Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"Análise dos gastos em saúde com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais: 2005 a 2011"

por

Ludmila Gonçalves Barbosa

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Marismary Horsth De Seta
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Carla Lourenço Tavares de Andrade

Rio de Janeiro, março de 2013.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"Análise dos gastos em saúde com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais: 2005 a 2011"

apresentada por

Ludmila Gonçalves Barbosa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Marcelo Battesini

Prof.ª Dr.ª Margareth Crisóstomo Portela

Prof.ª Dr.ª Marismary Horsth De Seta – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 25 de março de 2013.

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B238 Barbosa, Ludmila Gonçalves
Análise dos gastos em saúde com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais: 2005 a 2011. / Ludmila Gonçalves Barbosa. -- 2013.
vi, 122 f. : tab. ; mapas

Orientador: De Seta, Marismary Horsth
Andrade, Carla Lourenço Tavares de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Gastos em Saúde. 2. Sistemas de Informação. 3. Financiamento da Assistência à Saúde. 4. Vigilância Sanitária. 5. Vigilância Epidemiológica. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.104252

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Análise dos gastos em saúde com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais: 2005 a 2011

Mestranda: Ludmila Gonçalves Barbosa
Orientadoras: Profa. Dra. Marismary Horsth De Seta
Profa. Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade

Março de 2013

Análise dos gastos em saúde com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais: 2005 a 2011

Por:
Ludmila Gonçalves Barbosa

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, sob a orientação das Profas. Dras. Marismary Horsth De Seta e Carla Lourenço Tavares de Andrade.

Rio de Janeiro
2013

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus grandes mestres que se foram durante os anos do mestrado, mas sei que continuam a torcer e rezar por mim: Vô Lau, Vô Manoelino, Madrinha Firmina e Dona Hilda.

E aos amores da minha vida ... Mãezinha, Pai, Layd, Karol, Vó Ana e Caetano.

Agradecimentos

Concluir este trabalho é mais um sonho realizado em minha vida, é saber que cada lágrima derramada valeu a pena ... é colher os frutos de muito tempo de dedicação e noites em claro, meio a saudade de todos que amo muito e que ficaram longe de mim ...

Agradeço a Deus, pelo seu amor infinito de Pai, por iluminar meus caminhos, me proteger, colocar pessoas que são verdadeiros anjos no meu caminho e me dar sabedoria e coragem para prosseguir, mesmo em meio às adversidades da vida. “Tudo é do Pai, toda honra e toda a glória, é Dele a vitória alcançada em minha vida ...”

À minha orientadora, Dra. Marismary Horsth De Seta, a qual no coração ainda está acesa a chama da luta pela saúde pública equânime e de qualidade para todos. Maris, qualquer palavra é inócua frente ao gigantismo das suas ações em prol do meu bem e do meu conhecimento. Você é muito mais que uma orientadora... é uma mãe, uma amiga... quero agradecer-lhe toda a disponibilidade, por todas as noites e madrugadas que se dedicou a mim, por escutar minhas inquietações acadêmicas e do coração. Só pessoas, como você, são capazes de realizar grandes feitos...

Agradeço a Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade, pela coorientação, pelo carinho, pelos ensinamentos estatísticos, e por toda a dedicação para a conclusão deste trabalho.

Essencial também foi a ajuda de Elizabeth Delamarque na revisão do meu texto e na companhia e prestatividade ao longo de todo o curso. Betinha, você é muito boa no que faz. Obrigada também aos professores da ENSP, que alimentaram em mim a reflexão crítica sobre os dilemas do SUS: Antenor Amâncio (*in memoriam*), Beth Moreira, Javier Uribe, Lígia Giovanella, Luciana Dias de Lima, Marina Noronha, Marly Cruz, Nilson do Rosário, Tatiana Wargas, Vera Pepe e Walter Mendes.

Extremamente importante foi a amizade dos meus colegas de mestrado; vocês tornaram minha vida no Rio de Janeiro mais feliz ... especialmente Mara Diana Rolim, pessoa cheia de muita luz, que me acolheu em sua casa, me escutou nos momentos de tristeza e se tornou uma grande amiga.

Agradeço também a Gabriela Sardinha, minha companheira de moradia, por compartilhar comigo a saudade, as alegrias, anseios e tristezas do mestrado.

Tenho muito a agradecer a Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, da qual recebi muitos apoios. Primeiramente, de Dra. Olívia Pereira de Loiola, uma das pioneiras da saúde pública nesse país... Pessoa que admiro muito e que é uma grande mestra e defensora do SUS.

Agradeço também a Dona Telma e Rose, que batalharam junto ao setor dos Recursos Humanos do Nível Central pela minha licença. E aos meus colegas de Regional, principalmente do Núcleo de Gestão Microrregional e, especialmente, Denilson Paranhos, Erlen Elken e Tânia Pina sempre dispostos a me ajudar e preencher minhas ausências junto aos municípios. Não tenho palavras para agradecer-lhes!

Também agradeço aos meus familiares e amigos dos quais me ausentei do convívio durante a correria do mestrado, mas que sempre levei nos meus pensamentos e orações.

