.S. são de responsabilidade dos governos Federal, Estadual e Municipal. Porém, nota-se algumas insuficiências financeiras que atendam os princípios da universalidade e integralidade.

Uma medida para se minimizar os problemas com financiamento de saúde foi a elaboração da Emenda Constitucional de nº 29/2000. Cujo preâmbulo dispõe: “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. Sendo assim, os municípios não podem gastar valores inferiores a 7% de sua receita líquida com políticas de saúde.

Cabe destacar, a necessidade de aumentos de gastos progressivos ocorridos entre os anos de 2000 a 2005, conforme defende Gonçalves (pg. 42, 2006) fez com que “(...) no período de 2000 a 2005, os estados são obrigados a aumentar progressivamente seus gastos de 7% para 12%, e os municípios de 7% para 15%”.

Abaixo, tem-se a tabela 1 com a evolução dos gastos em saúde no período compreendido entre anos de 2000 a 2013, nos âmbito do governo federal.

Tabela 1. Evolução dos gastos em saúde pública no período de 2000 a 2013

<b>Âmbito Federal</b>				
Ano	<b>Gasto (R\$ milhão)</b>		<b>Gasto per capita</b>	
<b>2002</b>	R\$	24.736,84	R\$	141,65
<b>2003</b>	R\$	27.181,16	R\$	153,68
<b>2004</b>	R\$	32.703,50	R\$	180,10
<b>2005</b>	R\$	37.145,78	R\$	201,68
<b>2006</b>	R\$	40.750,16	R\$	218,18
<b>2007</b>	R\$	44.303,50	R\$	240,79
<b>2008</b>	R\$	48.670,19	R\$	256,68
<b>2009</b>	R\$	58.270,26	R\$	304,31
<b>2010</b>	R\$	61.965,20	R\$	324,85
<b>2011</b>	R\$	72.332,28	R\$	375,99
<b>2012</b>	R\$	80.063,15	R\$	412,81
<b>2013</b>	R\$	83.043,73	R\$	413,09

Fonte: Elaborado pela autora com base em BRASIL (2015, p.92).

Houve maior necessidade incremento para financiamento da saúde, o que resultou na Emenda Constitucional 86/2015 que alterou os valores mínimos e as normas de cálculos. Contudo, para BRASIL (2015, p. 14) ocorre a substituição de recursos e não o aumento:

(...) o ganho com recursos pela exploração de petróleo e gás natural destinados para a área de saúde, (...) não é mais acrescido ao montante mínimo, **podendo ser avaliado somente como substituição de fonte**. E as emendas individuais com obrigatoriedade de execução, que montam em 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) também são computadas para fins do cumprimento mínimo.

**Portanto, poderá acarretar diminuição dos recursos aplicados pela União.** (grifo nosso).

Nota-se, portanto, que o S.U.S. é subfinanciado, ou seja, é possível verificar a necessidade de contingenciamento de recursos financeiros. Cabe destacar que, nesse contexto, em 2007, já não prevalecia a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Segundo Piola *et al* (2013) “o caráter provisório da CPMF sempre preocupou os gestores da saúde, que continuaram trabalhando por solução mais abrangentes e definitivas”.

Não obstante, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) defende que o processo de implementação do S.U.S. é contínuo, o que depreende a necessidade de constantes investimentos (BRASIL, 2015, p. 20).

Nesse sentido, é possível compreender que os gastos com a implementação do SUS tendem a ser crescentes:

Alguns estudos prospectivos dos gastos em saúde para o período de 2002 a 2020, realizados por institutos renomados, demonstram que em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estes **crescerão de U\$ 2,7 trilhões (8,5% do PIB) para U\$ 10 trilhões (16% do PIB)** (BRASIL, 2015).

Os debates sobre as formas de alocação de recursos ser expandidos, traz à tona não apenas critérios quantitativos de repasse, mas questões pertinentes aos dilemas presentes na dinâmica do SUS, tais como autonomia *versus* responsabilidades *versus* capacidade de arrecadação *versus* capacidade de operacionalização (MOREIRA, 2017).

No contexto municipal, há de se considerar que a descentralização político-administrativa resulta em:

maior responsabilização, sobretudo dos municípios na gestão da saúde. No entanto, financeiramente, permanecia a dependência da União na medida em que a arrecadação das contribuições sociais continuava centralizada nessa esfera de governo. Além disso, é preciso considerar que o Brasil é um país extremamente desigual e heterogêneo, podendo ser encontradas realidades muito diversas em seus mais de 5.500 municípios (CISLAGHI, 2011, p. 15).

Trata-se, portanto de um desafio de se fomentar a igualdade, norteado pelos princípios do SUS, que atenda aos preceitos constitucionais de direito, e sobretudo permanece fundado numa estrutura federativa dispare.

Nesse sentido, conforme Marques e Mendes (2005) as transferências fundo-a-fundo, no entanto, não garantiram, na prática, a autonomia dos municípios:

(...) pois cada vez mais o governo federal repassava recursos “carimbados”, isto é, destinados a programas definidos previamente, que não podiam ser designados para outros fins, impedindo os municípios de discutirem localmente a melhor utilização dos recursos (MARQUES E MENDES, 2005, p. 32).

No próximo capítulo serão descritas as atividades financeiras do Estado, sendo uma delas a descentralização indireta, ocorrida por meio de repasse de fundos. Questão essa central da análise do estudo de caso, na modalidade do Fundo Nacional de Saúde quando do repasse ao CIESP, bem como aos municípios locais.

### **3. GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA**

A gestão pública brasileira vive por processos intensos de transformações, cujo cenário de redemocratização e reforma do Estado, vislumbram as possibilidades de aproximação da ação pública conforme as demandas sociais, haja vista a justiça social.

As políticas públicas possuem conteúdos de natureza desafiadora, visto que, a prestação de serviços é tutelada, principalmente, pelo Estado. Além disso, as atuais discussões referem-se à ampliação de espaço de cidadania, como atenção a minorias excluídas, alinhadas a ampliação e reconstrução da esfera governamental, orientado para a democratização da gestão de políticas públicas (PROCOPIUCK, pg. 292, 2013)

Não obstante, a realização da política pública de saúde do S.U.S. revela-se desafiadora desde a sua construção e mesmo implementação. Nesse sentido, depreende-se que as políticas públicas são diretamente impactadas pela governança do gestor, visto que alianças políticas tende a institucionalizar determinados programas conforme a agenda política.

No que tange as atividades financeiras do Estado e as funções econômicas do governo, o Estado federal é formado pela união dos Estados-membros, sem que

qualquer destes seja soberano, pois ela cabe apenas ao Estado federal, quanto aos demais são autônomos (OLIVEIRA, 2013, p.15).

Nesse sentido, a organização do Estado Nacional brasileiro é caracterizada pelo denominado pacto federativo, sob forma de um Estado unitário descentralizado. Segundo Oliveira (2019, p 35) o pacto se instaura com o advento da Constituição Federal, que já sofreu diversas alterações e isso resulta numa gradativa diminuição de autonomia dos Estados-membros.

O federalismo fiscal decorre da noção de que os entes federados possuem atribuições e elas são descritas na Constituição Federal, sobretudo acerca de tributos e repartição de receitas, entre os artigos 153 a 162 da referida norma.

Para que se defina as atividades financeiras do Estado, se faz necessário definir as necessidades públicas. Conforme aponta Oliveira (2019, p.25), há necessidades intrínsecas ou primárias do ser humano, consideradas interesses básicos e, portanto, interesse do Estado. Ao passo que, para o autor as necessidades públicas são “tudo aquilo que incube ao Estado prover, é decorrência de decisão política, inserida na norma jurídica”.

Enquanto que Kyoshi Harada (2014, p. 28) entende:

a atividade financeira do Estado como sendo a atuação estatal voltada para obter, gerir e aplicar os recursos necessários à consecução das finalidades do Estado que, em última análise se resumem à realização do bem comum.

Salienta-se, portanto, sobre a compreensão das existências das divergências conceituais sobre as necessidades públicas ou interesse público, bem como os interesses ou finalidades do Estado.

Segundo Oliveira (2019, p. 40) a atividade financeira do Estado é precedida pelas necessidades públicas, e tendo conhecimento das mesmas iniciam-se três momentos importantes: *a obtenção de recursos, a gestão intermediada pelo orçamento e o gasto visando a satisfação das necessidades públicas.*

Nesse sentido, compreende-se que a atividade financeira do Estado se dá junto às atividades exercidas por ele, visto que o objeto principal das finanças públicas é a atividade fiscal. Atividade essa desempenhada por órgãos públicos objetivando obtenção e aplicação de recursos para custeio e investimentos em serviços públicos.

Conforme Crepaldi (2013, p. 07), a política fiscal orienta-se em dois caminhos: Política Tributária e Política Orçamentária. Enquanto esta, é caracterizada por se materializar pela captação de recursos para atendimento das necessidades públicas. Àquela refere-se especificamente aos gastos, e o modo como se dá a aplicação de recursos nas dimensões do poder público.

Nesse sentido, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – Lei Complementar nº 101/2000, possibilita a utilização de instrumentos de transparência fiscal, objetivando a consolidação de prestação de contas e nela são apresentados dados de planejamento financeiro e orçamentário.

Desse modo, essa norma institui, o Plano Plurianual (PPA), que é um instrumento que dita os programas a serem desenvolvidas pela administração pública. Enquanto que, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), estabelece a definição de prioridades de demandas por análise de Metas Fiscais e Riscos Fiscais, que por sua vez produzirá efeitos sobre a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Em 2012 publicou-se a Portaria Conjunta STN/SOF nº 2/2012, que tratou sobre os Procedimentos Contábeis Orçamentários da 5ª edição do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público. Atualmente, está em vigor a 6ª edição do Manual, que é emitido pelo Ministério da Fazenda e Secretaria do Tesouro Nacional, utilizado para análise de balanços administrativos.

Nesse íterim, as inovações da implementação da LRF emergem da necessidade da administração pública em fortalecer seu nível de governança pública, atendendo aos princípios de transparência e compartilhamento de dados financeiro-orçamentários (CULAU & FORTIS, 2006).

A política orçamentária pode ser traduzida nas instituições por intermédio do Planejamento Orçamentário, cujo desenvolvimento depende de informações advindas do Orçamento Público PPA, LDO e LOA. No próximo item, tais questões orçamentárias são demonstradas, tendo em vista as peculiaridades do planejamento e gestão em saúde pública.

### 3.1. Sistema de planejamento e orçamento brasileiro

O termo orçamento, possui originalmente, o significado de “bolsa de dinheiro” ou “bolsa pública”. No Brasil o desenvolvimento de técnicas orçamentárias é recente,

sendo datada no contexto de 1936, em que se organizava o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). Este era subordinado diretamente a Presidência da República em cooperação ao serviço público federal.

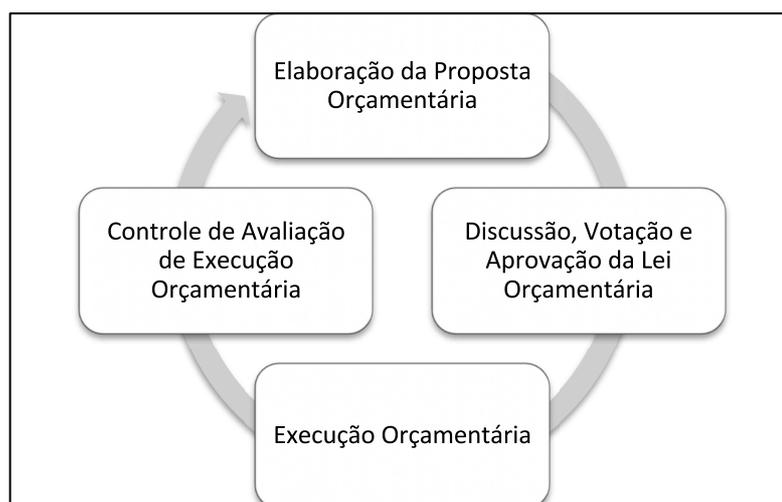
Segundo Crepaldi (2013, p. 18) o orçamento público é instrumento para se estimar receitas e fixar os gastos que se pretende executar durante o ano. Nesse sentido, o autor complementa que “este instituto tem relação direta com planejamento e previsão”.

Nesse sentido, os principais objetivos do orçamento público é controlar gastos públicos, gerir recursos e implementar o planejamento governamental.

Em 1988, torna-se obrigatória a adoção do planejamento orçamentário nas três esferas de governo, que em seu art. 165, introduz a necessidade de planejamento que se utilize dos instrumentos Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que contém metas e objetivos de longo e médio prazo e estreita vinculação com os orçamentos anuais.

Segundo Giacomini (2017, p. 11), o processo orçamentário também é denominado como sendo ciclo orçamentário, visto que possui etapas: “elaboração da proposta orçamentária; discussão, votação e aprovação da Lei Orçamentária; Execução Orçamentária; e Controle de avaliação de execução orçamentária”. A figura 3 demonstra o processo orçamentário brasileiro:

Figura 3. Ciclo orçamentário



**Fonte:** Adaptado com base em Giacomini (2017, p. 11)

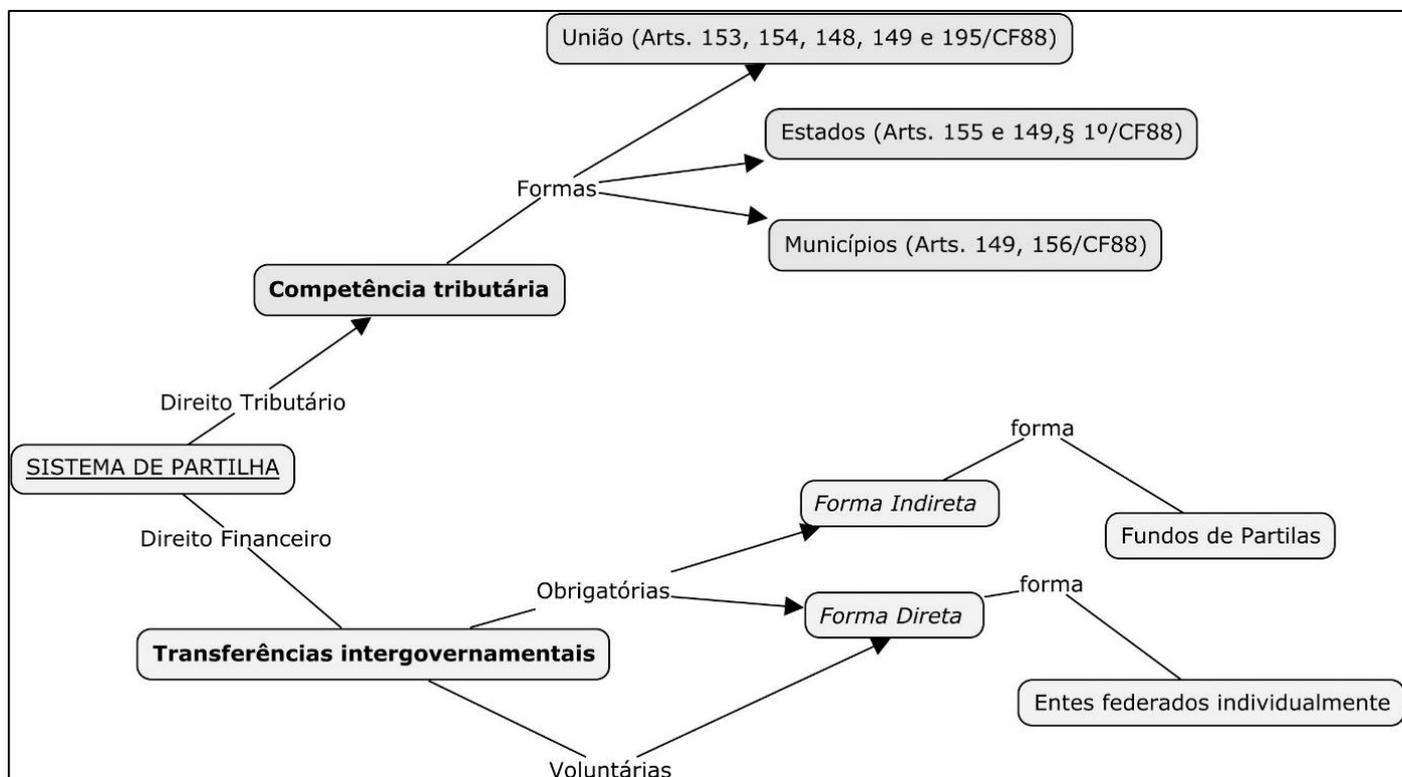
Para o autor o processo não deve ser visto como autossuficiente, visto que ele se renova anualmente, além disso, defende que a elaboração da proposta orçamentária é resultado de: “definições constantes de uma programação de médio prazo”.

