

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**Naira Eberhart**

**FINANCIAMENTO E GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: UM DILEMA  
SÓCIO/POLÍTICO**

**Porto Alegre-RS  
Março/2012**

**Naira Eberhart**

**FINANCIAMENTO E GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: UM DILEMA  
SÓCIO/POLÍTICO**

**Trabalho de conclusão de curso de  
Especialização apresentado ao Programa de  
Pós-Graduação em Gestão em Saúde da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Especialista em Gestão em Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos  
Rosa**

**Tutora: Daniela Santos da Silva**

**Porto Alegre-RS  
Março/2012**

**Naira Eberhart**

**FINANCIAMENTO E GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: UM DILEMA  
SÓCIO/POLÍTICO**

Conceito final:

Aprovado em ..... de .....de.....

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. .... – Instituição

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. .... – Instituição

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. .... – Instituição

\_\_\_\_\_  
Orientador – Prof. Dr. .... – Instituição

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho de conclusão de curso a minha mãe Edith e ao meu companheiro Lucas, que me apoiaram e me incentivaram na realização deste objetivo. Ao meu prof. orientador Roger dos Santos Rosa e a minha tutora assistente Daniela Santos da Silva que supervisionaram o meu trabalho com empenho e dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter iluminado meu caminho para que conseguisse atingir um dos meus objetivos em meio as pedras que apareceram ao longo desta estrada.

Ao meu prof. orientador Roger dos Santos Rosa e a minha tutora assistente Daniela Santos da Silva que me deram suporte na realização deste trabalho de conclusão de curso.

Meus sinceros agradecimentos!

## **Epígrafe**

**“O ser humano descobre-se a si mesmo quando se defronta com os obstáculos.”  
(Saint-Exupéry)**

# **FINANCIAMENTO E GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: UM DILEMA SÓCIO/POLÍTICO**

Naira Eberhart

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

## **RESUMO**

Este trabalho de conclusão de curso está fundamentado no estudo do financiamento e gestão pública em saúde nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, entre 2008 e 2010, através de dados coletados no Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Foram analisadas as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos/RS com vistas à quantificação do volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios e ainda os recursos aplicados em saúde pelos municípios. Na seqüência, foi verificado o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental e as subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas. Os dados obtidos do SIOPS mostram que em ambas as microrregiões foram aplicados mais recursos próprios em saúde do que recursos transferidos das outras esferas de governo com a destinação de no mínimo 15% dos recursos em saúde segundo a determinação da EC nº.29/2000 e as subfunções orçamentárias de atenção básica e de assistência hospitalar e ambulatorial representaram maior gasto em saúde pública.

**Palavras-Chave:** financiamento em saúde, economia da saúde, recursos em saúde e recursos financeiros em saúde.

## **LISTA DE SÍGLAS**

FEE/RS - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NOB – Norma Operacional Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

SIOPS - Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde

MS – Ministério de Saúde

EC – Emenda Constitucional



## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.2 Objetivos.....	13
1.2.1 Objetivo geral .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 13
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
<b>2. PROCEDIMENTO METODOLOGICO .....</b>	<b>14</b>
<b>3. DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDO.....</b>	<b>15</b>
3.1 Revisão teórica e caracterização do objeto de estudo.....	15
3.1.1 Contexto.....	18
3.1.2 Caracterização das microrregiões estudadas.....	20
3.2 Apresentação dos resultados e discussão.....	23
3.2.1 Volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios.....	24
3.2.2 Volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios.....	25
3.2.3 Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.....	27
3.2.4 Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.....	28
3.2.5 Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas.....	30
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>36</b>

## 1. Introdução

O interesse pela investigação do tema desse trabalho de pesquisa diz respeito ao financiamento e gestão pública em saúde nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos/RS com vistas na análise das características orçamentárias do gasto público em saúde no período de 2008-2010. O trabalho apresentará o financiamento e gestão pública em saúde através da análise de dados de domínio público do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS e da densidade sócio/política.

A abordagem do financiamento em saúde se concentrará na quantificação dos gastos efetivados no Sistema Único de Saúde (SUS). E, paralelamente, destacaremos a importância do financiamento público em saúde sendo que este está previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde, que reúne as leis federais 8.080 e 8.142 de 1990. A lei prevê as fontes de financiamento da saúde através do repasse dos recursos das três esferas de governo: União, estado e município.

Para financiar o sistema público de saúde surgiram diversas propostas de alteração da legislação no tocante ao aporte de recursos através de emendas constitucionais e decretos visando reafirmar as políticas públicas e os recursos destinados ao setor. As medidas elencadas marcaram uma intensa reavaliação do sistema público de saúde devido uma incongruência entre os repasses efetuados e as reais condições da realidade enfrentada pelos usuários do SUS.

Nesse sentido, Vazquez (2011, p. 1) versa acerca do financiamento da saúde: “com o objetivo de viabilizar mais recursos para a saúde, de garantir prioridade à atenção básica e promover sua efetiva descentralização, novas regras e incentivos foram introduzidos no financiamento da saúde”. As regras incidiam para ampliação do percentual de recursos destinados à saúde, à oferta dos serviços e às políticas públicas com a cooperação das três esferas de governo. As considerações do autor nos provocam o seguinte questionamento: As novas regras de financiamento foram suficientes para atender as demandas relacionadas ao financiamento e gestão pública em saúde?.

Para Vazquez (2011, p. 2) a regulação dos sistemas estaduais e municipais estabelecia uma coordenação intergovernamental com base em prioridades acordadas por meio das Normas Operacionais Básicas - NOB 01/93 e NOB 01/96 que visavam disponibilizar recursos através da descentralização das ações e serviços de saúde. As NOB em saúde foram criadas para agilizar os repasses ao SUS de acordo com a proporção da demanda dos serviços.

A transferência de recursos da união e do estado para os municípios foi e ainda é um importante financiador de recursos financeiros como também de implantação de políticas públicas. Segundo Vazquez (2011, p.10) “As transferências condicionadas exerceram seu papel de coordenação federativa, pois forneceram os incentivos necessários para a implantação de políticas nacionais descentralizadas, as quais são desenhadas centralmente, e implantadas localmente”.

Ainda, sobre essa questão Vazquez (2011, p. 6) aponta que “As transferências condicionadas podem induzir à descentralização, pois condicionam os repasses à oferta descentralizada de certos programas representando um forte estímulo para a adesão municipal”. Essa sistemática induz os municípios a aderir aos programas criados pelo governo em vista de atribuir os mesmos aos usuários do SUS mediante o custeio do financiamento como algo atrativo.

No entanto, isso também pode exigir contrapartidas municipais de recursos próprios pelo fato dos programas não cobrirem integralmente a oferta dos serviços. Para Vazquez (2011, p. 8) o financiamento da saúde exige uma contra partida dos municípios na grande maioria das políticas públicas criadas pelo governo. Neste sentido, o mesmo autor aponta:

Tendo em vista que as demandas sociais pelas ações e serviços de saúde em questão e os custos de oferta dos programas continuaram crescendo, foi preciso aumentar a parcela de recursos próprios municipais destinada ao financiamento da atenção básica, o que requer o aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde, pela aplicação de percentuais cada vez mais elevados de suas receitas em ações e serviços de saúde.

O financiamento público da saúde incide sobre questões a serem discutidas entre avanços e estagnações à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Para ABRASCO, CFM e UERJ (2011, p. 3) o financiamento do SUS traz consigo o debate sobre os profissionais e

pesquisadores que atuam na saúde dentre à vinculação de recursos para áreas sociais, à necessidade de criação de novas fontes de receita e sobre a qualidade dos gastos.

O financiamento e gestão pública em saúde apontam para um dilema sócio político entorno de uma falácia acerca da precariedade do SUS mostradas pela mídia. As imagens transmitidas pela mídia assinalam as falhas recorrentes ao SUS e omitem o quanto o financiamento do SUS tem implicado na melhoria da qualidade de vida da população. Em relação a este contexto ABRASCO, CFM e UERJ (2011, p. 1) consideram:

Desde a aprovação da Lei 8080/90, há exatos 21 anos, foram muitos os avanços nas políticas de saúde. O aumento da expectativa de vida das pessoas, a significativa redução das doenças passíveis de prevenção por vacinas, a ampliação da cobertura dos serviços de atenção primária e dos serviços de urgência e emergência, a efetividade do programa de controle das doenças sexualmente transmissíveis e da aids são alguns exemplos dos êxitos obtidos.