À família de Caetano, por toda a torcida e orações. Principalmente à Dona Fia e meus pequenos: Laura, Sávio e Ana que enchem meu coração de alegria e me fazem esquecer toda preocupação e tristeza.

Por fim, agradeço aos amores e alicerces da minha vida:

À minha mãe, por todo amor e dedicação durante este trabalho e ao longo da minha vida ... na verdade as palavras são insuficientes para demonstrar toda minha gratidão pela senhora.

Ao meu pai, por todo o incentivo e por ser um exemplo de vida para mim.

Às minhas irmãs, por serem minhas cúmplices nos meus sonhos e ideais, pelo apoio e carinho.

À minha Vó Ana, que a simplicidade e grande sabedoria me inspiram...

Ao Caetano, pelo companheirismo, pelas noites perdidas ao meu lado, pelas mensagens de incentivo nos momentos que eu buscava forças para finalizar, paciência e compreensão.

A todos vocês, obrigada!

RESUMO

Neste estudo ecológico se examinam o padrão de gastos na função Saúde e a evolução dos gastos declarados pelos municípios de Minas Gerais com a saúde e com as vigilâncias sanitária e epidemiológica, nos anos 2005 a 2011. Essas vigilâncias consistem em subfunções típicas da função Saúde, segundo as normas que regem a contabilidade governamental. Para isso utilizaram-se: 1) análise fatorial (AF), método dos componentes principais, com indicadores construídos a partir do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Sistema de Informação sobre Finanças Municipais (FINBRA), dados referentes ao ano de 2011; 2) comparação dos valores obtidos para os indicadores de receita e de gasto em saúde e com as vigilâncias, nos anos 2005, 2008 e 2011. Nos dois procedimentos analíticos, o município é a unidade de análise, e o universo abarcou 685, dos 853 municípios existentes no estado de Minas Gerais. Na análise, agregaram-se aos indicadores construídos: o porte municipal por faixas; o Produto Interno Bruto Municipal *per capita*, dividido em quartis; e a divisão dos municípios mineiros em regiões. Construíram-se mapas temáticos com base nos resultados da análise fatorial e a evolução dos indicadores de gasto revelou quatro situações: aumentou ou diminuiu o gasto em um dos intervalos de tempo (2005 a 2008 ou 2008 a 2011), estacionário positivo (aumentou nos dois intervalos de tempo) ou estacionário negativo (diminuiu nos dois intervalos de tempo). Os resultados apontam: 1) a distribuição homogênea dos três fatores obtidos na AF com a predominância de valores Médios para os *scores* dos três fatores nos municípios mineiros; a existência de apenas 53 municípios que apresentaram *scores* Alto e/ou Baixo para pelo menos um dos três fatores; 2) o crescimento dos valores per capita dos gastos em saúde e com as vigilâncias, acompanhado de redução da participação do percentual de gastos em saúde e com as subfunções, o que pode indicar o crescimento relativo dos dispêndios com outras funções de governos, ou com outras subfunções da saúde.

Palavras-chave: gastos, sistemas de informação, financiamento da saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde.

ABSTRACT

This ecological study examines the pattern of spending in Health and the evolution of expenditures declared by the municipalities of Minas Gerais state, Brazil, with health and the sanitary and epidemiological surveillances in the years 2005 to 2011. These surveillances are typical subfunctions of the Health function, according to the rules that conduct government accounts. For this were used: 1) factor analysis (FA), main components method, with indicators built from the Information System on Public Health Budget (SIOPS) and the Municipal Finance Information System (FINBRA), data on year 2011; 2) comparison of values obtained for the indicators of expenditures on income, health, and surveillance in the years 2005, 2008 and 2011. In the two analytical procedures, the municipality is the unit of analysis, and the universe encompassed 685 of the 853 municipalities within the state of Minas Gerais. In the analysis, built indicators were added to: the municipal scale by bands; per capita Municipal Gross Domestic Product, divided into quartiles; and the division of municipalities of Minas Gerais state in regions. Thematic maps were built based on the results of the factor analysis and the evolution of indicators of expenditure revealed four situations: increased or decreased spending in one of the time intervals (2005-2008 and 2008-2011), stationary positive (increased in both time intervals) or stationary negative (decreased in both time intervals). The results show: 1) homogeneous distribution of the three factors obtained in the FA with predominance of average values for the scores of the three factors in the districts of Minas Gerais; the existence of only 53 counties that had high and / or low scores for at least one of three factors; 2) the growth of per capita expenditure values with health and surveillance, accompanied by reduced participation in the percentage of health spending and the subfunctions, which may indicate the relative increase in expenditures on other functions of government, or on other health subfunctions.