Após definidas as ações a serem detalhadas, configura-se a lei orçamentária, denominada LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias. Conforme o art. 5º da LRF dispõe sobre: “equilíbrio entre receitas e despesas; limitação de empenhos; controle de custos dos programas financiados com recursos dos orçamentos; condições e exigências para transferências de recursos a entidades públicas e privadas”.

Em se tratando de receitas correntes e de capital a repartição das receitas públicas adquire um papel fundamental na distribuição de recursos estatais. O sistema de partilha nacional se subdivide em receitas tributárias e de transferências intergovernamentais (HARADA, 2018, p. 213).

A figura 4 esquematiza a estrutura da partilha financeira estatal:

Figura 4. Sistema de partilha de recursos públicos



Fonte: Elaborado pela autora com base na Constituição Federal (1988)

Nota-se que a repartição de recursos consiste na descentralização dos entes menores na arrecadação dos entes maiores, e não o contrário. Nesse sentido, o fundamento desse sistema é a concretização por um dos objetivos fundamentais da República do Brasil, art. 3º, III, da Constituição Federal, que visa diminuir as desigualdades entre as regiões brasileiras (ALEXANDRE, 2017).

Esse trabalho analisará as descentralizações obrigatórias indiretas, ocorridas exclusivamente do Fundo Nacional de Saúde aos municípios consorciados pelo CIESP, tópico que será melhor detalhado no estudo de caso.

### 3.2. Gestão fiscal na saúde: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

O SIOPS tornou-se instrumento gerador de informações de gestão em saúde, por meio do Demonstrativo de Receita Líquida de Impostos e Despesas Próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, P.3).

A ideia do SIOPS emergiu em contexto de crise de financiamento de saúde nos anos 1990, como instrumento social de acompanhamento de saúde pública brasileira, apresentando as informações dos três níveis de governo.

Quando os gestores públicos de saúde alimentam os bancos de dados do SIOPS, cumprem o mandamento constitucional, a Lei Complementar nº 141 determina:

que o Ministério da Saúde mantenha sistema eletrônico para centralizar todas as informações sobre orçamento de saúde. União, Distrito Federal, estados e municípios ficam obrigados a manter os dados permanentemente atualizados no Siops, conforme prevê o artigo 39. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 72).

O SIOPS gera o cálculo automático do valor que o ente da federação tem que aplicar, obrigatoriamente, em saúde, além disso identifica possíveis descumprimentos legais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 70).

Dessa forma, o SIOPS pode ser utilizado como Instrumento de gestão financeira e governança, ao considerar que:

o Sistema foi concebido inicialmente como um banco de dados contendo as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde da União, dos estados e dos municípios mas vem, gradualmente, evoluindo e assumindo novas funcionalidades. Exemplo disso é a construção e aplicação de indicadores que,

disponibilizados aos gestores, possibilitam avanços no acompanhamento e avaliação de gastos públicos no setor. Evolui-se da simples apresentação de dados de receitas e gastos, para um trabalho de análise frente à realidade de alocação de recursos, viabilizando a verificação da adequação do gasto às necessidades da população. (TEIXEIRA & TEIXEIRA, 2003).

Desse modo, compreende-se que a evolução do sistema possibilita a análise financeiro-econômica das ações em saúde, sendo viabilizadas por todos os entes da federação. O sítio eletrônico atualmente apresenta os dados informados pelos entes federativos, bem como os demonstrativos com finalidade de apresentar o cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos em saúde.

Nessa pesquisa serão levados em consideração os dados de receitas e despesas informadas pelos municípios, a fim de observar a capacidade de arrecadação, bem como as ações em saúde local.

#### **4. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE**

##### **4.1. Evolução histórica e modelos de consorciamento no Brasil**

Segundo Carvalho (2006, p.34) a coordenação da atuação da Administração Pública se dá pela cooperação ou por colaboração, sendo esse caracterizado pelo ajuste de convênios, acordos de programa e *joint ventures* públicas, podendo ser celebradas com entidades privadas e com disposição voluntária entre os associados.

Ainda, para o autor a cooperação pode ser acordada por meio de consórcios, convênios ou conferência de serviços.

No Brasil, os consórcios se estabelecem, essencialmente, por meio da Lei de nº 11.107, de 06 de abril de 2005, cujas normas gerais se aplicam a todos os entes da Federação Brasileira, com a missão de estabelecer parâmetros para o atendimento das demandas por serviços públicos (FERRAZ, 2007, p. 267).

No âmbito dos serviços públicos locais, ou seja, municipais, a competência constitucional é atribuída pela Constituição Federal em seu art. 30, inciso V, que possibilita a formalização de consórcios intermunicipais, bem como os convênios.

Segundo a EC 19/98, em seu art. 241, a cada ente federativo caberá disciplinar, por meio de lei, os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados. O dispositivo acrescenta a possibilidade de gestão associada de serviços

públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens para a continuidade dos serviços.

A possível controvérsia surge em função da autonomia que é conferida a cada município para a promoção e efetividades de consórcios intermunicipais, seja pelas limitações políticas ou pela eficácia dos objetivos cooperativos da celebração de associados.

Segundo Parecer do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais v. 70, ano XXVII, a adesão aos consórcios deve ser estabelecida por meio de parcerias, sendo necessário a elaboração de leis da iniciativa de cada ente público local, as quais apresentam condição para adesão dos Municípios.

Diante disso, surge o princípio cooperativo-federativo, conforme art. 275 da Constituição Federal, que trata sobre a prestação adequada de serviços públicos. Esses serviços podem ser organizados de diferentes formas de cooperação: verticais e horizontais.

As cooperações intermunicipais horizontal e vertical apresentam contrastes quanto da caracterização, pois se diferem, essencialmente, pelo modo organizativo. Segundo Prates (2015, p. 3) a cooperação horizontal pode se dar de modo intragovernamental, intermunicipal e interestadual. Enquanto que a cooperação vertical possui apenas organização intragovernamental e intergovernamental.

Segundo o autor, a organização da cooperação horizontal, são caracterizadas pela associação de entes federados de mesmo nível hierárquico. Sendo que, as do tipo intermunicipal e interestadual, inclui associação entre entes de uma mesma esfera governamental. Ao passo que a do tipo intragovernamental envolve diferentes setores e agências de uma mesma esfera de governo. Já na cooperação vertical, o compartilhamento de ações e recursos se dá entre diversas esferas de governo (PRATES, 2015, p. 4-5).

Nesse contexto, o enfoque deste trabalho será o estudo de um consórcio intermunicipal horizontal, do setor saúde.

#### 4.2. Marco regulatório dos consórcios públicos no Brasil

Segundo Linhares, Mendes e Lassance (2012, p.40) desde a década de 1960 já haviam registros de convênios firmados entre municípios brasileiros, cuja finalidade era atender demandas de saúde.

Desse modo, afirma José dos Santos Carvalho Filho, (2013, p.08) que, respeitada opinião de grandes doutrinadores, ao se questionar sobre o que difere a figura dos consórcios dos convênios, não há que se falar em diferenças antes da Lei 11.107/2005, uma vez que não havia sido instituído o consórcio. Tendo ambos as mesmas finalidades, ainda que os convênios não apresentassem a mesma segurança jurídica dos consórcios atuais.

Nesse contexto, a necessidade de um federalismo cooperativo no Brasil demonstra ser presente muito antes da Constituição de 1988 e da Lei 11.1107/2005.

No que se refere as inovações trazidas pela Lei 11.107/2005, importante apontar dois aspectos: o primeiro quanto a necessidade de assinar um protocolo de intenções para aderir ao consórcio, devendo ser ratificado por aprovação legislativa dos respectivos entes federados; e o segundo trata da substituição do convênio por um contrato administrativo, cuja denominação é contrato de consórcio, com características peculiares ofertando mais segurança quanto à denúncia unilateral do contrato.

O Governo Federal brasileiro, demonstrou três preocupações para a elaboração do regramento dos consórcios públicos. Segundo Silva (2015), essas regras se constituem pela necessidade de complementar o desenho federativo da Constituição Federal, solucionar a carência de instrumentos políticos para o atendimento dos serviços públicos e completar a lacuna jurídica das limitações institucionais dos instrumentos de consorciamentos intermunicipais.

Nesse sentido, a cooperação intermunicipal propõe uma segurança jurídica que possibilite o planejamento e atuação de médio e longo prazo. Contudo, emerge uma questão acerca das principais limitações quanto à eficácia desse instituto.

Conforme apontado Rocha e Faria (2004), pode-se elencar seis possibilidades de contribuição para o enfraquecimento dos esquemas de cooperação consorcial, caso não sejam observadas, sendo elas a existência de regras institucionais claras para regulamentar a cooperação; agentes facilitadores da cooperação intermunicipal; existência de diálogo entre os partícipes; homogeneidade política e administrativa; e relativa simetria em relação aos recursos materiais e extensão territorial, demográfica.

Assim, para Rios e Silva (2016) a busca por arranjos interfederativos, que promovam a equidade socioespacial, que assegure a justiça social e com ampla participação social, pode ser utópico no Brasil, na medida em que as estratégias deixarem de ser coletivas, com o objetivo de resolver apenas problemas locais.

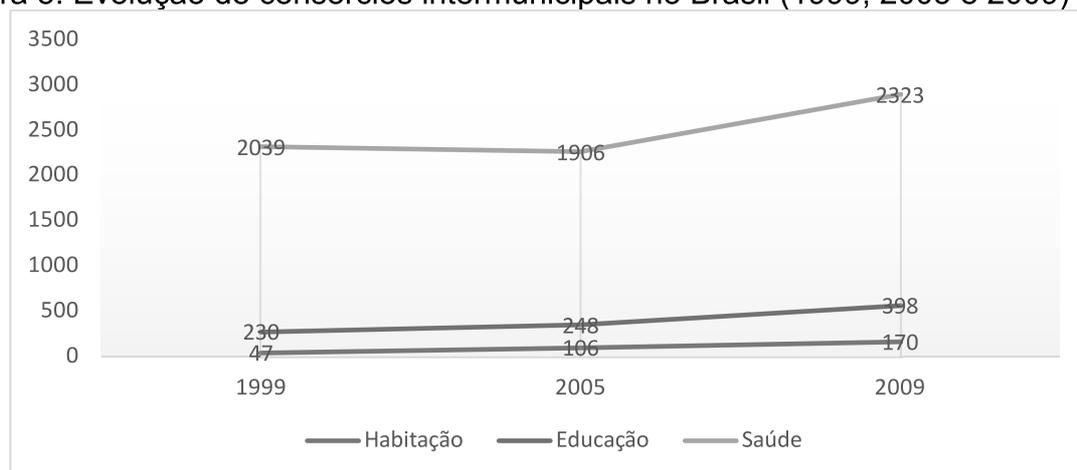
Isso, porque a eficácia de um consórcio intermunicipal se dá pela articulação coordenada por intermédio do fortalecimento de cooperação, solidariedade e reciprocidade entre os entes.

#### 4.3. Consórcios públicos na saúde pública brasileira

A principal inovação dos consórcios é a adoção de mecanismos que empregam maior confiança ao compromisso firmando entre os entes federativos quando do estabelecimento do instituto consorcial.

É possível observar que o comportamento desse instituto tem se expressado relevante, principalmente no âmbito da saúde pública, conforme figura 5.

Figura 5. Evolução de consórcios intermunicipais no Brasil (1999, 2005 e 2009)

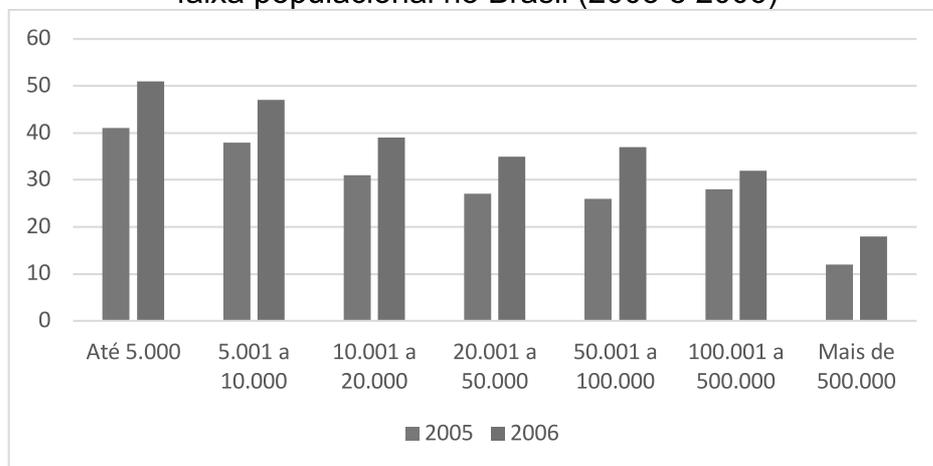


Fonte: Adaptado de Linhares (2012, p. 44)

É possível observar o acentuado crescimento nacional de 27% em adesão consorcial no segmento saúde, ao passo que demonstra ser a principal política pública que se utilizou desse instrumento no período de 1999 a 2009.

Além disso, a evolução da proporção de municípios consorciados na área da saúde tem evidenciado que entes de pequeno e grande porte utilizam desse tipo de convênio. Ocorre, porém, maior incidência em municípios com faixas populacionais de até 5.000, 10.000 e 20.000 habitantes. A figura 6 demonstra esse cenário.

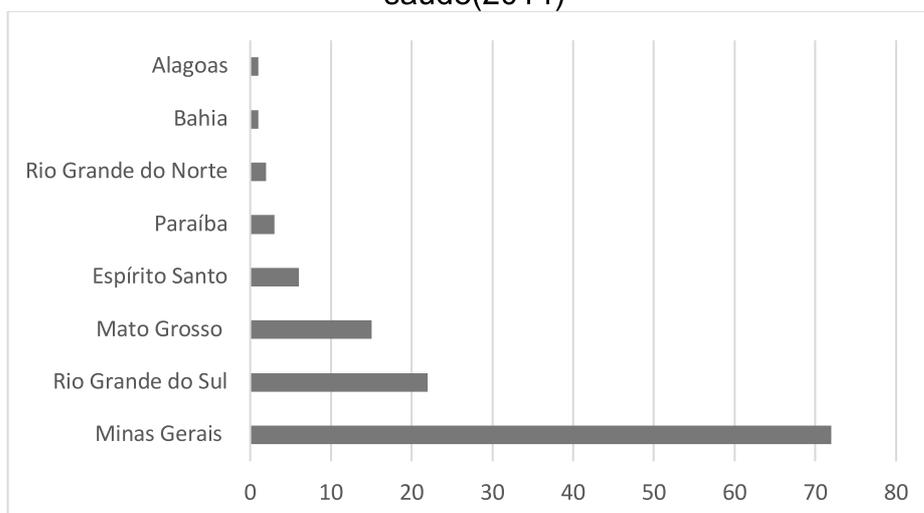
Figura 6. Evolução da proporção de municípios consorciados em saúde, por faixa populacional no Brasil (2005 e 2006)



Fonte: Adaptado de Linhares (2012, p. 61)

No estado de Minas Gerais, o cenário torna-se ainda mais intenso quanto a utilidade do consórcio intermunicipal de saúde pelos gestores. Segundo o Departamento de Articulação Interfederativa de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, realizou-se um levantamento nacional sobre informações de consórcios intermunicipais em saúde, especialmente no que se refere aos alinhamentos da lei de nº 11.107, de 2005. Nesse sentido, a figura 7 demonstra o volume consorcial no ano de 2014:

Figura 7. Consorciamento por estados com adesões intermunicipais em saúde(2014)



Fonte: Adaptado de Salgado (2014, p. 85)

Desse estudo identificou-se que 90% dos consórcios eram regidos pelo direito privado e apenas 10%, sob o modelo de consórcio de direito público. No que se refere

às fontes de receita, 49% dos consórcios possuíam renda de receitas a partir da prestação de serviços, sendo desses, 25% a remuneração era realizada com base na Tabela SUS (SALGADO, 2014, p. 53-58).

Torna-se importante salientar que o estudo de caso desta pesquisa terá como referência um consórcio público regido pelo direito público, com receitas advindas de prestação de serviços, contrato de rateio com municípios e descentralizações intergovernamentais.

## **5. O CASO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE ESPECIALIDADES (MG)**

### **5.1. Caracterização institucional e natureza jurídica do CIESP**

O Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP), conforme consta no Estatuto de ato constitutivo, é regido sob forma de associação, portanto possui personalidade jurídica de Direito Público. O consórcio tem sede no município de Bicas, no estado de Minas Gerais.