A dimensão sócio político tem contribuído significativamente na construção de políticas sociais que atenta para a transformação das diferentes realidades existentes na sociedade. Para CASTRO e MACHADO (2010, p. 02) “no que diz respeito ao processo de formulação de políticas e planejamento, a incorporação de novos atores representou uma alteração significativa, visto que a trajetória da política de saúde brasileira havia sido marcada por um elevado grau de centralismo”.

O replanejamento e a reformulação das políticas públicas refletem no fortalecimento e apoio ao SUS. Segundo CASTRO e MACHADO (2010, p. 02) “pode-se dizer que tais transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização”. As ações e serviços de saúde cada vez mais descentralizados objetivam o atendimento em massa dos usuários em situação de vulnerabilidade que chegam ao SUS.

A gestão pública em saúde se distingue da gestão privada em saúde pelas particularidades que caracterizam cada um desses sistemas. O plano de saúde privado se destina ao cliente que adere através de contrato os serviços e pode exigir uma contrapartida quando o plano de saúde não cobre todas as despesas como exames e cirurgias mais complexas. Além disso, não se compromete com o trabalho de prevenção de doenças, mas com a quantidade de atendimentos efetuados em vista de angariar fins lucrativos.

Já o SUS garante a toda à população atendimento desde o nascimento por meio da oferta de serviços gratuitos, cuja finalidade é a promoção e recuperação da saúde sem discriminação e atendimento integral. Ainda, desenvolve campanhas educativas para prevenir agravos à saúde sendo que qualquer usuário pode utilizar o sistema no momento que desejar independentemente de qualquer situação ou vínculo empregatício.

A partir dessas questões será apresentada a quantificação do volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios e o volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos-RS, bem como o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000. E ainda, o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental e quais subfunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas.

Sendo assim, poderemos analisar as condições de saúde pública no Brasil em anos recentes diante o acompanhamento das transferências das instâncias governamentais em relação aos gastos públicos e para posterior análise do processo de financiamento da saúde em meio aos direitos que nos são conferidos através direitos humanos assinalados na Constituição Federal.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos/RS em anos recentes 2008-2010.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Quantificar o volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios.
- Quantificar o volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios.
- Verificar o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.
- Determinar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.
- Discriminar quais subfunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas.

## 2. Procedimentos metodológicos

A metodologia utilizada na realização deste trabalho será baseada na pesquisa quantitativa que, por sua vez, compreende técnicas estatísticas. Em consonância com a temática “Financiamento e Gestão Pública em Saúde: um dilema sócio/político” buscar-se-á por intermédio de técnicas estatísticas a amostragem de dados expostos em tabelas e gráficos.

A pesquisa quantitativa se deterá na extração de dados do sistema informatizado de domínio público do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) sobre o gasto público em saúde nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, no período de 2008-2010 e posteriores cálculos.

A transposição de dados do SIOPS refere-se à “Sala de situação em Saúde” do Ministério da Saúde (<http://189.28.128.178/sage/>) da tela “Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal” de município a município das microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010.

A partir do levantamento das informações disponibilizadas no SIOPS classificamos e transcrevemos os dados do sistema para tabelas que explicitam os resultados sobre o gasto em saúde pública objetivando compreender e explicar o tema com vistas na análise e interpretação dos dados atrelados ao referencial teórico apresentado.

### **3. Desenvolvimento do conteúdo**

O desenvolvimento do conteúdo está expresso nos itens a seguir onde constam as tabelas e a descrição sintética comentada acerca dos dados elencados sobre o financiamento e gestão da saúde pública nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010.

#### **3.1 Revisão teórica e caracterização do objeto de estudo**

O financiamento público do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos tem se firmado como uma das maiores políticas de inclusão social do país. Ao analisarmos o contexto histórico do financiamento e gestão pública em saúde ao longo dos anos constataremos uma progressiva luta pela melhoria na qualidade de vida. No Brasil a luta vem de séculos, entretanto foi nas últimas décadas do século XX que o direito à saúde foi mais discutido.

Até a década de 30 o país não contava com uma política nacional de saúde. As ações de saúde pública eram de caráter higienista e desenvolvidas esporadicamente por organismos estaduais e federais. O sistema de saúde dessa época se baseava na ordem excludente da prestação de serviços ao passo que usufruiria dos serviços o indivíduo que contribuísse com a previdência social. A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) contribuiu na organização das políticas sociais no país. Em 1945, com a industrialização ocorreu uma significativa demanda por atenção à saúde do trabalhador.

Nos anos 60 através da redefinição das leis trabalhistas foi instaurada uma visão globalizada da cobertura do atendimento dos serviços de saúde. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, pelo governo representou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde à expansão da oferta de serviços.

A década seguinte foi marcada pela ampliação do sistema de serviços médico-hospitalares à população previdenciária e não previdenciária devido à demanda por serviços de saúde. O Ministério da Saúde tornou-se mais atuante no desenvolvimento das políticas de saúde de modo que foram criados programas para a extensão da cobertura e para a descentralização da atenção à saúde. No final da década de 80 ocorreu uma instabilidade das



políticas públicas de saúde em vista do processo inflacionário que contribuiu no atraso dos repasses de recursos e realocação de verbas do SUS.

A partir da Constituição Federal de 1988 ocorreu uma série de transformações nas ações e serviços de saúde pública como: universalidade de acesso, integralidade, igualdade, equidade, hierarquização, descentralização e a participação social da população. Através dos princípios fundamentais garantidos em lei o SUS passou a ser compreendido como um pacto social pela vida como “um direito de todos” e “um dever o Estado”.

O SUS passou a ser discutido como uma política pública de saúde pautada na eliminação das desigualdades sociais. O SUS incidiu sobre o sistema de gestão em meio às demandas advindas do cenário político, econômico e social como uma rede de serviços precisos e humanitários aos seus usuários. As ações e serviços de saúde foram efetivados por meio da descentralização que está previsto no artigo 198 da Constituição Federal/88 onde consta que o SUS será financiado, principalmente, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, do Estado e dos Municípios.

Além deste, também consta na Lei nº 8.080/90, pela qual é regulamentado o SUS, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços do setor. E na Lei nº 8.142/90 consta sobre a participação da comunidade de gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros pela União e Estado aos Municípios.

Logo, a ênfase do SUS incide sobre a descentralização dos serviços em saúde. Para Misoczky (2000, p. 58) a descentralização é abordada sob vários vieses de acordo com o contexto em que é reportada. Entretanto, a descentralização não se circunscreve apenas a ordem dos recursos financeiros, bem como administrativa e operacional. Os três eixos da descentralização (financeira, administrativa e operacional) ao se relacionar entre si de forma coadjuvante produzem um equilíbrio na rede pública de saúde.

O financiamento da saúde pública por se basear essencialmente em recursos públicos pode sofrer influências pelo quadro econômico do país, desde decisões políticas, crises econômicas, oscilações no nível de arrecadação fiscal (quando o sistema de saúde depende do orçamento fiscal) ou no nível de arrecadação das contribuições de trabalhadores (quando o

sistema depende de recursos previdenciários). Isto pode implicar em um conflito entre a satisfação das demandas em saúde e a necessidade de equilíbrio das contas públicas.

Entretanto, uma nova forma de financiar o SUS se firmou com a aprovação da Emenda Constitucional nº. 29 (EC-29), de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Segundo Campelli e Calvo (2007, p. 1) a “EC-29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde”.

Neste sentido, esses autores afirmam que “A EC-29, ou Emenda Constitucional da Saúde, foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90”. Através da aprovação da EC-29 procurou-se enfrentar as dificuldades de financiamento vividas pelo SUS desde sua criação e a necessidade de estabilização do financiamento, de modo a se evitar a descontinuidade de ações, serviços e investimentos em saúde. A EC-29 estabeleceu a vinculação de recursos para ações e serviços públicos de saúde para os três níveis de governo. O montante mínimo de recursos aplicado em saúde pelos Estados, União deve corresponder a um percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais.

O recurso financeiro repassado pela União aos municípios deve ser de no mínimo 10% das receitas correntes brutas na saúde, constantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, tomadas por base de cálculo. O repasse dos Estados aos municípios deve ser de no mínimo 12% da arrecadação dos impostos e os municípios de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos. A EC-29 representou um importante mecanismo de garantia dos recursos para a saúde pelo investimento de recursos mínimos calculados sobre diversas fontes de arrecadação.

O Conselho Nacional de Saúde – CNS preocupado com o financiamento de saúde pública instituiu que a EC-29 passaria a ser acompanhada através da divulgação dos dados ao SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde) pelas três esferas de governo. Com relação ao SIOPS, Campelli e Calvo (2007, p. 3) apontam que:

Esse sistema é uma referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. São

analisados os valores percentuais aplicados pelas diferentes esferas de governo e comparados aos valores mínimos previstos na EC-29.