Key words: expenditures, information systems, health financing, sanitary surveillance, epidemiological surveillance, health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Valor Adicionado por setores de atividade econômica, Produto Interno Bruto (PIB), Impostos e PIB per capita, a preços correntes Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e regiões de planejamento - Minas Gerais - 2010..... 50

Figura 2 - Distribuição do Fator 1: Capacidade de gasto, gasto em saúde, em atenção básica e porte municipal, segundo categorias dos *scores* (ALTO, MÉDIO e BAIXO), nos municípios de Minas Gerais, 2011. 65

Figura 3 - Distribuição do Fator 2: Capacidade de geração de riquezas e gasto em vigilância epidemiológica segundo categorias dos *scores* (ALTO, MÉDIO e BAIXO), nos municípios de Minas Gerais, 2011. 66

Figura 4 - Distribuição do Fator 3: Gasto em vigilância sanitária e vigilância em saúde segundo categorias dos *scores* (ALTO, MÉDIO e BAIXO), nos municípios de Minas Gerais, 2011. 67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Financiamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) 47

Quadro 2 - Marcos do financiamento federal das vigilâncias do campo da saúde..... 48

Quadro 3 - Discriminação dos valores de incentivos por elenco de ações da Vigilância em Saúde, conforme Resolução nº 3152/2012..... 54

Quadro 4 - Indicadores utilizados no estudo..... 59

Quadro 5 - Indicadores utilizados na análise comparativa 61

Quadro 6 - Matriz das Cargas dos Fatores 63

Quadro 7 - Variância Explicada..... 63

Quadro 8 - Composição e denominação dos fatores 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos scores alto e/ou baixo, segundo Macrorregião, PIB per capita e população - Minas Gerais – 2011 68

Tabela 2 - Evolução da Receita Corrente Líquida per capita, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 71

Tabela 3 - Evolução do Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 72

Tabela 4- Evolução do Percentual dos gastos com atenção básica em relação ao total de gasto na função saúde, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 73

Tabela 5 - Evolução do Percentual dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total de gasto na função saúde, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 74

Tabela 6 - Evolução do Percentual dos gastos com vigilância epidemiológica em relação ao total de gasto na função saúde, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 75

Tabela 7- Evolução do Gasto per capita na subfunção vigilância sanitária, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 76

Tabela 8 - Evolução do Indicador Gasto per capita na subfunção vigilância epidemiológica, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 77

Tabela 9 - Evolução do Indicador Gasto per capita na subfunção atenção básica, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 78

Tabela 10 - Evolução do Indicador Gasto per capita realizado no bloco vigilância em saúde, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2008-2011. 79

Tabela 11 - Evolução da Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011. 80

Tabela 12 - Evolução da Receita Líquida per capita e da participação percentual dos gastos na função saúde e subfunções selecionadas segundo intervalos do PIB, Minas Gerais 2005-2011 81

Tabela 13 - Evolução dos indicadores de gasto per capita com saúde, nas subfunções selecionadas e no bloco Vigilância em saúde segundo intervalos do PIB, Minas Gerais 2005-2011. 84

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 1
INTRODUÇÃO 3
Questão de investigação 9

OBJETIVOS 10
REVISÃO DE LITERATURA 11
Relações intergovernamentais, financiamento do SUS e contabilidade pública 11

Ferramentas para a gestão financeira do SUS: SIOPS e FINBRA 30

As vigilâncias do campo da saúde e seu financiamento pela esfera federal 33

Minas Gerais: Sistema Estadual de Saúde e Vigilâncias 48

METODOLOGIA 55
Tipo de estudo e fontes dos dados 55

Tratamento e Análise dos Dados 56

RESULTADOS 62
DISCUSSÃO 85
CONSIDERAÇÕES FINAIS 97
REFERÊNCIAS 100
Apêndice 1: Municípios excluídos do estudo 115

Apêndice 2: Indicadores utilizados: procedência e fórmula de cálculo 117

Apêndice 3: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador percentual do gasto na subfunção atenção básica 118

Apêndice 4: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador percentual dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total do gasto na função saúde. 119

Apêndice 5: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador percentual dos gastos com vigilância epidemiológica no total do gasto na função saúde. 120

Apêndice 6: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador gasto *per capita* na subfunção vigilância sanitária 121

Apêndice 7: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador gasto *per capita* na subfunção vigilância epidemiológica. 122

Apêndice 8: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador gasto *per capita* na subfunção vigilância sanitária 123

APRESENTAÇÃO

O presente estudo se propõe a analisar o comportamento dos gastos declarados em saúde com as vigilâncias sanitária e epidemiológica, no contexto das finanças municipais, no período 2005 a 2011. Com o foco no estado de Minas Gerais, este estudo se insere em uma investigação sobre as mudanças na política de financiamento e no padrão de gastos da vigilância sanitária, no nível nacional, com o objetivo de propor uma nova repartição dos repasses federais para estados e municípios.

Ele tem como premissa o caráter de bem público e a alta externalidade das vigilâncias do campo da saúde (DE SETA, 2007) que integram o Sistema Único de Saúde. Por essas razões, elas são financiadas exclusivamente por recursos públicos de origem fiscal e, na sua execução, demandam dos entes subnacionais – estados e municípios, certas capacidades administrativas e a assunção solidária de responsabilidades.

