



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
FRANCISCO CARLOS UCHÔA DO AMARAL

**FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA-CEARÁ,
NO PERÍODO DE 2000 A 2008**

FORTALEZA – CEARÁ

2010

FRANCISCO CARLOS UCHÔA DO AMARAL

FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA-CEARÁ,
NO PERÍODO DE 2000 A 2008

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços e Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

FORTALEZA – CEARÁ
2010

A485f

Amaral, Francisco Carlos Uchôa do

Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no município de Caucaia-Ceará, no período de 2000 a 2008 / Francisco Carlos Uchôa do Amaral. — Fortaleza, 2010.

82 p. ; il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Área de Concentração: Serviços e Políticas de Saúde

1. Serviços públicos de saúde. 2. Financiamento em saúde. 3. Ações em saúde. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 362.1068

U.E.C.E



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde no Município de Caucaia- Ceará, no Período de 2000 a 2008."

Nome do Mestrando: Francisco Carlos Uchôa do Amaral

Nome do Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marcelo Gurgel Carlos da Silva", is written over a horizontal line.

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
(Orientador)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luiz Odorico Monteiro de Andrade", is written over a horizontal line.

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Thereza Maria Magalhães Moreira", is written over a horizontal line.

Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
(2º membro)

Data da defesa: 29/11/2010.

Dedico a minha família, especialmente a meu pai Roldão e minha mãe Daustria (*In memoriam*), pelo grande aprendizado de vida e pela forma irrestrita que se sacrificaram para me dar apoio. D. Luciano Mendes foi sábio quando afirmou que “a família é a instituição mais antiga e benéfica da humanidade. Antecede à Sociedade e ao Estado. Tem por origem e modelo a relação de amor e união entre as pessoas.”

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela sua misericórdia e pela bondade em iluminar os meus caminhos.

À minha esposa Elza e meu filho João Pedro pela paciência e por compreenderem os momentos em que não pude estar presente com eles.

À Secretaria de Saúde de Caucaia, à Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, à Associação dos Agentes de Saúde da Microrregional de Caucaia pela presteza em disponibilizar os dados para a pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, pelo aprendizado, empenho e disponibilidade que sempre demonstrou.

Ao Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade e Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira pela gentileza e a honra em participar da banca examinadora.

Aos meus colegas de mestrado pela solidariedade e companheirismo.

À Coordenação, professores e funcionários do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE pelo auxílio prestado sempre que precisei.

Enfim, minha gratidão a todos que se sensibilizaram e viabilizaram a concretização deste trabalho.

Dedicação é a capacidade de se entregar à realização de um objetivo. Não conheço ninguém que tenha progredido na carreira sem trabalhar pelo menos doze horas por dia nos primeiros anos. Não conheço ninguém que conseguiu realizar seu sonho sem sacrificar sábados e domingos pelo menos uma centena de vezes. Da mesma forma, se você quiser construir uma relação amigável com seus filhos, terá de se dedicar a isso, superar cansaço, arrumar tempo para ficar com eles, deixar de lado o orgulho e o comodismo. Se quiser ser feliz, terá de investir tempo, energia, e sentimentos nesse objetivo. O sucesso é construído à noite! Durante o dia você faz o que todos fazem. Mas, para conseguir um resultado diferente da maioria, você tem de ser especial! Se fizer igual a todo mundo, obterá os mesmos resultados. Não se compare à maioria, pois, infelizmente, ela não é o modelo de sucesso. Se você quiser atingir uma meta especial, terá de estudar no horário em que os outros estão tomando chope com batatas fritas. Terá de planejar, enquanto os outros permanecem em frente da televisão. Terá de trabalhar, enquanto os outros tomam sol à beira da piscina. A realização de um sonho depende de dedicação. Há muita gente que espera que o sonho se realize por magia. Mas toda magia é ilusão. E ilusão não tira ninguém do lugar onde está. Ilusão é combustível de perdedores.

Roberto Shinyashiki

RESUMO

AMARAL, F. C. U. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no município de Caucaia-Ceará, no período de 2000 a 2008.** 2010. 84 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)–Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

O presente trabalho teve por objetivos identificar os recursos financeiros destinados às ações e serviços públicos de saúde no município de Caucaia e analisar a sua aplicação nessas ações e serviços públicos de saúde por meio de mecanismos orçamentário-financeiros, no período de 2000 a 2008. O estudo teve como fonte básica de dados secundários o “site” do Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Como fontes complementares foram feitas consultas a documentos oficiais do governo municipal: Planos Plurianuais Municipais (2002-2005 e 2006-2009), Lei de Diretrizes Orçamentárias Municipais, Leis Orçamentárias Anuais Municipais, Planos Municipais de Saúde (2001-2004 e 2005-2008), Relatórios Anuais de Gestão, documentos da Coordenadoria Administrativo-Financeira da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e documentos da Associação dos Agentes de Saúde da Microrregional de Caucaia. Do período em estudo, foi feita uma análise das receitas da administração direta em Caucaia; das receitas com impostos; da evolução dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, por esfera governamental (municipal, estadual e federal); da evolução temporal das despesas em saúde por subfunção administrativa e subfunção vinculada (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância à Saúde – Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental); das despesas da Assistência Hospitalar e Ambulatorial por tipo de prestador; das despesas com pessoal; da evolução do grau de comprometimento de receitas municipais no financiamento da saúde – análise do cumprimento da EC 29; das despesas *per capita* em saúde. Os dados revelam que no período pesquisado a União foi a esfera governamental que mais contribuiu com as despesas com saúde no município, que o município vem aplicando recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde acima do que preconiza a EC 29, que o município teve na Assistência Ambulatorial Especializada e Hospitalar maiores dispêndios com os prestadores privados do que com o público.

Palavras-chave: Financiamento. Ações. Serviços. Saúde. Caucaia.

ABSTRACT

AMARAL, F. C. U. **Financing to actions and public health services in the municipality of Caucaia-Ceará, for the period 2000 to 2008.** 2010. 84f. Dissertation (Máster in Public Health Scholar) – Center for Health Sciences, State University of Ceará, Fortaleza, 2010.

This work which aims to identify the financial resources to actions and public health services in the municipality of Caucaia and review its implementation in these actions and public health services through mechanisms and financial budget for the period 2000 to 2008. The study had as its basic source of secondary data the website of the Department of the SUS – DATASUS. As additional sources were consulted official documents of the municipal government: Municipal Multi-Year Plans (2002-2005 and 2006-2009), the Budget Guidelines Law Municipal Annual Budget Laws Municipal, Municipal Health Plans (2001-2004 and 2005-2008), Annual Reports of Management, documents of the Coordination of Administrative and Financial Department of Health of Ceará and documents of the Association of Health Workers of the microregional Caucaia. The period under study was an analysis of government revenues in direct deposit; of tax revenues, the development of resources for financing the health services and actions by federal entity (municipal, state and federal), the temporal evolution of expenditure on health per subfunction administrative and sub-bound (Primary Care, and Outpatient Hospital Care, Support Prophylactic and Therapeutic Health Surveillance – Surveillance, Epidemiology and Environmental Monitoring), the costs of hospital and outpatient care by type of provider; expenditure personnel, the evolution of the degree of municipal revenue in health financing - an analysis of compliance with Amendment 29, the per capita expenditure on health. The data reveal that the Union during the study period was the federal entity that contributed to the health expenditures in the municipality, the council has been applying its own resources and actions in public health services above the EC 29, which recommended that the county had Specializing in Ambulatory Care and Hospital largest expenditures for private providers than with the public.

Keywords: Financing. Actions. Services. Health. Caucaia.

LISTA DE TABELAS

1	Equipamentos e serviços na Secretaria de Saúde de Caucaia, comparativo 2000-2008.....	42
2	Demonstrativo das receitas com impostos e percentual de sua participação em relação ao total das receitas da administração direta em Caucaia, 2000-2008.....	45
3	Demonstrativo do total das despesas com saúde em Caucaia por ente federado, 2000-2008 (Em R\$ correntes).....	47
4	Demonstrativo percentual das despesas com saúde em Caucaia por ente federado, 2000-2008.....	48
5	Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção administrativa e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008.....	50
6	Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ATENÇÃO BÁSICA e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008.....	51
7	Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008.....	52
8	Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL por tipo de prestador e percentual de sua participação em relação ao total de despesas com a ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR em Caucaia, 2000-2008.....	52
9	Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA HOSPITALAR por tipo de prestador e percentual de sua participação em relação ao total de despesas com a ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR em Caucaia, 2000-2008.....	53
10	Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008.....	54
11	Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – VIGILÂNCIA EM SAÚDE e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008.....	55
12	Demonstrativo das despesas da saúde com pessoal e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

1	Demonstrativo do total das receitas da administração direta em Caucaia, 2000-2008 (Em R\$ correntes).....	45
2	Demonstrativo das receitas com impostos em Caucaia, 2000-2008.....	46
3	Demonstrativo do total das despesas com saúde em Caucaia por ente federado, 2000-2008 (Em R\$ correntes).....	47
4	Demonstrativo percentual das despesas com saúde em Caucaia por ente federado, 2000-2008.....	48
5	Demonstrativo do percentual mínimo e aplicado em saúde em Caucaia de acordo com a EC 29, 2000-2008.....	49
6	Demonstrativo <i>per capita</i> das despesas com saúde em Caucaia, Ceará e Brasil, 2000-2008.....	49
7	Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção administrativa em Caucaia, 2000-2008.....	50
8	Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL por tipo de prestador em Caucaia, 2000-2008.....	53
9	Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA HOSPITALAR por tipo de prestador em Caucaia, 2000-2008.....	54
10	Demonstrativo do percentual das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ATENÇÃO BÁSICA, ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR, SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO e VIGILÂNCIA EM SAÚDE, em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000.....	55
11	Demonstrativo do percentual das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ATENÇÃO BÁSICA, ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR, SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO e VIGILÂNCIA EM SAÚDE, em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2008.....	56
12	Demonstrativo das despesas com pessoal da saúde em Caucaia, 2000-2008.....	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidade Odontológica
CFB	Constituição Federal Brasileira
CIPP	Complexo Industrial Portuário do Pecém
COAFI	Coordenadoria Administrativo-Financeira
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRU	Desvinculação das Receitas da União
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EC 29	Emenda Constitucional 29
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
Fundação SESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNDEF	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IGP-M	Índice Geral de Preços do Mercado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INS	Índices de Necessidade em Saúde
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IPTU	Imposto Predial Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto de Renda
MS	Ministério da Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto

PLC	Projeto de Lei Complementar
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	ECONOMIA DA SAÚDE: contextualização e importância.....	19
2.2	FINANCIAMENTO DA SAÚDE: da Constituição de 1988 ao Pacto pela Saúde.....	21
2.3	EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 29/2000.....	28
2.4	DATASUS.....	32
2.5	INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO.....	35
3	OBJETIVOS.....	38
3.1	OBJETIVO GERAL.....	38
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	NATUREZA E TIPOLOGIA DA PESQUISA.....	39
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	39
4.3	FONTES DE COLETA DE DADOS.....	43
4.4	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5	RESULTADOS.....	45
6	DISCUSSÃO.....	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICES.....	74
	APÊNDICE A – TABELAS.....	75
	ANEXOS.....	80
	ANEXO A – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	81
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE.....	82

1 INTRODUÇÃO

Para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a maior dificuldade sempre foi a de um financiamento definido e suficiente para os investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. Pelo exposto, ressalta-se que a motivação para realizar uma análise do financiamento das ações e serviços públicos de saúde no município de Caucaia-Ceará, no período de 2000 a 2008, decorre de inquietações do autor e sua sensibilidade em perceber-se como ator social e protagonista neste cenário, pleno de conflitos e contradições. Esse recorte temporal justifica-se pelo fato de ser 2000 o ano da aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC 29) e coincidir com 2 (dois) períodos completos de administração municipal.

Por ser usuário do SUS, ter sido profissional de saúde da assistência do sistema e de 2005 a 2008 ter exercido a função de Coordenador de Gestão da Saúde, evidencia que o autor vem desempenhando distintos papéis na construção do SUS. Portanto, as inquietudes afloram em diversos momentos, principalmente trabalhando na gestão, procurando compreender o mecanismo de financiamento da saúde no município e a aplicação dos recursos financeiros nas ações e serviços de saúde municipais.

O processo de implementação do SUS tem, no seu financiamento, um reconhecido ponto crítico, por causa das implicações diretas sobre a magnitude e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população usuária. Não apenas as enormes restrições financeiras têm sido apontadas como limitadoras, mas também as diversas dimensões do modelo de financiamento: as bases de arrecadação dos recursos que compõem as fontes de receita, a oportunidade de vinculação destas fontes, os mecanismos de transferência de recursos entre os níveis do sistema (federal, estadual e municipal), as formas de regulação e remuneração dos atos médicos (MENDES, 1996).

Segundo previsão constitucional (art. 196), o financiamento das ações da saúde visa à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Ou seja, seu objetivo é custear as ações voltadas à prevenção e ao combate de doenças.

A Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 preocupou-se com a necessidade de criar fontes de financiamento capazes de garantir o atendimento das ações e serviços de saúde e impôs essa responsabilidade às três esferas de governo, devendo, cada qual, assegurar o aporte regular de recursos. No entanto, não assegurou um percentual de aplicação obrigatória para o setor (BRASIL, 1988).

Essa omissão do constituinte provocou grave crise de financiamento para a implantação do SUS, a qual foi reconhecida pela XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000. Ficou consignado no relatório final dessa Conferência que a contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nesses dez anos, na dificuldade de obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde, em constante atrito com a expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado, coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico no Brasil.

Para Carvalho (2009),

A luta para se conseguir mais recursos para a área de saúde só terá chance de ser vitoriosa quando fizer parte de uma luta de cidadania onde todos os brasileiros estiverem reunidos: governos, prestadores, trabalhadores de saúde e cidadãos usuários dos serviços de saúde com o duplo objetivo de conseguir mais recursos e usar melhor os existentes.

E prossegue afirmando que “[...] A ação de saúde é cara e de mensuração de resultados extremamente complexa.” (CARVALHO, 2009).

As ações e serviços de saúde são de relevância pública, sendo financiados com recursos do Orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Com a instituição do Sistema Único de Saúde, a origem dos recursos para o seu financiamento passou a ser tema de extrema importância e atualidade.

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

De acordo com o princípio da diferenciação, previsto no parágrafo 1º do art. 195 da Constituição, as receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios destinadas à Seguridade Social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

Em respeito aos princípios da autonomia e integração, contidos no & 2º do art. 195, a proposta de orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

O tratamento constitucional dos preceitos do financiamento do Sistema Único de Saúde foi fundamental para a solidez do sistema. A Constituição de 1988 em sua redação original estabeleceu que cada esfera de Governo deveria alocar recursos de seus orçamentos para o financiamento do Sistema Único de Saúde. Porém, não previu parâmetros precisos, ficando os entes federados livres para aplicar os recursos que entendiam adequados. Ela não avançou a ponto de definir os critérios de aplicação de recursos para as ações e serviços de saúde.

A Emenda Constitucional 29 (EC-29), aprovada pelo Congresso Nacional e promulgada pelo Senado Federal em 13 de setembro de 2000, procurou corrigir essa omissão do constituinte de 1988 definindo a participação das esferas federal, estaduais e municipais no financiamento das ações e serviços de saúde.

A pesquisa justifica-se pelo desconhecimento dos gestores da saúde da evolução das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde no município de Caucaia, como também, pela falta de planejamento estratégico que norteie a aplicação de recursos financeiros nas ações e serviços públicos de saúde,

atendendo às demandas da população e aumentando a eficiência, a eficácia, a efetividade e a equidade na alocação desses recursos.

O estudo é relevante, pois seus resultados poderão indicar estratégias para equacionar essa situação e por meio de ferramentas da Economia da Saúde, propor um melhor direcionamento, de forma transparente, na aplicação e otimização de recursos financeiros nas ações e serviços públicos de saúde do município.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Campos (2001), o modelo de financiamento definido pela legislação, bem como o efetivamente implantado, tem sido objeto de permanentes conflitos e embates nos campos técnico e político entre atores situados nos três níveis de governo ou representando grupos de interesse.