Neste sentido, Lima, Carvalho e Schramm (2006, p.1) consideram que “acompanhar as transferências e o comportamento das instâncias subnacionais em relação aos gastos públicos é essencial para a análise do processo de descentralização do SUS”.

Com análise dos entraves e desafios encontrados no financiamento e gestão pública em saúde tem-se a seguinte questão: fazer saúde sem recurso é possível? O recurso financeiro por si só não resolve todos os problemas do sistema. No entanto, qualquer empreendimento precede de recursos financeiros para que sejam garantidas instalações adequadas, equipamentos necessários, material de consumo imprescindível e recursos humanos suficientes, atendidos e preparados.

Os recursos financeiros, embora assegurados, não garantem a eficiência e eficácia das ações de saúde. Para que o direito humano à saúde se concretize, além da quantidade de recursos e sua adequada aplicação e gerenciamento, é fundamental o comprometimento operacional, a organização do sistema e o efetivo controle social do SUS.

### **3.1.1 Contexto**

Ao longo dos anos ocorreram inegáveis avanços no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS é detalhado na Lei nº. 8.080/90 que dispõe sobre a organização dos serviços e na Lei nº. 8.142/90 que dispõe sobre a participação comunitária e o financiamento do sistema. A partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde o SUS, passou a ser compreendido como um pacto social pela vida como “um direito de todos” e “um dever do Estado”.

O sistema de saúde anterior ao SUS se baseava na ordem excludente da prestação de serviços porque privilegiava apenas os usuários que mantinham vínculo com a previdência social. De acordo com Vazquez (2011, p. 5) “antes do SUS, na década de 1980, 70% dos atendimentos de saúde eram financiados com recursos públicos e apenas 9% pelos planos e seguros privados, sendo os 21% restantes financiados pelo desembolso direto do usuário”.

A partir de inúmeras mudanças ao longo de décadas o SUS passou a ser discutido como uma política pública de saúde pautada na eliminação das desigualdades sociais. Neste âmbito o SUS passou a ser financiado pelas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

Os repasses financeiros para o SUS definido pelas Normas Operacionais Básicas de 1993 de 1996 (NOB 01/93 e NOB 01/96) visavam disponibilizar recursos em proporção à oferta descentralizada das ações de atenção básica à saúde e ampliar a participação dos governos estaduais e municipais no gasto em saúde. Segundo Vazquez (2011, p. 6), “as NOB 01/93 e NOB 01/96 estabeleceram a atenção básica como foco da política e definiram uma série de processos automáticos de descentralização de recursos condicionados à oferta de programas considerados prioritários pelo Ministério da Saúde”.

Para Castro & Machado 1 (2011, p. 694), “o Ministério da Saúde tem papel relevante na determinação desta política em âmbito nacional, por ser um importante órgão formulador e financiador das políticas de saúde e pelo caráter indutor da política federal de incentivos para a atenção primária à saúde”. Os incentivos financeiros estimulam a oferta de programas, no entanto, às vezes, são insuficientes, pois segundo Vazquez (2011, p. 2) “os incentivos financeiros estimulam a descentralização dos serviços, mas não cobrem integralmente os custos de oferta dos programas, exigindo contrapartidas municipais de recursos próprios, as quais são viabilizadas pela vinculação de receitas”.

O financiamento do SUS e regulamentação das transferências incidiu sobre a criação de um sistema informatizado para captar dados acerca das despesas em saúde denominado Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Segundo Silva, Bezerra, Souza e Gonçalves (2010, p. 2), o SIOPS serve “como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde”. O SIOPS trata-se de um importante instrumento para o planejamento, gestão e controle dos gastos públicos em saúde das três esferas de governo.

Os repasses ainda continuam sendo os mecanismos de financiamento dos programas e políticas públicas ofertados pelos municípios de maior contribuição para a promoção de saúde e correção das desigualdades.

### 3.1.2 Caracterização das microrregiões estudadas

A microrregião de Ijuí/RS pertence à mesorregião do Noroeste Rio-Grandense. Sua população foi estimada em 2005 pelo IBGE em 183.142 habitantes e está dividida em quinze municípios. Possui uma área total de 5.100,402 km<sup>2</sup>. Segundo dados do IBGE de 2010, o município mais populoso da microrregião de Ijuí é propriamente Ijuí com população estimada em de 78.915 habitantes e área territorial em km<sup>2</sup> de 689,14 enquanto o município menos populoso é Bozano com população estimada em 2.200 habitantes e área territorial em km<sup>2</sup> de 2,200. A variação de área territorial em Km<sup>2</sup> do menor município é São Valério do Sul correspondente a 107,97 e a área territorial em Km<sup>2</sup> do maior município é Coronel Barros correspondente a 492,13. O principal município da microrregião elencada é Ijuí com distância da capital do Estado de 395 km e as principais atividades econômicas diz respeito à agricultura pelo cultivo anual de soja, trigo e milho.

A microrregião de Três Passos-RS pertence à mesorregião Noroeste Rio-Grandense. Sua população foi estimada em 2005 pelo IBGE em 141.637 habitantes e está dividida em vinte municípios. Possui uma área total de 3.856,166 km<sup>2</sup>. Segundo dados do IBGE de 2010, o município mais populoso da microrregião de Três Passos é propriamente Três Passos com população de 23.965 habitantes e área territorial em km<sup>2</sup> de 268,40 enquanto o município menos populoso é Bom Progresso com população de 2.328 habitante e área territorial em km<sup>2</sup> de 88,74. A variação de área territorial em Km<sup>2</sup> do menor município é Vista Gaúcha correspondente a 88,72 e a área territorial em Km<sup>2</sup> do maior município é Crissiumal correspondente a 362,15. O principal município da microrregião elencada é Três Passos com distância da capital do Estado de 470 km e as principais atividades econômicas dizem respeito à agricultura pelo cultivo anual de soja, trigo e milho.

Tabela 1. População e área em Km<sup>2</sup> segundo municípios das microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2010.

Municípios da Microrregião de Ijuí/RS	População por município	Área em Km <sup>2</sup> por município	Densidade Demográfica 2010	IDH	Taxa de Crescimento da População 2010
Ajuricaba	7. 255	323, 24	22, 44	0, 78	0, 49
Alegria	4. 301	172, 69	24, 91	0, 74	0, 49
Augusto Pestana	7. 096	347, 44	20, 42	0, 79	0, 49
Bozano	2. 200	201, 04	10, 94	0, 00	0, 49
Chiapetta	4. 044	396, 55	10, 20	0, 75	0, 49

Condor	6.552	465,19	14,08	0,79	0,49
Coronel Barros	4.459	162,96	15,09	0,79	0,49
Coronel Bicaco	7.748	492,13	15,74	0,79	0,49
Ijuí	78.915	689,14	114,51	0,80	0,49
Inhacorá	2.267	114,11	19,87	0,75	0,49
Nova Ramada	2.437	254,76	9,57	0,77	0,49
Panambi	38.058	490,86	77,53	0,82	0,49
Pejuçara	3.973	414,24	9,59	0,80	0,49
Santo Augusto	13.968	468,11	29,84	0,76	0,49
São Valério do Sul	2.647	107,97	24,52	0,71	0,49
TOTAL	185.920	5.100,43	36,45	0,67	0,49
<b>Municípios da Microrregião de Três Passos/RS</b>	<b>População por município</b>	<b>Área em Km2 por município</b>	<b>Densidade Demográfica 2010</b>	<b>IDH</b>	<b>Taxa de Crescimento da População 2010</b>
Barra do Guarita	3.089	64,59	47,82	0,76	0,49
Boa Vista do Buricá	6.574	108,73	60,46	0,83	0,49
Bom Progresso	2.328	88,74	26,23	0,75	0,49
Braga	3.702	128,99	28,70	0,74	0,49
Campo Novo	5.459	222,07	24,58	0,74	0,49
Crissiumal	14.084	362,15	38,89	0,79	0,49
Derrubadas	3.190	361,15	38,89	0,79	0,49
Doutor Maurício Cardoso	5.313	252,69	21,03	0,77	0,49
Esperança do Sul	3.272	148,38	22,05	0,71	0,49
Horizontalina	18.348	232,48	78,92	0,71	0,49
Humaitá	4.919	134,51	36,57	0,80	0,49
Miraguaí	4.855	130,39	37,24	0,73	0,49
Nova Candelária	2.751	97,83	28,12	0,81	0,49
Redentora	10.222	302,68	33,77	0,67	0,49
São Martinho	5.773	171,66	33,63	0,79	0,49
Sede Nova	3.011	119,30	25,24	0,79	0,49
Tenente Portela	13.719	338,09	40,58	0,77	0,49
Tiradentes do Sul	6.461	234,48	27,55	0,75	0,49
Três Passos	23.965	88,72	31,10	0,78	0,49
Vista Gaúcha	2.759	88,72	31,10	0,78	0,49
TOTAL	143.803	3.856,11	37,29	0,72	0,49

Fonte: EBERHART, Naira. Psicóloga, Pós-Graduada em Gestão em Saúde, 2012.