Antes da Lei 11.107/05 ser promulgada, havia certo consenso na doutrina brasileira de que o convênio e o consórcio possuíam como principal característica o acordo de vontade, sendo classificado o consórcio quando envolvesse entes do mesmo nível. Enquanto que para os convênios quando se tratasse de entes de níveis diferentes (Di Pietro, p. 604)

Porém, a Lei 11.107/05, mudou a percepção da natureza jurídica dos consórcios, conforme se verifica non artigo 6º da referida norma:

o consórcio público adquirirá personalidade jurídica: I – de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções; II – de direito privado, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil

Segundo Di Pietro (2020, p. 605) tendo a personalidade jurídica de direito público, constitui-se associação pública, sendo assim, o instituto consorcial que possui natureza pública goza de todas as prerrogativas e privilégios, como: processo especial de execução, (art. 100 da Constituição Federal), impenhorabilidade de bens, prazos dilatados em juízo, imunidade tributária sobre patrimônio, renda e serviços (art. 150, VI, a, da Constituição Federal), imperatividade e executoriedade dos atos, dentre

outros previstos em leis específicas da entidade. Passando a integrar, assim, uma nova espécie de entidade da Administração Indireta.

Conforme a Lei dos Consórcios Públicos, dentre as vantagens, independente da natureza pública ou privada, é possível: promover desapropriações, instituir servidões de utilidade pública (art. 2º, § 1º, inciso II ); ser contratado pela Administração Direta ou Indireta, com dispensa de licitação (art. 2º, § 1º, inciso III) e limites elevados nas modalidades licitatórias (§ 8º do artigo 23 da Lei nº 8.666).

No estatuto também são apresentadas as finalidades do CIESP, que são a de auxiliar a implementação das diretrizes do SUS, nos municípios consorciados; promover formas articuladas de gestão e planejamento em saúde; funcionar como instrumento de infraestrutura de saúde regional na sua área territorial.

Figura 8. Sítio Eletrônico Oficial do CIESP



Fontes: sítio eletrônico CIESP <sup>6</sup>

No ano de 2012, o CIESP possuía como partícipes os municípios de Bicas, Descoberto, Guarará, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Pequeri, Rochedo de Minas, São João Nepomuceno e Senador Cortes. Em 2019, foram acrescentados mais dois municípios: Varginha e Chiador.

No sítio eletrônico, são informados os serviços em saúde disponíveis, sendo eles consultas e exames, demonstradas no apêndice A. Além disso, a entidade informa que em média são atendidos 70 mil cidadãos dos nove municípios consorciados, no que se refere à oferta de especialidades médicas.

<sup>6</sup> Sítio do CIESP: <https://ciesp.mg.gov.br/>

Conforme se verifica no instrumento constitutivo consorcial, Estatuto, disponível no Portal da Transparência do CIESP, o custeio das despesas com ações de saúde é financiado pelos municípios, por intermédio do denominado contrato de rateio.

A primeira versão do estatuto social, datado em 17/02/2012, versou sobre a constituição do CIESP, finalidades, estrutura organizacional, assembleia geral, controle interno, conselho fiscal, do conselho de secretários municipais de saúde, secretaria executiva, regime financeiro e de fiscalização, regime de pessoal, retirada do ente consorciado, atas eletrônicas e disposições finais.

Nesse sentido, o capítulo de regime financeiro e de fiscalização, apresenta o exercício financeiro de modo que coincida com o ano civil (janeiro a dezembro). Além disso, a secretaria executiva deve propor a ação orçamentária anual para o ano seguinte, até o dia 30 de julho de cada ano. No qual são apresentadas despesas de custeio e capital.

No capítulo de observações preliminares, será analisado os balanços financeiros e orçamentários, bem como as ações em saúde desenvolvidas no escopo microrregional.

## **6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **6.1. Percurso metodológico: instrumentos de coleta de dados**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora em 13/11/2019 e obteve autorização para realização da pesquisa no dia 23/03/2020, conforme parecer consubstanciado nº 3.928.790.

Para alcançar o objetivo geral foram utilizadas fontes de dados secundários de sistemas de gestão em saúde, bem como suas séries históricas, sendo elas advindos das principais instituições produtoras de dados públicos: Portal da Transparência do CIESP, Fundo Nacional de Saúde, e SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde).

Os dados secundários, revelam-se como uma fonte para coleta de dados, cujas origens foram produzidas anteriormente e encontram-se disponíveis em boletins, base de dados, dentre outros. Possibilitando a resolução de problemas conhecidos,

fornecendo meios para explorar áreas que não se cristalizaram (COSTA et al, 2015, p. 209).

Nesse sentido, trata-se de um estudo retrospectivo, tendo em vista que os dados secundários foram obtidos de fontes retrospectivas, de arquivos públicos e em documentos oficiais (LAKATOS & MARCONI, 2018, p. 53).

Os dados que foram objetos de investigação, para a construção de banco de dados, a fim de atender ao primeiro objetivo específico da pesquisa são os denominados “Indicadores das Análises de Contas Públicas” do Consórcio CIESP, no período de 2012 a 2019. Sendo três documentos de Contas Públicas estudados: Lei de Responsabilidade Fiscal; Orçamentos Anuais; e Balanços Consolidados, conforme figura 09.

Figura 09. Base de Dados de Contas Públicas (CIESP 2012 – 2019)

The image shows a screenshot of the 'Portal da Transparência' website for the 'Consórcio Intermunicipal de Especialidades' (CIESP). The header includes the site name and a 'Login' button. A navigation bar contains links for 'Início', 'Consultas', 'Sumário de Termos', and 'Links'. On the right, there are links for 'Fale Conosco' and 'Acessibilidade'. Below the navigation, a breadcrumb trail reads 'Início / Contas Públicas'. The main heading is 'Contas Públicas'. A table lists four categories with expandable arrows: 'Receitas Arrecadadas', 'Balanços Consolidados - Prestação de Contas', 'Orçamentos Anuais', and 'Lei de Responsabilidade Fiscal'.

▶ Receitas Arrecadadas
▶ Balanços Consolidados - Prestação de Contas
▶ Orçamentos Anuais
▶ Lei de Responsabilidade Fiscal

Fonte: Portal da Transparência CIESP (2020)

A escolha desses macroindicadores se deu em função da necessidade de se apurar os investimentos e gastos em saúde realizados pelo consórcio CIESP, bem como compreender os esforços financeiros direcionados a ele. Objetivando analisar os aspectos de planejamento e financiamento em saúde local.

Em seguida, para se investigar o segundo objetivo específico investigou-se o portal de Transparência do CIESP para a coleta de contratos, aditivos e convênios

entre os municípios consorciados. Para identificar-se a evolução da adesão consorcial dos municípios partícipes. A figura 10 aponta apresenta a fonte dessa informação.

Figura 10. Base de Dados Documentais

The image shows a screenshot of the 'Portal da Transparência' website. The header includes the text 'PORTAL DA TRANSPARÊNCIA' and 'CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE ESPECIALIDADES'. There is a 'Login' button in the top right corner. Below the header, there are navigation links: 'Início', 'Consultas', 'Sumário de Termos', and 'Links'. On the right side, there are links for 'Fale Conosco' and 'Acessibilidade' with a magnifying glass icon. The main content area is titled 'Documentos Públicos' and contains a list of document categories: Normas, Contratos e Aditivos, Convênios Realizados, Compras, and Contratos de Rateio e Aditivos. Each item has a right-pointing arrow icon.

Fonte: Portal da Transparência CIESP (2020)

Nesse momento, trata-se, portanto, de uma pesquisa que se apoiou em recursos documentais. Segundo, Lakatos e Markoni (2018, p. 29):

A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser recolhidas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.

Desse modo, foram analisados os seguinte documentos públicos: as Normas, os Contratos e Aditivos, Convênios Realizados e Contratos de Rateio, com respectivos aditivos. Esses documentos, montam desde o ano de 2012 a 2019.

Para atender ao terceiro objetivo específico, foram investigados os gastos do Governo Federal destinados aos fundos municipais (11 municípios - partícipes do CIESP), com apoio do banco de dados do Fundo Nacional de Saúde. Bem como, os gastos vinculados desses municípios com a saúde local, cujos dados secundários são oriundos do SIOPS.

O objetivo da obtenção desses dados, foi correlacionar, no período de 2000 a 2019, os repasses do Fundo Nacional de Saúde aos municípios partícipes do CIESP, com os gastos em saúde local.

Destaca-se, os procedimentos de coleta de dados junto ao Fundo Nacional de Saúde, na figura 13. Seguiu-se o seguinte caminho, no site governamental: Repasses para o SUS, Consulta de Pagamento Consolidado; sendo indicado o ano, estado, município e tipo de repasse municipal. Cujos dados, foram utilizados para construção de banco de dados, para se compreender os Repasses (Custeio e Capital) do governo federal aos fundos municipais de saúde, no período de 2000 a 2019.

Figura 11. Base de Dados Secundários do Fundo Nacional de Saúde

Os campos com \* são obrigatórios.

* Ano	Estado	Município	Tipo de Repasse
Selecione	Todos	Todos	Todos

Consultar Limpar

Fonte: Portal da Transparência do Fundo Nacional de Saúde (Versão 1.31.10)

Após construção do Banco de Dados baseados no Fundo Nacional de Saúde, desenvolveu-se o segundo Banco de Dados, com informações de investimentos e gastos em saúde local, para cada um dos 11 municípios partícipes do CIESP. Na figura 11 é possível identificar a interface do SIOPS, utilizada para esse desenvolvimento. Sendo que, seguiu-se os seguintes passos no sítio virtual: SIOPS, Demonstrativos/Dados Informativos, sendo selecionada a opção “municípios”.

Figura 11. Base de Dados secundários do SIOPS

<b>União</b>
<b>Estados - Distrito Federal</b>
<b>Municípios</b>
<b>Anos - Base a partir de 2018</b>
Consultas
<b>Anos - Base a partir de 2002 a 2017</b>
Consulta por unidade executora (Pastas do Sistema)
Consulta de um ou mais códigos contábeis, por categoria, por categoria econômica para um Município
Consulta por determinado código contábil (pastas do Sistema)
Consulta de despesas por fonte e restos a pagar
Histórico da despesa por subfunção – consolidada por pasta, por estágio da despesa e por UF
<b>Ano-base 2001</b>
Receita realizada e Despesa empenhada
Receita realizada e Despesa paga
<b>Ano-base 2000</b>
Receita realizada e Despesa empenhada
Receita realizada e Despesa paga
<b>Ano-Base 1999</b>
Receita realizada e Despesa empenhada
<b>Ano-base 1998</b>
Receita realizada e Despesa empenhada

Fonte: Portal da Transparência SIOPS (Versão 2020)

Sendo assim, foram extraídos os seguintes dados, para desenvolvimento dos bancos de dados baseados no FNS e SIOPS: I. Repasses do governo federal descentralizado aos fundos de saúde municipal, no período de 2000 a 2019<sup>7</sup>; II. Investimentos municipais por unidade executora, no período de 2000 a 2019<sup>8</sup>. III. Gastos por códigos contábeis, por categoria, por categoria econômica, por Município partícipes do consórcio CIESP, no período de 2000 a 2019<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Banco de Dados secundários baseados no Fundo Nacional de Saúde (2000-2019)

<sup>8</sup> Banco de Dados secundários baseados no SIOPS (2000-2019)

<sup>9</sup> Banco de Dados secundários baseados no SIOPS (2000-2019)

Por fim, posteriormente realizou-se a correlação de dados entre as descentralizações do governo federal em saúde *versus* os gastos em saúde local individualizado.

Essa análise tornou-se fundamental para compreender os impactos financeiros do Consórcio CIESP em saúde local, tendo em vista que o surgimento do consórcio se deu a partir do ano de 2012.

No tocante à abordagem quantitativa, após a construção de bancos de dados, utilizou-se a Regressão Linear, com apoio de *Software IBM Statistics v.20 (SPSS)* e *Microsoft Office Excel v. 2016 (Excel)*, a fim de se relacionar duas variáveis financeiras vinculadas. Sendo elas obtidas no lapso temporal de 2000 a 2019: gasto acumulado em saúde pelo governo federal em fundos de 11 municípios, analisados individualmente; e, o gasto acumulado em saúde realizado por cada município consorciado em saúde local.

Segundo (Benito, 2017, p. 254):

O nome regressão pode passar, a princípio, uma ideia equivocada a respeito desta técnica estatística, mas para que se possa equacionar o comportamento (grau de correlação e tendência) de variáveis num plano cartesiano é necessário minimizar as distâncias entre os pontos reais (coordenadas observadas) e a respectiva linha de tendência desses pontos reais de dados, ou seja, é necessário estabelecer uma equação para a tendência desse comportamento.

Nesse sentido, um modelo linear resulta numa equação de uma linha reta através dos dados analisados, destaca-se que nem todos os pontos do diagrama de dispersão se alinham, mas uma linha reta pode resumir um padrão geral, e esse modelo auxilia na compreensão da associação das variáveis (SHARP, p. 235, 2011).

Segundo Sharp (p. 240, 2011) um modelo pode ser escrito como:

$$\hat{y} = b_0 + b_1, \text{ onde } \hat{y} \text{ é o valor previsto}$$

Utiliza-se o acentuo circunflexo para distinguir o valor previsto do valor observado, cuja diferença entre os dois é o denominado resíduo ( $e = y - \hat{y}$ ). Nesse sentido, busca-se a linha de melhor aderência, cuja soma dos resíduos ao quadrado é menor, denominada reta dos mínimos quadrados. (SHARP, 2011, p. 238).

Segundo David (2019, p. 403), a análise de regressão linear simples, parte de uma relação entre a variável dependente e a variável independente, sendo o modelo assumido:

$$y = \beta_0 + \beta_1 x + \varepsilon$$

Realizou-se o teste de significância, cujo *valor-p* não poderia ser maior do que 0,05, visando atingir um intervalo de confiança de 95% em relação à amostra analisada.

Nesse sentido, observou-se a análise da variância (ANOVA), a fim de verificar a significância na regressão, bem como a identificação de coeficientes padronizados, com o apoio do software *SPSS* (DAVID, 2019, p. 385).

Segundo, Milliken Johson *apud* Riboldi et al(2020):

Variância constante ou homogeneidade de variâncias (homocedasticidade) é, na maioria das vezes, um requisito necessário para a análise de variância (ANOVA). Sob heterogeneidade de variância, o método dos mínimos quadrados ordinários não produz os melhores estimadores e o teste F, as comparações múltiplas, os contrastes ortogonais, ou a estimação dos componentes de variância poderão ser fortemente afetados. Isto é, dependendo do grau de severidade da heterogeneidade das variâncias, a análise de variância pode ter sua significância estatística comprometida.

Nesse sentido, considerou-se os pressupostos como homocedastidade, que pressupõe que os resíduos possuam variâncias estatisticamente constante, ao passo que a não homocedastidade (heterocedastidade) afeta a ANOVA e influência no cálculo dos mínimo quadrados (ROCHA & JÚNIOR, 2018, p. 5).

Por variável independente (*denominada x*), definiu-se como sendo a variável que influencia, determina ou **afeta outra variável**; é o fator determinante, condição ou causa para determinado resultado, efeito ou consequência. Enquanto que a variável dependente (*denominada y*), é àquela variável a ser explicada ou descoberta, em virtude de ser influenciada, determinada ou **afetada pela variável independente**. (LAKATOS & MARCONI, 2000, p. 189).

Nesse sentido, para coleta de informações, tem-se a seguinte notação:

$$x \rightarrow y$$

Para estudo do modelo de regressão foram analisadas duas variáveis, sendo uma independente (*x : repasses do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal*) e

outra dependente ( $y$  : *gasto municipal em saúde local*). Desse modo, reproduziu-se 11(onze) correlações, cujo  $R^2$  evidencia o coeficiente de regressão.

No quadro 1 são demonstradas as correlações que desenvolvidas na pesquisa:

Quadro 1. Correlações entre variáveis dependente e independente

<b>Repesses do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal</b> <i>(variável independente)</i>	<b>Gasto municipal em saúde local</b> <i>(variável dependente)</i>
FNS ao FMS de <b>Bicas/MG</b>	Município de <b>Bicas/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Chiador/MG</b>	Município de <b>Chiador/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Descoberto/MG</b>	Município de <b>Descoberto/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Guarará/MG</b>	Município de <b>Guarará/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Mar de Espanha/MG</b>	Município de <b>Mar de Espanha/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Maripá/MG</b>	Município de <b>Maripá/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Pequeri/MG</b>	Município de <b>Pequeri/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Rochedo/MG</b>	Município de <b>Rochedo/MG</b>
FNS ao FMS de <b>São João Nepomuceno/MG</b>	Município de <b>João Nepomuceno/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Senador Cortes/MG</b>	Município de <b>Senador Cortes/MG</b>
FNS ao FMS de <b>Varginha/MG</b>	Município de <b>Varginha/MG</b>

Fonte: Elaborado pela autora (Pesquisa 2020)

Torna-se necessário compreender o arranjo organizativo regional do Plano de Saúde do Município de Juiz de Fora, cuja divisão dispõe-se da seguinte forma:

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG divide o Estado em 13 macrorregiões de saúde com 18 cidades-polo, e 75 microrregiões sanitárias. Juiz de Fora é sede da Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais, composta de 94 municípios. A macro sudeste engloba 8 microrregiões de saúde: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá (SAÚDE, 2014).