A necessidade do afluxo ininterrupto de recursos para o custeio da rede de serviços, o modelo de organização descentralizado do SUS estabelecido pela Constituição de 1988, associado às dificuldades da aplicação direta dos critérios de distribuição de recursos previstos na legislação, bem como as mudanças conjunturais observadas no processo de implementação do sistema determinam de um espaço de contínua negociação e repactuação dos critérios de distribuição dos recursos centralmente arrecadados pelo nível federal. Essas características permitem considerar o SUS como um típico sistema de relações e de gestão intergovernamentais (CAMPOS, 2001).

A disponibilidade de informações financeiras sobre o perfil do financiamento e do gasto com as políticas públicas de saúde, para cada esfera de governo, constitui um imperativo para o processo de construção e a avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde. Tais informações podem viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas entre os entes federados, e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção, dentre outras questões (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Desde o seu princípio, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem tido presente a importância das repercussões econômicas da má saúde e da doença, das limitações financeiras que tão amiúde se opõem à prestação ou à obtenção de assistência médica e sanitária adequada, e das dificuldades de avaliação dos benefícios resultantes dessa assistência, em termos monetários ou com relação a outros critérios (SILVA, 2003a).

2.1 ECONOMIA DA SAÚDE: contextualização e importância

Del Nero (2002) afirma que a aplicação do conhecimento da Economia da Saúde 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.

Como área de conhecimento, a Economia da Saúde está fortemente consolidada na maioria dos países desenvolvidos, e, dada a sua importância para o setor saúde, a Organização Mundial da Saúde tem promovido o seu uso e estimulado a sua adoção para orientar as políticas de saúde nos países em desenvolvimento, e naqueles ainda subdesenvolvidos (THE WORLD BANK, 1993).

Depois da crise econômica no financiamento dos sistemas de saúde, como consequência das mudanças no perfil epidemiológico das populações dos maiores investimentos do setor, devido aos avanços tecnológicos e do alargamento da cobertura dos serviços às populações não cobertas, os países, industrializados ou não, reconheceram a necessidade de reduzir os custos do sistema até níveis controláveis, através da implantação de mecanismo de controle econômico que garantam e dê suporte na tomada de decisão no âmbito da saúde (SOUSA; TELLO, 2001).

Segundo Sousa e Tello (2001), a inserção e penetração da Economia da Saúde funciona como estímulo de renovação e ampliação das fronteiras científicas, relacionados em particular, aos problemas ligados à equidade das políticas sanitárias, às técnicas de avaliação econômica, à farmacoeconomia, à avaliação da tecnologia biomédica, áreas que tem recebido um forte impulso nos últimos anos.

Nos meios assistenciais está cada vez mais presente a idéia da necessidade da Avaliação Econômica como decorrência da limitação de recursos disponíveis, que serão sempre limitados e menores do que as necessidades potenciais ou do que a demanda de intervenções sanitárias. Os serviços de saúde dispõem de uma limitada quantidade de recursos que devem ser usados segundo

critérios de equidade e, por conta disso, é um imperativo ético otimizar o benefício gerado pelo emprego dos recursos (SILVA, 2004).

Os recursos para as ações e serviços de saúde são limitados, por isto Silva (2001) ressalta que estes recursos devem ser usados segundo critérios de equidade e, por conta disso, é um imperativo ético otimizar o benefício gerado pelo seu emprego.

Há, por assim dizer, uma necessidade premente de adoção de estratégias de intervenção, mais efetivas e a custo mais baixo, para deter esse processo de agravos à saúde no País. Para isso, espera-se que a Economia da Saúde ofereça parte dos instrumentos de forma a garantir um SUS mais eficiente e concorrendo para diminuir as disparidades de classes e geográficas deste país rico e pobre ao mesmo tempo, híbrido de país desenvolvido e em desenvolvimento, aportando benefícios para todos os segmentos sociais da população brasileira (SILVA, 2003b).

A economia da saúde em conjunção com outras disciplinas do conhecimento, como saúde pública, administração e medicina, poderá contribuir para a solução de alguns desses desafios importantes: a aplicação de medidas de custo-benefício entre setores para orientar a alocação de recursos e ampliar o debate sobre saúde para além do âmbito do Ministério da Saúde; o desenvolvimento de fontes estáveis de financiamento para cuidados de saúde que não restrinja o acesso dos pobres; a conscientização das técnicas de avaliação econômica e o seu uso pelos gestores locais; o desenvolvimento de interações positivas entre os serviços públicos e privados com ênfase na melhoria da qualidade e no alcance das metas de saúde pública para todos os provedores; o incentivo ao debate local sobre a distribuição dos recursos. Qual a melhor forma de utilizar os recursos públicos (com efetividade e equidade); a implementação de sistemas justos de alocação de recursos entre áreas, deixando margem para diferenças em necessidades e capacidade de geração de renda local; o planejamento de serviços aprimorado através de uma melhor coordenação com doadores e uma melhor análise de custos de projetos e programas por parte das equipes locais; a reforma do sistema de pagamento aos provedores para incentivar a produtividade e cuidados de saúde custo-efetivos; a conscientização

da equipe e o seu envolvimento na mensuração da eficiência dos serviços, analisando as causas dos problemas desenvolvendo soluções (SILVA, 2004).

2.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE: da Constituição de 1988 ao Pacto pela Saúde

A Constituição estabelece no parágrafo 10 do art. 195, que por meio de lei serão disciplinados os critérios de transferências de recursos para o Sistema Único de Saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida.

A utilização de critérios para orientar o estabelecimento de valores das transferências federais para estados e municípios surge na Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, mais precisamente no artigo 35:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo; Parágrafo 1º - Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuído segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentes de qualquer procedimento prévio; Parágrafo 2º - Nos casos de estados e municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados. Parágrafo 6º - o disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos (BRASIL, 2007a).

Como o artigo 35 da Lei 8080/90 não era autoaplicável, a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Art. 3º, § 1º) estabeleceu que enquanto não fosse regulamentado seria utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério previsto no parágrafo primeiro do artigo 35, ou seja, um *per capita* igualitário. (BRASIL, 2007a). A Lei n. 8142 reincorporou essa norma na legislação da saúde tornando regulares e automáticas as transferências do governo federal, desde que os estados e os municípios atendam os requisitos previstos no artigo 4º da mesma lei, quais sejam: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de

gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários. Apesar desse respaldo legal, passou-se um bom tempo, mais de três anos, para que esse tipo de transferência começasse a ocorrer (CARVALHO; SANTOS, 2001), assim mesmo de forma incipiente.

Esses repasses, contudo, tiveram como critério a utilização da série histórica dos repasses para o estado ou município em questão, como base para definir o montante de recursos a serem transferidos (BRASIL, 2007a).

No entanto, estes critérios nunca foram de fato obedecidos e o critério populacional tem prevalecido sobre os demais. A não adoção do conjunto de variáveis para realizar os repasses traz distorções ao sistema. O percentual destinado especificamente aos municípios também nunca foi obedecido (MANSUR, 2001).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/1991 e 01/1992, não chegaram propriamente a tratar de mecanismos de transferência regular e automática de recursos. Por essas NOBs as transferências, mesmo para órgãos públicos, passaram a ser feitas como ressarcimento pela prestação de serviços. Foi nessa época, contudo, que se estabeleceram tetos financeiros, por estado, para o pagamento de serviços hospitalares e tetos para os atendimentos ambulatoriais, estes últimos calculados com base no número de habitantes multiplicado pelo valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que era um valor variável que seguia uma estratificação estabelecida para os estados (BRASIL, 2007a).

Andrade (2001) destaca na NOB-SUS 01/1991 a criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), como forma de normatizar o pagamento a prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais respectivamente e na NOB-SUS 01/1992 como ponto forte em relação ao financiamento a alocação dos recursos do então INAMPS para constituir o Fundo Nacional de Saúde.

Foi o Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, depois das Normas Operacionais 01/91 e 01/92 do SUS, que estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. Repasses de

fundo a fundo, começaram a ser feitos para os estados e municípios habilitados na forma de gestão semi-plena conforme previsto na Norma Operacional Básica n. 01 de 1993. Essa Norma Operacional criou três condições de gestão – incipiente, parcial e semi-plena – às quais estados e municípios poderiam se habilitar, de acordo com suas capacidades técnicas para assumir as responsabilidades inerentes a cada uma das condições de gestão. Contudo, somente no caso da gestão semi-plena, a mais avançada, estava prevista a transferência regular e automática aos fundos de saúde de recursos federais, calculando-se tetos financeiro globais com base na série histórica de gastos (BRASIL, 2007a).

A NOB 01/1993 também fez avançar o processo de pactuação, negociação, articulação e integração. Possibilitou colocar em funcionamento a Comissão Intergestores Tripartite, e orientou a criação, em cada estado, da Comissão Intergestores Bipartite (CARVALHO, 2002).

Segundo Andrade (2001), a programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deveria ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Intergestores Bipartite, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referenciado pelo Conselho Estadual de Saúde. Em relação às atividades hospitalares foi sugerido que a Comissão Bipartite em cada estado definisse o quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o funcionamento de uma Câmara de Compensação, que viabilizasse a necessária circulação de AIHs entre os municípios, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

A Norma Operacional n. 01/96 do SUS introduziu novas condições de gestão para estados e municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde (BRASIL, 2007a). No primeiro caso, o município ficaria responsável pela assistência básica, prestada em unidades próprias ou através de contratos com provedores. No segundo caso, o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria autonomia para decidir sobre alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços (MANSUR, 2001).

Desta forma, aumentou a possibilidade de um maior número de municípios habilitarem-se à gestão descentralizada de recursos, uma vez que poderiam fazê-lo na condição de gestores da atenção básica (CARVALHO, 2002). Essa NOB reinvestiu no planejamento integrado, ao instituir a Programação Pactuada Integrada (PPI). Ademais, esta NOB abriu a possibilidade de descentralização de recursos a outras áreas do Ministério da Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde, Assistência Farmacêutica), não ficando restrita, como ocorria anteriormente aos recursos da assistência à saúde.

Outras alterações importantes ocorreram no campo das transferências. A instituição do critério populacional para o financiamento da assistência básica Piso da Assistência Básica, posteriormente transformado em Piso da Atenção Básica (PAB); a definição de valores e incentivos para o financiamento do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Foram propostos índices, fatores de incentivos e, sobretudo, criados os tetos financeiros para estados, para municípios e para atividades específicas (Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças TFECD) (BRASIL, 2007a).

Apesar de aprovada, a NOB 01/96 acarretou diversos problemas, alguns com a área econômica do governo, que protelaram o início da sua implementação. O PAB, por exemplo, só foi introduzido nos primeiros meses de 1998. O PAB é um mecanismo de repasse de recursos aos estados e municípios para o financiamento de um elenco definido de ações básicas de atenção à saúde. Até a criação do PAB, o Ministério da Saúde remunerava os serviços de atenção básica, prestados por estados e municípios, com base na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), a mesma adotada com o setor privado. Com a criação do PAB uma série de ações passou a ser financiada com base em um valor *per capita* repassado de forma direta e automática aos Fundos de Saúde dos municípios habilitados (BRASIL, 2007a).

Andrade (2001) ressalta que a instituição do PAB propõe uma distribuição igualitária para os estados e municípios que, se não é garantia de fazer uma distribuição equitativa, aponta na perspectiva de diminuir as iniquidades regionais presentes na distribuição dos recursos do Sistema Único de Saúde.

Um outro critério de transferência iniciado pela NOB 01/96 foi o incentivo com base na adesão a Programas ou atividades consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. Os incentivos ao Programa Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram criados com objetivo de acelerar a implantação desses dois programas que, estrategicamente, deveriam contribuir para a mudança do modelo assistencial. Os valores inicialmente atribuídos aos municípios para custeio das equipes deveriam variar em sentido contrário ao valor do PAB fixo do município, ou seja, quanto menor o PAB fixo do município maior seria o incentivo por equipe (Portaria GM/MS n. 157/98).

A NOB 01/96 foi a primeira Norma Operacional a fazer referência ao reembolso das despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde. Ela estabelece que esses recursos constituem fonte adicional de receitas, e a sua destinação será exclusiva dos fundos de saúde da respectiva esfera de gestão (ANDRADE, 2001).

Em 1999, foi estabelecida nova forma de cálculo do incentivo financeiro ao PSF/PACS. Por meio da Portaria GM/MS n. 1.329, de novembro de 1999, criou-se um novo critério em que a definição dos valores a serem transferidos variariam de acordo com a cobertura populacional alcançada pelo programa (BARROS, 2002). Atualmente, as transferências para o PSF obedecem aos critérios definidos pelas Portarias GM/MS n. 648 e 650 de 28 de março de 2006.

Outra mudança que ocorreu, a partir de 1998, diz respeito aos critérios para alocação de recursos para o financiamento das ações de média e alta complexidade. Até esse ano, os recursos para o financiamento dessas ações eram quase integralmente incluídos nos tetos financeiros de municípios em gestão plena do sistema, repassados fundo a fundo ou mediante o pagamento por serviços prestados (BRASIL, 2007a).

O financiamento da média e alta complexidade começou a apresentar problemas quando alguns municípios começaram a não receber recursos suficientes para o pagamento dos serviços prestados a população originária de outras localidades e, desta forma, a cogitar o estabelecimento de barreiras burocráticas ao

acesso de não residentes. Com o objetivo de sanar o problema, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS n. 531, de 30 de abril de 1999, criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade inicial era a de arcar com os pagamentos dos procedimentos selecionados de alto custo e/ou de alta complexidade em pacientes com referência interestadual e dos decorrentes de ações consideradas estratégicas (BARROS, 2002).

Mansur (2001) ressalta, que para o financiamento das políticas de saúde que estavam sendo implementadas em meados dos anos 1990 surge uma nova fonte de recursos. Ao conjunto das fontes que financiavam o setor saúde é incluída uma nova contribuição criada para financiar a saúde, resultado de reivindicações do então Ministro da Saúde Adib Jatene: a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). A CPMF entrou em vigor em 1997 substituindo o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), com alíquota inicial de 0,20%, passando em 1999 para 0,38%.

A destinação da receita da CPMF não foi resguardada à sua utilização exclusiva pelo setor saúde em todos os períodos. Houve transferência de recursos para outros setores da economia, para o financiamento da Previdência e para a composição dos fundos de desvinculação fiscal, Fundo Social de Emergência (FSE), Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e Desvinculação das Receitas da União (DRU). Além desses fatores, observou-se que a criação da CPMF para financiar a saúde provocou a diminuição do aporte de outras fontes de receita para o setor. Em virtude disso, houve uma substituição de fontes ao invés de suplementação (MANSUR, 2001).

Não obstante esses percalços, Scatena, Viana e Tanaka (2009), ressaltam que a CPMF sempre teve papel importante para a saúde, representando praticamente 30% dos recursos alocados no setor, em nível federal.

As Normas Operacionais de Assistência a Saúde de 2001 e de 2002 além de mais restritas à assistência à saúde propriamente dita, não trouxeram novidades na parte de mecanismos e critérios para transferência de recursos. Essas Normas estavam mais direcionadas a estabelecer uma nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso

por meio da implantação de complexos reguladores que congregassem unidades de trabalhos responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros serviços (BRASIL, 2007a).

É proposto um incentivo aos programas de atenção básica à saúde para garantir a efetividade das ações no âmbito municipal. A NOAS cria o conceito de Atenção Básica Ampliada, que significa “o conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os Municípios do país em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população”. Para financiar estes serviços, será ampliado o valor fixo do PAB, permitindo o aumento dos repasses per capita (MANSUR, 2001).

As mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como pano de fundo o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/2006) que engloba: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2007a, 2006b).

O Pacto pela Saúde enfatiza o tema do financiamento no Pacto em Defesa do SUS, propondo um processo de mobilização pela regulamentação da EC-29 e pelo aumento dos recursos para o SUS. No Pacto de Gestão, o financiamento também é enfatizado e tem como princípios: a responsabilidade das três esferas de gestão no financiamento da saúde; a redução das iniquidades que ainda persistem no país e o repasse Fundo a Fundo (SCHNEIDER *et al.*, 2009).