As receitas municipais das microrregiões de Ijuí e de Três Passos/RS, 2008-2010 (média anual em R\$), segundo os dados do SIOPS, na tabela abaixo, mostram o volume das transferências de recursos das esferas do estado e da união para o município. O volume total de recursos transferidos para a saúde pelos entes federativos aos municípios retrata a dependência dos mesmos para garantia do acesso digno à saúde pública pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É premente a necessidade de recursos financeiros para movimentar a máquina administrativa municipal, pois de nada adiantaria o município ser

autônomo de política e de administração se também não possuísse autonomia financeira. Logo, o poder local não contemplaria a população dos serviços públicos básicos dos quais tem direito, por isso, é importante o comprometimento financeiro dos entes federativos ao município.

**Tabela 2. Receitas municipais das microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).**

Municípios da Microrregião de Ijuí/RS	Receitas de Impostos Líquidas		Receitas de Transferências Constitucionais e Legais		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Ajuricaba	821.408,50	9,3	7.960.684,63	90,6	8.782.093,13	100,0
Alegria	344.981,69	5,5	1.954.338,19	94,4	6.207.996,27	100,0
Augusto Pestana	1.073.862,98	11,9	7.893.297,24	88,0	8.967.160,22	100,0
Bozano	165.279,06	2,6	6.032.701,46	97,3	6.198.114,60	100,0
Chiapetta	583.809,06	7,3	7.305.952,63	92,6	7.889.761,70	100,0
Condor	772.425,70	8,5	8.236.907,083	91,4	9.009.332,79	100,0
Coronel Barros	270.315,40	4,4	5.763.223,27	95,5	6.033.538,67	100,0
Coronel Bicaco	544.558,39	6,2	8.168.028,08	94,0	8.687.920,05	100,0
Ijuí	14.425.122,39	24,6	44.003.769,61	75,3	58.428.892,23	100,0
Inhacorá	130.425,25	2,2	5.619.016,97	94,7	5.749.442,22	100,0
Nova Ramada	236.237,85	3,6	6.195.936,83	96,3	6.432.164,68	100,0
Panambi	8.071.285,69	20,7	30.823.477,33	79,2	38.894.763,02	100,0
Pejuçara	535.773,42	6,3	7.846.500,93	93,6	8.382.274,35	100,0
Santo Augusto	3.693.766,23	25,7	12.737.662,62	88,6	14.372.018,89	100,0
São Valério do Sul	154.080,47	2,8	5.180.880,42	97,1	5.334.960,89	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>31.823.332,11</b>	<b>15,9</b>	<b>169.631.053,72</b>	<b>85,0</b>	<b>199.370.433,75</b>	<b>100,0</b>
Municípios da Microrregião de Ijuí/RS	Receitas de Impostos Líquidas		Receitas de Transferências Constitucionais e Legais		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Barra do Guarita	143.036,30	2,6	5.223.855,22	97,3	5.366.885,93	100,0
Boa Vista do Buricá	640.808,45	8,2	7.080.242,37	91,7	7.721.050,82	100,0
Bom Progresso	184.217,01	3,3	5.386.097,87	96,6	5.570.314,88	100,0
Braga	225.855,71	3,8	5.705.246,48	96,1	5.930.768,86	100,0
Campo Novo	510.770,18	7,0	6.725.643,49	92,9	7.236.413,67	100,0
Crissiumal	1.331.745,55	10,1	11.752.458,12	89,8	13.084.203,67	100,0
Derrubadas	187.413,14	2,9	6.247.652,97	97,0	6.435.066,40	100,0
Doutor Maurício Cardoso	445.537,39	5,9	7.062.788,54	94,0	7.508.329,27	100,0
Esperança do Sul	167.884,94	2,8	5.719.478,59	97,1	5.887.363,53	100,0
Horizontina	3.728.614,18	14,8	21.357.903,34	85,1	25.086.517,53	100,0
Humaitá	288.309,65	3,9	6.956.215,10	96,0	7.244.524,88	100,0
Miraguaí	162.622,05	2,8	5.618.570,68	97,1	5.781.192,73	100,0
Nova Candelária	249.221,74	3,4	6.962.575,02	96,5	7.211.796,76	100,0
Redentora	340.260,79	5,1	6.236.231,99	94,8	6.576.492,78	100,0
São Martinho	397.817,63	5,2	7.232.952,06	94,7	7.630.769,69	100,0
Sede Nova	180.067,69	2,8	6.055.228,05	97,1	6.235.295,75	100,0
Tenente Portela	775.550,09	6,5	11.074.325,66	93,4	11.849.875,75	100,0
Tiradentes do	1.897.959,90	3,2	6.308.176,83	96,7	6.519.061,26	100,0

Sul						
Três Passos	3.594.297,91	16,8	17.750.030,06	83,1	21.344.328,03	100,0
Vista Gaúcha	139.461,88	2,1	6.453.291,46	97,8	6.592.753,34	100,0
TOTAL	13.904.376,77	8,1	156.455.672,48	91,8	511.080.147,76	100,0

Fonte: EBERHART, Naira. Psicóloga, Pós-Graduanda em Gestão em Saúde, 2012.

Os indicadores de saúde na microrregião de Ijuí e Três Passos, RS segundo a Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde 2011 apontam que a morbidade em 2008-2010 está relacionada a vários agravos à saúde entre os quais se destaca a incidência de casos de Aids na maioria dos municípios. Quanto à mortalidade em 2008-2010 está relacionada as várias causas dentre as quais citamos os óbitos relacionados às doenças infecciosas e parasitárias, causas externas, doenças do aparelho circulatório, causas mal definidas e neoplasias.

Os principais agravos e doenças que atingem as microrregiões de Ijuí e de Três Passos/RS estão relacionados, principalmente, a hipertensão arterial, a diabetes, a transtornos mentais, o tabagismo, o álcool, a AIDS e no período de veraneio a dengue tem sido um fator de preocupação, especialmente na cidade de Ijuí - microrregião de Ijuí/RS, onde já houve incidência de casos.

Os prestadores de serviço de referência que se destacam nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos – RS estão localizados no município de Ijuí e Três Passos aonde os municípios encaminham os usuários que demandam de atendimento especializado em saúde. Em se tratando de serviços de média e alta complexidade os municípios encaminham os usuários para hospitais ou clínicas da capital do Estado quando as instituições de referencia dos municípios das microrregiões não suprem as demandas existentes.

### **3.2 Apresentação dos resultados e discussão**

A coleta de dados sobre o financiamento público de saúde na microrregião de Ijuí e Três Passos/RS no período de 2008-2010 foi extraída através do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS.

A análise dos resultados observou o volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios, os recursos próprios e transferidos



aplicados em saúde pelos municípios, o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental e quais subfunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas.

A partir das informações pesquisadas elaboramos algumas tabelas e gráficos para expor a situação do financiamento público e gestão financeira em saúde na microrregião de Ijuí e Três Passos, RS, 2008-2010 pelas quais chegamos as seguintes constatações:

### 3.2.1 Volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios.

O volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual ao conjunto de municípios da microrregião de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 está expresso na tabela abaixo de acordo com os dados do SIOPS. Segundo os valores transferidos pelo Estado e União consta-se que o Estado como a União poderiam apresentar uma representação mais significativa nos repasses ao conjunto de municípios das microrregiões nos anos de 2008-2010. O valor médio anual transferido pelo Estado ao conjunto de municípios da microrregião de Ijuí de 2008-2010 foi de R\$ 4.296.290,89 enquanto a União repassou nesse mesmo período o valor de R\$ 16.991.880,40. O valor médio anual transferido pelo Estado ao conjunto de municípios da microrregião de Três Passos de 2008-2010 foi de R\$ 4.086.371,23 enquanto a União repassou nesse mesmo período o valor de R\$ 12.486.428,82. As transferências para a saúde do município realizadas pela União e pelo Estado devem implicar na melhoria da prestação de serviços de forma que se consiga obter o atendimento incorruptível das demandas em saúde.