Já a microrregião é organizada por:

Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas é formada por 25 municípios, com população total de 642.353 habitantes. Juiz de Fora possui população estimada pelo IBGE/2013 de 545.942 habitantes

distribuídos em 07 regiões urbanas, 01 região do campo e doze regiões sanitárias (SAÚDE, 2014).

Destaca-se que, portanto, que o município de Varginha não está incluso nas macrorregiões ou microrregiões de locais, porém segundo o Portal da Transparência do CIESP, esse município foi incluso em virtude do consórcio ter se tornado multifinalitário em 2014, visando atender as demandas reprimidas nas demais áreas da administração pública.

## 6.2. Técnica de análise de dados

Para desenvolver a correlação entre as variáveis do repasse do FNS aos fundos municipais, com o gasto de cada um dos 11 municípios partícipes, utilizou-se a Regressão Linear Simples, por análise estatística inferencial.

Assim, a interpretação ocorreu em função da análise resultar em correlação positiva ou negativa. Se positiva, indica que  $x$  e  $y$  estão relacionadas diretamente, significando que as duas medidas tendem a crescer ou decrescer juntas. Ao passo que, uma correlação negativa indica que  $x$  e  $y$  estão relacionadas inversamente, quer dizer que, à medida que uma variável cresce, a outra tende a decrescer.

Nesse sentido, analisou-se a linearidade dos modelos das regressões e a homocedastidade, pois a variável que “deixa muitos resíduos (variações não explicadas) diminuem sua significância estatística ao ponto de ser excluída” (BENITO, 2017, p.12).

Segundo Sharp (2011, p. 526) uma possível solução para análise da dependência dos resíduos é “encontrar uma variável previsora (explicativa) que seja responsável por parte da correlação e que remova a dependência nos resíduos”.

Nesse sentido, analisou-se os resíduos padronizados, por meio de observação gráfica de linearidade considerando o *valor-p* < 0,05. Além disso, os coeficientes de regressão que estiverem próximos a 1 (*um*) possibilitam uma correlação positiva entre as variáveis analisadas.

Nesse sentido, segundo Benito (2017, p. 32):

O estudo do comportamento das variáveis poderá revelar a existência de uma correlação positiva. Sendo o resultado da aplicação da fórmula de Pearson maior que zero, a correlação será dita positiva, e será chamada de perfeitamente positiva quando o resultado da aplicação da fórmula de Pearson for igual a 1.

Para fins interpretativos dos modelos de regressão tem-se que, em caso positivo, a capacidade de gastos e investimentos locais são influenciáveis diretamente pela descentralização governamental.

Em função da vinculação mínima de gastos em saúde estabelecido normativamente aos entes federativos, buscou-se investigar a evolução de gastos e investimentos em saúde local, à medida que se analisa as descentralizações federais destinadas aos fundos municipais estudados. Ambas análises retrospectivas consideraram o período de 2000 a 2019. Além disso, os valores monetários foram deflacionados.

Por conseguinte, para interpretação dos indicadores das Contas públicas do Consórcio CIESP (Lei de Responsabilidade Fiscal, Orçamentos Anuais e Balanços Consolidados) utilizou-se recursos de estatística descritiva, com apoio do *software Excel*.

Conforme David (2019, p. 29), a estatística descritiva fornece recursos tabulares e gráficos para resumir os dados de determinada variável. Desse modo, foram desenvolvidos gráficos e figuras gráficas para a interpretação descritiva sobre os indicadores das Contas Públicas do CIESP, objetivando compreender os limiares de cooperação intermunicipal, bem como as possibilidades de dependência financeira governamental.

## **7. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **7.1. CIESP: Alocação e investimentos na saúde local**

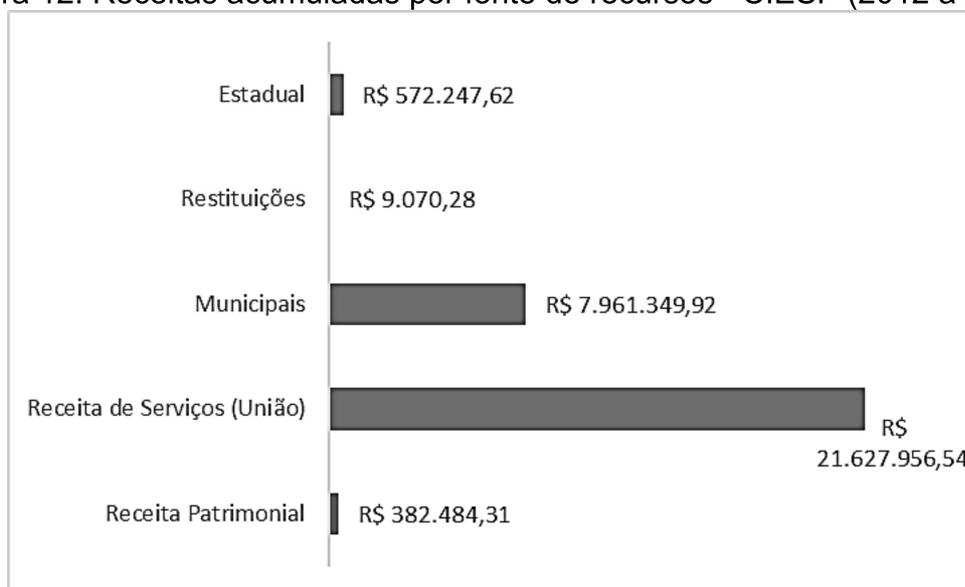
As bases de dados para a construção desse tópico são referentes ao Portal de Transparência do CIESP, que atendem as diretrizes da LRF já mencionadas nesse trabalho.

Inicialmente foram analisadas as receitas, as despesas e a abrangência das ações em saúde local, por intermédio da atuação do consórcio junto aos 11 municípios conveniados.

Preliminarmente, é observável que o financiamento do consórcio público CIESP é resultado principalmente da receita de serviços, cuja receita acumulada nos últimos

sete anos foi de R\$±21.627.956,54, bem como de transferências intergovernamentais na ordem de R\$±7.961.349,92. Conforme apresentado na figura 12.

Figura 12. Receitas acumuladas por fonte de recursos - CIESP (2012 a 2019)



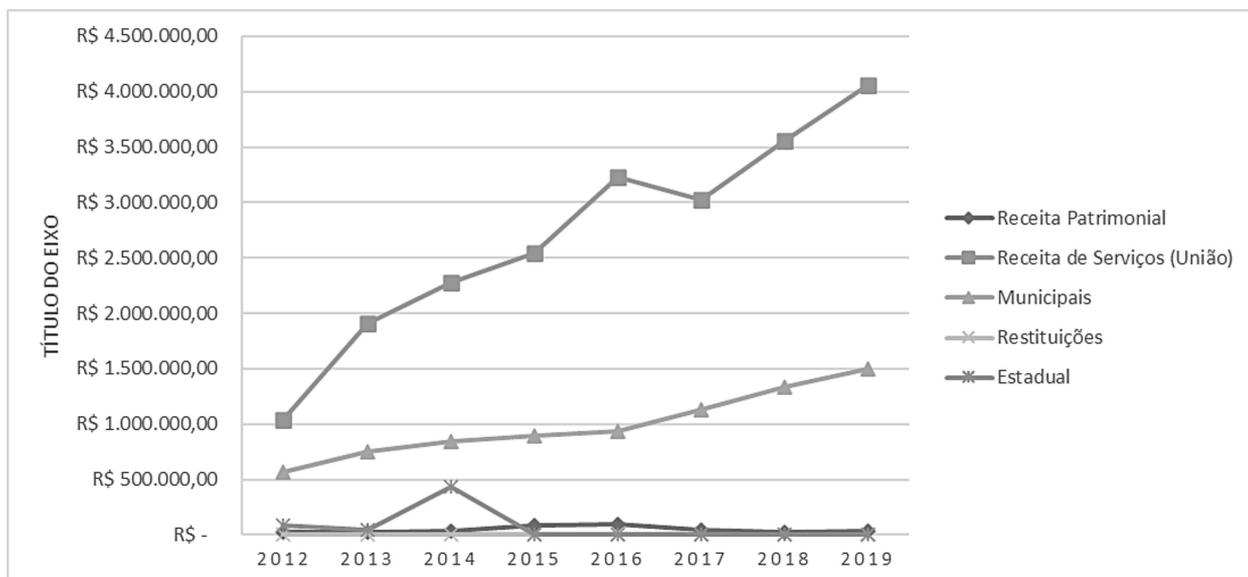
Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balanços Orçamentários e Financeiros do CIESP (Pesquisa 2020)

Conforme analisado no tópico dos consórcios intermunicipais na região Sudeste, especificamente no estado de Minas Gerais, torna-se possível depreender que a realidade do CIESP se assemelha ao perfil dos 49% dos consórcios em saúde no Brasil, cujos financiamentos principais são obtidos com receitas de serviços.

Durante as análises de Balanços Financeiros, considerou-se as contas de receitas arrecadadas no período de 2012 a 2019. As descrições nominais nos balanços orçamentários e financeiros são distintas, porém a apuração financeira apresenta exatidão entre esses instrumentos.

A figura 13 demonstra as principais fontes de receitas no período de 2012 a 2019 do consórcio CIESP, apresentando, inclusive, evolução anual crescente de receitas.

Figura 13. Evolução de receitas por fontes de recursos – CIESP (2012 a 2019)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balanços Orçamentários e Financeiros do CIESP (Pesquisa 2020)

As receitas de serviços são destinadas aos serviços de saúde, conforme se pôde verificar das análises dos balanços financeiros e orçamentários do período estudado, entre os anos 2012 a 2019.

Nesse sentido, torna-se possível verificar que a união é fomentadora fundamental ao financiamento do consórcio público intermunicipal, e que embora os rateios realizados pelos municípios estejam em segunda posição participativa, a representatividade financeira por rateio demonstra-se conservadora até o ano de 2016.

O financiamento dos partícipes deve ser traduzido na consolidação da efetividade da política de saúde local, conforme analisado no estatuto da entidade, bem como subsidiada pela Lei 8.080/90.

Outro aspecto importante é que nas despesas consorciais, no período entre 2003 a 2019 resultou-se o montante de R\$±24.392.712,87. Sendo que o contrato de rateio financia as despesas com: *as ações de saúde, ações administrativas e ações de assistência social*<sup>10</sup>.

Ao passo que os demais recursos advindos da prestação de serviços e de transferências intergovernamentais *custeiam os investimentos com equipamentos, o*

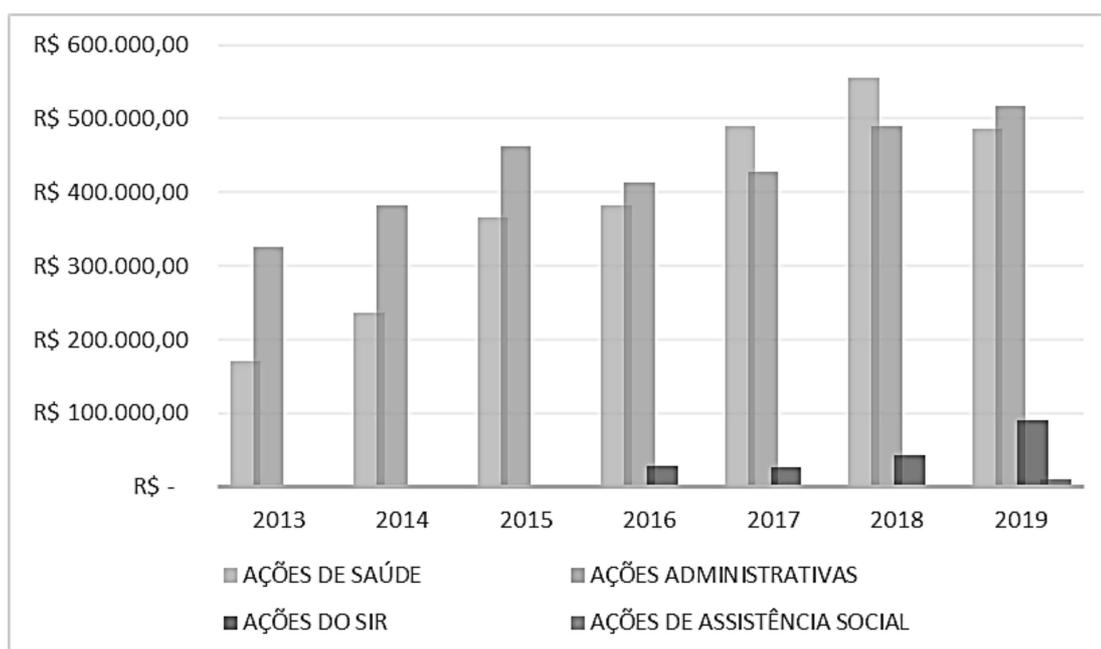
<sup>10</sup> Descrição apresentada nos Balanços Orçamentários do CIESP.

*caps, a realização de exames e consultas especializadas, transporte sanitário, bem como o apoio às políticas públicas*<sup>11</sup>.

Foram identificadas duas políticas públicas com planejamento de custeio pelo consórcio sendo elas: Cidades Inteligentes e Humanas, Projeto Lixo e de Geração de Energia. Cabe destacar que ainda não foram implementadas, ou seja, não estão inclusas nos orçamentos.

Considerando que os municípios são onerados apenas com subsídio de rateio junto ao consórcio, observa-se as diversas possibilidades de favorecimento de investimentos à saúde local pela cooperação federativa. Tendo em vista que nos últimos 7 anos, os municípios financiaram 24% das receitas do CIESP, que foram destinadas em ações de saúde. Os apêndices B e C demonstram detalhadamente as receitas e despesas consorciais para a análise desta pesquisa.

Figura 14. Evolução das despesas do contrato de rateio - CIESP (2013 a 2019)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balanços Orçamentários e Financeiros do CIESP (Pesquisa 2020)

A partir da evolução de despesas consorciais, constata-se que o contrato de rateio financia principalmente as ações administrativas e ações de saúde. Destaca-se que as ações do Serviços de Inspeção Regional – SIR, possui o objetivo de impulsionar o desenvolvimento regional e tiveram maior expressão em 2019.

Segundo o Portal da Transparência do CIESP, as ações do SIR, incluem:

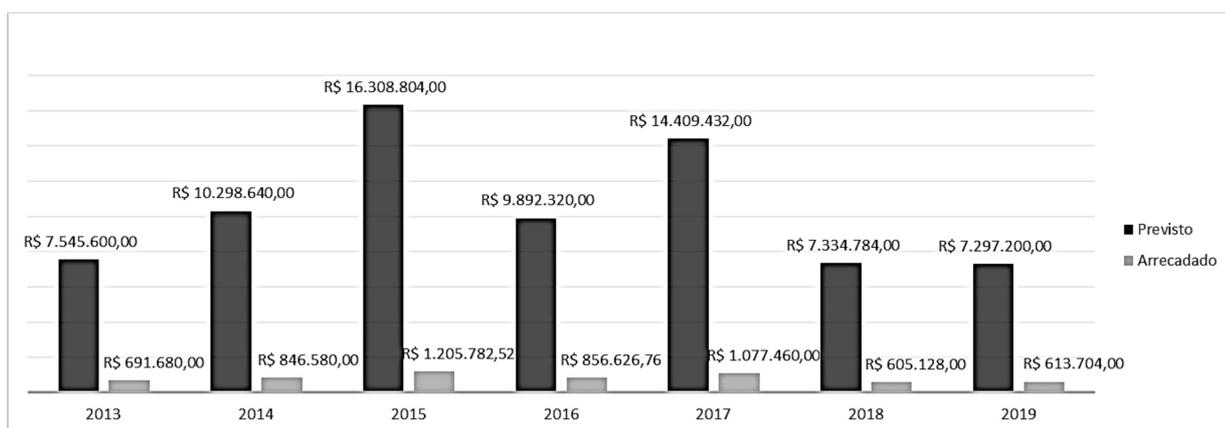
<sup>11</sup> Descrição apresentada nos Balanços Financeiros do CIESP.

O Serviço de Inspeção de produtos de origem animal é responsável pela fiscalização das agroindústrias voltadas para a produção e transformação de itens como carne e seus derivados, leite e seus derivados, mel de abelha e seus derivados, ovos e seus derivados, além de entrepostos de pescado e seus derivados e produtos não comestíveis de origem animal.