Schneider *et al.* (2009) ressalta que uma das principais mudanças está no financiamento do custeio com recursos federais. A intenção é avançar no processo de descentralização dos recursos para que os estados e municípios tenham maior autonomia. Diante disso, o Ministério da Saúde editou a portaria n.º 204, de 19 de janeiro de 2007, alterada pela portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, regulamentando o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2009, 2007b).

Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco, com exceção dos recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica que devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do mesmo (BRASIL, 2007a).

Para que os recursos transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios sejam realmente aplicados em ações e serviços de saúde é importante manter-se um sistema de controle por meio da fiscalização dos entes envolvidos. Neste sentido:

O controle das atividades administrativas no âmbito da Administração é, ao lado do comando, da coordenação e da correção, um dos meios pelos quais se exercita o poder hierárquico. Assim, o órgão superior controla o inferior, fiscalizando o cumprimento da lei e das instruções e a execução de suas atribuições, bem como os atos e o rendimento de cada servidor (BRASIL, 1988).

Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos Relatórios de Gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência, e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes (BRASIL, 2007a).

2.3 EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 29/2000

Com a Emenda Constitucional nº. 29/2000 foram acrescentados dois novos parágrafos ao art. 198 da CFB de 1988: § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3.º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) foi acrescentado o art. 77, com regras de transição para aplicação da nova norma, cujo conteúdo é o seguinte: Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um

quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

A Lei Complementar em referência ainda não foi aprovada pelo Congresso Nacional. A implementação da EC 29 tem gerado diferentes interpretações do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, além de não contemplar, no texto constitucional, as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada. A Resolução nº. 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde, buscou equacionar tais indefinições explicitando na quinta, sexta e sétima diretriz o que são despesas com ações e serviços públicos de saúde:

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

§ Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II - vigilância sanitária;

III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV - educação para a saúde;

V - saúde do trabalhador;

VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII - assistência farmacêutica;

VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;

IX - capacitação de recursos humanos do SUS;

X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.

XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

§ 1º No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º.01.2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, **excepcionalmente**, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Sétima Diretriz - Informidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

I - pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII – ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

§ 1º No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, **não** integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade **não** integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem (BRASIL, 2003).

O Projeto de Lei Complementar (PLC) 01/03 em tramitação no Congresso Nacional contempla, entre outros, estes pontos, com o objetivo de regulamentar a EC 29, cujo prazo final previsto era 2004. Quanto à aplicação mínima, o PLC 01/03 manteve os termos da vinculação de recursos existentes para Estados e Municípios, mas fixou para a União a obrigatoriedade da aplicação mínima de 10% das receitas brutas do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, o que implicaria em um acréscimo de R\$ 20 bilhões para os gastos com saúde.

A Emenda Constitucional nº. 29/2000, nos termos em que foi aprovada, provocou muitas críticas. Veja-se a respeito a posição do já citado Gilson Carvalho:

A PEC, da luta de sete anos, não é a EC-29 aprovada. A União fica responsável para garantir no mínimo 5% a mais do que os recursos empenhados em 1999 e, nos anos seguintes, a correção pelo valor nominal do PIB. Os Estados deverão investir, no mínimo, 12% e Municípios, no mínimo 15% de seus orçamentos próprios. Quem não tiver atingido esses patamares mínimos, terá um prazo de tolerância para atingi-los, entre os anos de 2000 e 2004. Deverão iniciar, no mínimo, com 7% em 2000, e nos anos seguintes, cobrir a diferença. Nestas siglas e percentuais esconde-se uma postura de governo de, mais uma vez, deixar o social à deriva. [...] As autoridades econômicas, com o beneplácito de FHC, desresponsabilizaram a União e descarregaram mais ônus sobre Estados e Municípios. Diminuíram os recursos de contribuição da União para a saúde e aumentaram os percentuais de Estados e Municípios (CARVALHO, 2002).

A XI Conferência Nacional de Saúde apresentou um diagnóstico mais favorável quanto aos efeitos da referida Emenda Constitucional. Consta do Relatório Final da Conferência que neste ano 2000, a conquista da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, ainda que não represente a forma ideal desejada pelo setor, cria horizontes mais favoráveis quanto aos montantes destinados à saúde e coloca desafios para o controle social quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos acrescidos. As principais restrições à EC29/00 estão associadas ao fato de não vir acompanhada de uma regulamentação imediata que garanta um significativo

aumento dos recursos na área da saúde, principalmente pelas indefinições sobre o que será admitido como gastos em ações e serviços de saúde.

Embora a EC n. 29/2000 não tenha sido aprovada na forma como pretendida pelos especialistas da área, ela significou um grande avanço na alocação de recursos orçamentários a serem destinados às ações e serviços de saúde.

Uma estimativa do Ministério da Saúde apontava a possibilidade de crescimento de 42,3% dos recursos dos três níveis de governo, entre 1998 e 2004, destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde. Desse total, os governos estaduais deverão ampliar seus gastos em 65,7%, seguidos pelos municípios com 28% em relação aos valores de 1998 (BRASIL, 2001).

2.4 DATASUS

A informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis. Para alcançar tais objetivos, foi criado o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

A criação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) ocorreu de forma concomitante com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que foi instituída pelo Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no D.O.U. de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991. O referido Decreto além de regulamentar a transferência dos funcionários que iriam compor o quadro de servidores da FUNASA – oriundos da Diretoria de Sistemas de Saúde da DATAPREV, Fundação Serviços de Saúde Pública (Fundação SESP) e Superintendência de Campanhas de Saúde (SUCAM) – retirou da DATAPREV a função específica de controle e processamento das contas referentes ao setor Saúde, que passaram à responsabilidade do Ministério da Saúde, por delegação atribuída à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através do seu Departamento de Informática (BRASIL, 2002b).

O Decreto nº 4.194 de 11 de abril de 2002 conferiu ao DATASUS uma nova estrutura organizacional, com a ampliação do seu corpo gerencial e estabelecendo competências que após algumas alterações, estão hoje definidas no Decreto Nº. 7.135 de 29 de março de 2010:

Ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS compete:

- I - fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério;
- II - desenvolver, pesquisar e incorporar tecnologias de informática que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- III - manter o acervo das bases de dados necessárias ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;
- IV - assegurar aos gestores do SUS e órgãos congêneres o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério;
- V - definir programas de cooperação técnica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia de informática em saúde, sob a coordenação do Secretário-Executivo e;
- VI - apoiar estados, municípios e o Distrito Federal, na informatização das atividades do SUS (BRASIL, 2010a).

O SIOPS é um Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Seu banco de dados é alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, através do preenchimento de dados em *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS, que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. As informações prestadas ao SIOPS são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado, podendo-se utilizar, para o preenchimento do SIOPS, dos dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais. Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, através da internet, para o banco de dados da DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas (BRASIL, 2009a).

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), desde que começou a ser implantado pelo Ministério da Saúde, em 1999, reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, dos estados e da União. Permite visualizar, conforme o grau de agregação desejado, o dispêndio e a capacidade de financiamento das ações e serviços públicos de saúde,

em nível local, estadual ou federal. Com essa amplitude e versatilidade, constitui-se um banco de dados único no âmbito das políticas públicas no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos por instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

No entanto, o SIOPS apresenta algumas limitações: inconsistência de preenchimento das informações de despesa por subfunção e estruturação das despesas por subfunções pouca definida e defasada em relação às atuais necessidades estabelecidas do pacto de gestão.

Dados do SIOPS revelam a evolução dos gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde nas três esferas de governo, do ano 2000 a 2006: a **União** gastou em R\$ milhões correntes em 2000, 20.351 e em 2006, 40.750 (incremento de 100,24%); o *per capita* em 2000 foi de 124,02 e em 2006, 218,18 (incremento de 75,92%); a relação com o Produto Interno Bruto (PIB) em 2000 foi de 1,73 e em 2006, 1,75 (incremento de 1,16%). Os **Estados** gastaram em R\$ milhões correntes em 2000, 6.313 e em 2006, 23.622 (incremento de 274,19%); o *per capita* em 2000 foi de 38,47 e em 2006, 126,48 (incremento de 228,78%); a relação com o PIB em 2000 foi de 0,54 e em 2006, 1,02 (incremento de 88,89%). Os **Municípios** gastaram em R\$ milhões correntes em 2000, 7.393 e em 2006, 23.615 (incremento de 219,42%); o *per capita* em 2000 foi de 45,05 e em 2006, 131,30 (incremento de 191,45%); a relação com o PIB em 2000 foi de 0,63 e em 2006, 1,02 (incremento de 61,90%). O **Total Brasil** em R\$ milhões correntes em 2000 foi de 34.057 e em 2006, 87.987 (incremento de 158,35%); o *per capita* em 2000 foi de 207,55 e em 2006, 475,96 (incremento de 129,32%); a relação com o PIB em 2000 foi de 2,89 e em 2006, 3,79 (incremento de 31,14 %) (BRASIL, 2007c).

2.5 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO

Planejamento, programação e orçamentação constituem processos por meio dos quais objetivos e recursos, e as suas interligações, são levados em conta

para obter um programa de ação coerente e compreensivo para o Governo como um todo (SMITHIES, 1980). Os principais instrumentos de planejamento, programação e orçamentação são: Planos Plurianuais, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Leis Orçamentárias, Planos de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão, Balanços e Balancetes Financeiros, Planos de Aplicação de Recursos Financeiros.

O artigo 165 da CFB de 1998 determina que leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão o Plano Plurianual, as Diretrizes Orçamentárias e os Orçamentos Anuais. O Plano Plurianual é o instrumento de planejamento de médio prazo que estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal. Os princípios básicos que norteiam o plano são: identificação clara dos objetivos e prioridades do governo, integração do planejamento e do orçamento, promoção da gestão empreendedora, garantia da transparência, estímulo às parcerias, gestão orientada para resultados e organização das ações de governo em programas.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (BRASIL, 1988).

A Lei Orçamentária Anual compreenderá o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público; o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

Plano 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. Apresenta as intenções e os

resultados em saúde a serem buscados no período de quatro anos; é referência para os processos de planejamento regional em saúde e formulação de programações, projetos, entre outros; é instrumento central de planejamento, sendo necessário que todas as iniciativas em saúde estejam nele contido; constitui referencial para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde; orienta a definição do Plano Plurianual; é elaborado de forma participativa com atuação efetiva dos Conselhos de Saúde, incluindo apreciação e aprovação do mesmo (BRASIL, 2009b).

Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Tem caráter analítico/indicativo; é instrumento das ações de auditoria e controle; é insumo básico para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência; é elaborado de forma participativa com atuação efetiva dos Conselhos de Saúde, incluindo apreciação e aprovação do mesmo (BRASIL, 2009b).

O Balanço Financeiro demonstrará a receita e a despesa orçamentárias bem como os recebimentos e os pagamentos de natureza extraorçamentária, conjugados com os saldos em espécies provenientes do exercício anterior, e os que se transferem para o exercício seguinte. Balancete Financeiro é a demonstração mensal do Balanço Financeiro (BRASIL, 1964).

O Plano de Aplicação de Recursos Financeiros é um instrumento que deve conter a previsão de gastos com os diversos itens de despesas, tais como: despesa de custeio – pessoal, material de consumo, serviços de terceiros, outros serviços e encargos e despesas de capital – equipamentos e material permanente, obras e instalações. Deve ser coerente com as ações previstas no Plano de Saúde e ser aprovado pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 2001).

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Identificar e analisar a aplicação de recursos financeiros nas ações e serviços públicos de saúde do município de Caucaia por meio de mecanismos orçamentário-financeiros, no período de 2000 a 2008.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as receitas com impostos no município, no período de 2000 a 2008 e seu percentual de participação em relação ao total das receitas da administração direta;
- Comparar as despesas com saúde das três esferas governamentais (municipal, estadual e federal) em Caucaia, no período de 2000 a 2008;
- Verificar o grau de cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelo município, no período de 2000 a 2008;
- Compreender a evolução temporal das despesas com saúde em Caucaia, no período de 2000 a 2008, por subfunção administrativa, subfunção vinculada e com pessoal;

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa teve abordagem quantitativa e foi de natureza descritiva e documental.

Estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta (PIMENTEL, 2001).

As pesquisas descritivas envolvem técnicas padronizadas de coleta de dados, sendo caracterizada por Mattar (1999) como possuindo objetivos bem definidos, procedimentos formais bem estruturados e dirigidos para a solução de problemas ou avaliação de alternativas de curso de ação.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Caucaia, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008, apresenta uma população de 326.811 habitantes, sendo 295.579 na zona urbana e 31.232 na zona rural.

O abastecimento d'água beneficia cerca de 90% da população, o esgotamento sanitário cerca de 58% e a coleta de lixo cerca de 92%.

O acesso ao Município é viabilizado pelas BR 222, BR 020, CE 090 e 4º Anel Viário, ainda que as condições físicas e estruturais de importantes trechos requeiram melhorias.

O município de Caucaia destaca-se como pólo do turismo sol/praias e de esportes náuticos. No entanto, suas potencialidades naturais, culturais e históricas o habilitam a atender outros segmentos turísticos. Nas praias de Dois Coqueiros, Iparana, Pacheco, Icaraí, Tabuba, Cumbuco e Barra do Cauípe, já existem um

número considerável de equipamentos turísticos, como: hotéis, pousadas, restaurantes e barracas de praia e estão em fase de implantação diversos empreendimentos. São várias as lagoas existentes, destacando-se a Lagoa do Banana, além de inúmeras cachoeiras existentes nas serras. Também existem outras atividades de lazer como parques de vaquejada e casas de forró.

Caucaia caracteriza-se como um dos mais significativos municípios no que tange à importância econômica para o Estado, haja vista suas potencialidades turísticas, naturais e culturais. Há de se considerar, também, sua localização estratégica, funcionando como importante centro logístico e de fácil acesso aos principais mercados importadores, como o europeu e o americano.

Caucaia também possui certas vantagens com relação às demais cidades da Rede Metropolitana de Fortaleza, já que dista apenas 10 quilômetros da capital do estado e 39 quilômetros do Complexo Industrial e Portuário do Pecém, o grande pilar de programas econômicos e de desenvolvimento regional, e que viabiliza o comércio do Ceará com os principais mercados europeus.

A economia do município de Caucaia obedece a um padrão preponderantemente baseado em atividades terciárias, vinculadas aos setores de comércio e serviços.

Existe uma expectativa no sentido de uma alavancagem industrial no município, como decorrência dos efeitos de realocação industrial, que o Estado do Ceará vem sabendo aproveitar, reforçados pelos vigorosos processos de investimentos que envolvem a estrutura portuária do Pecém, e do Complexo Industrial Portuário do Pecém (CIPP), que se localiza na porção oeste de seu território, assim como um conjunto de investimentos programados em alguns dos distritos industriais do município.

O município é dotado de grande extensão, boa parte da qual ainda pouco ocupada e explorada, contando com razoável diversidade no seu “hinterland” e faixa litorânea, oculta ainda os seus potenciais, que são reforçados pela posição estratégica que lhe reserva a futura malha de transportes e respectivas interfaces modais.

Nesse sentido, Caucaia, poderá absorver parcela do poder polarizador exercido atualmente por Fortaleza, que atinge escala regional e supra-regional, estendendo-se em direção oeste ao Piauí, Maranhão e atingindo Pará e Manaus, e em direção sudeste ao Rio Grande do Norte, oeste de Pernambuco a às áreas de cerrado que principiam a demonstrar o seu enorme potencial produtivo.

De uma maneira geral, pode-se aferir que as atividades econômicas desenvolvidas em ambientes não urbanos, no Município de Caucaia são:

- Agropecuária intensiva de criação de gado leiteiro em algumas grandes propriedades, principalmente na faixa entre BR 222 e o cordão de dunas;
- Culturas de subsistência: feijão e milho e culturas industriais de castanha de caju e coco-da-baia nas médias propriedades, situadas em áreas irrigadas, que absorvem considerável contingente de mão-de-obra local;
- Trabalho de subsistência em pequenas chácaras ou sítios, sem qualquer respaldo dos poderes públicos;
- Produção de cera de carnaúba, associada à cultura de subsistência e criação extensiva de gado no sertão;
- Extração de madeira para produção do carvão e estacas para construção civil, nas áreas serranas e faixa dos tabuleiros, resultando em grandes desmatamentos;
- Atividades de mineração de pedras britadas, calcário, argila e areia grossa nos leitos dos rios Ceará, Anil, São Gonçalo e Cauípe; areias fina nas Formações Barreiras e areias quartzosas de dunas em Boi Choco, Iparana, Pacheco e Icaraí;
- Fonte potencial às atividades de eco turismo, pesca artesanal e de uso controlado dos recursos hídricos na orla marítima e nos campos de dunas.