**Tabela 3. Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios, das microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).**

Municípios da Microrregião de Ijuí/RS	Transferências do Estado para o SUS		Transferências da União para o SUS		Outras Transferências para o SUS		Transferência de Recursos para o SUS	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Ajuricaba	119.456,61	12,9	792.545,38	85,6	13.454,14	1,4	925.456,14	100,0
Alegria	108.146,01	20,4	363.162,12	68,5	58.433,36	11,0	529.741,49	100,0
Augusto Pestana	170.063,63	13,7	1.057.408,43	85,7	6.291,84	0,5	1.233.763,91	100,0
Bozano	56.728,82	20,2	217.445,7	77,7	5.662,96	2,0	279.837,48	100,0
Chiapetta	118.231,20	23,9	374.930,67	75,8	1.205,16	0,2	494.367,03	100,0
Condor	259.124,83	36,7	446.627,80	63,2	0,00	0,0	705.752,63	100,0
Coronel Barros	92.754,56	21,4	274.873,79	63,4	65.664,10	15,1	433.292,46	100,0

Coronel Bicaco	195.970,47	24,3	608.365,5	75,5	903,09	0,1	805.239,07	100,0
Ijuí	1.941.208,64	26,4	5.182.517,46	70,6	210.191,29	2,8	7.333.917,40	100,0
Inhacorá	158.571,92	41,6	218.177,05	57,2	4.089,40	1,0	380.838,38	100,0
Nova Ramada	92.396,87	28,6	221.986,24	68,8	7.903,65	2,4	322.286,76	100,0
Panambi	577.383,37	9,0	5.828.093,08	90,9	0,00	0,0	6.405.476,45	100,0
Pejuçara	138.522,55	26,0	391.138,13	73,5	2.312,30	0,4	531.972,99	100,0
Santo Augusto	121.599,93	16,0	627.404,33	83,0	6.324,32	0,8	755.328,58	100,0
São Valério do Sul	146.131,44	27,0	387.204,69	71,5	7.528,43	1,3	540.864,57	100,0
TOTAL	4.296.290,89	19,8	16.991.880,40	78,3	389.060,99	1,7	21.678.135,39	100,0
<b>Municípios da Microrregião de Ijuí/RS</b>	<b>Transferências do Estado para o SUS</b>		<b>Transferências da União para o SUS</b>		<b>Outras Transferências para o SUS</b>		<b>Transferência de Recursos para o SUS</b>	
	<b>R\$</b>	<b>%</b>	<b>R\$</b>	<b>%</b>	<b>R\$</b>	<b>%</b>	<b>R\$</b>	<b>%</b>
Barra do Guarita	133.187,46	37,2	222.902,86	62,3	1.450,99	0,4	357.541,31	100,0
Boa Vista do Buricá	127.207,94	21,4	459.749,26	77,4	6.452,04	1,0	593.409,25	100,0
Bom Progresso	90.241,70	27,7	229.066,98	70,4	5.737,66	1,7	325.046,35	100,0
Braga	186.622,04	29,1	447.159,25	69,8	6.724,29	1,0	640.505,59	100,0
Campo Novo	171.115,84	25,4	496.515,15	73,7	5.747,93	0,8	673.378,92	100,0
Crissiumal	406.399,74	27,0	1.090.023,94	72,5	5.357,82	0,3	1.501.781,51	100,0
Derrubadas	113.005,15	28,3	271.819,35	68,2	13.483,15	3,3	398.307,66	100,0
Doutor Maurício Cardoso	176.916,57	18,4	770.921,82	80,2	13.346,49	1,3	961.184,88	100,0
Esperança do Sul	127.270,72	24,0	397.919,81	75,1	4.247,61	0,8	529.438,15	100,0
Horizontina	381.128,20	22,8	1.274.770,39	76,3	14.821,29	0,8	1.670.719,89	100,0
Humaitá	62.725,74	12,7	428.116,62	87,2	0,00	0,0	490.842,37	100,0
Miraguaí	101.266,60	18,2	451.747,92	81,5	849,69	0,1	553.864,23	100,0
Nova Candelária	38.123,04	16,0	190.642,71	80,4	8.333,33	3,5	237.099,09	100,0
Redentora	432.852,44	24,4	1.334.427,31	75,4	769,31	0,0	1.768.049,07	100,0
São Martinho	115.491,02	21,2	423.363,60	78,0	3.773,75	0,6	542.628,38	100,0
Sede Nova	79.277,25	20,2	309.207,21	79,0	2.499,18	0,6	390.983,65	100,0
Tenente Portela	208.315,2	11,7	1.538.011,68	86,4	33.139,43	1,8	1.779.466,32	100,0
Tiradentes do Sul	191.095,67	23,1	627.137,38	75,9	7.884,83	0,9	826.117,88	100,0
Três Passos	801.366,65	31,2	1.740.775,03	67,8	21.686,15	0,84	2.563.827,84	100,0
Vista Gaúcha	220.269,48	48,1	233.898,40	51,1	3.058,70	0,66	457.226,59	100,0
TOTAL	4.086.371,23	23,6	12.486.428,82	72,3	158.514,02	0,91	17.261.418,98	100,0

Fonte: EBERHART, Naira. Psicóloga, Pós-Graduada em Gestão em Saúde, 2012.

### 3.2.2 Volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios.

O valor médio em reais de recursos próprios e transferidos anualmente pelos governos federal e estadual ao conjunto de municípios da microrregião de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010, e aplicados em saúde pelos municípios, está expressa na tabela abaixo, conforme os dados do SIOPS. Os recursos aplicados em saúde pelos municípios nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos dependem das transferências para a realização de ações e serviços de saúde, pois de acordo com os dados da tabela 4, os recursos próprios aplicados em saúde representam 68,2% e 60,9% respectivamente. Ainda, constatamos que o município de Nova

Ramada pertencente à microrregião de Ijuí e o município de Bom Progresso pertencente à microrregião de Três Passos aparecem com maior aplicação de recursos próprios em saúde embora não apresentem receita líquida significativa como de outros municípios conforme a tabela 2.

**Tabela 4. Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios das microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).**

Municípios da Microrregião de Ijuí/RS	Recursos Próprios Aplicados em Saúde		Recursos Transferidos para a Saúde		Aplicação Total para Saúde	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Ajuricaba	1.321.339,52	49,2	1.361.156,15	50,7	2.682.495,68	100,0
Alegria	971.682,24	52,9	863.705,45	47,0	1.835.387,69	100,0
Augusto Pestana	1.536.274,86	57,8	1.117.699,88	42,1	2.653.974,75	100,0
Bozano	1.117.158,49	80,5	269.279,15	19,4	1.386.437,65	100,0
Chiapetta	844.612,05	49,4	863.004,19	50,5	1.707.616,25	100,0
Condor	2.066.244,96	75,9	655.226,96	24,0	2.721.471,92	100,0
Coronel Barros	1.164.454,63	79,5	299.806,90	20,4	1.464.261,54	100,0
Coronel Bicaco	1.421.579,26	60,2	937.781,44	39,7	2.359.360,70	100,0
Ijuí	17.789.365,42	75,8	5.664.166,47	24,1	23.453.531,89	100,0
Inhacorá	1.045.393,26	68,2	486.146,69	31,7	1.531.539,95	100,0
Nova Ramada	1.322.836,12	83,3	263.597,39	16,6	1.586.433,52	100,0
Panambi	10.968.595,29	60,7	7.074.200,25	39,2	18.042.795,54	100,0
Pejuçara	1.270.627,10	70,9	521.321,08	29,0	1.791.948,18	100,0
Santo Augusto	2.577.904,12	80,3	630.572,13	19,6	3.208.476,26	100,0
São Valério do Sul	865.734,96	60,2	571.934,11	39,7	1.437.669,07	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>46.283.802,32</b>	<b>68,2</b>	<b>21.579.598,30</b>	<b>31,7</b>	<b>67.863.400,62</b>	<b>100,0</b>
Municípios da Microrregião de Três Passos/RS	Recursos Próprios Aplicados em Saúde		Recursos Transferidos para a Saúde		Aplicação Total para Saúde	
	R\$	%	R\$	R\$	%	R\$
Barra do Guarita	1.144.167,19	74,0	400.216,57	25,9	1.544.383,76	100,0
Boa Vista do Buricá	1.321.843,12	69,1	588.583,63	30,8	1.910.426,75	100,0
Bom Progresso	928.951,90	89,6	107.703,37	10,3	1.036.655,28	100,0
Braga	1.092.175,29	58,8	762.922,07	41,1	1.855.097,36	100,0
Campo Novo	827.815,20	44,8	1.019.236,58	55,1	1.847.051,78	100,0
Crissiumal	2.076.812,09	60,8	1.338.490,88	39,1	3.415.302,97	100,0
Derrubadas	853.481,36	57,0	643.004,14	42,9	1.496.485,50	100,0
Doutor Maurício Cardoso	1.180.470,16	53,9	1.006.195,84	46,0	2.186.666,00	100,0
Esperança do Sul	1.046.467,59	66,9	516.858,89	30,0	1.563.326,48	100,0
Horizontalina	4.221.277,91	71,5	1.675.144,74	28,4	5.896.422,66	100,0
Humaitá	1.133.307,91	69,3	500.566,44	30,6	1.633.874,35	100,0
Miraguaí	976.242,60	61,9	600.009,02	30,0	1.576.251,62	100,0
Nova Candelária	884.833,67	58,8	617.463,24	41,1	1.502.296,92	100,0
Redentora	1.011.507,08	33,0	2.050.517,58	66,9	3.062.024,66	100,0
São Martinho	1.349.249,92	71,8	528.810,53	28,1	1.878.060,46	100,0