A partir de 2016 as ações do SIR, foram iniciadas pelo CIESP, graficamente nota-se que a medida em que há demanda financeira para as ações dessa natureza, o custeio de ações administrativas decai no mesmo período. O conceito ampliado de gestão em saúde, já tratado anteriormente, a partir de Campos (1985), permite compreender modo de pensar a economia da saúde, dada pela imperiosidade de escolhas.

Torna-se necessário compreender as expectativas consorciais no que diz respeito ao planejamento institucional, e para tanto, os balanços apresentam informações sobre as receitas previstas e arrecadadas. Permitindo observar que no período de 2013 a 2019 a receita prevista acumulada de arrecadação, por rateio era de R\$ ±73.086.780,00, porém o executado acumulado foi de R\$ ±5.896,961,28. Representando a arrecadação acumulada de 8% em relação ao total previsto. A figura 15 demonstra esse cenário:

Figura 15. Previsão e arrecadação de receitas por contrato de rateio - CIESP (2013 a 2019)



Fonte: Balanços Financeiros e Balancetes (Receitas Previstas e Arrecadadas por Fonte de Recursos)

Diante da discussão apresentada nesse trabalho é possível verificar que os municípios apresentam dificuldades no financiamento de políticas, na medida que sua

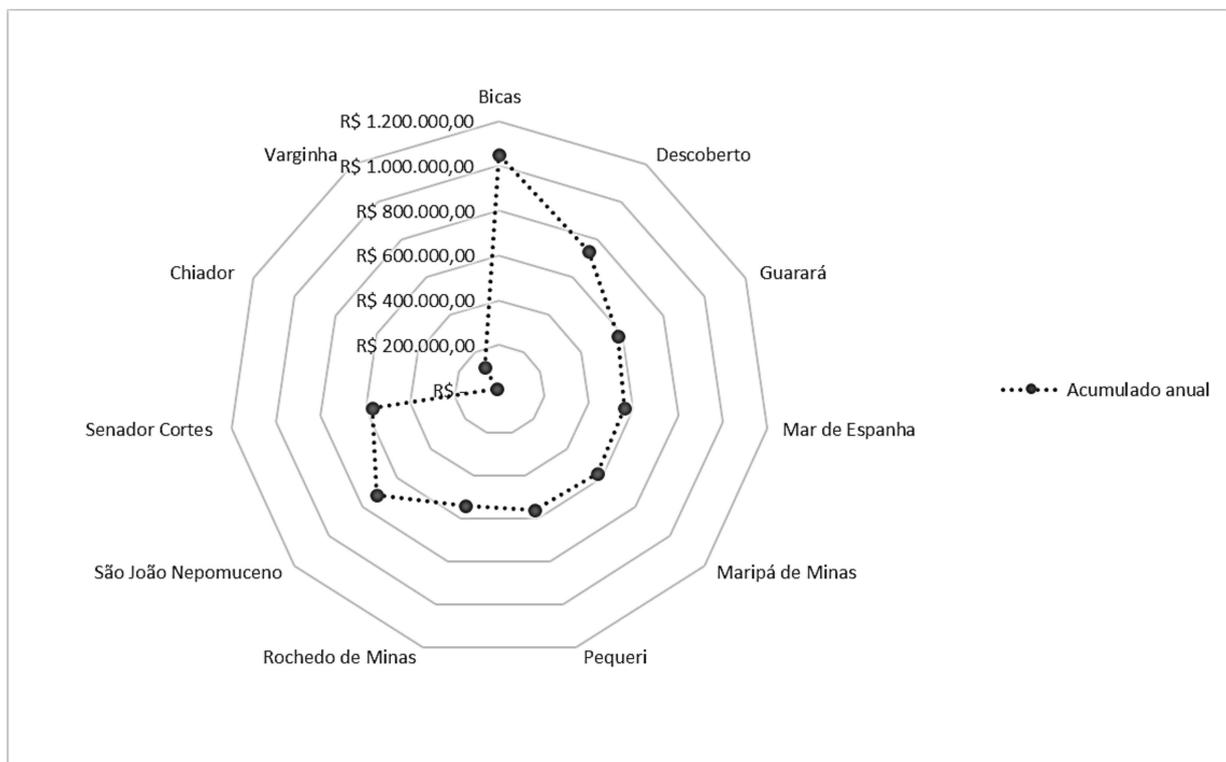
capacidade de receitas é desigual. Torna-se necessário compreender, portanto, a capacidade contributiva de cada município.

Em análise dos Balanços Financeiros, foi possível observar que a partir do ano de 2017 os valores efetivamente arrecadados foram estipulados de modo equitativo, ou seja, todos os municípios partícipes contribuíram com o valor anual de R\$± 119.329,00, exceto o município de Chiador que contribuiu com o valor de R\$± 3.500,00.

No ano de 2018 o mesmo ocorreu com contribuições anuais, cuja contribuição municipal foi de R\$ ± 67.248,00, individualmente, exceto Chiador que contribuiu com R\$ ±5.500,00. E, o mesmo ocorreu novamente no ano de 2019, cuja contribuição anual foi de R\$ ± 66.900,00, excetuando Chiador com o valor de R\$ ± 6.000,00, e Varginha no valor de R\$ ± 188.175,00.

Nesse sentido, a figura 15 demonstra as receitas anuais acumuladas por município:

Figura 16. Arrecadação de receitas acumuladas por município consorciado ao CIESP (2013 a 2019)



Fonte: Balanços Financeiros e Balancetes (Receitas Previstas e Arrecadadas por Fonte de Recursos)

Em análise da figura é possível verificar os destaques de recursos financeiros do município, aportados por São João Nepomuceno que se somam R\$ ± 717.218,56/ano e o município de Bicas que financiou R\$ ± 1.050.544,70/ano, ambos no período de 2013 a 2019. A evidência apresenta a condição financeira desses municípios, enquanto microrregiões de referência local de saúde, conforme dados do Plano de Saúde de Juiz de Fora (2014-2017).

Destaca-se, que a representatividade financeira de Varginha nas disponibilidades de receitas do CIESP considera-se vultuosa diante da capacidade contributiva dos demais municípios, pois ao aderir ao consórcio contribuiu com R\$ ± 118.175,00 no mês de dezembro de 2019. Ao passo que, o município de Chiador também aderiu ao consórcio no ano de 2019, mas apresenta os menores valores contributivos.

No próximo tópico serão desenvolvidas as principais informações sobre o financiamento de saúde local de cada município partícipe do consórcio CIESP, visando identificar prioridades de gestão, bem como ações de governabilidade pública.

## 7.2. Municípios partícipes: gastos e investimentos municipais em saúde

No que se refere aos gastos e investimentos municipais em saúde, tem-se que a variação percentual se desdobra aos ditames constitucionais já discutidos anteriormente, ou seja, a disponibilização de no mínimo 15% dos recursos municipais próprios arrecadados são direcionados à saúde.

A tabela 2 demonstra que dentro o período de 2003 a 2012, o menor índice médio foi de ±17,03% (DP=0,0160), e o maior volume percentual atingiu a média de ±25,04% (DP=0,0372).

Tabela 2. Cálculo do % aplicado em saúde municipal (Conforme EC 29 e Resolução 322/CNS)

<i>Município</i>	<b>Despesa Total Paga com Ações e Serviços de Saúde</b>										<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
	<i>Período 2003 A 2012</i>											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
1 <b>Bicas</b>	18,60%	17,31%	13,80%	18,15%	17,30%	19,46%	18,81%	17,28%	18,96%	21,04%	18,07%	0,0190
2 <b>Chiador</b>	17,23%	18,22%	16,27%	16,63%	21,28%	21,34%	17,26%	16,28%	20,49%	21,49%	18,65%	0,0224
3 <b>Descoberto</b>	17,76%	16,07%	15,07%	15,21%	17,09%	18,31%	19,68%	18,66%	17,21%	15,28%	17,03%	0,0160
4 <b>Guarará</b>	21,72%	17,12%	22,24%	17,41%	18,99%	19,84%	20,47%	19,28%	20,53%	21,98%	19,96%	0,0179
5 <b>Mar de Espanha</b>	15,26%	15,17%	18,29%	23,06%	18,21%	18,83%	19,49%	16,40%	15,74%	17,02%	17,75%	0,0241
6 <b>Maripá</b>	14,17%	16,55%	15,20%	15,00%	18,66%	19,09%	18,73%	19,42%	17,86%	18,52%	17,32%	0,0193
7 <b>Pequeri</b>	16,51%	16,47%	21,83%	20,89%	17,34%	19,63%	22,60%	22,92%	24,31%	25,61%	20,81%	0,0324
8 <b>Rochedo</b>	21,37%	17,82%	12,70%	16,12%	16,56%	20,39%	18,10%	17,74%	18,92%	19,23%	17,90%	0,0243
9 <b>S J Nepomuceno</b>	25,23%	22,25%	23,47%	21,53%	22,30%	24,71%	26,22%	24,70%	25,33%	26,02%	24,18%	0,0168
10 <b>Senador Cortes</b>	16,27%	18,51%	15,89%	15,03%	21,69%	17,89%	17,29%	17,94%	16,17%	17,37%	17,41%	0,0185
11 <b>Varginha</b>	24,98%	30,00%	25,81%	32,03%	21,62%	25,78%	24,18%	19,50%	22,78%	23,71%	25,04%	0,0372

O Percentual (%) do "Cálculo da Desp Própria em Ações e Serv. Púb. De Saúde" é calculado = Despesa com Recursos Próprios /Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais - Cota-Parte do FPM adicional (Art.159-inciso I-alínea D CF/88) (\*)De acordo com o Manual do RREO do período, o valor considerado para o cálculo é o da DESPESA LIQUIDADADA

Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (Pesquisa 2020)

A partir dos dados analisados no SIOPS nota-se que os municípios com as maiores capacidade de arrecadação municipal, também possuem as maiores médias percentuais de investimentos locais em saúde que se justifica pela rede mais ampla de atendimento. Destacando-se, nesse estudo principalmente os municípios de São João Nepomuceno e Varginha, que aplicam em média 24% e 25%, respectivamente, a partir do recolhimento de receitas do município.

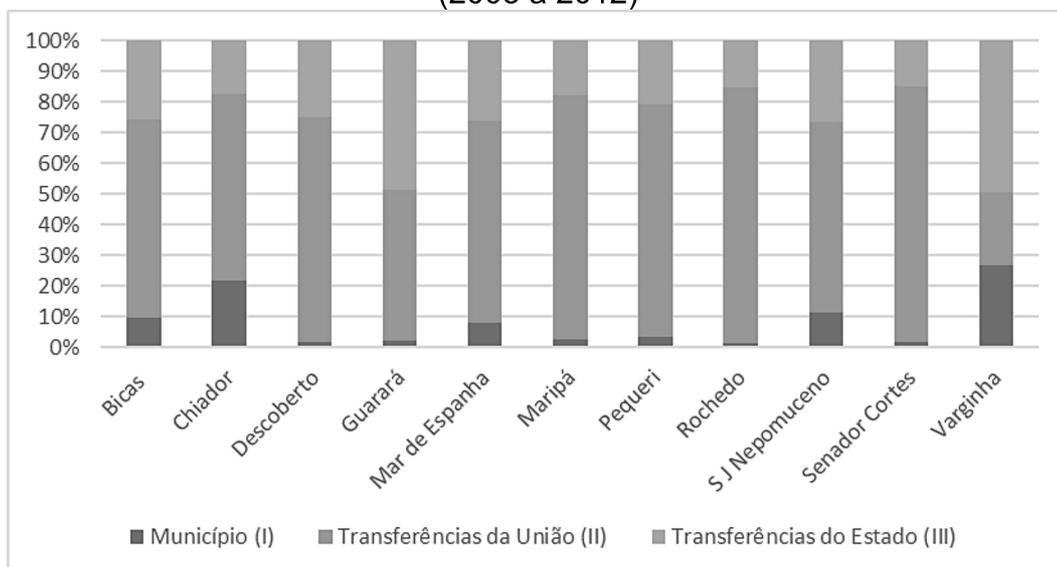
Contudo, apesar da apresentação do percentual financeiro atender as disposições fixadas, torna-se necessário compreender as principais políticas de despesas em saúde desses municípios. Bem como, a representatividade dos recursos intergovernamentais descentralizados com destinação vinculada. A fim de, compreender a capacidade de custeio municipal de políticas públicas em saúde.

A figura 17, demonstra as principais fontes de recursos dos municípios analisados, cuja a média de  $\pm 66\%$  (DP:17%) dos recursos municipais advém do governo federal, via transferências intergovernamentais indiretas<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais com base no SIOPS(1. União: Cota - Parte FPM, Cota-Parte FPM - adic. (Art.159 - I -alín. D CF/88), Cota - Parte ITR e Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir; 2. Estado de Minas Gerais: Cota - Parte do ICMS, Cota - Parte do IPVA e Cota - Parte do IPI/Exportação.

Esse contexto, demonstra o cenário do financiamento da saúde pública municipal, haja vista que a arrecadação própria também é responsável pelo custeio políticas públicas de educação, segurança pública, dentre outros.

Figura 17. Receitas intergovernamentais dos municípios conveniados ao CIESP (2003 a 2012)



Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (Pesquisa 2020)

Salienta-se que diante dessa análise os municípios com maiores populações tendem a demonstrar maior capacidade de arrecadação, o município de Varginha com aproximadamente 135.558 (IBGE, 2019) apresenta maior capacidade de arrecadação própria, de 27% na amostra analisada. Ao passo que, as menores arrecadações percentuais são de 1%, 2% e 2%, dos municípios de Rochedo, Senador Cortes e Maripá, respectivamente. Cujos índices populacionais são os menores da amostra estudada. Com base no SIOPS, essas são receitas essas oriundas de ITR, IPTU, IRRF, ITBI, ISS, Multas e Juros de Mora, Dívida ativa de Imposto.

Conforme base de dados extraídos das “Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais” do SIOPS, no período de 2003 a 2012, são demonstradas na tabela 3 as variações percentuais das receitas acumuladas por fonte de financiamento.

Tabela 3. Percentual acumulado de receitas intergovernamentais por fonte e para a saúde (2003 a 2012)

Município	População <sup>1</sup>	Impostos	Transferências do Estado	Transferências da União	Total
<b>Bicas</b>	14.494	10%	26%	65%	100%
<b>Chiador</b>	2.687	12%	27%	61%	100%
<b>Descoberto</b>	5.013	2%	25%	73%	100%
<b>Guarará</b>	3.796	2%	49%	49%	100%
<b>Mar de Espanha</b>	12.814	8%	26%	66%	100%
<b>Maripá</b>	2.019	2%	18%	80%	100%
<b>Pequeri</b>	3.320	4%	21%	76%	100%
<b>Rochedo</b>	2.305	1%	15%	83%	100%
<b>S J Nepomuceno</b>	26.361	12%	27%	62%	100%
<b>Senador Cortes</b>	2.005	2%	15%	83%	100%
<b>Varginha</b>	135.558	27%	49%	24%	100%

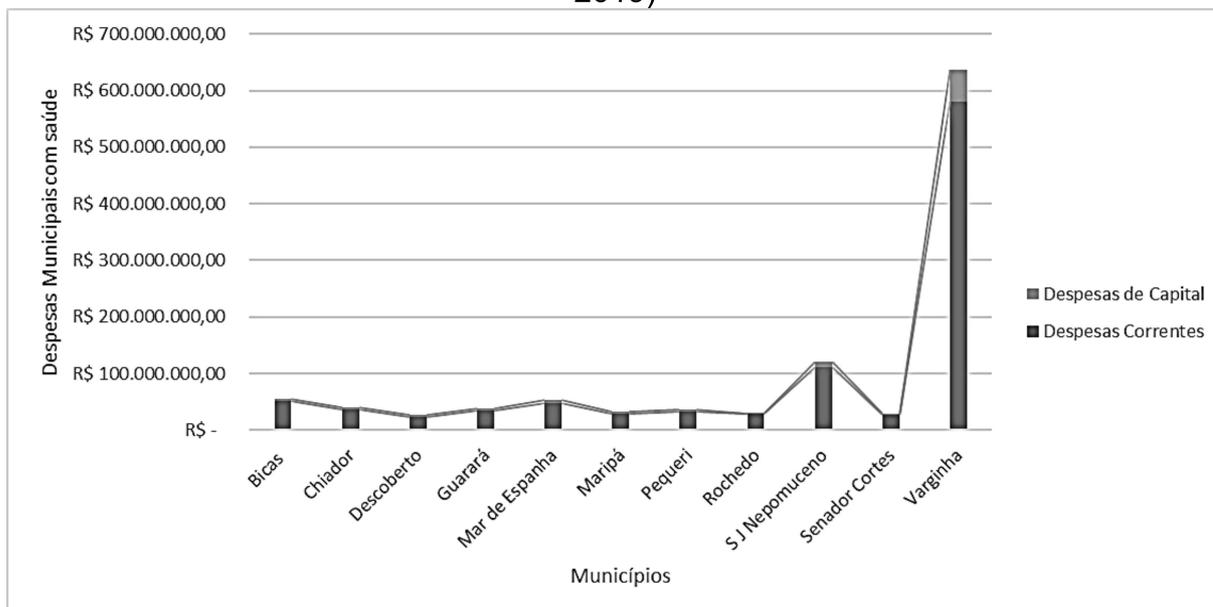
Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (Pesquisa 2020)

<sup>1</sup>Nota: Censo 2019 (IBGE)

Verifica-se portanto, conforme tabela 3, que os três municípios que apresentam menores quantitativos populacionais, demonstram menor capacidade de arrecadação própria se comparado aos demais. Nesse sentido, as descentralizações intergovernamentais atuam no sentido de ampliar a capacidade de financiamento municipal.