O município é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal conforme NOAS 01/02, encontrando-se atualmente em referência a NOAS como município-Pólo da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, módulo de si mesmo e município referência para outros nove municípios que compõem esta Coordenadoria Regional

de Saúde. Aderiu ao Pacto pela Saúde e seu Termo de Compromisso de Gestão Municipal foi homologado pelo Ministério da Saúde em 2007.

Todas as Unidades de Saúde estão sob gestão efetiva do SUS, tanto as Unidades Básicas Municipais, como as Unidades Hospitalares Municipais, Filantrópicas e Privadas, para isso, estão efetivadas através de convênios e contratos junto à Procuradoria do Município.

Tabela 1 – Equipamentos e serviços na Secretaria de Saúde de Caucaia, comparativo 2000 - 2008

Atenção	EQUIPAMENTOS/SERVIÇOS	2000	2008
Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde da Família	6	45
	Equipes de Saúde da Família	6	68
	Equipes de Saúde Bucal	-	41
Atenção Secundária	Hospitais	2	2
	Policlínica	1	2
	Unidade Mista de Saúde	1	1
	Serviço Móvel de Socorro de Urgência/ Emergência	1	1
	Centro de Especialidades Odontológicas	-	1
	CAPS- AD	-	1
	CAPS II	-	1
	Centro de Fisioterapia	-	1
Atenção Terciária	Centro de Nefrologia	-	1
	Assistência Farmacêutica	-	3
	Farmácia Popular do Brasil	-	3

Fonte: Secretaria de Saúde de Caucaia.

Pode se dizer que as formas de morbimortalidade dos habitantes de uma cidade refletem suas condições de vida nos aspectos: sócio-econômicos, políticos, sanitários e educacionais dentre outros fatores correlatos. Apesar desse município vir atenuando os indicadores de mortalidade, mesmo assim ainda é nítido que seus índices de mortalidade geral são determinados pelas as doenças ditas de “modernidade”, como também pela velhas e conhecidas patologias derivadas da epidemiologia social. Esse perfil coaduna-se com a situação real do País como um todo, onde se observa o gigante paradoxo entre as classes sociais.

Dentre esta situação observada não poderiam ser diferente os indicadores epidemiológicos da morbi-mortalidade, portanto o predomínio dos óbitos se apresenta

na seguinte situação: causas externas (homicídios e acidentes); doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas.

4.3 FONTES DE COLETA DE DADOS

A pesquisa desenvolveu-se no período de agosto a outubro de 2010 e buscou fontes secundárias de informação.

O estudo teve como fonte básica de dados secundários o “site” do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, que contém o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Como fontes complementares foram feitas consultas a documentos oficiais do governo municipal: Planos Plurianuais Municipais (2002-2005 e 2006-2009), Lei de Diretrizes Orçamentárias Municipais, Leis Orçamentárias Anuais Municipais, Planos Municipais de Saúde (2001-2004 e 2005-2008), Relatórios Anuais de Gestão, documentos da Coordenadoria Administrativo-Financeira da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e documentos da Associação dos Agentes de Saúde da Microrregional de Caucaia

4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram agrupados em tabelas e representados em gráficos. Do período em estudo, foi feita uma análise das receitas da administração direta em Caucaia; das receitas com impostos; da evolução dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, por esfera governamental (municipal, estadual e federal); da evolução temporal das despesas em saúde por subfunção administrativa e subfunção vinculada (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância à Saúde – Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental); das despesas da Assistência Hospitalar e Ambulatorial por tipo de prestador; das despesas com pessoal; das despesas *per capita* em saúde; da evolução do grau de comprometimento de receitas municipais no financiamento da saúde – análise do cumprimento da EC 29.

As despesas citadas na pesquisa referem-se às despesas liquidadas e os valores financeiros levantados foram atualizados pelo Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas.

Para o tratamento e análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, por meio da análise de comportamento de séries temporais. As tabelas que foram utilizadas estão no apêndice.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

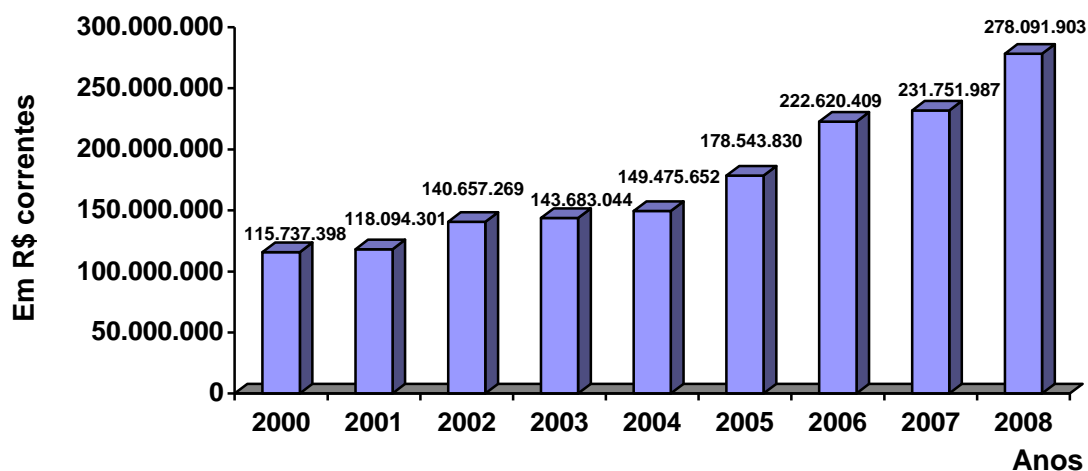
A pesquisa por ter sido fundamentalmente documental e por não ter realizado entrevistas, ficou dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No entanto, foi utilizado o Termo de Fiel Depositário (ANEXO A), com o pesquisador se comprometendo a utilizar as informações coletadas somente para os objetivos da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE. (ANEXO B).

5 RESULTADOS

O total das receitas da administração direta em Caucaia no ano de 2000 em R\$ correntes foi de 115.737.398 e em 2008 foi de 278.091.903 – incremento de 140%; de 2000 a 2004 a arrecadação teve um crescimento de 29%, enquanto que de 2004 a 2008 esse desempenho foi de 86%, como demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Demonstrativo do total das receitas da administração direta em Caucaia, 2000-2008 (Em R\$ correntes)



*Valores atualizados pelo IGP-M.
Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

A Tabela 2 e o Gráfico 2 mostram que as receitas com impostos no ano de 2000 em R\$ correntes foi de 7.776.528 e em 2008 foi de 20.976.696 – incremento de 170%.

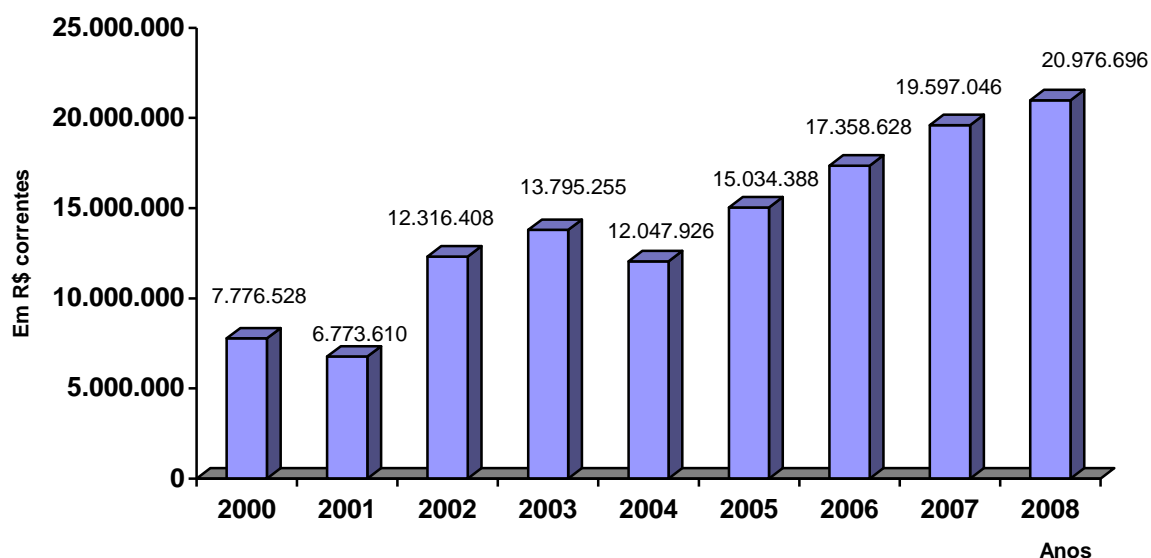
Tabela 2 – Demonstrativo das receitas com impostos e percentual de sua participação em relação ao total das receitas da administração direta em Caucaia, 2000-2008

RECEITAS COM IMPOSTOS		
ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	7.776.528	6,71
2001	6.773.610	5,73
2002	12.316.408	8,75
2003	13.795.255	9,60
2004	12.047.926	8,06
2005	15.034.388	8,42
2006	17.358.628	7,79
2007	19.597.046	8,45
2008	20.976.696	7,54

*Valores atualizados pelo IGP-M.
Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

O percentual da participação das receitas com impostos em relação ao total das receitas da administração direta em Caucaia teve seu menor índice em 2001 (5,73%) e o maior em 2003 (9,60%); nos demais anos oscilou entre 6,71% em 2000 e 8,75% em 2002, sendo que de 2004 a 2008 apresentou-se estável com valor médio de 7,99%, como é demonstrado na tabela 2.

Gráfico 2 – Demonstrativo das receitas com impostos em Caucaia, 2000-2008



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.
*Valores atualizados pelo IGP-M.

A tabela 3 e o gráfico 3 demonstram que, no período de 2000 a 2008, a esfera governamental que mais contribuiu para as despesas com saúde no município foi a federal e a que menos contribuiu foi a estadual. Nesse período, houve um incremento na participação da esfera municipal no financiamento da saúde de 178%, da esfera estadual de 93% e da esfera federal de 243%. No ano de 2000, o total do dispêndio com saúde no município em R\$ correntes foi de 17.476.627 e em 2008 foi de 52.428.989 – incremento de 199%. Em 2000, a participação do município nas despesas com saúde em R\$ correntes foi de 7.844.552 e em 2008, 21.820.881; do estado foi de 1.655.217 em 2000 e de 3.203.255 em 2008; enquanto que a União contribuiu em 2000 com 7.976.858 e em 2008 com 27.404.853.

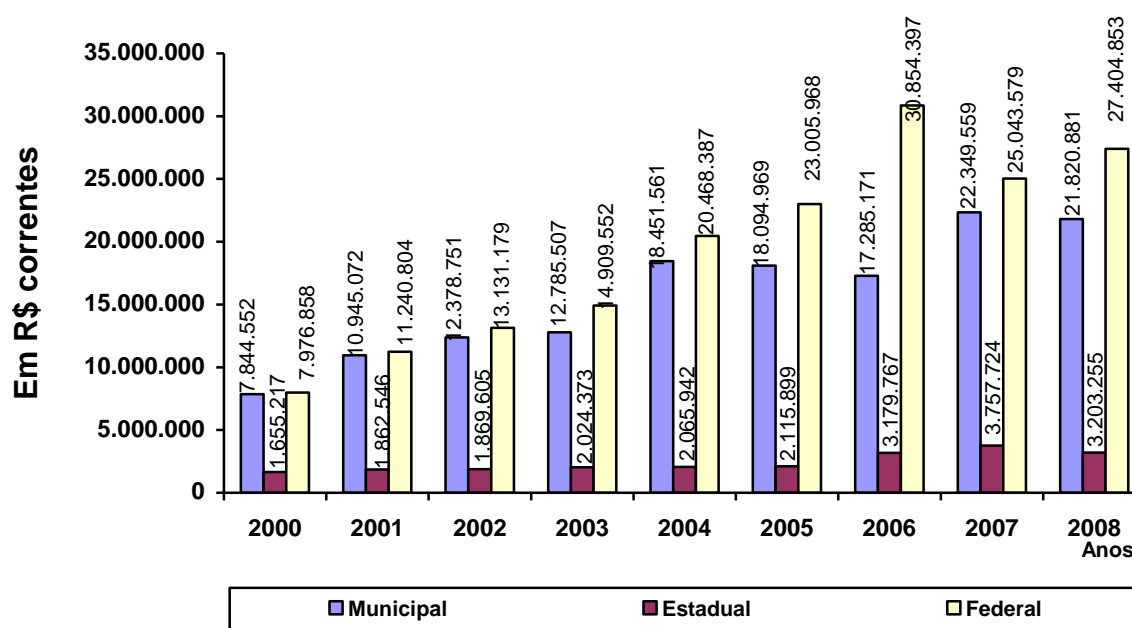
Tabela 3 – Demonstrativo do total das despesas com saúde em Caucaia por esfera governamental, 2000- 2008 (Em R\$ correntes)

ANOS	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	TOTAL
	Em R\$ correntes			
2000	7.844.552	1.655.217	7.976.858	17.476.627
2001	10.945.072	1.862.546	11.240.804	24.048.422
2002	12.378.751	1.869.605	13.131.179	27.379.535
2003	12.785.507	2.024.373	14.909.552	29.719.432
2004	18.451.561	2.065.942	20.468.387	40.985.890
2005	18.094.969	2.115.899	23.005.968	43.216.836
2006	17.285.171	3.179.767	30.854.397	51.319.335
2007	22.349.559	3.757.724	25.043.579	51.150.862
2008	21.820.881	3.203.255	27.404.853	52.428.989

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS, Secretaria Estadual da Saúde/Ceará – Coordenadoria Administrativo-Financeira – COAFI, Associação dos Agentes de Saúde da Microrregional de Caucaia.

Gráfico 3 – Demonstrativo do total das despesas com saúde em Caucaia por esfera governamental, 2000-2008 (Em R\$ correntes)



*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS, Secretaria Estadual da Saúde/Ceará – Coordenadoria Administrativo-Financeira – COAFI, Associação dos Agentes de Saúde da Microrregional de Caucaia.

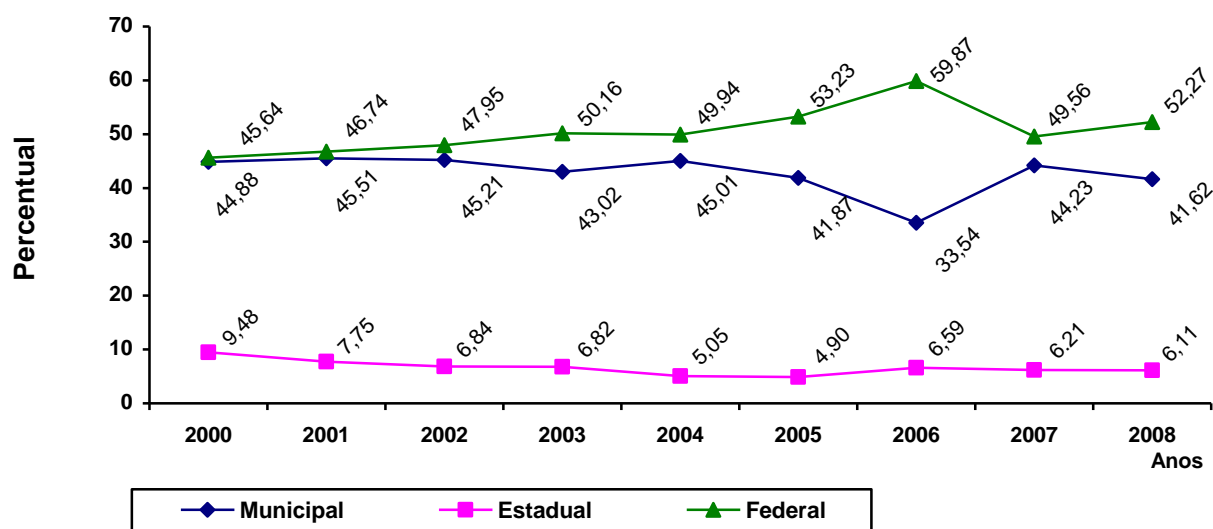
A tabela 4 e o gráfico 4 mostram que o percentual de participação do Município nas despesas com saúde variou entre 33,54% em 2006 e 45,51% em 2001; do Estado oscilou entre 4,90% em 2005 e 9,48% em 2000; e da União variou de 45,64% em 2000 para 59,87% em 2006.