Diferentemente do cuidado direto à saúde das pessoas, as vigilâncias seguiram modelos diversos de descentralização, que privilegiaram a relação financeira do serviço federal com os serviços estaduais, em contextos de conflitos de interesse e disputa de projetos, em anos recentes. Presume-se que esses conflitos tenham se refletido na organização dos seus serviços e na operacionalização dos mesmos pelos entes subnacionais.

Para a efetivação da função social de proteger e promover a saúde da população pela redução de riscos sanitários, as vigilâncias necessitam de uma coordenação forte, que foi exercida diferentemente para cada uma delas. Necessário ressaltar que muitos municípios parecem incapazes de realizar o conjunto das ações do escopo de cada uma delas, como reflexo da desigualdade entre os municípios, que resulta em desiguais capacidades técnicas, de gestão e de oferta de serviços de saúde.

A importância da função social das vigilâncias do campo da saúde, a sua potencialidade em contribuir para a melhoria da condição de vida das pessoas e a existência dos múltiplos conflitos que as permeiam, aproximaram-me do tema.

Além disso, minha experiência na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, na Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, no exercício da função de gestão e planejamento tem demonstrado que muitas das dificuldades encontradas no cotidiano das secretarias municipais de saúde são resultantes de déficits de conhecimento e vontade política, principalmente, quando se trata das vigilâncias do campo da saúde.

Este estudo, que aqui se apresenta, objetiva contribuir para a redução da enorme lacuna de conhecimento sobre os gastos governamentais dos municípios com essas vigilâncias.

Está organizado da seguinte maneira: a **introdução**, onde se delineiam o contorno e o contexto do estudo e da questão de investigação e se apresentam a justificativa e os objetivos geral e específicos do estudo. Em segundo, a **revisão de literatura,** ressaltando-se que há escassez de estudos sobre os gastos em saúde, o que é ainda mais crítico quando se trata de gastos municipais em saúde segundo o enfoque funcional e, mais ainda, do gasto realizado com as vigilâncias. Em terceiro, a **metodologia.** Em quarto, os resultados seguidos da quinta parte, a discussão. Por fim, as **considerações finais**, onde se apontam os desdobramentos e as limitações do estudo.

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito social e humano reconhecido legalmente no Brasil e ela é responsabilidade comum aos três entes federados[1], e em certos aspectos, responsabilidade concorrente. Da mesma forma, os três entes são legalmente responsáveis pelo seu financiamento.

Contudo, apenas com a Emenda Constitucional 29 – aprovada em 2000, após tramitar sete anos, e recentemente regulamentada pela Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 que definiu as ações de saúde e a vinculação de recursos da União, Estados e Municípios.

Atribui-se aos três entes a responsabilidade pelo alcance de percentuais de gasto por esfera de governo, e fixaram-se, não sem muita controvérsia, o escopo das ações e serviços de saúde com as quais esses gastos seriam realizados. Com isso se buscava maior aporte e estabilidade nos recursos financeiros a serem recebidos.

De um lado, se sabe que a estabilidade dos recursos financeiros é primordial para o desenvolvimento das políticas planejadas, e que o financiamento constitui uma das funções essenciais da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). De outro, tem sido frequente a reivindicação de estados e, principalmente, dos municípios por maior aporte de recursos.

Assim, se tem se reconhecido serem escassos os recursos financeiros para financiar políticas, ações e serviços de caráter universal, em um país marcado por desigualdades. Contudo, chamar a atenção apenas para a escassez de recursos, segundo Afonso (2010) se constitui em um dogma para estudiosos e grupos de interesse vinculados às de políticas sociais. Segundo ele,

> [...] ser progressista é, dentre outras qualidades, defender que as políticas públicas na área social precisam de mais recursos para financiar suas ações que devem ter caráter universal [...] porque, pela mera destinação, [tais gastos] sempre são justificados e justos [...]. Por esse dogma, a questão do financiamento é restrita e exclusivamente vinculada à quantidade de recursos. (AFONSO, 2010, p.6).

[1] O cuidado à saúde é uma responsabilidade das três esferas de governo, no Brasil, mas legislar sobre a proteção da saúde é uma atribuição concorrente, em que o nível central – governo federal – tem a primazia.

Agrega ainda esse autor preocupado com equidade fiscal, que maior gasto, não necessariamente, significa menor desigualdade embora se reconheça que, potencialmente, quanto maior a arrecadação e a destinação de recursos para as políticas sociais, maior é a proteção social.

Mas, esse é um efeito potencial na medida em que para reduzir a desigualdade e aumentar a equidade, há que se atentar para a qualidade da tributação e do gasto, especialmente do gasto realizado pelo setor público (AFONSO, 2010).

Entretanto, embora se disponha de bases de dados nacionais sobre finanças públicas, no caso deste estudo, municipais - o Sistema de Informação sobre Finanças do Brasil (FINBRA) e, no âmbito da saúde, o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) - os estudos sobre o financiamento da saúde abordam com maior frequência as receitas do que os gastos.

As finanças públicas e a contabilidade governamental se fundamentam na publicidade dos atos dos governos e estes devem se pautar nas demandas da sociedade por um *welfare state*. Sendo a publicização das ações governamentais um princípio pétreo para a administração pública brasileira.