Não obstante, nesse cenário, para além das receitas públicas municipais, as despesas municipais com saúde possibilitam a sinalização do contexto estudado. Com base nos dados do SIOPS, no período de 2000 a 2019, foram levantadas as principais despesas por grupo de custeio: *despesas de capital e despesas correntes*.

Figura 18. Despesas municipais com saúde dos conveniados ao CIESP (2000 a 2019)



Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (Pesquisa 2020)

A figura 18 facilita na compreensão de que dentre os municípios estudados, a representatividade das despesas correntes são visivelmente expressivas. No período de 2000 a 2019, 91% dos recursos direcionados à saúde foram para custeio. O enfoque da destinação subvinculada desses recursos financiam sobretudo a Atenção Básica. Demonstrando que os recursos para *investimentos*, na conta saúde, apresentam ser mínimos em todos os 11 municípios aqui analisados.

Os investimentos em saúde representam um cenário desafiador, haja vista que nos municípios com menores populações, apresenta-se menor capacidade de arrecadação fiscal. Tendo como parte do custeio de despesas municipais, os recursos descentralizados do governo federal. E, sendo esses recursos vinculados não podem ser utilizados para destinações diversas, conforme analisado no capítulo acerca das diretrizes exigidas pela LRF.

No tocante ao consórcio CIESP é observável que as principais receitas advém do governo federal, sendo que o mesmo ocorre nos municípios. O federalismo fiscal possibilita esse formato de gestão conforme analisado no tópico das atividades financeiras do Estado.

Nesse sentido, o contraponto estabelecido por *Campos et al* (2016) corrobora com esse contexto, cuja defesa é de que o planejamento em saúde possuiu deficiências, na medida em que a desigualdade financeira municipal resulta na dependência de um reforço à gestão municipal.

Além disso, a responsabilização municipal da gestão em saúde é apresentada por Cislaghi (2011) como sendo permeada pela dependência da União, tendo em vista a centralização financeira desse ente em relação aos demais, resultando na acentuação das desigualdades municipais.

No próximo, tópico serão demonstradas as principais demandas em serviços de saúde dos municípios consorciados, bem como as análises de possíveis correlações de gastos e investimentos entre o ente federado e os municípios estudados.

### 7.3. Descentralizações do Fundo Nacional de Saúde aos municípios consorciados

As descentralizações indiretas são instituídas enquanto responsabilidade solidária quanto ao financiamento da saúde pública brasileira. Nesses tópicos serão analisadas as descentralizações realizadas a partir do Fundo Nacional de Saúde (FNS) com destinação a cada fundo municipal.

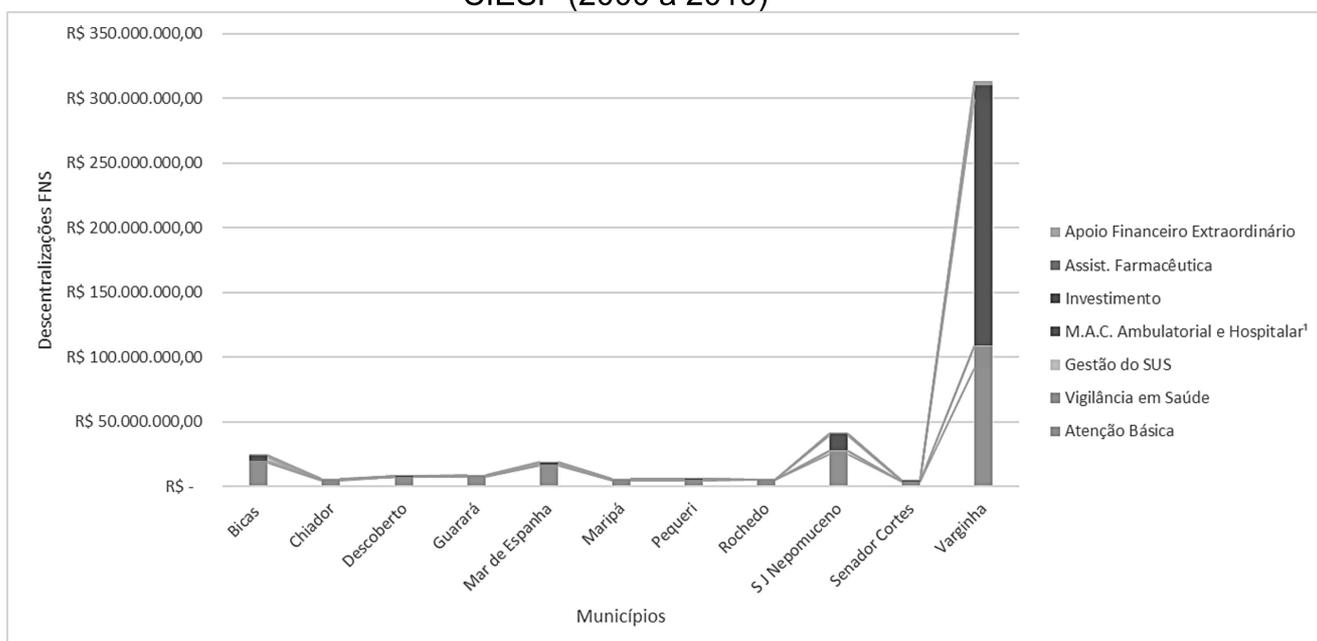
Conforme base de dados do FNS, no período compreendido entre 2000 a 2019, os repasses possuem subfunções vinculadas nos seguintes Blocos de Financiamento: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão do Sus, M.A.C. Ambulatorial e Hospitalar, Investimento, Assistência Farmacêutica e Apoio Financeiro Extraordinário.

Desse modo, a figura 18 demonstra os repasses totais realizados nos últimos 10 anos para os municípios estudados.

Verifica-se que dentre os 11 município analisados, o enfoque da destinação subvinculada de recursos, é focalizada ao financiamento a Atenção Básica. Além disso, os dois municípios com maiores populações (São João Nepomuceno e Varginha) apresentam elevado financiamento de M.A.C. Ambulatorial se comparado aos demais municípios.

No anexo I, é possível verificar a especificidade de cada bloco de financiamento, baseados no glossário do portal de saúde transparente.

Figura 19. Repasses do Fundo Nacional de Saúde com subfunções vinculadas - CIESP (2000 a 2019)



Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (Pesquisa 2020)

Por conseguinte, verifica-se que diante do cenário financeiro da Atenção Básica e M.A.C Ambulatorial e Hospitalar, os municípios condicionam suas ações em saúde com os repasses do Fundo Nacional de Saúde, em função da vinculação orçamentária.

Embora as descentralizações vinculadas pelo governo federal sejam expressivas, parte do financiamento municipal com a atenção básica se vale de recursos próprios, pois as transferências intergovernamentais não suprem a totalidade dos gastos com saúde local. Nesse aspecto, é verificável a responsabilização dos municípios na realização de políticas públicas de saúde, sobretudo em aspectos de gestão e governança.

Desse modo, o consórcio público pode apresentar um modo cooperativo diante das demandas regionais, haja vista que no caso CIESP, por exemplo, por meio de contrato de rateio, os municípios consociados gozam de prerrogativas legais inerentes à prestação de serviços em saúde como: realização de consultas e exames especializados, ações de assistência social, investimento em equipamentos médicos, transporte sanitário e apoio a políticas públicas.

#### 7.4. Correlação de gastos: Governo Federal e Municípios partícipes do CIESP, no período de 2000 a 2019.

Partindo da premissa de que o município utiliza os recursos disponíveis oriundos de receita própria ou de transferências intergovernamentais, questiona-se sobre a mobilização de recursos ao CIESP, enquanto prática alocativa que favoreça os investimentos locais em saúde pública.

Para tanto, esse tópico busca analisar a evolução das descentralizações realizadas pelo FNS aos fundos municipais de saúde, associando-os com os gastos municipais em saúde.

Tendo em vista que até o momento, verificou-se que há baixa capacidade de arrecadação própria dos municípios estudados; o ente federado tem sido o principal financiador de políticas com expressiva demanda social, cuja despesa é vinculada aos moldes dos repasses destinados aos blocos de financiamento.

Com base na utilização de dados do SIOPS e do FNS, no período de 2000 a 2019, realizou-se um modelo de regressão linear que considera duas variáveis financeiras, a fim de verificar possível correlação entre elas: sendo uma dependente ( $y$  : gasto municipal em saúde local) e outra independente ( $x$ : repasses do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal).

Para interpretação, conforme apontado nos procedimentos metodológicos, o **valor-p** representa o teste de significância, cujo *valor-p* não poderá ser maior do que 0,05 (intervalo de confiança de 95%); o **indicador R** demonstra o quanto o modelo gerado explica a relação entre as variáveis; o **R<sup>2</sup> Linear** apresenta a relação entre as variáveis selecionadas (se os coeficientes de regressão estiverem próximos a 1 possibilitam uma correlação positiva) ; **ANOVA** apresenta os erros padronizados ( homocedastidade se  $<.001$  ) ; e o **modelo de regressão ( $y= a + bx$ )** importa no modelo gerado significativo, baseado na regressão linear individual.

Desse modo, foram reproduzidas 11(onze) correlações individuais, cuja tabela 4 explana os resultados obtidos.

Tabela 4. Regressão linear entre gastos do FNS e municípios consorciados (2000 a 2019)

Período Acumulado: 2000 a 2019								
Município	População <sup>1</sup>	X: FNS ao FNM (R\$)	Y: Gastos Municípios (R\$)	valor-p	R	R <sup>2</sup> Linear	ANOVA (Sig)	Modelo de Regressão (y= a + bx)
<i>Bicas</i>	14.494	23.945.092,76	55.717.605,96	0,000	99,8%	0,996	<.001	y= 14315,376 + 2,321 x
<i>Chiador</i>	2.687	5.559.169,47	55.717.605,96	0,000	99,6%	0,992	<.001	y = 29582,390 + 7,136 x
<i>Descoberto</i>	5.013	7.984.768,93	26.161.427,40	0,000	99,2%	0,983	<.001	y = 21684,877 + 3,248 x
<i>Guarará</i>	3.796	8.428.693,29	39.177.301,71	0,000	99,5%	0,991	<.001	y = 32204,994 + 4,608 x
<i>Mar de Espanha</i>	12.814	18.655.476,74	53.871.022,67	0,000	99,5%	0,991	<.001	y =14267,982 + 2,880 x
<i>Maripá</i>	2.019	5.538.409,66	33.152.667,24	0,000	99,6%	0,992	<.001	y = 9086,893 + 5,969 x
<i>Pequeri</i>	3.320	6.002.690,21	36.465.980,41	0,000	99,1%	0,982	<.001	y = 58725,727 + 5,972 x
<i>Rochedo</i>	2.305	5.391.264,23	29.708.555,15	0,000	99,7%	0,993	<.001	y = 28018,232 + 5,456 x
<i>S J Nepomuceno</i>	26.361	40.865.721,51	120.907.535,70	0,000	99,8%	0,961	<.001	y = 324688,148 + 2,875 x
<i>Senador Cortes</i>	2.005	4.756.043,32	29.406.128,97	0,000	99,9%	0,998	<.001	y = 296,592 + 6,182 x
<i>Varginha</i>	135.558	313.959.368,80	635.909.032,26	0,002	64,2%	0,412	13,305	y = 32944072,11 + 557,385 x

Fonte: Elaborado pela autora com base no SIOPS (Pesquisa 2020)

<sup>1</sup>Nota: Censo 2019 (IBGE)

Após realização das regressões, de cada município junto ao Fundo Nacional de Saúde, é possível observar correlação positiva dos 10 municípios estudados. Porém, apenas um não demonstra haver correlação, o município de Varginha.

Conforme percurso metodológico, sendo a regressão positiva, interpreta-se que a capacidade municipal de gastos e investimentos locais são influenciáveis diretamente pela descentralização governamental. E no caso da pesquisa em tela, evidencia-se dependência financeira sobretudo com recursos da União.

O município de Varginha obteve correlação de 0,412 (R<sup>2</sup> Linear), cujo percentual explicativo do modelo representa apenas 64,2%. Logo, é possível que haja fatores divergentes associados ao financiamento de saúde desse município.

Conforme, análises anteriores, esse município possui relativa capacidade de arrecadação própria, o que pode resultar em maior autonomia gerencial dos serviços de saúde. Nesse sentido, em função de ser o único município da amostra que possui o maior número populacional, acredita-se que esse fator possa impactar a capacidade de arrecadação de receita próprias. O que também se corrobora com as análise anteriores.

Ao passo que, nos demais municípios as regressões explicam os modelos individuais nos percentuais de  $\cong 99,1\%$  a  $\cong 99,2\%$ , com 95% de significância

estatística. Sendo que os coeficientes lineares desses municípios apresentam índices superiores a 90%, sugerindo correlação entre as variáveis financeiras associadas.

Destaca-se, nesse sentido, que o SUS é financiado pelos entes federativos, com o objetivo de propiciar acesso às ações e serviços de saúde, enquanto promotor de equidade social. Além disso, conforme analisado anteriormente, a sobrecarga da gestão municipal em saúde tem sido alvo do debate científico, tendo em vista os direitos e garantias fundamentais assegurados pela Constituição Federal.

Pois, conforme aponta Duarte (2018), estima-se que a maioria da população brasileira seja SUS-dependente:

estima-se que 80% é SUS-dependente para as ações relacionadas à assistência à saúde. No contexto atual, esta situação parece não se reverter a curto prazo. Diante da crise econômica instalada, da taxa de desemprego vigente (...), é de se esperar que os serviços privados estejam cada dia mais inacessíveis para a maioria da população.

Desse modo, é possível inculcar do estudo que o consórcio público possibilita o fortalecimento do SUS, no que tange às ações em saúde local. Considerando que, dos municípios estudados 90% apresentam dependência de pelo menos 61% de repasses financeiros do governo federal, para manutenção das políticas de saúde. Ainda que relativa dependência financeira apoiada no governo federal.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse trabalho buscou analisar sobre a gestão interfederativa, na perspectiva do financiamento de saúde local, baseado em consórcio intermunicipal de especialidades e seus onze municípios partícipes.

A partir do questionamento proposto pelo estudo, é possível inferir que a sobrecarga da gestão municipal em saúde demonstrou que o planejamento em saúde possui deficiências sistêmicas e desigualdades financeiras. Resultando em grau de dependência de um reforço pela gestão municipal diferenciada, com financiamento direto do governo federal para custeio de políticas de saúde municipal.

Nesse sentido, 90% dos municípios estudados, o ente federal é o principal financiador de políticas de expressiva demanda, subsidiado-se, principalmente o financiamento da Atenção Primária.

Desse modo, apesar do surgimento do consórcio público, não é possível compreendê-lo como entidade financeiramente autônoma pela cooperação

intermunicipal, tendo em vista a dependência financeira de 70% das receitas acumuladas do CIESP advir da União, nos últimos sete anos. Porém, as ações de serviços em saúde desenvolvidas pelo o CIESP possibilitam o fortalecimento da rede de saúde local, ressaltando-se a constante dependência intergovernamental do governo federal.

Para futuros estudos, sugere-se, a inclusão da percepção dos gestores partícipes do consórcio CIESP sobre a adesão consorcial, cujos discursos sobre os principais desafios e possíveis benefícios podem favorecer a interpretação do cenário de gestão em saúde pública local. Bem como, no tocante às coberturas de atendimentos na região.