Tabela 4 – Demonstrativo percentual das despesas com saúde em Caucaia por esfera governamental, 2000- 2008

ANOS	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
	Percentual		
2000	44,88	9,48	45,64
2001	45,51	7,75	46,74
2002	45,21	6,84	47,95
2003	43,02	6,82	50,16
2004	45,01	5,05	49,94
2005	41,87	4,90	53,23
2006	33,54	6,59	59,87
2007	44,23	6,21	49,56
2008	41,62	6,11	52,27

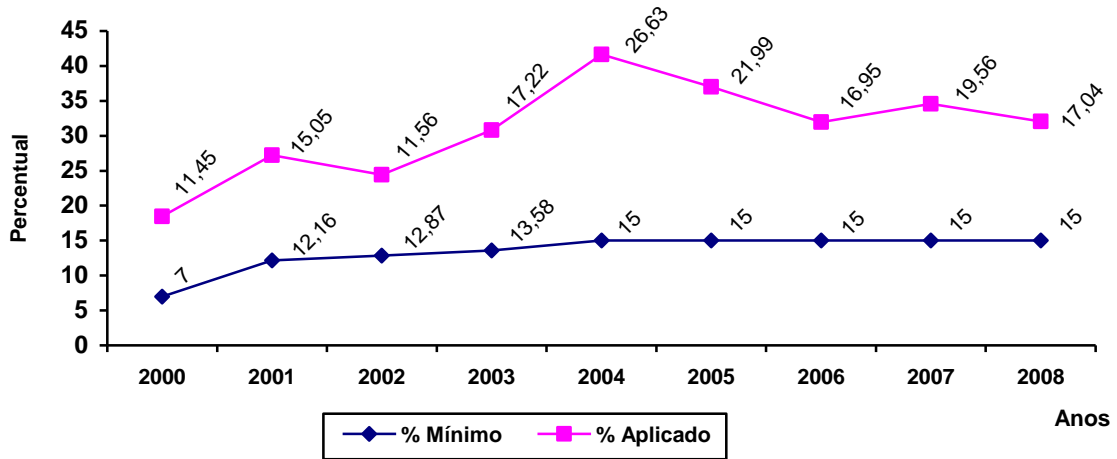
Fonte: Pesquisa direta.

Gráfico 4 – Demonstrativo percentual das despesas com saúde em Caucaia por esfera governamental, 2000-2008



Conforme apresentado no gráfico 5, o município no período pesquisado aplicou recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde acima do que preconiza a Emenda Constitucional 29, exceção feita ao ano de 2002, cujo percentual mínimo de aplicação estipulado era de 12,87% e o município atingiu apenas 11,56%. A partir de 2004 quando ficou definido um mínimo de aplicação para os municípios de 15,00%, Caucaia alcançou índices de aplicação que variaram de 16,95% em 2006 a 26,63% em 2004.

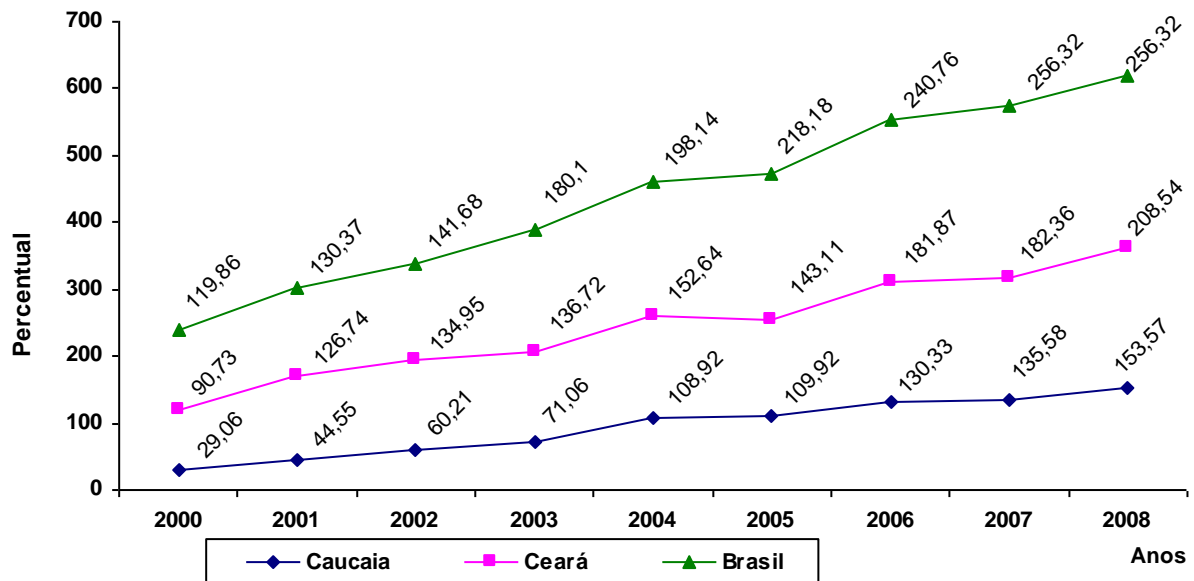
Gráfico 5 – Demonstrativo do percentual mínimo e aplicado em saúde em Caucaia de acordo com a EC 29, 2000-2008



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

O incremento das despesas *per capita* com saúde em Caucaia no período pesquisado foi bastante significativo (428%), de R\$ 29,06 em 2000 para R\$ 153,57 em 2008, no entanto, quando comparado ao estado do Ceará e ao Brasil esse desempenho foi bem inferior, como demonstra o gráfico 6.

Gráfico 6 – Demonstrativo *per capita* das despesas com saúde em Caucaia, Ceará e Brasil, 2000-2008



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

A tabela 5 e o gráfico 7 mostram que o comportamento das despesas com a subfunção administrativa foi bastante atípica no período. Em 2000, houve um dispêndio em R\$ correntes de 2.243.571 e em 2008 de 2.661.159, com um incremento insignificante de 18,61%. Em 2004, esse dispêndio em R\$ correntes foi de 9.122.911, o que representa 22,25% do total das despesas com saúde no ano; em 2005, o dispêndio em R\$ correntes foi de 10.095.525, equivalente a 23,36% do total das despesas com saúde no ano. A partir de 2006, os gastos com essa subfunção reduziram, chegando em 2008 com um percentual de participação em relação ao total de despesas com saúde no ano de 5,07%.

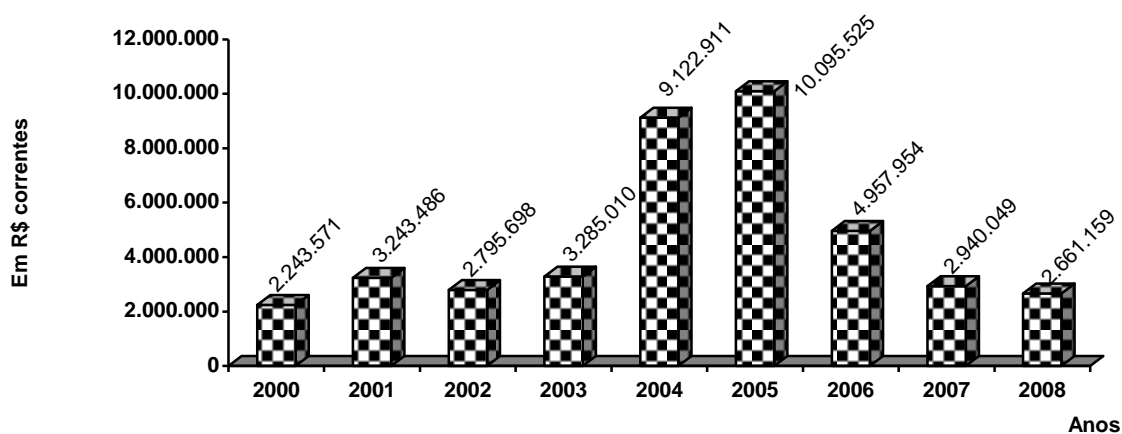
Tabela 5 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção administrativa e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	2.243.571	12,83
2001	3.243.486	13,48
2002	2.795.698	10,21
2003	3.285.010	11,05
2004	9.122.911	22,25
2005	10.095.525	23,36
2006	4.957.954	9,66
2007	2.940.049	5,74
2008	2.661.159	5,07

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

Gráfico 7 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção administrativa em Caucaia, 2000-2008



*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

As despesas com Atenção Básica totalizaram em R\$ correntes 6.347.694 em 2000, cerca de 36,32% do gasto com saúde no ano e em 2008 atingiu em R\$ correntes 19.399.165, 37,00% das despesas com saúde, representando um incremento de 205,60% nesse período. O percentual do dispêndio com Atenção Básica em relação ao total das despesas com saúde oscilou entre 33,71% em 2005 e 49,00% em 2001, como demonstra a tabela 6.

Tabela 6 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ATENÇÃO BÁSICA e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

ANOS	ATENÇÃO BÁSICA	
	Em R\$ correntes	Percentual
2000	6.347.694	36,32
2001	11.784.888	49,00
2002	11.992.651	43,80
2003	13.404.490	45,10
2004	16.062.295	39,18
2005	14.568.916	33,71
2006	20.027.737	39,02
2007	19.470.566	38,06
2008	19.399.165	37,00

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SUS e DATASUS.

As despesas da subfunção vinculada – Assistência Ambulatorial e Hospitalar – incluem os gastos com média e alta complexidade ambulatorial e média complexidade hospitalar. A tabela 7 mostra que esses dispêndios em 2000 atingiram o montante em R\$ correntes de 8.253.542, (o que representa 47,22% dos gastos com saúde no ano), sendo 5.206.163 com Assistência Ambulatorial (29,78% das despesas com saúde) e 3.047.379 com Assistência Hospitalar (representa 17,44% do dispêndio com saúde no ano). Em 2008, as despesas com Assistência Ambulatorial e Hospitalar atingiram o montante em R\$ correntes de 26.937.956, (o que representa 51,37% dos gastos com saúde no ano), sendo 15.283.900 com Assistência Ambulatorial (29,15% das despesas com saúde) e 11.654.056 com Assistência Hospitalar (representa 22,22% do dispêndio com saúde no ano). O incremento com Assistência Ambulatorial e Hospitalar no período em estudo foi de 226,38%, sendo 193,57% de incremento na Assistência Ambulatorial e 282,43% na Assistência Hospitalar.

Tabela 7 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

ANOS	Assistê	ncia Ambula	Assistê	ncia Hospit	TOTAL	
	Em R\$ correntes	Percentual	Em R\$ correntes	Percentual	Em R\$ correntes	Percentual
2000	5.206.163	29,78	3.047.379	17,44	8.253.542	47,22
2001	5.416.648	22,52	3.003.498	12,49	8.420.146	35,01
2002	7.369.290	26,91	4.239.846	15,49	11.609.136	42,40
2003	8.663.548	29,15	3.291.087	11,07	11.954.635	40,22
2004	9.769.240	23,83	4.667.538	11,39	14.436.778	35,22
2005	11.526.572	26,67	4.985.608	11,53	16.512.180	38,20
2006	14.045.630	27,36	9.376.895	18,28	23.422.525	45,64
2007	14.462.087	28,27	11.435.778	22,36	25.897.865	50,63
2008	15.283.900	29,15	11.654.056	22,22	26.937.956	51,37

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – SAI/SUS, SIH/SUS e DATASUS.

A tabela 8 e o gráfico 8 demonstram que as despesas com saúde em Caucaia na Assistência Ambulatorial no período de 2000 a 2008 teve uma maior participação do prestador privado, variando de 52,22% em 2007 para 71,08% em 2000; de 2005 a 2008 o prestador público municipal passou a ter uma maior contribuição nas despesas com saúde, oscilando de 45,90% em 2005 para 47,78% em 2007. O município teve um dispêndio na Assistência Ambulatorial com o prestador público municipal em R\$ correntes em 2000 de 1.505.523 e em 2008 de 7.162.479, o que representou um incremento de 375,75%, enquanto que com o prestador privado teve despesas no ano de 2000 em R\$ correntes de 3.700.640 e em 2008 de 8.121.421, com incremento de 119,46%.

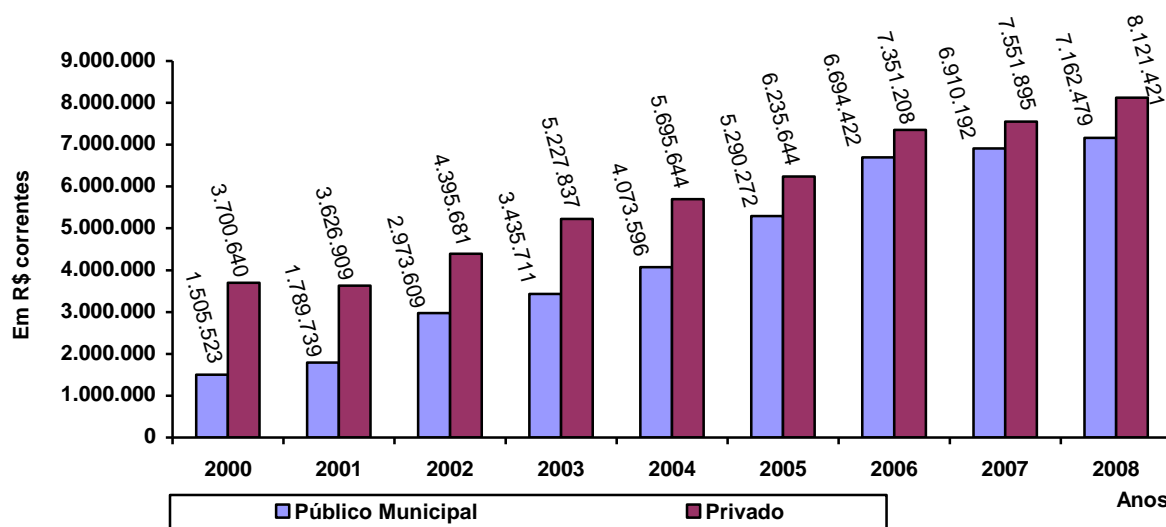
Tabela 8 – Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL por tipo de prestador e percentual de sua participação em relação ao total de despesas com a ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL em Caucaia, 2000-2008

ANOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL				TOTAL
	PÚBLICO MUNICIPAL		PRIVADO		
	Em R\$ correntes	%I	Em R\$ correntes	%I	
2000	1.505.523	28,92	3.700.640	71,08	5.206.163
2001	1.789.739	33,04	3.626.909	66,96	5.416.648
2002	2.973.609	40,35	4.395.681	59,65	7.369.290
2003	3.435.711	39,66	5.227.837	60,34	8.663.548
2004	4.073.596	38,93	5.695.644	61,07	9.769.240
2005	5.290.727	45,90	6.235.845	54,10	11.526.572
2006	6.694.422	47,66	7.351.208	52,34	14.045.630
2007	6.910.192	47,78	7.551.895	52,22	14.462.087
2008	7.162.479	46,86	8.121.421	53,14	15.283.900

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SUS e DATASUS.

Gráfico 8 – Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL por tipo de prestador em Caucaia, 2000-2008



*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SUS e DATASUS.

As despesas com saúde em Caucaia da Assistência Hospitalar no período de 2000 a 2008 teve uma maior participação do prestador privado, variando de 51,65% em 2007 para 100% em 2005. O município teve um dispêndio na Assistência Hospitalar com o prestador público municipal em R\$ correntes em 2000 de 1.153.756 e em 2008 de 5.351.763, o que representou um incremento de 363,85%, enquanto que com o prestador privado teve despesas no ano de 2000 em R\$ correntes de 1.893.623 e em 2008 de 6.302.292, com incremento de 232,31%, conforme mostra a tabela 9 e o gráfico 9.