Sede Nova	1.045.134,93	75,6	335.847,76	24,3	1.380.982,69	100,0
Tenente Portela	1.894.115,04	52,0	1.744.219,81	47,9	3.638.334,85	100,0
Tiradentes do Sul	961.471,55	43,2	1.262.854,08	56,7	2.224.325,63	100,0
Três Passos	3.783.663,77	61,6	2.352.638,84	38,3	6.136.302,61	100,0
Vista Gaúcha	1.204.216,98	71,5	478.192,04	28,4	1.682.409,02	100,0
TOTAL	28.937.205,31	60,9	18.529.476,10	39,0	4.746.668.142	100,0

Fonte: EBERHART, Naira. Psicóloga, Pós-Graduanda em Gestão em Saúde, 2012.

### 3.2.3 Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.

A Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000 estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Segundo Campelli e Calvo (2007, p. 1) “A EC-29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde”. De acordo com a EC nº 29/2000 o valor médio anual aplicado em saúde deve ser no mínimo 15% pela esfera municipal. Constatou-se que no período de 2008-2010 os municípios da microrregião de Ijuí/RS aplicaram em média 23,2% enquanto os municípios da microrregião de Três Passos/RS aplicaram em média 16,9% dos recursos financeiros em saúde. Em ambas as microrregiões, a maioria dos municípios estão cumprindo as determinações da EC n.º 29/2000 – à exceção de Chiapeta, Campo Novo, Derrubadas, Nova Candelária e Tiradentes do Sul.

**Tabela 5. Recursos próprios aplicados em saúde, municípios das microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).**

Municípios da Microrregião de Ijuí/RS	Valor médio em R\$ de recursos próprios aplicados em saúde (R\$ e %)	Base de cálculo	% da primeira coluna sobre a segunda
Ajuricaba	1.321.339,52	8.782.093,13	15,0
Alegria	971.682,24	6.207.996,27	15,6
Augusto Pestana	1.536.274,86	8.967.160,22	17,1
Bozano	1.117.158,49	6.198.114,60	18,0
Chiapeta	844.612,05	7.889.761,70	10,7
Condor	2.066.244,96	9.009.332,79	22,9
Coronel Barros	1.164.454,63	6.033.538,67	19,2
Coronel Bicaco	1.421.579,26	8.687.920,05	16,3
Ijuí	17.789.365,42	58.428.892,23	30,4
Inhacorá	1.045.393,26	5.749.442,22	18,1
Nova Ramada	1.322.836,12	6.432.164,68	20,5
Panambi	10.968.595,29	38.894.763,02	28,2
Pejuçara	1.270.627,1	8.382.274,35	15,1
Santo Augusto	2.577.904,12	14.372.018,89	17,9
São Valério do Sul	865.734,96	5.334.960,89	16,2
TOTAL valor médio	46.283.802,32	199.370.433,75	23,2

anual em R\$ e %			
<b>Municípios da Microrregião de Três Passos/RS</b>	<b>Valor médio em R\$ de recursos próprios aplicados em saúde (R\$ e %)</b>	<b>Base de cálculo</b>	<b>0 % da primeira coluna sobre a segunda</b>
Barra do Guarita	1.144.167,19	5.366.885,93	21,3
Boa Vista do Buricá	1.321.843,12	7.721.050,82	17,1
Bom Progresso	928.951,90	5.570.314,88	16,6
Braga	1.092.175,29	5.930.768,86	18,4
Campo Novo	827.815,20	7.236.413,67	11,4
Crissiumal	2.076.812,09	13.084.203,67	15,8
Derrubadas	853.481,36	6.435.066,40	13,2
Doutor Maurício Cardoso	1.180.470,16	7.508.329,27	15,7
Esperança do Sul	1.046.467,59	5.887.363,53	17,7
Horizontina	4.221.277,91	25.086.517,53	16,8
Humaitá	1.133.307,91	7.244.524,88	15,6
Miraguaí	976.242,60	5.781.192,73	16,8
Nova Candelária	884.833,67	7.211.796,76	12,2
Redentora	1.011.507,08	6.576.492,78	15,3
São Martinho	1.349.249,92	7.630.769,69	17,6
Sede Nova	1.045.134,93	6.235.295,75	16,7
Tenente Portela	1.894.115,04	11.849.875,75	15,9
Tiradentes do Sul	961.471,55	6.519.061,26	14,7
Três Passos	3.783.663,77	21.344.328,03	17,7
Vista Gaúcha	1.204.216,98	6.592.753,34	18,2
TOTAL valor médio anual em R\$ e %	28.937.205,31	511.080.477,6	16,9

Fonte: EBERHART, Naira. Psicóloga, Pós-Graduada em Gestão em Saúde, 2012.

### 3.2.4 Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental

O gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental no conjunto de municípios da microrregião de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 está especificado na tabela abaixo com dados do SIOPS. A microrregião de Ijuí/RS mostrou o gasto per capita (R\$ 365,00) mais elevado, comparado ao gasto per capita (R\$ 128,85) da microrregião de Três Passos/RS. Os municípios de Ijuí e de Panambi pertencentes à microrregião de Ijuí/RS aplicaram 30,4% e 28,2% em saúde enquanto o gasto per capita foi de R\$ 297,19 e R\$ 474,07 respectivamente. Já o município de Chiapeta pertencente à microrregião de Ijuí/RS e o município de Nova Candelária pertencente à microrregião de Três Passos/RS aplicaram 10,7% e 12,2% em saúde enquanto o gasto per capita foi de R\$ 422,25 e R\$ 546,09 respectivamente. Isto nos instiga o seguinte questionamento: o que leva tais municípios apresentar gasto per capita semelhante quando apresentam uma disparidade na aplicação de

recursos em saúde? Será que isso decorre pela insuficiência de recursos transferidos ou pela ineficiência da gestão financeira?

**Tabela 6. Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo, municípios das microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).**

<b>Municípios da Microrregião de Ijuí/RS</b>	<b>Valor médio em R\$ por habitante de recursos próprios aplicados em saúde pela esfera municipal</b>	<b>Valor médio em R\$ de recursos transferidos de outras esferas de governo</b>	<b>Total</b>
Ajuricaba	182,12	187,61	369,73
Alegria	225,92	200,81	426,73
Augusto Pestana	216,49	157,51	531,51
Bozano	507,79	122,39	630,18
Chiapeta	208,85	213,40	422,25
Condor	315,36	100,00	415,36
Coronel Barros	261,14	67,23	328,37
Coronel Bicaco	183,47	121,03	304,50
Ijuí	225,42	71,77	297,19
Inhacorá	428,96	214,44	643,40
Nova Ramada	542,81	108,16	650,97
Panambi	288,20	185,87	474,07
Pejuçara	319,81	131,21	451,02
Santo Augusto	184,55	45,14	229,69
São Valério do Sul	327,06	216,06	543,12
TOTAL <i>gasto per capita médio em R\$</i>	248,94	116,06	365,00
<b>Municípios da Microrregião de Três Passos/RS</b>	<b>Valor médio em R\$ por habitante de recursos próprios aplicados em saúde pela esfera municipal</b>	<b>Valor médio em R\$ de recursos transferidos de outras esferas de governo</b>	<b>Total</b>
Barra do Guarita	370,40	129,56	499,96
Boa Vista do Buricá	201,07	89,53	290,60
Bom Progresso	399,03	46,26	445,29
Braga	295,02	206,08	501,10
Campo Novo	151,64	186,70	338,34
Crissiumal	147,45	95,03	242,48
Derrubadas	208,85	201,56	410,41
Doutor Maurício Cardoso	222,18	189,38	411,56
Esperança do Sul	219,82	157,96	377,78
Horizontina	230,06	91,29	321,35
Humaitá	230,39	101,76	433,91
Miraguaí	201,07	123,58	324,65
Nova Candelária	321,64	224,45	546,09
Redentora	98,95	200,59	299,54
São Martinho	233,71	91,60	325,31
Sede Nova	347,10	111,54	458,64
Tenente Portela	138,06	127,13	265,19

Tiradentes do Sul	148,81	195,45	344,26
Três Passos	157,89	98,16	256,05
Vista Gaúcha	436,46	173,32	609,78
TOTAL <i>gasto per capita médio em R\$</i>	201,22	128,85	330,07

Fonte: EBERHART, Naira. Psicóloga, Pós-Graduanda em Gestão em Saúde, 2012.