Este estudo possibilita aos gestores em saúde, a compressão da utilização do SIOPS, como instrumento estratégico de planejamento e monitoramento das políticas de saúde. Além disso, o construto da gestão e economia da saúde permite elucidar que a economia da saúde não representa apenas uma mera bolsa de ferramentas, mas uma forma de pensar alternativas disponíveis num contexto de dependência financeira e cooperação intermunicipal.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, R. Direito tributário esquematizado. 8ª. ed. São Paulo: MÉTODO, 2017.

ALMEIDA, F D M A. Competências na Constituição de 1988. São Paulo: Atlas, 1991.

AMORIM, A.L.G.; MENICUCCI, T.M.G. Descentralização e Regionalização na Assistência à Saúde: Um estudo da programação pactuada integrada de Minas Gerais. Salvador: Bahia. Anpad. 12 a 14 de nov. 2008.

AROUCA, S. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2015. 132 p.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>.

CAMPOS, GWS, MEHRY EE, NUNES E (orgs) Planejamento sem normas. São Paulo, Hucitec, 1989.

CAMPOS, A.F.C. *Disciplina autônoma de economia da saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1985.

CAMPOS, G.W.S. Democracia Institucional e Cogestão de Coletivos Organizados para a Produção. *In:* . Um método para análise e cogestão de coletivos. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. [Cap. 3].

CARVALHO FILHO, J S. Consórcios Públicos. São Paulo, Atlas 2ª edição, 2013.

CARVALHO, P N de. Temas de Direito Administrativo. Coordenado por Sérgio Mourão Corrêa – Rio de Janeiro: Forense, 2006. Disponível em: <http://www.sergiomouraocorrealima.com/livros/Temas%20de%20Direito%20Administrativo%20-%20Coordenacao.pdf>

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. *In:* MERHY, E. E.;

ONOCKO, R. (orgs.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.p. 151-167.

CISLAGHI, J.F. O Financiamento do SUS: principais dilemas. Anais... I Circuito de Debates Acadêmicos. IPEA. 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>

CREPALDI, S A; CREPALDI, Guilherme Simões. Orçamento público: planejamento, elaboração e controle. 1. ed. – São Paulo: Saraiva, 2013.

CULAU, A A; FORTIS, M F A. Transparência e controle social na administração pública brasileira: avaliação das principais inovações introduzidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. *In:* CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 11, Guatemala, nov. 2006. Disponível em: . > Acesso em: 05 mai. 2018.

DAVID, R. A. *et al.* Estatística aplicada a administração e economia. São Paulo, SP : Cengage, 2019. 544 p.

DI PIETRO , M S Z. Direito Administrativo. 33. ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2020. 682 p.

DUARTE, *et al.* 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 27(1):e00100018, 2018.*

FERRAZ, L. Parceria público-público: contrato de programa e execução de serviços públicos municipais por entidade da administração indireta estadual. Revista eletrônica de direito administrativo econômico, Salvador: instituto de Direito Público da Bahia, n. 10, mai/jul. 2007.

GIACOMONI, J. Orçamento público / James Giacomoni. – 17. ed. revista e atualizada – São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento em saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(1): 26-44 jan/mar, 1991. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004)

GONÇALVES, E.L. *Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno*. São Paulo: Saraiva, 2006.

HARADA, K. *Direito Financeiro e Tributário*. 23 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

LIDA, I. *Planejamento estratégico situacional*. Produção CNPQ: Brasília. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v3n2/v3n2a04.pdf>

JUNQUEIRA, *et al.* Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo: situação atual. In: *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 39, n. 4, p 86-96. out/dez 1999.

LINHARES, P. T. F; *et al.* *Federalismo à Brasileira: Questões para discussão*. Brasília: Ipea, 2012. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3082/1/Livro\\_Federalismo%20%C3%A0%20brasileira%20quest%C3%B5es%20para%20discuss%C3%A3o.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3082/1/Livro_Federalismo%20%C3%A0%20brasileira%20quest%C3%B5es%20para%20discuss%C3%A3o.pdf).

LAKATOS, M.A.; MARCONI, M. A. *Técnicas de pesquisa*. 8. ed. – [2. Reimpr.]. - São Paulo: Atlas, 2018. 268 p.

LAKATOS, E M; MARCONI, M A. *Metodologia científica: ciência e conhecimento científico; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis; metodologia jurídica*. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquila. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*. Campinas, v.14, n.1., p 159-175, jan/jun.2005. Disponível em: <http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-esociedade/>

MEDEIROS, K. R; *et al.* Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Revista de Administração Pública* – v. 48. 2014. Disponível em <

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/33334>). Acessos em 14 set. 2019.

MELLO, G. A., *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291- 1310, abr. 2017. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1232017002401291&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232017002401291&lng=pt&nrm=iso). acessos em 17 set. 2019.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 124 p. : il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1)

MOREIRA, . *et al.* Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1245-1256, 2017.

NEMES, M.I.B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (org). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NOGUEIRA, R. S. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010 200p. 18 x 25 cm ISBN 978-85-88422-13-1. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. (Orgs) Campos *et al.* São Paulo: Hucitec, 2017. 968 p.

OLIVEIRA, R F . *Curso de Direito Financeiro*. São Paulo: Editora Juspodvim 2019.

OLIVEIRA, R.F. *Curso de Direito Financeiro*. 5 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 205-218, 2015.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI* / Jairnilson Silva Paim. - [Salvador]: EDUFBA, 2006. 158 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. (versão online disponível gratuitamente)

PARANHOS, et al. Uma Introdução aos Métodos Mistos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 18, no 42, mai/ago 2016, p. 384-411. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/v18n42/1517-4522-soc-18-42-00384.pdf>.

PIOLA, S. F; VIANA, S. M. (orgs). *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, outubro de 1995.

PONTE, C. F. (org). *Na corda bamba de sombrinha* : a saúde no fio da história/ Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro : Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. 340 p. ; il. ISBN: 978-85-85239-65-7

PINTO et al. *Pesquisa científica: abordagem quantitativa em saúde coletiva* [livro eletrônico] / Francisco José Maia Pinto, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Sônia Samara Fonseca de Moraes (orgs). – Fortaleza: EdUECE, 2015. 268 p.

PRATES, A M Q. *Os consórcios intermunicipais no Brasil: Aspectos Legais e Modelos de Consorciamento*. Disponível em:

[https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/os\\_consortorios\\_intermunicipais\\_no\\_brasil\\_-\\_aspectos\\_legais\\_e\\_modelos\\_de\\_consortiamento.pdf](https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/os_consortorios_intermunicipais_no_brasil_-_aspectos_legais_e_modelos_de_consortiamento.pdf).

PROCOPIUCK, Mario Políticas públicas e fundamentos da administração pública: análise e avaliação, governança e redes de políticas, administração judiciária. São Paulo: Atlas, 2013.

RIBOLDI, et al. Precisão e Poder de Testes de Homocedasticidade Paramétricos e Não-Paramétricos Avaliados por Simulação. Departamento de Estatística, Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://docplayer.com.br/35430998-Precisao-e-poder-de-testes-de-homocedasticidade-parametricos-e-nao-parametricos-avaliados-por-simulacao.html>. Acesso em 6 de jan de 2021.

RIOS, R B R; SILVA, Sylvio Bandeira de Mello e. A utopia dos consórcios públicos intermunicipais e descentralização no contexto do federalismo brasileiro. XVI Colóquio Internacional de Geocrítica. Barcelona, 2-7 mai. 2016. Disponível em: [http://www.ub.edu/geocrit/xiv\\_bahiaros.pdf](http://www.ub.edu/geocrit/xiv_bahiaros.pdf)

RIVERA, F J U; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gerenciamento de saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 6 de julho de 2019.

ROCHA, C, FARIA, C. Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil. Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. [En línea]. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2004.<  
[http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/carlosRocha\\_carlosFaria.pdf](http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/carlosRocha_carlosFaria.pdf)>. [12 de janeiro de 2016].

ROCHA, K,R.; JUNIOR, A.J.B. ANOVA Medidas repetidas e seus pressupostos: análise passo a passo de um experimento. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. Perspectivas da Ciência e Tecnologia, v.10 (2018).

ROMERO, L C. O Sistema Único de Saúde: um capítulo à parte. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte.>> Acesso em: 08 jun. 2018\_

SALGADO, V. A.B. Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS: Aspectos Básicos. Brasília. Ministério da Saúde. 2014. 105 p.

SAÚDE, S. Plano de Saúde 2014-2017. Prefeitura de Juiz de Fora. Comissão de Conselho Municipal de Saúde de Elaboração do Plano de Saúde. 124 p.

SAYD, J. D. Origens da Medicina Contemporânea: uma breve resenha. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1988.

SHARPE, N. R. *et al.* Estatística aplicada. Tradução e revisão técnica: Lori Viali, Dr. Porto Alegre: Bookman, 2011. 589 p.

SILVA, D O S. Lei n. 11.107/05: Marco Regulatório dos Consórcios Públicos Brasileiros. Jus Navigandi, Teresina, a. 9, n. 654, 22 abr. 2005. Disponível em: <http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/marco.pdf>.

SILVA, L. M. V. *et al.* *O que é saúde Coletiva?* In: PAIM, J. S.; AMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva – Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014. 720 P.

SOARES, R. F; *et al.* Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 50(4):563-585, jul./ago. 2016. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v50n4/0034-7612-rap-50-04-00563.pdf>>. acessos em 17 set. 2019.

SOARES, *et al.* Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 50(4):563-585, jul./ago. 2016.

SOUZA, L. E. P. F; PAIM, J. S. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? Revista Espaço para a Saúde, V.15, n.4, p. 07-21, 2014.

TEIXEIRA, C. F; JESUS, W. L. A. Correntes de Pensamento do Planejamento em Saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Carmem Fontes (Org). Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. [Cap. 2 p. 33-50]. Disponível em <[http://repositorio.asc.es.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1289/1/PLANEJAMENTO O%20EM%20SA%C3%9ADE%20ok.pdf](http://repositorio.asc.es.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1289/1/PLANEJAMENTO%20EM%20SA%C3%9ADE%20ok.pdf)>, acesso em 6 de julho de 2019.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, F. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63 a 80, jan. 2000. ISSN 1982-3134. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>>. Acesso em: 6 Jul. 2019.

TEIXEIRA, H. V; TEIXEIRA, M.G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200005&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200005>. V14-F1-S24/07-RosaAquilasMendes.pdf >

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. O SUS em Perspectiva. In: Tratado de Saúde Coletiva. (Orgs) Campos *et al.* São Paulo: Hucitec, 2017. 968 p.

VIANA, A. L. D; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 807-817, jun. 2009 . Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1232009000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232009000300016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300016>.

**APENDICE A – CONSULTAS E EXAMES DISPONIBILIZADOS PELO CIESP**

Especialidades Médicas	Exames				
	Auditivos	Radiológicos	Ultrassom	Dermatológicos	Outros

Angiologia	Audiometria Tonal	Densitometria Óssea	Ecocardiografia Bidimensional com ou sem Doppler	ATA	Eletroencefalograma
Cardiologia	Audiometria Vocal	Escanometria	Ultrassonografia de Abdômen Total (Abdômen Sup. Retroperitônio, RI)	Biópsia de Pele	Endoscopia Digestiva Alta
Dermatologia	Imitanciometria	Mamografia Bilateral para Rastreamento	Ultrassonografia do Aparelho Urinário (rins, bexiga)	CAF	Teste Ergométrico
Endocrinologia	Processamento Auditivo	Radiografia Abdômen Agudo (mínimo de 3 incidências)	Ultrassonografia de Mamas – Unilateral	Crioterapia	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA)
Neurologia	Teste da Orelhinha	Radiografia Abdômen: AP – Lateral ou Localizada	Ultrassonografia Morfológica	Curetagem	
Oftalmologia	BERA	Radiografia Abdômen Simples: AP	Ultrassonografia Obstétrica	Infiltração	
Otorrinolaringologia		Radiografia Antebraço	Ultrassonografia Translucência Nucal		
Pneumologia		Radiografia Arcada Zigomática – Malar: AP + Oblíquas	PAAF de Tireoide		
Psiquiatria		Radiografia Articulação Acrômio-Clavicular	Ultrassonografia Abdômen Superior (fígado, vesícula e vias biliares)		
Reumatologia		Radiografia Articulação Coxo-Femural (cada lado) (quadril)	Ultrassonografia Abdômen Total com Doppler		
Urologia		Radiografia Articulação Escápulo-Umeral	Ultrassonografia Doppler Arterial de Membro Inferior		
		Radiografia Articulação Esterno-Clavicular	Ultrassonografia Doppler Colorido de Órgão Ou Estrutura ISSO		
		Radiografia Articulação Sacro-Iliaca	Ultrassonografia Doppler de Aorta Abdominal e Iliaca		
		Radiografia Articulação Têmporo Mandibular Bilateral	Ultrassonografia Doppler de Artéria Renal Ou Ultrassonografia de Artéria Renal (unilateral)		
		Radiografia Articulação Tibio-Társica (tornozelo)	Ultrassonografia Doppler de Carótidas e Vertebrais (bilateral)		
		Radiografia Bacia	Ultrassonografia Doppler de Tronco Celíaco e Artéria Mesentérica		
		Radiografia Braço	Ultrassonografia Doppler de Veia Porta		
		Radiografia Calcâneo	Ultrassonografia Doppler Venoso de Membro Inferior (cirurgia)		

		Radiografia Cávum – Lateral + Hirtz	Ultrassonografia Doppler Venoso de Membro Inferior / Superior Profundo		
		Radiografia Clavícula	Ultrassonografia Doppler Venoso de Membro Inferior / Superior Superficial		
		Radiografia Coluna Cervical: AP + Lateral + TO + Oblíquas/Transição Dorsal-Lombar	Ultrassonografia de Articulação (ombro, mão, punho, cotovelo, joelho, tornozelo)		
		Radiografia Coluna Cervical: AP + Lateral + TO ou Flexão	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal		
		Radiografia Coluna Cervical: Funcional ou Dinâmica	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal com Doppler		
		Radiografia Coluna Dorsal: AP + Lateral	Ultrassonografia de Parede Abdominal (pesquisa de hérnia)		
		Radiografia Coluna Dorso – Lombar para Escoliose	Ultrassonografia de Parótidas ou Glândulas Salivares		
		Radiografia Coluna dorso – Lombar para Escoliose Dinâmica	Ultrassonografia de Partes Moles (coxa, perna, braço, dorso, glúteos, região peitoral)		
		Radiografia Coluna Lombo-Sacra	Ultrassonografia de Próstata (via abdominal)		
		Radiografia Coluna Lombo Sacra com Oblíquas	Ultrassonografia de Próstata (via transretal)		
		Radiografia Coluna Lombo Sacra Funcional Ou Dinâmica	Ultrassonografia de Próstata com Doppler		
		Radiografia Costelas – por Hemitórax (arcos costais)	Ultrassonografia de Região Cervical Ou Pescoço		
		Radiografia Cotovelo	Ultrassonografia de Tireoide		
		Radiografia Coxa	Ultrassonografia de Tireoide com Doppler		
		Radiografia Crânio: PA + Lateral			
		Radiografia Crânio – PA + Lateral + Bretton			
		Radiografia Crânio – PA + Lateral + Oblíqua ou Bretton + Hirtz			
		Radiografia Esterno			
		Radiografia Joelho: AP + Lateral			
		Radiografia Joelho ou Rótula – AP + Lateral – Oblíquas + 3 axiais			

		Radiografia Joelho ou Rótula – AP + Lateral + Axial			
		Radiografia Mão (duas incidências)			
		Radiografia Mãos E Punhos Para Idade Óssea			
		Radiografia Maxilar Inferior: PA + Oblíquas			
		Radiografia Omoplata ou Ombro: três posições			
		Radiografia Orbitas – PA + Oblíquas + Hirtz			
		Radiografia Ossos da Face – MN + Lateral + Hirtz			
		Radiografia Panorâmica			
		Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores			
		Radiografia Pé ou Pododáctilos			
		Radiografia Perna			
		Radiografia Punho: AP + Lateral + Oblíquos			
		Radiografia Quirodáctilos			
		Radiografia Sacro-Cóccix			
		Radiografia Seios da Face: FN + MN + Lateral			
		Radiografia Seios da Face: FN, MN, Lateral – Hirtz			
		Radiografia Tórax: Ápico – Lordótica			
		Radiografia Tórax: PA			
		Radiografia Tórax: PA e Perfil			
		Radiografia Tórax PA Esp. P/ Pneumoconioses S. Org. TRA			
		Radiografia Tórax PA + Inspiração + Expiração + Lateral			
		Radiografia Tórax PA + Lateral + Oblíqua			

Fonte: elaborado pela autora com base nas informações do sítio eletrônico oficial (<https://ciesp.mg.gov.br/>)

## APENDICE B - RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS E FINANCEIRAS ACUMULADAS PELO CISEP (2012 A 2019)

Descrição Balanço Orçamentário	Descrição Balanço Financeiro	Receitas Orçamentárias e Financeiras Acumuladas (R\$)								
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Receita Patrimonial	Valores Mobiliários	22.912,36	24.790,26	39.855,26	88.831,35	92.886,58	50.409,77	29.379,14	33.419,59	<b>382.484,31</b>
Receita de Serviços	Serviços de Saúde	1.034.877,84	1.908.383,61	2.272.504,42	2.546.222,42	3.232.211,28	3.019.608,49	3.552.058,47	4.062.090,01	<b>21.627.956,54</b>
Transferências Intergovernamentais	Transferências dos Municípios	566.010,40	747.640,20	846.580,00	898.033,99	935.814,00	1.132.442,33	1.335.291,00	1.499.538,00	<b>7.961.349,92</b>
Outras Receitas Correntes	Restituições	163,30	100,00	2.505,77	5.173,04	101,33	-	-	1.026,84	<b>9.070,28</b>
Receitas de Capital	Transferências dos Estados para o SUS	88.000,00	49.247,62	435.000,00	-	-	-	-	-	<b>572.247,62</b>
Arrecadação total		1.711.963,90	2.730.161,69	3.596.445,45	3.538.260,80	4.261.013,19	4.202.460,59	4.916.728,61	5.596.074,44	<b>30.553.108,67</b>
Previsão orçamentária		2.901.057,00	4.490.667,00	4.905.878,00	7.436.189,00	8.829.468,00	9.895.324,00	16.566.175,00	16.460.768,00	<b>60.723.733,03</b>
% variação de receita prevista arrecada		59%	61%	73%	48%	48%	42%	30%	34%	<b>49%</b>
Fonte: Balanços Orçamentários e Financeiros no período de 2012 a 2019, Portal da Transparência/Contas Públicas CIESP.										