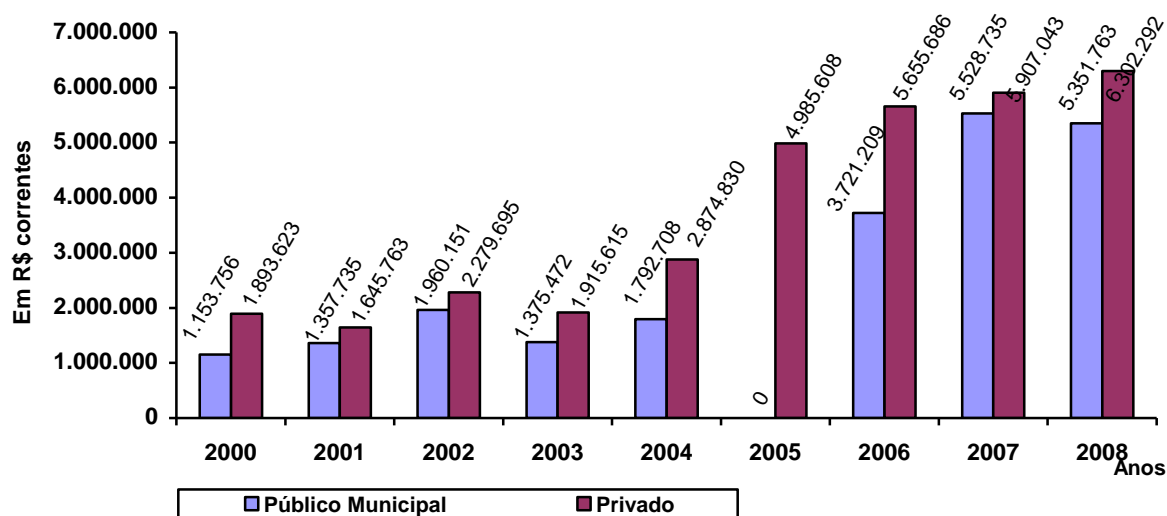
Tabela 9 – Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA HOSPITALAR por tipo de prestador e percentual de sua participação em relação ao total de despesas com a ASSISTÊNCIA HOSPITALAR em Caucaia, 2000-2008

ANOS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR				TOTAL
	PÚBLICO MUNICIPAL		PRIVADO		
	Em R\$ correntes	%I	Em R\$ correntes	%I	
2000	1.153.756	37,86	1.893.623	62,14	3.047.379
2001	1.357.735	45,20	1.645.763	54,80	3.003.498
2002	1.960.151	46,23	2.279.695	53,77	4.239.846
2003	1.375.472	41,79	1.915.615	58,21	3.291.087
2004	1.792.708	38,40	2.874.830	61,60	4.667.538
2005	0,00	-	4.985.608	100,00	4.985.608
2006	3.721.209	39,68	5.655.686	60,32	9.376.895
2007	5.528.735	48,35	5.907.043	51,65	11.435.778
2008	5.351.763	45,92	6.302.292	54,08	11.654.056

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS e DATASUS.

Gráfico 9 – Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA HOSPITALAR por tipo de prestador em Caucaia, 2000-2008



*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS e DATASUS.

As despesas com Suporte Profilático e Terapêutico referem-se basicamente aos dispêndios com medicamentos e vacinas. Como demonstra a tabela 10, no ano de 2000 essas despesas em R\$ correntes foi de 505.456 e em 2008, 756.669, com incremento no período de 50%. O percentual de participação em relação ao total de despesas com saúde variou de 1,22% em 2007 para 3,01% em 2002.

Tabela 10 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO		
ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	505.456	2,89
2001	479.919	1,99
2002	826.193	3,01
2003	869.606	2,92
2004	1.177.922	2,87
2005	724.003	1,67
2006	789.557	1,53
2007	627.925	1,22
2008	756.669	1,44

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

Tabela 11 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – VIGILÂNCIA EM SAÚDE e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

VIGILÂNCIA EM SAÚDE		
ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	126.364	0,72
2001	119.980	0,49
2002	155.855	0,56
2003	205.684	0,69
2004	185.983	0,45
2005	1.316.209	3,04
2006	2.121.562	1,73
2007	2.214.457	4,32
2008	2.674.038	5,10

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

Os dispêndios com Vigilância em Saúde incluem os gastos com Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e Ambiental. As despesas em 2000 em R\$ correntes foi de 126.364 e em 2008 de 2.674.038, com incremento de 1.116,13%. O percentual de aplicação em relação ao total das despesas com saúde variou de 0,45% em 2004 para 5,10% em 2008, como apresentado na tabela 11.

Gráfico 10 – Demonstrativo do percentual das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ATENÇÃO BÁSICA, ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR, SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO e VIGILÂNCIA EM SAÚDE, em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000

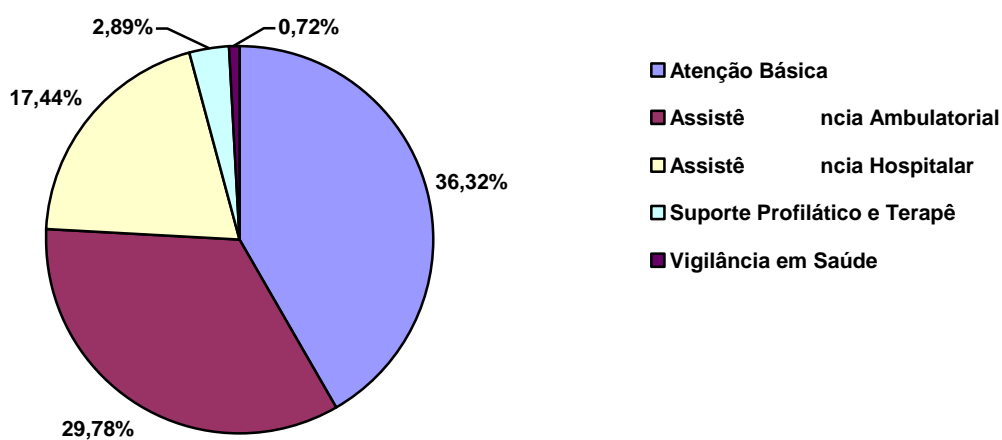
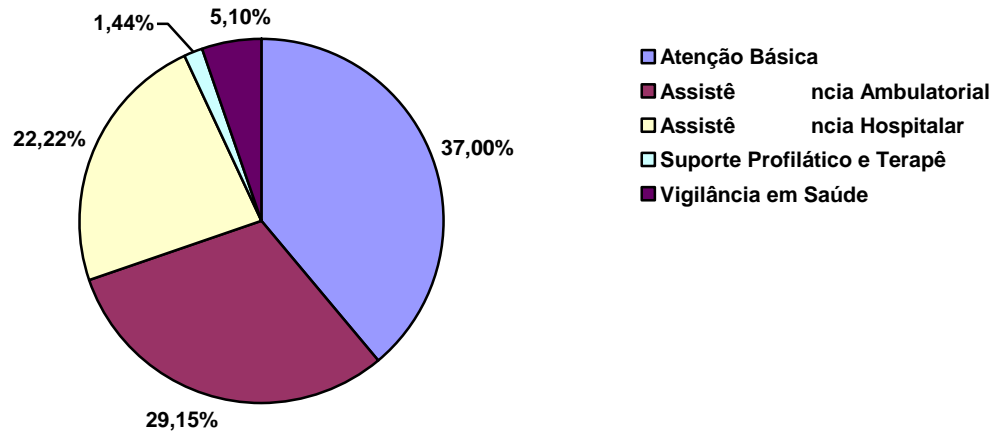
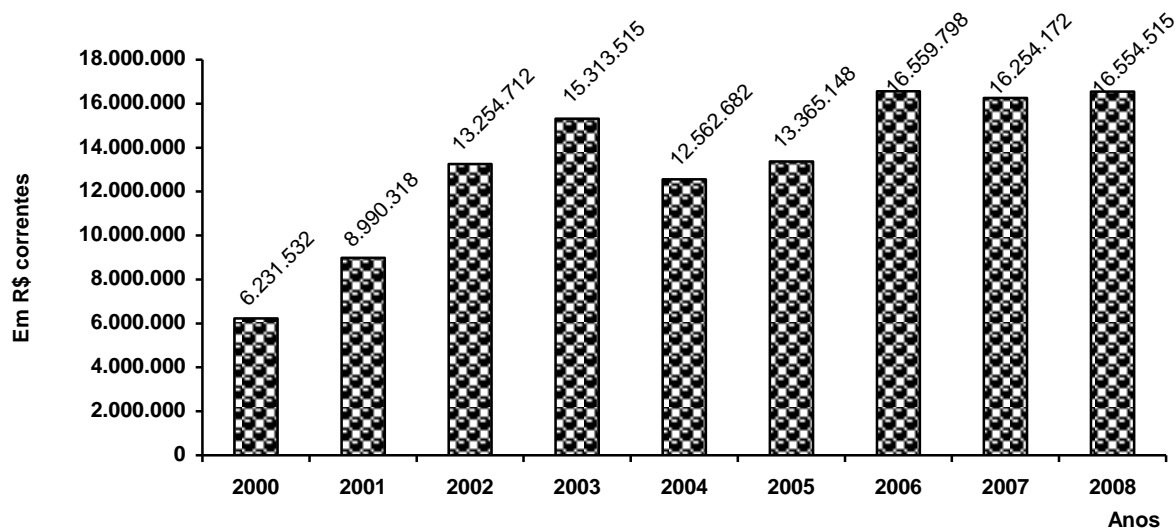


Gráfico 11 – Demonstrativo do percentual das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ATENÇÃO BÁSICA, ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR, SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO e VIGILÂNCIA EM SAÚDE, em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2008



O gráfico 12 mostra que no período em estudo houve um incremento nas despesas com pessoal da saúde de 165,65%, com um montante em R\$ correntes de 6.231.532 em 2000 e 16.554.515 em 2008.

Gráfico 12 – Demonstrativo das despesas com pessoal da saúde em Caucaia, 2000-2008



*Valores atualizados pelo IGP-M.
Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

O percentual de participação das despesas com pessoal da saúde em relação ao total de despesas com saúde no município oscilou de 30,65% em 2004 para 51,52% em 2003. De 2004 a 2008 esse percentual de participação manteve-se estável, como demonstra a tabela 12.

Tabela 12 – Demonstrativo das despesas da saúde com pessoal e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	6.231.532	35,65
2001	8.990.318	37,38
2002	13.254.712	48,41
2003	15.313.515	51,52
2004	12.562.682	30,65
2005	13.365.148	30,92
2006	16.559.798	32,26
2007	16.254.172	31,77
2008	16.554.515	31,57

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

6 DISCUSSÃO

As receitas da administração direta incluem receitas correntes e de capital. Dentre as principais receitas correntes estão as receitas tributárias, receitas de contribuição, receitas patrimoniais e transferências correntes, das quais as transferências intergovernamentais e transferências de convênios são as mais importantes. As principais receitas de capital são as receitas de contribuição e as transferências de capital, sendo a mais relevante as transferências de convênios.

O gráfico 1 mostra que as receitas da administração direta em Caucaia no período pesquisado apresentaram uma tendência crescente de arrecadação, com um menor incremento de 2000 a 2004, e um desempenho bem satisfatório de 2004 a 2008.

A arrecadação com impostos no município de 2000 a 2008 também apresentou um comportamento de crescimento, apesar de sua participação percentual em relação ao total das receitas da administração direta não evidenciar significativas variações, como demonstram a tabela 2 e o gráfico 2. Dois fatores contribuíram para que essa arrecadação não fosse bem maior: uma inadimplência significativa no Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU) e o fato de uma boa parcela da população do município possuir veículos licenciados em Fortaleza, gerando receita do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) para esse município.

Segundo Lima (2007), estudos sobre o federalismo fiscal no Brasil apontam algumas deficiências do nosso sistema tributário que, apesar de prover uma redistribuição interregional de recursos, não atende aos requisitos da equalização fiscal e criação de níveis mais homogêneos na capacidade final de gasto das esferas subnacionais de governo. Pelo contrário, os resultados das pesquisas apontam que as transferências redistributivas, que não guardam relação com as bases tributárias dos governos subnacionais – Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM), o sistema de cota-parte estadual, o SUS e o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) – promovem a realocação de recursos tributários do núcleo mais desenvolvido do país para estados mais atrasados. Prado (2003) complementa afirmando que essa realocação é feita de

maneira essencialmente aleatória, criando e reproduzindo desigualdades entre unidades da federação tão grandes ou maiores do que aquelas que são observadas na arrecadação inicial.

De acordo com Arretche (2004), no sistema atual, a arrecadação tributária é bastante concentrada: os cinco principais impostos são responsáveis por mais de 70% da arrecadação total, sendo quatro deles arrecadados pela União: a Contribuição para a Previdência Social, o Imposto de Renda (IR), a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). O quinto imposto mais importante é arrecadado pelos Estados: o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS).

O modelo de federalismo fiscal vigente no Brasil e o padrão preponderante das transferências SUS reforçam-se mutuamente e apontam para uma tendência à redistribuição de recursos tributários no Brasil que não favorece uma maior igualdade no gasto público em saúde pelos desequilíbrios orçamentários gerados às unidades subnacionais. Com isso, crescem as expectativas dos atores federativos no financiamento federal da política de saúde: da União, pelas possibilidades de condução dos rumos da política nacional através de incentivos financeiros e conformação de parâmetros nacionais; das esferas subnacionais, pelo aporte de novos recursos da saúde que possam compensar suas dificuldades de financiamento e que possibilitem maior autonomia de gestão (LIMA, 2007).

O gráfico 3 demonstra que de 2000 a 2008 o ente federado municipal apresentou um incremento significativo no montante das despesas com saúde no município, enquanto que o ente federado estadual teve um desempenho insatisfatório. Com relação ao ente estadual, os valores de 2000 a 2005 são referentes apenas aos repasses para pagamento de Agentes Comunitários de Saúde e de 2006 a 2008 são acrescidos a esses valores, as transferências de convênios.

A intensificação do processo de municipalização da saúde, principalmente a partir da Norma Operacional Básica de 1993, aliada à reforma fiscal implementada na própria Constituição Federal, teve como consequência natural a elevação dos gastos dos municípios na área da saúde (FAVERET, 2003).

Faveret (2003) prossegue afirmando que, por outro lado, o oposto ocorreu com os estados durante, já que não tiveram seu papel claramente definido na legislação infraconstitucional do SUS, em particular nas suas Normas Operacionais Básicas. Não bastasse isso, passaram por um intenso processo de reestruturação financeira, com maior comprometimento de suas receitas com o pagamento de suas dívidas internas. Esses dois fatores contribuíram sobremaneira para a reduzida participação dos estados no total de gastos públicos com saúde.

Nunes (2004) afirma que, de um modo geral, a tendência é que estados e municípios participem cada vez mais do financiamento do SUS, de forma a reduzir a importância da participação relativa da União nesse financiamento. Entretanto, a participação da União no financiamento das ações e serviços de saúde ainda é significativa em muitos municípios, principalmente naqueles dos estados mais pobres.

Caucaia por ser um município de grande porte no estado do Ceará, portanto com uma maior capacidade de arrecadação, não apresentou no período em estudo grande dependência de transferências federais para a saúde, apesar de ser a União a esfera governamental que mais contribuiu com as despesas com saúde no município, conforme mostra o gráfico 4. Caucaia vem aplicando recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde acima do que preconiza a Emenda Constitucional 29, exceção feita ao ano de 2002, como demonstra o gráfico 5.

A partir da Emenda Constitucional n. 29, de 2000, o aporte de recursos por estados e municípios passou a depender da sua capacidade fiscal, enquanto a União tem seu dispêndio vinculado ao crescimento do PIB. Esse desenho enseja a discussão sobre o caráter redistributivo do gasto federal e do volume de recursos necessário ao financiamento do SUS. A avaliação da qualidade do gasto, ou a adequação dos mesmos às necessidades da população, constituem pré-requisitos para o avanço desta discussão (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Em relação às regras que orientam as transferências de recursos federais para o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS, estas possuem efeito limitado no que tange à redistribuição fiscal e redução das desigualdades nas receitas voltadas para a saúde. Isto porque, na sua maioria, a distribuição de

recursos federais guarda uma forte relação com o perfil da capacidade instalada e com a série histórica de gastos informada nas bases de dados de produção e faturamento do SUS. Os equipamentos e profissionais de saúde disponíveis nos ambulatorios, hospitais e serviços de apoio diagnóstico-terapêutico nos diversos estados e municípios, assim como sua capacidade de produção e faturamento, se expressam de forma bastante heterogênea no território (LIMA, 2007).