Ademais, no caso da saúde, uma das premissas da descentralização é que ela pode ampliar o controle público sobre o sistema, que inclui o controle público sobre os gastos com saúde.

Portanto, disponibilizar informações sobre a atuação dos governos e seus resultados, são requisitos para a efetivação de *accountability* (PO;ABRUCIO, 2006).

No que se refere ao controle público demandam importante atenção, as vigilâncias do campo da saúde, por serem segundo De Seta e Reis (2009) bens públicos dotadas de alta externalidade e configurarem ações de saúde que devem ser exclusivamente financiadas com recursos públicos, de origem fiscal.

As vigilâncias do campo da saúde são institucionalizadas no Brasil como vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e vigilância em saúde do trabalhador.

Atualmente, com exceção da vigilância em saúde do trabalhador, organizada em rede[2], as vigilâncias são organizadas no SUS em sub (sistemas) que constituem dois sistemas nacionais: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A conformação desses sistemas está em curso desde o final da década de 1990 com diferentes graus de êxito. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde é constituído pelo Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica[3] e pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, nesse último se insere a vigilância em saúde do trabalhador.

Já o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária abriga exclusivamente a vigilância sanitária e foi instituído mediante lei nacional, a mesma lei que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009;BRASIL, 1999).

No tocante à descentralização, as vigilâncias sanitária e epidemiológica seguiram caminhos diversos da assistência a saúde, e até mesmo entre si.

Isto se deve, em grande parte, à alta externalidade e à necessidade de ação rápida e abrangente territorialmente, o que demanda o exercício de forte coordenação, ao mesmo tempo em que ambas, mas principalmente a sanitária, "exigem elevados requerimentos técnicos e institucionais difíceis de serem alcançados por todos os componentes de uma federação marcada pela desigualdade, como a brasileira" (DE SETA; REIS, 2011).

O processo de descentralização das vigilâncias, a partir da Norma Operacional Básica do SUS – NOB/01/96, induzido principalmente pelas transferências financeiras, também se deu de maneira diversa, resultando diferentes graus de implementação no nível nacional das vigilâncias.

Percebe-se que a vigilância epidemiológica alcançou níveis maiores de descentralização no âmbito municipal. Esta conjuntura pode ser explicada pela maior proximidade da vigilância epidemiológica com os processos assistenciais (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007) e pela estabilidade desde o final dos anos 1990 das regras de descentralização e repasses financeiros para a

---

[2]A saúde do trabalhador integra a assistência ao trabalhador e a vigilância tanto dos agravos que o acometem quanto dos locais de trabalho.

[3] O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi instituído em meados dos anos 1970.

vigilância epidemiológica, além dos seus repasses federais serem mais vultuosos e se ter a contrapartida dos entes subnacionais no seu financiamento desde meados dos anos 1970 (DE SETA, DAIN, 2010).

Ademais, o seu caráter de regulação social, enquanto a vigilância sanitária faz também a regulação econômica setorial e a montagem dos sistemas nacionais de informação em saúde simultaneamente à construção do sistema nacional de vigilância epidemiológica, que facilitou a coordenação centralizada (DE SETA, 2007).

O Pacto pela Saúde 2006 modificou os critérios de descentralização das vigilâncias, bem como as regras mais gerais para a organização e o financiamento da saúde no país.

Criaram-se cinco blocos de financiamento em que se mantiveram, em grande parte, os recursos anteriormente existentes, mas a lógica alocativa se flexibilizou na medida em que, à exceção do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, o montante de recursos de um bloco poderia transitar entre os seus componentes. E isso deve ter repercutido nas vigilâncias do campo da saúde com a criação do bloco de financiamento “Vigilância em Saúde”, que passou a agregar todos os recursos destinados as vigilâncias (DE SETA: DAIN, 2010).

Em meio a essas mudanças se inserem os municípios, entes da federação com autonomia política e administrativa, em sua maioria de pequeno porte perfazendo 90% do total com população total de até 50.000 habitantes (IBGE, 2010).

Esses pequenos municípios apresentam, por vezes, dificuldades na gestão e provisão de bens públicos a seus munícipes, nelas incluída a provisão de ações das vigilâncias.

Os 5.565 (IBGE, 2010) municípios formam um conjunto heterogêneo em vários aspectos: porte populacional; capacidade fiscal – de gerar receitas e de financiar os gastos com recursos próprios para provisão de serviços públicos; e capacidade administrativa – de prover serviços e bens públicos à sua população, demandando forte coordenação federativa que, na prática, é exercida com dificuldade (DE SETA; DAIN, 2010).

Segundo Machado e Maia (2007), percebe-se ao longo da trajetória do SUS melhorias nos indicadores da saúde, porém os avanços não se deram de maneira equânime, pois não atingiram os grupos de regiões menos favorecidas, persistindo expressivas desigualdades. Assim como o Brasil, o estado de Minas Gerais é caracterizado por grandes desigualdades sociais e heterogeneidade cultural, racial, religiosa e linguística.