### 3.2.5 Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas

Nas microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 a Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial aparecem como as subfunções orçamentárias de maior gasto em saúde e a Alimentação e Nutrição aparece como a subfunção orçamentária de menor gasto em saúde (tabela 7).

**Tabela 7. Gasto público em saúde por subfunção orçamentária, municípios das microrregiões de Ijuí e de Três Passos, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).**

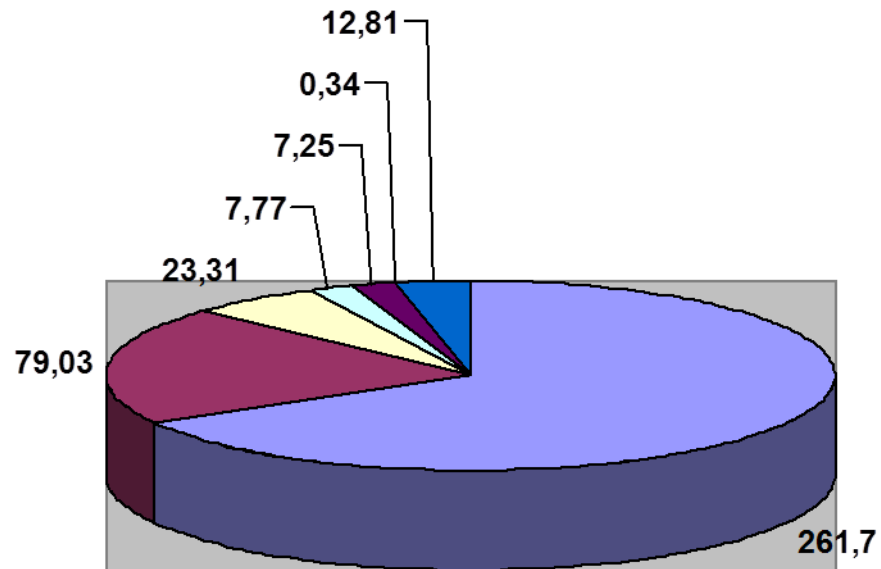
Municípios da Microrregião de Ijuí/RS	Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Outras Subfunções
Ajuricaba	2.286.842,00	255.000	0,00	0,00	40.800,38	0,00	99.853,29
Alegria	1.043.539,16	745.578,06	26.759,89	0,00	9.887,16	0,00	0,00
Augusto Pestana	1.981.284,69	613.334,85	39.304,06	568,42	4.371,61	0,00	0,00
Bozano	1.350.126,26	0,00	0,00	24.131,12	10.791,57	0,00	1.388,69
Chiapeta	1.585.904,97	112.000	0,00	9.711,27	0,00	0,00	0,00
Condor	2.721.471,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coronel Barros	1.449.673,64	0,00	0,00	5.353,95	9.233,94	0,00	0,00
Coronel Bicaco	1.796.599,30	157.669,19	55.684,41	46.045,88	26.081,08	0,00	277.280,81
Ijuí	21.511.914,99	508.171,06	232.177,31	47.405,61	123.121,96	0,00	1.030.740,93
Inhacorá	1.188.231,35	131.705,03	0,00	6.333,33	6.333,33	0,00	198.936,90
Nova Ramada	1.114.017,32	390.783,22	15.780,53	6.820,81	15.723,32	0,00	43.308,29
Panambi	6.715.955,84	9.779.699,40	1.040.916,80	12.870,81	189.834,15	63.526,52	239.992,00
Pejuçara	1.741.916,89	0,00	34.027,50	535,99	13.215,93	0,00	2.251,85
Santo Augusto	1.007.549,59	1.970.778,72	0,00	0,00	0,00	0,00	230.147,94
São Valério do Sul	1.160.748,09	18.202,26	0,00	0,00	0,00	0,00	258.718,72
TOTAL	48.655.776,07	14.693.588,50	1.444.650,53	159.777,23	1.348.183,37	63.526,52	2.382.619,45
TOTAL <i>per capita</i>	261,70	79,03	23,31	7,77	7,25	0,34	12,81
Municípios da Microrregião de Três Passos/RS	Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Outras Subfunções
Barra do Guarita	623.698,23	920.685,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Boa Vista do Buricá	1.858.826,60	0,00	0,00	4.742,65	46.857,49	0,00	0,00

Bom Progresso	333.754,16	595.197,73	0,00	0,00	0,00	0,00	10.7703,37
Braga	1.630.425,83	22.614,82	180.631,96	5.655,54	7.031,11	0,00	11.110,86
Campo Novo	1.289.694,04	347.726,85	160.120,67	4.813,70	28.059,88	0,00	16.636,63
Crissiumal	3.109.004,75	34.654,72	181.885,17	21.968,38	67.789,94	0,00	0,00
Derrubadas	296.834,54	1.138.861	0,00	4.470,69	7.751,47	18.052,89	30.514,90
Doutor Maurício Cardoso	1.704.659,80	217.951,73	92.804,85	9.831,74	53.454,02	0,00	107.963,84
Esperança do Sul	1.452.150,40	16.000	0,00	7.196,99	14.154,32	0,00	73.824,76
Horizontina	5.576.436,40	0,00	0,00	23.047,20	77.753,14	3.313,53	215.872,36
Humaitá	29.896,80	1.130.665,66	0,00	0,00	0,00	0,00	473.311,88
Miraguaí	157.6251,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Candelária	1.411.778,39	0,00	0,00	0,00	33.880,82	0,00	56.637,70
Redentora	2.218.113,51	9.865,73	0,00	6.216,58	21.121,53	0,00	806.707,30
São Martinho	1.834.249,90	0,00	0,00	11.208,54	32.602,01	0,00	0,00
Sede Nova	126.021,42	547.158,46	0,00	8.585,15	10.607,84	0,00	688.609,80
Tenente Portela	3.519.220,84	100.406,33	0,00	0,00	18.707,67	0,00	0,00
Tiradentes do Sul	1.989.117,78	215.409,54	0,00	2.151,25	17.647,09	0,00	0,00
Três Passos	5.318.911,86	677.835,61	0,00	47.774,10	91.781,03	0,00	0,00
Vista Gaúcha	1.052.859,89	601.677,15	0,00	4.631,23	12.918,93	0,00	10.321,81
TOTAL	36.951.906,83	6.576.710,91	615.442,67	162.293,79	542.118,35	21.366,42	2.599.215,24
TOTAL <i>per capita</i>	256,96	45,73	4,27	1,12	3,76	0,14	18,07

Fonte: EBERHART, Naira. Psicóloga, Pós-Graduada em Gestão em Saúde, 2012.