## APENDICE C - INVESTIMENTOS E GASTOS NO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE NA ZONA DA MATA MINEIRA (2012 A 2019)

Investimentos e gastos no consórcio intermunicipal de saúde na zona da mata mineira (2012 a 2019)										
CONTRATO DE RATEIO - CIESP					OUTROS RECURSOS					TOTAL
ANO	AÇÕES DE SAÚDE	AÇÕES ADMINISTRATIVAS	AÇÕES DO SIR	AÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	INVESTIMENTO	AÇÕES DE SAÚDE				
	CONTRATO DE RATEIO/CONSULTAS ESPECIALIZADAS	CONTRATO DE RATEIO/GESTÃO DO CIESP	CONTRATO DE RATEIO/SIR	CONTRATO DE RATEIO ASSISTÊNCIA	AQUISIÇÃO EQUIPAMENTO MEDICO¹	CAPS	REAL. EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS	TRANSPORTE SANITÁRIO	APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS²	
2013	169.871,00	324.952,22	-	-	178.984,05	165.831,98	918.432,52	591.427,21	-	2.349.498,98
2014	236.173,69	382.140,41	-	-	10.055,78	307.487,41	1.213.219,24	563.253,15	-	2.712.329,68
2015	366.653,32	462.548,16	-	-	-	296.987,36	1.346.874,83	665.188,42	-	3.138.252,09
2016	381.996,17	413.229,51	27.932,32	-	446.806,36	326.392,09	1.654.508,23	809.715,76	-	4.060.580,44
2017	489.519,49	428.610,50	27.143,42	-	104.355,00	306.016,49	1.506.469,45	744.889,82	-	3.607.004,17
2018	556.105,00	489.328,90	43.228,00	-	-	299.989,40	1.893.714,31	650.683,93	-	3.933.049,54
2019	486.821,35	516.355,11	90.579,21	10.954,35	-	520.753,74	2.326.746,62	639.787,59	-	4.591.997,97
	2.687.140,02	3.017.164,81	188.882,95	10.954,35	740.201,19	2.223.458,47	10.859.965,20	4.664.945,88	-	24.392.712,87
TOTALS	CONTRATO DE RATEIO		5.904.142,13							
	OUTROS RECURSOS		18.488.570,74							
	GERAL		24.392.712,87							

Fonte: Elaborado pela autora com base nos Balanços Orçamentários e Financeiros (Portal da Transparência CIESP)

¹Inclui o investimento de adequação da sede CIESP ocorrido no ano de 2016, no valor de R\$18.864,94.

²Cidades Inteligentes e Humanas; Projeto Lixo e de Geração de Energia.

## ANEXO I – GLOSSÁRIO DO PORTAL SAÚDE TRANSPARENTE

- **Blocos de financiamento:** Com a implementação do Pacto pela Saúde, os recursos federais, destinados ao custeio de ações e serviços da saúde, passaram a ser divididos em seis blocos de financiamento (assistência farmacêutica; atenção básica; média e alta complexidade; gestão; investimentos; e vigilância em saúde)
- **Bloco da Assistência Farmacêutica:** É formado por três componentes (assistência farmacêutica básica; assistência farmacêutica estratégica e medicamentos de dispensação excepcional). No componente da assistência farmacêutica básica estão os recursos para aquisição de medicamentos e insumos para a atenção básica em saúde e para as ações relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica. No componente da assistência farmacêutica estratégica estão os recursos para o custeio da assistência farmacêutica dos programas de controle de endemias; antirretrovirais do Programa DST-Aids; sangue/hemoderivados; e imunobiológicos. No componente de medicamentos de dispensação excepcional estão os recursos para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.
- **Bloco da Atenção Básica:** É formado por dois componentes (Piso de Atenção Básica Fixo – PAB Fixo e Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável). O PAB Fixo é destinado ao custeio de ações de atenção básica à saúde cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos municipais. O PAB Variável é destinado ao custeio de estratégias da atenção básica e seus recursos são transferidos do FNS aos fundos municipais mediante adesão e implementação das estratégias às quais se destinam, desde que constantes nos planos de saúde.
- **Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade:** É formado por dois componentes (limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC e fundo de ações estratégicas e compensação – Faec). No componente MAC estão os recursos para financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, sendo transferidos mensalmente (pelo FNS aos estados e municípios) para custeio de ações de média e alta complexidade, em conformidade com o publicado na Programação Pactuada e Integrada (PPI). No Faec estão os recursos para custeio dos procedimentos: a) regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); b) transplantes e procedimentos vinculados; c) ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; d) novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, sendo que esses últimos serão custeados pelo Faec por um período de seis meses para permitir a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC.
- **Bloco de Gestão do SUS:** É formado por dois componentes (qualificação da gestão e implantação de ações e serviços de saúde). No componente de qualificação da gestão estão os recursos para ações de: regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; planejamento e orçamento; programação; regionalização; gestão do trabalho; educação em saúde; incentivo à participação e controle social; informação e informática em saúde; estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a ser instituídos por ato normativo específico. No componente de implantação de ações e serviços de saúde, a transferência dos recursos será feita em parcela única, respeitando os critérios estabelecidos em cada incentivo, sendo atualmente: implantação e qualificação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS-AD (voltados ao cuidado de pessoas com dificuldades decorrentes do uso de álcool e outras drogas); inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e outros que vierem a ser instituídos por ato normativo específico.
- **Bloco de Investimentos:** É formado por recursos transferidos (por repasse regular e automático do FNS aos fundos estaduais e municipais) para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projetos, encaminhados pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde. Esses projetos deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que avaliará sua conformidade com: o Plano Estadual de Saúde (PES); o Plano Diretor de Regionalização (PDR); e o Plano Diretor de Investimento (PDI). Os projetos aprovados serão formalizados em portaria do Ministério da Saúde, com o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos

recursos financeiros a serem transferidos.

- **Bloco de Vigilância em Saúde:** É formado por dois componentes (vigilância epidemiológica e ambiental e vigilância sanitária). Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente desde que estejam em conformidade com a PPI e o Plano de Saúde. No componente da vigilância epidemiológica e ambiental estão os recursos para as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, compostos pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) e pelos seguintes incentivos: subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar; laboratórios de saúde pública; atividades de promoção à saúde; registro de câncer de base populacional; serviços de verificação de óbito; campanhas de vacinação; monitoramento de resistência a inseticidas para o *aedes aegypti*; contratação dos agentes de campo; DST- Aids; e outros que vierem a ser instituídos por ato normativo específico. O componente da vigilância sanitária refere-se ao Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), recursos destinados às ações de vigilância sanitária.

- **Contrato:** é o instrumento administrativo pelo qual a transferência dos recursos financeiros acontece por intermédio de instituição ou agente financeiro público federal (Caixa Econômica Federal), atuando como mandatário da União. Ou seja, o órgão público descentraliza o crédito ao agente financeiro, que firma e acompanha o contrato com os órgãos federais, municipais, distritais e entidades privadas sem fins lucrativos.

- **Convênio:** é um tipo de transferência de recurso financeiro que tem como participantes, de um lado, órgão ou entidade da administração pública federal direta ou indireta, e do outro lado, órgão ou entidade da administração pública federal, estadual, municipal, distrital ou ainda entidades privadas sem fins lucrativos, visando à execução de programas de governo que envolvem a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação.

- **SICONV:** é o sistema informatizado do Governo Federal no qual é registrado o processo de operacionalização de recursos por meio de convênios, contratos de repasses e termos de cooperação, desde a sua proposição e análise, passando pela celebração, liberação de recursos e acompanhamento da execução, até a prestação de contas. As informações registradas no SICONV serão abertas à consulta pública na Internet, pelo Portal de Convênios do Governo Federal ([www.convenios.gov.br](http://www.convenios.gov.br)).

- **Relatório Anual de Gestão:** é a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde nos municípios, Estados, Distrito Federal e União. Além de comprovar a aplicação de recursos do SUS, eles apresentam os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Além disso, os relatórios orientam a elaboração da nova programação anual e eventuais redirecionamentos que se façam necessários no Plano de Saúde. Desde 2008, a aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde passou a ser um indicador pactuado nacionalmente, com meta de 100% para sua realização.

- **Plano (municipal, estadual, nacional) de Saúde:** é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados, a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. A decisão de um gestor sobre quais ações de saúde desenvolver deve ser fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade, motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população, o que resulta na implementação de um plano capaz de promover uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social desta mesma população. O Plano de Saúde (municipal, estadual ou nacional), aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, é instrumento fundamental para a gestão do SUS. A sua elaboração, implementação, monitoramento, avaliação e atualização periódica constituem atribuição comum das três esferas de gestão do Sistema, as quais devem, a partir do Plano, formular a respectiva proposta orçamentária.

- **Atenção Básica à Saúde:** é a responsável pelo primeiro contato da população com o Sistema Único de Saúde. Ela é caracterizada, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção centrada na família e pela orientação e participação comunitária. A promoção da saúde é a principal estratégia da Atenção Básica que tem o objetivo de reduzir os riscos à saúde e de melhorar a qualidade de vida da população. A **Estratégia Saúde da Família** é entendida como uma maneira de reorientação do modelo assistencial. Essa estratégia consiste na implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, que moram em uma área geográfica delimitada.

- **Agente Comunitário de Saúde (ACS):** é um profissional que desempenha um papel chave na

Estratégia de Saúde da Família, pois faz a integração entre a Unidade Básica de Saúde, a equipe de saúde e a população de sua comunidade, visto que o ACS mora na comunidade a que atende. O ACS visita os domicílios de sua comunidade, promovendo atividades de prevenção de doenças. Ele também orienta as famílias sobre a utilização dos serviços de saúde e explica, para as Unidades Básicas de Saúde, a dinâmica social de sua comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites.

- **Equipes de Saúde da Família (ESF):** são equipes compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe é responsável por acompanhar, no máximo, 4 mil habitantes (3 mil habitantes é média recomendada) em uma área (território) definida. A atuação das equipes, que funcionam como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

- **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** é uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento (como psicologia, nutrição, fisioterapia, acupuntura, educação física, etc.), que atuam em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nas áreas (territórios) de atuação das ESF. A composição do NASF é definida (pelos gestores municipais e ESF) a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Seu principal objetivo é apoiar a atuação das ESF, além de ampliar a abrangência das ações da atenção básica. Existem duas modalidades: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra), vinculado a de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2, composto por no mínimo três profissionais (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família. Nos municípios da região Norte com menos de 100 mil habitantes, o mínimo de Equipes de Saúde da Família necessárias para o estabelecimento de um NASF 1 cai de oito para cinco.

- **Equipes de Saúde Bucal (ESB):** são equipes que, inseridas nas Equipes de Saúde da Família (ESF), trabalham com a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Elas podem ser de duas modalidades: ESB 1, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário, e ESB 2, composta por um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Esses profissionais estão aptos a fazer extração dentária, restauração, aplicação de flúor, resina e próteses dentárias.

- **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO):** é um estabelecimento, capaz de atender casos mais complexos, que dá continuidade ao trabalho desenvolvido pelos profissionais da atenção básica. O CEO oferta, minimamente: cirurgia oral menor, atendimento a pacientes com necessidades especiais, periodontia (tratamento de doenças na gengiva), endodontia (tratamento de canal) e diagnóstico bucal, com ênfase na identificação do câncer de boca. Conforme sua capacidade, eles podem ser: CEO I (três cadeiras odontológicas), CEO II (quatro a seis cadeiras odontológicas) e CEO III (sete ou mais cadeiras odontológicas).

- **Saúde Mental** – A prevalência de transtornos mentais é elevada na população brasileira. O Brasil tem, ainda, o desafio de aumentar o acesso e a qualidade da atenção à saúde mental de forma paralela com a mudança do modelo anterior, que era baseado na internação em hospitais especializados. De acordo com o novo modelo adotado, a atenção à saúde mental deve ter base comunitária e territorial, avançando na redução do número de leitos hospitalares e na expansão da rede de serviços de atenção diária.

- **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** é um serviço voltado para o tratamento das pessoas que sofrem transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência em um estabelecimento de cuidado intensivo. Criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, os CAPS realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social do usuário, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. De acordo com seu porte e clientela, eles podem ser: CAPS I (atendimento diário de adultos em municípios com 20 mil a 70 mil habitantes), CAPS II

(atendimento diário de adultos em municípios com mais de 70 mil habitantes), CAPS III (atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos em grandes municípios), CAPS I (atendimento diário a crianças e adolescentes), CAPS AD (atendimento diário a usuários de álcool e outras drogas).

- **Assistência Farmacêutica** – Conjunto de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, que tem o objetivo de viabilizar o acesso e o uso racional dos medicamentos. Envolve os trabalhos de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, bem como a aquisição, distribuição, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização.

- **Programa Farmácia Popular do Brasil:** é o programa voltado para oferecer à população mais uma forma de acesso a medicamentos, além daqueles que já são oferecidos gratuitamente nas unidades públicas de saúde. A ele estão vinculados dois tipos de estabelecimentos: as farmácias da “Rede Própria” e as farmácias privadas credenciadas do “Aqui Tem Farmácia Popular”.

- **Rede Própria de Farmácias Populares:** são unidades públicas, estabelecidas em parceria com estados, municípios ou hospitais filantrópicos, nas quais é ofertada uma série de medicamentos a preço de custo (para doenças como asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma) e também medicamentos gratuitos para o tratamento da hipertensão e da diabetes. Para ter acesso aos medicamentos é preciso apresentar CPF, documento com foto e receita médica.

- **Aqui tem Farmácia Popular:** são unidades da rede privada credenciadas pelo Ministério da Saúde para ofertar medicamentos 90% mais baratos (para doenças como asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma) e também medicamentos gratuitos para o tratamento da hipertensão e da diabetes.

- **Atenção às Urgências:** genericamente, situações de urgência são aquelas em que se verifica a possibilidade de risco à saúde ou à vida do paciente e para as quais se faz necessário uma ação imediata, tendo em vista que omissões poderiam gerar danos irreversíveis. A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, se organizando desde a atenção básica e os serviços especializados até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

- **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192):** é um serviço que procura atender rapidamente as pessoas com urgências de saúde. Ao telefonar para 192, os pedidos são acolhidos, avaliados e priorizados por uma central de regulação que funciona 24 horas por dia. Dependendo do nível de prioridade da urgência, a central pode enviar até o local uma ambulância com médico ou com profissional técnico de enfermagem. Quando necessário, outros meios de socorro podem ser acionados e, em casos de menor gravidade, a central pode aconselhar o solicitante, orientá-lo a procurar pessoalmente uma unidade de saúde e, ainda, se prontificar para nova avaliação caso haja piora da queixa.

- **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h):** são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e os prontos-socorros hospitalares, que, em conjunto com estas, formam uma rede organizada de Atenção às Urgências. As UPAs funcionam 24 horas por dia e podem resolver problemas como: pressão e febre alta, fraturas, cortes, infartos e derrames. Elas estão diretamente relacionadas ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência (SAMU-192) que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.