As imensas desigualdades entre capacidades administrativas dos entes subnacionais refletem desigualdades epidemiológicas e sociais que são desafios ao modelo pretendido do Sistema Único de Saúde.

Como descreve Lima (2007, p.20) “a capacidade de financiamento em saúde desses governos é peça fundamental para a garantia do acesso universal e sem privilégios às ações e serviços de saúde”.

Além disso, o financiamento da saúde está relacionado a questões de aspecto “macro” fatores sociais, políticos e econômicos que têm ocorrido no país desde a universalização. Souza (2004) afirma que, embora os recursos sejam compartilhados entre os entes e vinculados a determinadas diretrizes, o responsável pela implementação é principalmente o município.

> Assim, nas condições brasileiras atuais, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos e benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa.” (ARRETCHE, 1999, p.115).

Dessa forma, a avaliação dos gastos públicos municipais torna-se essencial para promover a transparência das decisões na ação pública, assim como a avaliação de políticas e programas sociais uma vez que permite a medida da eficiência, da eficácia e da efetividade desse gasto (TEIXEIRA; BARROSO, 2003).

Este estudo não objetiva fazer esse tipo de mensuração, mas sim, realizar uma primeira aproximação a essas questões, tendo em vista que são relativamente escassos os recursos para as vigilâncias e, notadamente para a vigilância sanitária, ocorre a sua pulverização, sem que se tenha notícia de que

algum cálculo técnico tenha ocorrido para dar sustentação ao cálculo político[4] envolvido na descentralização.

Além disso, afora a avaliação realizada no âmbito dos Estados da Programação Anual das Ações de Vigilância Sanitária (PAVS), para a vigilância sanitária não se tem notícia de realização de avaliações de alcance dos resultados obtidos com a descentralização.

É certo que os gastos são dependentes das receitas disponíveis e da capacidade de execução orçamentária dos recursos, e que esse estudo tem uma limitação a mais por analisar gastos declarados, e não os efetivamente realizados. Porém, considerando que a capacidade de financiamento nem sempre se concretiza, é importante enfocar os gastos.

Conforme Dain (2009, p.625) “a área das finanças públicas ainda é um campo a ser explorado pelos que atuam no planejamento da saúde”. Reforça ainda que “é preciso conhecer a configuração concreta dos padrões de financiamento nacionais, sua estrutura tributária, a natureza e grau de autonomia das relações fiscais intergovernamentais.”

E Scatena et al. (2009, p.2435) refere que “embora se reconheça a enorme heterogeneidade de estados e municípios brasileiros e a particularidade dos gastos com saúde nestas unidades, ainda são poucos os estudos que abordam este tema em contextos regionais ou de estados/municípios específicos.”

Desta forma, o presente estudo é relevante à medida que com ele se pretende contribuir para suprir uma lacuna de conhecimento referente a análise dos gastos municipais com saúde e dos gastos com as subfunções vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, bem como aportar elementos para a gestão em saúde e, mais especificamente, para a gestão das vigilâncias e dos seus sistemas nacionais.

Além disso, a saúde é uma das funções típicas dos governos que comporta uma gama de atividades diferentes entre si, sendo que algumas atividades

---

[4] Aqui pode entrar o cálculo político das esferas subnacionais para assumir a gestão descentralizada de uma política. E pode entrar, também, a repartição de recursos como uma estratégica política de legitimação e de indução de políticas e ações.

demandam certas capacidades da administração pública municipal, que grande parte dos municípios não possui.

Em especial as vigilâncias que, sendo bens públicos, têm caráter universal e muitas vezes as suas ações - especialmente no caso da vigilância sanitária, que tem a prerrogativa do uso do poder de polícia administrativa - ultrapassam os limites setoriais, e repercutem na vida em sociedade e impactam atividades econômicas.

Também, há a necessidade de desvendar, em primeira aproximação, os potenciais efeitos benéficos da repartição dos recursos federais para a execução das ações e na construção dos sistemas nacionais das vigilâncias, pela caracterização da estabilidade ou das flutuações na alocação de recursos na função saúde e subfunções vigilância epidemiológica e vigilância sanitária pelos municípios.

Por fim, esse estudo justifica-se também pelo clamor dos gestores por mais recursos, sem que se reflita sobre a qualidade dos seus gastos. Para os mesmos, os recursos vinculados a programas e ações impedem a aplicação das transferências nas reais necessidades das populações locais. Apontam também para o conhecimento técnico específico necessário à melhor gestão dos recursos (BARROS, 2002).

Questão de investigação

Como se configuram os gastos municipais em saúde e nas subfunções vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, e como eles evoluíram no período 2005 a 2011?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o comportamento dos gastos declarados em saúde e com as vigilâncias do campo, no contexto das finanças municipais, dos municípios de Minas Gerais no período 2005 a 2011.

Objetivos específicos

- Analisar o padrão de gastos em saúde no contexto das finanças municipais, enfatizando o gasto governamental.