Solla (2006) chama atenção para o importante aumento nos repasses de recursos federais para estados e municípios entre dezembro de 2002 e julho de 2005. Este aumento se deu por meio dos seguintes mecanismos: reajustes importantes nas tabelas SUS (ambulatorial e hospitalar), priorizando procedimentos de média complexidade com maiores diferenças entre o valor de tabela e o custo do procedimento; aumento de valores de incentivos existentes (especialmente para Saúde da Família); implantação de novas políticas estratégicas com financiamento global – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centros de Especialidade Odontológica (CEO) etc.; criação de novos mecanismos de financiamento para rede hospitalar no SUS – contratualização dos hospitais universitários, iniciada em 2003, dos hospitais filantrópicos (2005), implantação da política de hospitais de pequeno porte; expansão da rede de alta complexidade, principalmente leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), serviços de diálise, centros de alta complexidade em oncologia e cardiologia; e ainda aumento de valores dos tetos estaduais, inclusive incorporando critérios de redução da desigualdade regional.

No município de Caucaia, outro fator que contribuiu para o crescente aumento das transferências de recursos federais para a saúde no período pesquisado decorreu do constatado de que a maior parcela desses repasses foi baseado em *per capita* populacional. De acordo com dados do IBGE, de 2000 a 2008, o crescimento populacional do município foi de 56%, enquanto que o estado do Ceará cresceu apenas 10% no mesmo período.

Segundo Ugá *et al.* (2003), em se tratando da distribuição de recursos para a saúde, uma distribuição igualitária não é necessariamente equitativa, sobretudo se forem levadas em consideração as diferenças nos perfis demográfico,

epidemiológico e socioeconômico da população, que determinam diferentes níveis de necessidades de saúde.

O principal objetivo de uma distribuição de recursos financeiros em saúde deve ser atender às necessidades de saúde. A questão central é como medir “necessidade de saúde”, ou que indicadores devem ser utilizados para medi-la. (BRASIL, 2007a).

Nunes (2004) ressalta que o atual modelo de alocação de recursos inter regional do SUS apresenta características de iniquidade. A solução recomendada é a utilização das necessidades populacionais como fator de redistribuição de recursos. Para se mensurar a necessidade populacional, cria-se uma *proxy* de necessidade, com o objetivo de capturar as desigualdades no modelo de descentralização de recursos. Desse modo são construídos os Índices de Necessidade em Saúde (INS) que são empregados na elaboração de modelos equitativos.

Naturalmente, em todas as decisões de alocação ou de transferência de recursos existem explicitados ou não, critérios que orientam ou, em última instância, justificam a decisão tomada. Situação diferente é ter critérios previamente estabelecidos e que sejam, além de transparentes, consistentes com o objetivo desejado para a política de saúde com relação à distribuição de recursos (BRASIL, 2007a).

A adoção prévia de critérios para orientar os repasses tem pelo menos duas vantagens:

- Em sistemas descentralizados, como é o caso do SUS, onde boa parte dos recursos utilizados na ponta do sistema é oriundo de transferências de outras esferas, a existência de critérios objetivos, previamente definidos, para o repasse de recursos dá maior transparência ao processo de alocação;
- Confere maior segurança à instância de governo que recebe os recursos, que poderá estimar com antecedência o que vai receber. (BRASIL, 2007a).

O financiamento do SUS, na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os estados e

entre os municípios de cada estado, a partir de um valor *per capita* ajustado por estrutura etária, gênero, necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços. Paralelamente ao processo de redistribuição eqüitativa dos recursos federais de custeio, devem ser implementados programas de investimentos, por meio de Planos Diretores de Investimentos (PDI), para equilibrar interregionalmente a oferta dos serviços de saúde, além de uma política de recursos humanos voltada a fixação de profissionais. Esse conjunto de ações articuladas deve ter como objetivo a redução das desigualdades regionais (BRASIL, 2006a).

As desigualdades em saúde podem ser analisadas em diversas dimensões. Uma delas é a situação de saúde coletiva expressa pelos perfis epidemiológicos. Outra análise deve contemplar as diferenças na distribuição e organização das respostas sociais aos problemas de saúde. Ou seja, os aspectos relativos ao financiamento do sistema de saúde, acesso e utilização, qualidade, entre outros, relacionados com a provisão e o uso de serviços de saúde (NUNES *et al.*, 2001).

Os critérios, os valores, assim como os requisitos necessários para alocação de recursos, têm sido alvo de discussão das instâncias de representação e gestão intergovernamental do SUS no plano nacional (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite). Observa-se que a pauta de negociação intergovernamental é cada vez mais dominada por diversas regras de financiamento federal da política de saúde que são permanentemente modificadas. No interior destas instâncias, as decisões sobre as regras que informam estas transferências refletem as formas como vêm sendo administradas as tensões federativas e as disputas territoriais por recursos federais. Entretanto, o grau de desigualdade subjacente dos municípios e estados brasileiros, a falta de um planejamento integrado dos diversos critérios que regem as transferências SUS, assim como o entendimento das transferências da saúde como um componente do sistema de partilha tributário da federação acabam por reforçar determinados padrões de assimetria e gerar novos desequilíbrios orçamentários, dificultando a compensação das desigualdades na capacidade de gasto público em saúde das esferas subnacionais (LIMA, 2007).

Conforme o gráfico 6, o *per capita* das despesas com saúde no município no período pesquisado teve um crescimento vertiginoso, no entanto, quando comparado ao estado do Ceará e ao Brasil o desempenho do município foi bem inferior.

As despesas citadas na pesquisa referem-se às despesas liquidadas, sendo considerada a classificação orçamentária por subfunção da administração direta da saúde: Subfunções Administrativas e Subfunções Vinculadas (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância à Saúde – Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental).

A estrutura administrativa a partir de 1996, com a Normas Operacionais Básicas (NOB – SUS 01/96), teve que se reestruturar, para atender a nova estrutura do setor. Estados e Municípios, que anteriormente à lei faziam poucos investimento no setor, tiveram que ampliar sua participação, haja vista a adoção de novos critérios para o repasse de recursos da saúde. Neste contexto, a ampliação da estrutura administrativa e operacional foi necessária; e a falta de profissionais qualificados levou as Secretárias de Saúde a centralizar várias atividades (BAHIA, 2005).

Em Caucaia, o comportamento das despesas com a subfunção administrativa foi bastante atípica no período, como mostra o gráfico 7. De 2000 a 2003, teve um desempenho estável; no entanto, em 2004 e 2005 os gastos tiveram um aumento significativo, voltando a regredir a partir de 2006.

As tabelas 6 e 7 mostram que no período estudado a Atenção Básica no município teve grandes investimentos, com dispêndios superiores à Assistência Ambulatorial e Assistência Hospitalar (média e alta complexidade ambulatorial e média complexidade hospitalar): em 2000 havia seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), em 2001, foram construídas 11 UBSF, reformados e ampliados nove Postos de Saúde; de seis Equipes de Saúde da Família em 2000 passou para trinta e três em 2001; em 2000, o Programa Saúde da Família tinha uma cobertura de apenas 8,67% da população e não tinha Equipes de Saúde Bucal; em 2001, foram implantadas quinze ESB. Em 2008, funcionavam no município sessenta e oito Equipes de Saúde da Família com cobertura de 74,69% da população, quarenta e

uma Equipes de Saúde Bucal em quarenta e cinco Unidades Básicas de Saúde da Família, como demonstrado na tabela 1.

Na rede física da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de 2000 a 2008 os investimentos foram menores. O município em 2008 permaneceu com dois Hospitais (reformados e ampliados); de uma Policlínica passou para duas; continuou uma Unidade Mista de Saúde e um Serviço Móvel de Socorro de Urgência e Emergência; foi implantado um Centro de Fisioterapia, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, um CAPS AD e um Centro de Nefrologia, como mostrado na tabela 1.

Mesmo que visto somente da perspectiva do financiamento, esse quadro é de algum modo alentador, pois parece refletir uma inversão no modelo de atenção, uma vez que aponta uma redução relativa do peso da Assistência Hospitalar, ao mesmo tempo que revela um maior investimento financeiro por parte do município (em princípio numa lógica de maior racionalidade e controle) e também aumento das transferências destinadas à Assistência Ambulatorial e Atenção Básica. Uma análise um pouco mais detalhada, no entanto, oferece elementos que suscitam preocupações, uma vez que esse baixo desempenho da Assistência Hospitalar decorre de inúmeros problemas que ocorreram no Hospital Público Municipal no período pesquisado, desde a insuficiência de recursos humanos especializados, o desaparecimento tecnológico até o fechamento por um ano (2005) para reformas e ampliações. Essa baixa resolutividade da Assistência Hospitalar gerou constantes desacordos com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em virtude de um elevado número de pacientes de Caucaia que buscaram atendimentos em Hospitais da capital. Os gráficos 8 e 9 demonstram que no período em estudo o município teve na Assistência Ambulatorial e Hospitalar maiores dispêndios com os prestadores privados.

Outra constatação para as despesas com a Assistência Ambulatorial serem superiores as despesas com Assistência Hospitalar decorre de uma utilização cada vez mais intensa dos serviços de média e alta complexidade ambulatorial, muitos dos quais migraram do ambiente hospitalar para os ambulatórios de alta densidade tecnológica e, portanto de alto custo.

Uma vez mencionados os aspectos relativos ao aumento de receitas e à redução das despesas, cabe ainda abordar os relacionados à eficiência na utilização dos recursos. As mudanças recentes na forma de remuneração dos hospitais têm sido vistas com ceticismo por alguns gestores e profissionais do setor, mas abrigam também grandes oportunidades. As preocupações dos primeiros se referem à possibilidade de que os estabelecimentos "contratualizados", tendo a sua receita mensal/anual assegurada pela via da orçamentação global, passem a enxergar os pacientes como itens de despesa e venham a priorizar aqueles a serem submetidos a procedimentos menos custosos ou complexos, além de reduzirem sua produção global. Embora estes sejam perigos reais, passíveis de acontecer naqueles locais mais carentes de mecanismos de avaliação, controle e intervenção sobre os prestadores de serviços, cenários mais otimistas podem ser também delineados. Se determinadas a partir de um planejamento cuidadoso da rede assistencial, além de acompanhadas de perto e cobradas pelos gestores, as cláusulas e condições dos novos contratos podem vir a se configurar como instrumentos de qualificação e racionalização do sistema público de saúde (CARVALHO, 2007).

A ampliação de recursos para o setor saúde gerou aumento da demanda de insumos. Conforme a tabela 10 as despesas com Suporte Profilático e Terapêutico cresceram em 50% no período em estudo.

A partir de 2005 houve um maior dispêndio com a Vigilância em Saúde, principalmente, em virtude da reintrodução do *Aedes egypti* no município e os conseqüentes casos de dengue que surgiram, como mostra a tabela 11.

Os gráficos 10 e 11 apresentam um comparativo entre as despesas por subfunção vinculada em 2000 e 2008, demonstrando que nesses anos extremos da pesquisa houve um comportamento percentual semelhante de dispêndios com a Atenção Básica, com a Assistência Ambulatorial e Hospitalar, uma redução percentual com o Suporte Profilático e Terapêutico e um crescimento acentuado com a Vigilância em Saúde.

A tabela 12 demonstra que tomando como base só as despesas com pessoal do setor saúde, elas não extrapolaram o exigido pela Lei de

Responsabilidade Fiscal para o município, que é a aplicação de no máximo 55% das despesas da saúde com pessoal do poder executivo.

7 CONCLUSÕES

O que se buscou nesta pesquisa foi a análise, de um ponto de vista macroeconômico, do comportamento das despesas com saúde no município de Caucaia, no período de 2000 a 2008, mensurando a contribuição das transferências federais, estaduais e recursos próprios aplicados em saúde.

No entanto, há que se destacar minimamente duas situações que interferiram no cenário do financiamento público federal da saúde no país, no período em estudo: (1) a extinção da CPMF, em dezembro de 2007; (2) a não regulamentação da EC-29, em tramitação na Câmara dos Deputados através do Projeto de Lei Complementar nº. 306/08. Portanto, espera-se que seja criada uma nova contribuição, de caráter permanente, para substituir a CPMF e que, finalmente, seja regulamentada a EC-29. Com relação ao financiamento público estadual anseia-se pela criação de um Piso da Atenção Básica Estadual e por mais incentivos financeiros para a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. O município deverá criar mecanismos no sentido de estimular a arrecadação para continuar aplicando em saúde o que determina a EC-29.

Uma concreta inversão do modelo de atenção só será alcançada se o município priorizar investimentos de recursos e esforços na Vigilância em Saúde e na Atenção Básica. Ações de promoção à saúde, prevenção às doenças e agravos não só preservam a saúde, mas tem também a mais longo prazo, o efeito de evitar gastos maiores com a recuperação e reabilitação de pacientes.

Observou-se na pesquisa que várias metas dos Planos Municipais de Saúde do período em estudo não foram contempladas nos respectivos Planos Plurianuais do município e, portanto as diretrizes orçamentárias anuais e os orçamentos anuais do setor saúde foram elaborados sem a devida observância da proposta orçamentária das Programações Anuais de Saúde.

O planejamento eficaz do gasto e a adequada gestão dos limitados recursos disponíveis são imprescindíveis em todos os setores da economia, em

especial no setor público. Nesse mister, destaca-se uma das principais contribuições do controle social que é o de fiscalizar se os gastos estão sendo feitos a partir das ações previstas no Plano Municipal de Saúde. No período de 2005 a 2008, constatou-se que o Conselho Municipal de Saúde de Caucaia manteve uma Câmara Técnica Financeira que se reunia trimestralmente para a análise dos balancetes financeiros mensais. A transparência do financiamento do setor público também viabiliza uma interlocução mais qualificada com órgãos e instâncias de controle social.

O presente estudo foi o primeiro realizado no município abordando o tema financiamento da saúde. Ele deverá suscitar novas pesquisas aprofundando a temática e contribuindo para uma alocação eficiente dos recursos da saúde no município, buscando maximizar as metas pretendidas com um limitado volume de recursos e/ou minimizar esses recursos necessários para alcançar referidas metas.

Os gestores da saúde, tanto no nível da macrogestão quanto da microgestão da saúde, deparam-se constantemente com a árdua tarefa de alocar recursos sejam financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e eqüitativa. Esse desafio ocorre, tanto nas decisões para distribuição de recursos entre estados, regiões, municípios, programas e ações de saúde, quanto na opção clínica em solicitar ou não, para um indivíduo a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia

Para o município de Caucaia fica o desafio de fazer do **Pacto pela Saúde** um instrumento de luta pela qualificação da proposta de financiamento da saúde e pela consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001. 279 p.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, Apr./Jun. 2004.

BAHIA. **Contas em Saúde no Estado da Bahia – 2002/2004**. Acordo de Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido. Salvador, 2005.

BARROS, M. E. D. **Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil: marco legal e comportamento do gasto**. OPAS. Brasília, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4).

BRASIL. **Decreto Nº 7.135, de 29 de março de 2010**. Dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS; aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde; altera o Anexo II ao Decreto nº 4.727, de 9 de junho de 2003, que trata do Estatuto e do Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde; e dá outras providências. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **O DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 10 mar. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SIOPS-Sistema De Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/siops.php>>. Acesso em: 21 set. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília, 2009b. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Cadernos de Planejamento; v. 2).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº. 837, de 23 de abril de 2009**. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2009c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº. 322, de 08 de maio de 2003.** Aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional Nº. 29. Brasília, 2003.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde.** Brasília: CONASS, 2007a. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 3).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº. 204, de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. SIOPS – Uma ferramenta da Economia da Saúde. In: JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 4., 2007 Brasília. **Ciclo de Debates...** Brasília: 2007c. 31 p.