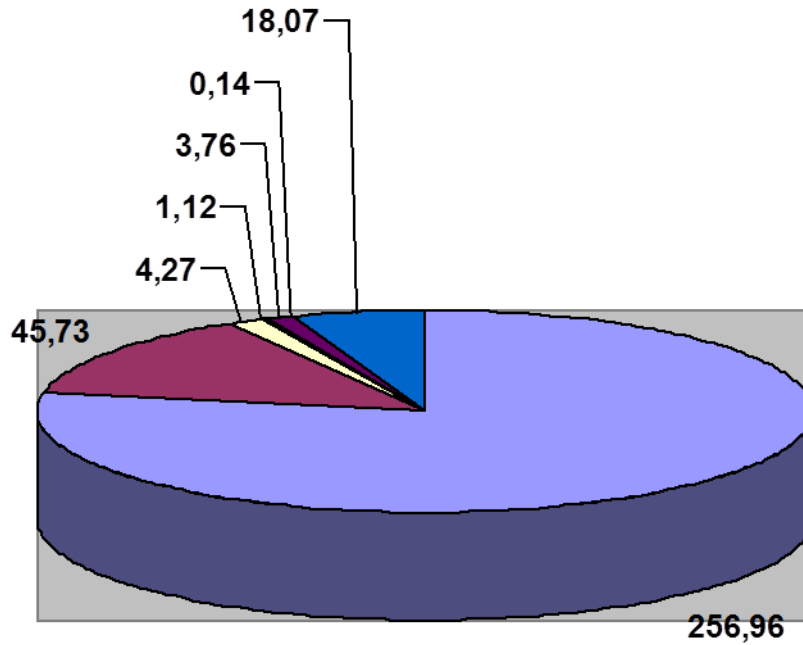


### Subfunção Orçamentária Predominante na Microrregião de Ijuí/RS



Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária
Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição
Outras Subfunções	

### Subfunção Orçamentária Predominante na Microrregião de Três Passos/RS



Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária
Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição
Outras Subfunções	

#### 4. Conclusões/Considerações Finais

Este trabalho de conclusão de curso teve como perspectiva abordar o financiamento e gestão pública em saúde na microrregião de Ijuí e de Três Passos, RS, entre 2008 e 2010. A coleta de dados foi realizada através do SIOPS com vista na quantificação do volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios e conseguinte aplicação de recursos pelos municípios. Além da verificação do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 e o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental e as subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas.

Ao pesquisarmos sobre o financiamento e gestão pública em saúde nos deparamos com a dificuldade em localizar alguns dados no SIOPS para posterior cálculo o que gerou uma preocupação na obtenção de resultados fidedignos. Ao considerarmos a relevância do referido instrumento para a compreensão das questões de financiamento e gestão pública em saúde destaca-se a necessidade deste ser revisado constantemente para o aperfeiçoamento do sistema.

Os dados obtidos por meio do SIOPS revelam a importância da fonte de recursos oriundos das três esferas do governo: federal, estadual e municipal na efetivação das ações e serviços em saúde. Em relação ao repasse dos recursos financeiros constatamos que em ambas as microrregiões foram aplicados mais recursos próprios em saúde do que recursos transferidos das outras esferas de governo.

A microrregião de Ijuí aplicou 23,2% de recursos próprios em saúde em vista da microrregião de Três Passos que aplicou 16,9% de recursos próprios em saúde. Os dados também confirmam que a microrregião de Ijuí apresentou o gasto per capita de R\$ 365,00 mais elevado que o gasto per capita de R\$ 128,85 da microrregião de Três Passos. Em seu conjunto, os municípios das, duas microrregiões aplicaram no mínimo 15% dos recursos em saúde segundo a determinação da EC nº.29/2000.

Os municípios de Ijuí e de Panambi pertencentes à microrregião de Ijuí/RS aplicaram 30,4% e 28,2% em saúde enquanto o município de Chiapeta pertencente à microrregião de Ijuí/RS e o município de Nova Candelária pertencente à microrregião de Três Passos/RS aplicaram 10,7% e 12,2% em saúde. A razão pela qual tais municípios não aplicaram o

mínimo esperado de 15% em saúde aponta para a insuficiência de recursos no setor ou pela ineficiência da gestão em saúde.

Em relação às subfunções orçamentárias de saúde averiguamos que a atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial representaram maior gasto em saúde nas microrregiões estudadas. Na maioria dos municípios da microrregião de Três Passos a subfunção orçamentária de suporte profilático e terapêutico e de alimentação e nutrição tem sido pouco expressiva em relação às demais.

Os dados apresentados nos gráficos exprimem a relevância do fortalecimento e apoio à subfunção orçamentária da atenção básica e da assistência hospitalar e ambulatorial em vista do expressivo gasto per capita efetuado bem como, da fragilidade dessa camada em relação às ações e serviços em saúde. Os gastos efetuados na atenção básica e na assistência hospitalar e ambulatorial revelam que o SUS continua sendo o principal financiador dos serviços utilizados pela população.

O SUS é meu, é seu e como tal pode ser usado por todos nós para gozarmos de um pleno estado de saúde. O SUS tem ampliado a rede de prestação de serviços de pequena, média e alta complexidade desde consultas, exames e internações até o atendimento aos doentes de Aids e transplantes. Mas, atualmente se observou um investimento da mídia entorno dos planos privados através de uma falácia acerca da perfeição sobre estes, enquanto o SUS é denegrado através de imagens como ‘a mulher que pariu na calçada’, ‘o usuário que permaneceu um longo período na fila de espera’ entre outros.

Isto levanta o seguinte questionamento: Será que os planos privados de saúde seriam capazes de lançar um olhar sobre um sujeito e não sobre um cliente? Pagar um plano de saúde garante a qualidade da prestação dos serviços? O plano privado representa mais um pagamento pela prestação de serviços enquanto já se paga através de impostos à prestação de serviços oferecidos pelo SUS. O plano privado além de custar caro, muitas vezes, não cobre o custo de medicamentos, exames e cirurgias, pois visa o lucro e, por conseguinte, tende a direcionar seus serviços para clientes jovens e sádios ao invés de sujeitos doentes e idosos.

O contexto sócio político acerca do SUS aponta para um assédio exercido sobre as políticas públicas onde se constata um discurso que difama o SUS nos jornais, rádios e TVs.

A mídia mostra os pontos negativos como filas de espera, hospitais lotados, falta de remédios e deixa de mostrar os pontos positivos como assistência integral e gratuita de consultas, exames, cirurgias entre outros. O massacre da mídia sobre o SUS tem contribuído para o preconceito acerca deste e, conseqüentemente, os fins lucrativos com exposição negativa dos serviços públicos de saúde.

O plano de saúde privado poderia acompanhar a proposta do plano de saúde público na promoção pela saúde e do bem estar do povo brasileiro, entretanto, não é isso que se tem observado, por isso, se torna relevante desenvolver o senso crítico sobre essa questão. O fato de se investir em saúde não implica necessariamente pagar em dobro por esses serviços no setor privado, mas aproveitar e desfrutar dos serviços do SUS que são por direito destinados para toda população.

O SUS está em nossas vidas desde a nossa concepção e a partir desse momento temos o direito de usufruir de seus serviços. As ações e serviços do SUS se voltam desde o cuidando do controle da água, dos alimentos, do controle de vetores de doenças, do atendimento de urgências e emergência e das ações específicas de atenção assistencial à saúde. O SUS poderá se tornar cada vez melhor à medida que participarmos de maneira ativa nos Conselhos de Saúde, nos Orçamentos Participativos e demais ações em saúde.

Vale ressaltar, a importância do financiamento e gestão pública em saúde atuarem em consonância para o aprimoramento contínuo do SUS, uma vez que o repasse dos recursos financeiros por si só não garantem a eficiência e eficácia das ações em saúde. Além disso, também é preciso uma adequada aplicação e gerenciamento dos recursos financeiros, bem como dos serviços em saúde no SUS.

Em vista dos dados coletados sobre o financiamento e gestão pública em saúde percebemos a importância de conhecer as características sobre essas duas temáticas para avaliar a situação dos gastos no setor e assim angariar meios para efetuar o planejamento e gestão em saúde pública de forma eficaz em prol do desenvolvimento das condições de saúde da população.

## Referências Bibliográficas

ABRASCO, CFM e UERJ. **Seminário Impasses e Alternativas para o Financiamento do SUS Universal**. Termo de Referência, 2011. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/TRSeminario2.pdf>.

Acesso em: 01 fev. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 05 fev. 2012. Acesso em: 14 jan. 2012.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow, CALVO, Maria Cristina M. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 7, p. 1613-23, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2012.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Políticas de saúde : fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa**. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

CASTRO, Ana Luiza Barros de; MACHADO, Cristiane Vieira. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):693-705, abr, 2010.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-8, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a04v08n2.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2012.

LIMA, Claudia Risso de Araujo, CARVALHO, Marília Sá, SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. **Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, pp. 1855-64, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/09.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.

MISOCKZI, M. C., BORDIN, R. et all. **Gestão Local em Saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

PORTO, Silvia Marta, UGÁ, Maria Alicia Dominguez, MOREIRA, Rodrigo da Silva. **Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 - 2008**. *Ciência & Saúde Coletiva* v.16, n.9, p. 3795-3806, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a15v16n9.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2012.

SILVA, Keila Silene de Brito e, BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de, GONCALVES, Rogério Fabiano. **Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v.26, n.2, p. 373-382, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/16.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2012.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca, TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. **Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-91, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a05v08n2.pdf>. Acesso em: 28 jan.. 2012.

VAZQUEZ, Daniel Arias. **Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, n.6, p. 1201-1212, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/17.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2012.