- Analisar a evolução dos gastos em saúde e com as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

REVISÃO DE LITERATURA

Relações intergovernamentais, financiamento do SUS e contabilidade pública

As relações intergovernamentais e financiamento do SUS

A federação brasileira, após a promulgação da Constituição de 1988 torna-se um sistema de três níveis de poder (triplo federalismo), de característica ímpar, pois considera os municípios assim como os estados-parte da federação (SOUZA,2005).

Deste modo, a estrutura de poder é modificada em favor dos entes locais, principalmente dos municípios, e após anos sob a égide do regime militar os constituintes visualizaram na descentralização a diretriz para a administração governamental no Brasil.

Considerando que é na diversidade dos centros de poder soberanos coordenados entre si no qual se baseia o princípio constitucional de Estado Federal percebe-se a estreita relação entre a organização federativa e a descentralização.

Conforme Faveret (2002) a descentralização e o federalismo estão intrinsecamente ligados. Devido a sua "imprecisão conceitual" Abrúcio (2006, p.78) define a descentralização como "um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional que resulta de transferência (ou conquista) efetiva de poder decisório a governos subnacionais (...)"

Assim, após a promulgação da Constituição de 1988 a descentralização política e administrativa passa a protagonizar as mudanças e conflitos inerentes dessa nova organização.

Na política de saúde, de acordo com Médici (1995), a descentralização em conjunto com a corresponsabilidade de financiamento são duas das inovações do SUS, a primeira porque repassa aos estados e municípios a primazia da realização dos serviços de saúde e a segunda por determinar a cooperação da União, estados e municípios no financiamento da saúde.

Como já referido, a Constituição de 1988 estabelece que o financiamento das políticas sociais, dentre elas a saúde, deve ser realizado de forma compartilhada entre os três entes da federação: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (§ único. Art.198).”

Deste modo, a Constituição sinaliza um modelo de federalismo cooperativo, no qual há compartilhamento de funções entre as esferas de governo. Segundo Souza (2001), esse modelo tem mais um caráter valorativo, que tem mantido o federalismo no país, marcado por conflitos regionais históricos e intensas desigualdades inter e intrarregionais.

Ademais, a Constituição estabelece a saúde como uma das competências e responsabilidades comuns (art.23) e concorrentes (art.24) entre os três entes remetendo a legislação infraconstitucional subsequente Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, normas e portarias regulamentadoras a responsabilidade de definir como as responsabilidades e competências seriam definidas entre os entes e como se operacionalizariam os mecanismos de coordenação intergovernamentais (BRASILa,1990;BRASILb,1990).

A Lei 8.080/90 (Título V, Capítulo II) regulamenta as transferências financeiras, explicitando critérios para sua distribuição entre os entes subnacionais (Art.35). A Lei 8.142/90 em seu artigo 2º e 3º também se refere a partilha de recursos do SUS determinando o repasse automático e regular dos recursos para os entes subnacionais respeitando os critérios estabelecidos no Art. 35 da Lei 8080/90 (BRASILa,1990).

Outra questão é que essa Lei, seguindo a tendência da descentralização a favor dos municípios estabelece que 70% dos recursos dessa partilha serão destinados aos municípios, ficando os estados com os recursos residuais.

Faz-se necessário mencionar que o artigo 35 da Lei 8.080/90 recentemente foi regulamentado com a revogação do § 1º desse artigo, porém até o momento os critérios estabelecidos nos artigos 2º e 3º da Lei 8.142/90 não têm sido considerados no âmbito das transferências dos recursos federais aos Estados e municípios.

Assim, segundo Mendes et al. (2011) embora existam diretrizes legais, o que se observa é que na maioria das políticas implantadas não se verifica os objetivos e critérios propostos nas leis, decorrente principalmente da influência do atendimento a lógica de alocação de recursos pautada na oferta de serviços e não em critérios de necessidade de saúde.

Além desses marcos legais, outras legislações setoriais orientaram o processo de descentralização e da corresponsabilidade no financiamento das políticas de saúde, como descreve Levcovitz et al (2001).

Esses autores referem que o processo de descentralização na saúde foi direcionado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS – NOBs instrumentalizadas em Portarias, que dentre outras temáticas se referem a critérios de transferência de recursos da esfera federal para os entes subnacionais.

A NOB/91 pouco tratou do financiamento entre os entes governamentais, considerada uma norma “inampiana” por estabelecer instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os estados, Distrito Federal e municípios, reforçando que esses recursos seriam transferidos com base na produção e não conforme os critérios estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde em seu Artigo 35 (BRASIL,1991).

No tocante à transferência regular e automática, a NOB/92 nada mudou permanecendo os repasses a Estados, Distrito Federal e municípios por meio de convênios. A única novidade foi a criação, do Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), que se destinava a definir e reajustar os valores a serem repassados mensalmente, de forma regular e automática, aos estados habilitados para a reposição e modernização dos equipamentos da rede pública estadual e municipal. O que na prática não se efetivou (BRASIL, 1992).