_____. **CONASS apresenta aos presidentiáveis 14 propostas prioritárias para o SUS.** Consensus 24. set. p. 4-10, 2006. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/Consensus%2024.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília, 2006b.

_____. **Decreto Nº 4.194 de 11 de abril de 2002.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS trajetória 1991-2002.** Brasília, 2002b. 62 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS, repassados fundo a fundo.** Brasília, 2001.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 393 p.

_____. **Lei Nº. 4320, de 17 de março de 1964.** Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, 1964.

CAMPOS, F. C. C. Gestão intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde: Apontamentos para os Gestores Municipais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde:** textos básicos. Rio de Janeiro, 2001. 344 p.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** Janeiro, v. 12, n. 4, Jul./Aug. 2007.

CARVALHO, G. C. M. de. **Como calcular o percentual de recursos próprios que estados e municípios devam destinar à saúde segundo a EC-29**. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/mp>>. Acesso em: out. 2009.

_____. **Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde, 1988-2001**. São Paulo: PaperCrom, 2002.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90 e 8142/90)**. 3. ed. Campinas, SP: Unicamp, 2001. 330 p.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (org.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. 3. ed. Brasília: IPEA, 2002. 298 p. p. 5-21.

FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva** Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** Janeiro, v. 12, n. 2, Mar./Apr. 2007.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

NUNES, A. **A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Relatório de Consultoria (Contrato Nº 130/2003) – Projeto 1.04.21. Brasília, 2004.

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B.; VIANNA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS; Instituto de Pesquisa Aplicada e Econômica (IPEA), 2001. 224 p.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 179-195, 2001.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE F.; OLIVEIRA F. A. (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**. Desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p. 41-125.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L. D. V.; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2433-2445, 2009.

SCHNEIDER, A.; PERALTA, J. A. G.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade? 2. ed. rev. e atual. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009.

SILVA, M. G. C. da. **Introdução à economia da saúde**. Fortaleza: UECE/Expressão, 2004. 152 p.

_____. Economia da saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. p. 553–565.

_____. **Economia da saúde no Brasil**. In: Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2003b. p. 72-80. (Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Módulo 3).

_____. (org.). **Economia da saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. Fortaleza: INESP/EDUECE, 2001. 365 p.

SMITHIES, A. Estrutura conceitual do orçamento-programa. **Revista ABOP**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 85-107, maio/ago. 1980.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348. jul./dez. 2006.

SOUSA, M. H. L.; TELLO, J. E. Célula Economia da Saúde no novo modelo de gestão da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará: organização e perspectivas. In: SILVA, M. G. C. da. (org.). **Economia da saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. Fortaleza: Ed. INESP/EDUECE, 2001. 365 p.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência & Saúde Coletiva** 2, p. 379-391, 2003.

THE WORD BANK. **Word development report 1993**. Investing in Health. Oxford: Oxford University Press. 1993.

UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; VIANNA, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TABELAS

Tabela 1 – Equipamentos e serviços na Secretaria de Saúde de Caucaia, comparativo 2000-2008

	EQUIPAMENTOS/SERVIÇOS	2000	2008
Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde da Família	6	45
	Equipes de Saúde da Família	6	68
	Equipes de Saúde Bucal	-	41
Atenção Secundária	Hospitais	2	2
	Policlínica	1	2
	Unidade Mista de Saúde	1	1
	Serviço Móvel de Socorro de Urgência/ Emergência	1	1
	Centro de Especialidades Odontológicas	-	1
	CAPS- AD	-	1
	CAPS II	-	1
	Centro de Fisioterapia	-	1
Atenção Terciária	Centro de Nefrologia	-	1
Assistência Farmacêutica	Farmácia Popular do Brasil	-	3

Fonte: Secretaria de Saúde de Caucaia.

Tabela 2 – Demonstrativo do total das receitas da administração direta em Caucaia, 2000-2008 (Em R\$ correntes)

ANOS	Em R\$ correntes
2000	115.737.398
2001	118.094.301
2002	140.657.269
2003	143.683.044
2004	149.475.652
2005	178.543.830
2006	222.620.409
2007	231.751.987
2008	278.091.903

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

*Valores atualizados pelo IGP-M

Tabela 3 – Demonstrativo das receitas com impostos e percentual de sua participação em relação ao total das receitas da administração direta em Caucaia, 2000-2008

RECEITAS COM IMPOSTOS		
ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	7.776.528	6,71
2001	6.773.610	5,73
2002	12.316.408	8,75
2003	13.795.255	9,60
2004	12.047.926	8,06
2005	15.034.388	8,42
2006	17.358.628	7,79
2007	19.597.046	8,45
2008	20.976.696	7,54

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Tabela 4 – Demonstrativo do total das despesas com saúde em Caucaia por esfera governamental, 2000-2008 (Em R\$ correntes)

ANOS	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	TOTAL
	Em R\$ correntes			
2000	7.844.552	1.655.217	7.976.858	17.476.627
2001	10.945.072	1.862.546	11.240.804	24.048.422
2002	12.378.751	1.869.605	13.131.179	27.379.535
2003	12.785.507	2.024.373	14.909.552	29.719.432
2004	18.451.561	2.065.942	20.468.387	40.985.890
2005	18.094.969	2.115.899	23.005.968	43.216.836
2006	17.285.171	3.179.767	30.854.397	51.319.335
2007	22.349.559	3.757.724	25.043.579	51.150.862
2008	21.820.881	3.203.255	27.404.853	52.428.989

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS, Secretaria Estadual da Saúde/Ceará – Coordenadoria Administrativo-Financeira – COAFI, Associação dos Agentes de Saúde da Microrregional de Caucaia
*Valores atualizados pelo IGP-M

Tabela 5 – Demonstrativo percentual das despesas com saúde em Caucaia por esfera governamental, 2000-2008

ANOS	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
	Percentual		
2000	44,88	9,48	45,64
2001	45,51	7,75	46,74
2002	45,21	6,84	47,95
2003	43,02	6,82	50,16
2004	45,01	5,05	49,94
2005	41,87	4,90	53,23
2006	33,54	6,59	59,87
2007	44,23	6,21	49,56
2008	41,62	6,11	52,27

Fonte: Pesquisa direta.

Tabela 6 – Demonstrativo do percentual mínimo e aplicado em saúde em Caucaia de acordo com a EC 29, 2000-2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% MÍNIMO	7,00	12,16	12,87	13,58	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
% APLICADO	11,45	15,05	11,56	17,22	26,63	21,99	16,95	19,56	17,04

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

Tabela 7 – Demonstrativo *per capita* das despesas com saúde em Caucaia, Ceará e Brasil, 2000-2008

ANOS	CAUCAIA	CEARÁ	BRASIL
		Percentual	
2000	29,06	90,73	119,86
2001	44,55	126,74	130,37
2002	60,21	134,95	141,68
2003	71,06	136,72	180,10
2004	108,85	152,64	198,14
2005	109,92	143,11	218,18
2006	130,33	181,87	240,76
2007	135,58	182,36	256,32
2008	153,57	208,54	256,32

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

Tabela 8 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção administrativa e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	2.243.571	12,83
2001	3.243.486	13,48
2002	2.795.698	10,21
2003	3.285.010	11,05
2004	9.122.911	22,25
2005	10.095.525	23,36
2006	4.957.954	9,66
2007	2.940.049	5,74
2008	2.661.159	5,07

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Tabela 9 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ATENÇÃO BÁSICA e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

ANOS	ATENÇÃO BÁSICA	
	Em R\$ correntes	Percentual
2000	6.347.694	36,32
2001	11.784.888	49,00
2002	11.992.651	43,80
2003	13.404.490	45,10
2004	16.062.295	39,18
2005	14.568.916	33,71
2006	20.027.737	39,02
2007	19.470.566	38,06
2008	19.399.165	37,00

Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SUS e DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Tabela 10 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

ANOS	Assistê	ncia Ambula	Assistê	ncia Hospi	TOTAL	
	Em R\$ correntes	Percentual	Em R\$ correntes	Percentual	Em R\$ correntes	Percentual
2000	5.206.163	29,78	3.047.379	17,44	8.253.542	47,22
2001	5.416.648	22,52	3.003.498	12,49	8.420.146	35,01
2002	7.369.290	26,91	4.239.846	15,49	11.609.136	42,40
2003	8.663.548	29,15	3.291.087	11,07	11.954.635	40,22
2004	9.769.240	23,83	4.667.538	11,39	14.436.778	35,22
2005	11.526.572	26,67	4.985.608	11,53	16.512.180	38,20
2006	14.045.630	27,36	9.376.895	18,28	23.422.525	45,64
2007	14.462.087	28,27	11.435.778	22,36	25.897.865	50,63
2008	15.283.900	29,15	11.654.056	22,22	26.937.956	51,37

Fonte: Ministério da Saúde – SAI/SUS, SIH/SUS e DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Tabela 11 – Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL por tipo de prestador e percentual de sua participação em relação ao total de despesas com a ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR em Caucaia, 2000-2008

ANOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL				TOTAL
	PÚBLICO MUNICIPAL		PRIVADO		
	Em R\$ correntes	Percentual	Em R\$ correntes	Percentual	
2000	1.505.523	28,92	3.700.640	71,08	5.206.163
2001	1.789.739	33,04	3.626.909	66,96	5.416.648
2002	2.973.609	40,35	4.395.681	59,65	7.369.290
2003	3.435.711	39,66	5.227.837	60,34	8.663.548
2004	4.073.596	38,93	5.695.644	61,07	9.769.240
2005	5.290.727	45,90	6.235.845	54,10	11.526.572
2006	6.694.422	47,66	7.351.208	52,34	14.045.630
2007	6.910.192	47,78	7.551.895	52,22	14.462.087
2008	7.162.479	46,86	8.121.421	53,14	15.283.900

Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SUS e DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Tabela 12 – Demonstrativo das despesas com saúde da ASSISTÊNCIA HOSPITALAR por tipo de prestador e percentual de sua participação em relação ao total de despesas com a ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR em Caucaia, 2000-2008

ANOS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR				TOTAL
	PÚBLICO MUNICIPAL		PRIVADO		
	Em R\$ correntes	Percentual	Em R\$ correntes	Percentual	
2000	1.153.756	37,86	1.893.623	62,14	3.047.379
2001	1.357.735	45,20	1.645.763	54,80	3.003.498
2002	1.960.151	46,23	2.279.695	53,77	4.239.846
2003	1.375.472	41,79	1.915.615	58,21	3.291.087
2004	1.792.708	38,40	2.874.830	61,60	4.667.538
2005	0,00	-	4.985.608	100,00	4.985.608
2006	3.721.209	39,68	5.655.686	60,32	9.376.895
2007	5.528.735	48,35	5.907.043	51,65	11.435.778
2008	5.351.763	45,92	6.302.292	54,08	11.654.056

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS e DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Tabela 13 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO		
ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	505.456	2,89
2001	479.919	1,99
2002	826.193	3,01
2003	869.606	2,92
2004	1.177.922	2,87
2005	724.003	1,67
2006	789.557	1,53
2007	627.925	1,22
2008	756.669	1,44

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Tabela 14 – Demonstrativo das despesas com saúde em Caucaia por subfunção vinculada – VIGILÂNCIA EM SAÚDE e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

VIGILÂNCIA EM SAÚDE		
ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	126.364	0,72
2001	119.980	0,49
2002	155.855	0,56
2003	205.684	0,69
2004	185.983	0,45
2005	1.316.209	3,04
2006	2.121.562	1,73
2007	2.214.457	4,32
2008	2.674.038	5,10

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

Tabela 15 – Demonstrativo das despesas da saúde com pessoal e percentual de sua participação em relação ao total das despesas com saúde em Caucaia, 2000-2008

ANOS	Em R\$ correntes	Percentual
2000	6.231.532	35,65
2001	8.990.318	37,38
2002	13.254.712	48,41
2003	15.313.515	51,52
2004	12.562.682	30,65
2005	13.365.148	30,92
2006	16.559.798	32,26
2007	16.254.172	31,77
2008	16.554.515	31,57

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS.

*Valores atualizados pelo IGP-M.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

À Secretaria de Saúde de Caucaia
Estabelecida: Rua Coronel Correa, 1959 – Sede – Caucaia

Está sendo desenvolvida uma pesquisa sobre **FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA-CEARÁ, NO PERÍODO DE 2000 A 2008**. Neste estudo, pretende-se identificar os recursos financeiros e analisar sua aplicação nas ações e serviços públicos de saúde no município de Caucaia por meio de mecanismos orçamentários-financeiros, no período de 2000 a 2008.

Assim, venho através deste solicitar a autorização para coletar dados em Planos Plurianuais Municipais (2002-2005 e 2006-2009), Lei de Diretrizes Orçamentárias Municipais, Leis Orçamentárias Anuais Municipais, Planos Municipais de Saúde (2001-2004 e 2005-2008), Relatórios Anuais de Gestão, Balanços e Balançetes Financeiros, Planos de Aplicação de Recursos Financeiros.

Esclareço, outrossim, que as informações coletadas, todas de natureza pública e disponíveis de conformidade com o princípio da transparência, inerente à administração pública, somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa destinada à elaboração de dissertação de mestrado do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com o pesquisador responsável:

Nome: Francisco Carlos Uchôa do Amaral

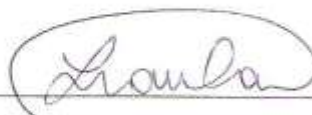
Endereço: Rua Francisco Djalma Soares, 1130

Parque Soledade – Caucaia-Ceará

Telefones: (85) 3342-0488 (85) 8844-4462

Assumo perante a Secretaria de Saúde de Caucaia a responsabilidade pelo presente termo.

Caucaia, 06 de julho de 2010.



Francisco Carlos Uchôa do Amaral

Pesquisador

De acordo:



Luíza de Marilac Barros Rocha

Secretária de Saúde de Caucaia

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE



Governo do Estado do Ceará
 Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
 Universidade Estadual do Ceará
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 23 de agosto de 2010.

Título: Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no município de Caucaia-Ceará, no período de 2000 a 2008

Folha de rosto: 351918

Processo N°: 10129947 8

Orientador: Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Aluno: Francisco Carlos Uchôa do Amaral

Instituição Responsável: Universidade Estadual do Ceará

Área temática: Saúde Coletiva


PARECER

A pesquisa tem como justificativa o desconhecimento dos gestores da saúde da evolução das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde no Município de Caucaia, como também, pela falta de planejamento estratégico que norteie a aplicação de recursos financeiros nas ações e serviços públicos de saúde. O estudo se refere a um projeto de Dissertação do Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da UECE. A pesquisa tem por objetivos identificar os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde no município de Caucaia, no período de 2000 a 2008; e de analisar a aplicação de recursos financeiros nas ações e serviços públicos de saúde. O estudo será do tipo descritivo, exploratório, documental e com abordagem quantitativa. O estudo terá como fonte básica de dados secundários o "site" do departamento de informática do SUS – DATASUS, que contém o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS). Como fontes complementares serão feitas consultas a documentos oficiais do governo municipal: Planos Plurianuais Municipais (2002-2005 e 2006-2009), Lei de Diretrizes Orçamentárias Municipais, Leis Orçamentárias Anuais Municipais, planos Municipais de Saúde (2001-2004 e 2005-2008), Relatórios Anuais de Gestão, Balanços, Balançetes Financeiros, Planos de Aplicação de Recursos Financeiros. Os dados serão agrupados em tabelas e representados em gráficos. A Pesquisa permitirá compreender o comportamento das receitas e despesas com saúde realizadas pelo município no período em análise, avaliando a contribuição das transferências federais, estaduais e recursos próprios aplicados em saúde. A pesquisa apresenta pertinência e valor científico; apresenta adequação da metodologia em relação aos objetivos propostos; apresenta FR devidamente preenchida, introdução, revisão de literatura, objetivos, metodologia, cronograma, referências, orçamento. Currículos dos pesquisadores encontram-se na base Lattes. Por se tratar de pesquisa com dados secundários apresenta o Termo de Fiel Depositário.

O projeto está bem estruturado e é relevante podendo haver retorno para a comunidade. O projeto atende plenamente aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE

(Recomendo que o Termo de Fiel Depositário seja redigido em uma única página)

Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo.


 Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