Nessas duas NOBs percebe-se que a lógica de repasse por custeio das ações de saúde interferiu negativamente na relação entre estados e municípios, uma vez que esses passaram a relacionar diretamente com o nível federal, resultando em um residual poder de intervenção e de articulação dos estados sobre os municípios.

Com mudanças importantes, a NOB/93 retomou a discussão acerca da descentralização na saúde ao estabelecer três níveis de autonomia de gestão das

esferas infranacionais: “gestão incipiente”, “gestão parcial” e “gestão semiplena”. Criou-se a transferência regular e automática do teto global da assistência – fundo a fundo – para estados e municípios, que passaram a dispor sobre sua aplicação (BRASIL, 1993).

Além disso, previu-se a participação dos estados no financiamento e esses passaram a receber os recursos dos municípios não enquadrados nas condições de gestão e o recurso de custeio para atividades definidas através da instituição do Fator de Apoio ao Estado (FAE).

Também instituíram-se as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) - de âmbito estadual - e referendou-se a Comissão Técnica criada em 1991, denominando-a de Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – nacional, como importante espaço de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores (União, estados e municípios) (BRASIL, 1993).

No que se refere à manutenção da relação direta entre nível e federal e municípios a NOB SUS 01/93 ratificou-a ao estabelecer na modalidade de gestão semiplena as transferências automáticas fundo a fundo (BRASIL,1993). Para os estados, embora aumentassem as suas funções, não se definiu claramente seu papel na política de saúde entre os entes federativos.

A CIB instituída como instância deliberativa com autonomia para aprovar a habilitação municipal e definir os tetos financeiros globais dos municípios e, no caso dos municípios em gestão semiplena, para o montante dos recursos federais transferidos ao se constituir paritária permitiu que municípios e estado em conjunto, de forma igualitária, definissem o direcionamento das políticas de saúde, tornando uma instância de cooperação e coordenação intergovernamental (LEVCOVITZ et al (2001).

Extremamente inovadora, em relação ao financiamento, a NOB/96 teve como objetivo aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de ações de saúde produzidos (BRASIL, 1996).

As principais inovações relativas às relações intergovernamentais no financiamento do SUS foram a transferência, aos municípios habilitados como Plena da Atenção Básica, dos recursos financeiros com base per capita relativos

a essa responsabilidade, criando o Piso Assistencial Básico (PAB) repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional per capita para a população coberta (BRASIL,1996).

Além disso, a reorganização da gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada – FAE); reorganização da gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC); incorporação das ações de vigilância sanitária, criando o incentivo para as ações básicas de vigilância sanitária; aprimoramento do planejamento e definição de orientações para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI); definição das responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde, para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual, para os estados.

O aumento dos recursos via transferência “fundo a fundo” como o PAB, os incentivos para ações básicas da vigilância sanitária e outros recursos de transferência direta dos recursos federais para os municípios e estados habilitados aumentou a capacidade de gastos, mas não a autonomia dos gastos para a maioria desses. Porém, Levcovitz et al. (2001) reiteram que:

> a utilização de alguns instrumentos técnico operacionais para o repasse, transferência e execução da maior parte dos recursos federais, apesar dos benefícios para a padronização dos instrumentos, organização e unificação do sistema de saúde, pouco contribuem para a avaliação dos resultados dos recursos aplicados e, sobretudo, limitam iniciativas próprias e singulares que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais (LEVCOVITZ et al. 2001, p. 289-290)

Além das NOB, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde também estabeleceram critérios para o financiamento que alteraram as relações intergovernamentais. A NOAS/01 e NOAS/2002 tiveram como objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, visando identificar prioridades e desenvolver estratégias de

investimento através do Plano Diretor de Investimento (PDI), a fim de promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2001). A NOAS-2001 também tornou obrigatório o preenchimento do SIOPS para habilitação às condições de gestão do SUS.

Essas Normas instituíram a lógica de alocação de recursos pelas necessidades de saúde e não pela oferta de serviços, buscando definir prioridades a partir de levantamentos de vazios assistenciais, com base nos PDR e PDI citados anteriormente. Porém, pouco alteraram a organização do sistema, pois muitos municípios e estados não conseguiram atender as suas determinações. Comparativamente, ela foi mais efetiva em estados com prévia capacidade institucional. O Pacto pela Saúde (2006) as substituiu.

O Pacto pela Saúde, de 2006, e seus desdobramentos, que resultaram do processo de revisão normativa do SUS, iniciado após a emissão da NOAS/SUS 2001/2002, mudou o sentido da reforma que se vinha empreendendo no sistema de saúde brasileiro desde a segunda metade dos anos 1990 (BRASIL, 2006a).

As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde reafirmaram princípios, consolidaram processos, como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), e possibilitaram a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão a ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

Com ele se instituíram cinco blocos de financiamento - Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde - em substituição às transferências específicas e com condicionalidades para induzir a adoção pelos entes subnacionais de determinadas ações e da gestão de algumas políticas (BRASIL, 2006a).

Entretanto, segundo Dain (2007), a criação dos blocos de financiamento não modificou o volume de recursos distribuídos em cada bloco, dando continuidade a definição dos destinos das transferências por meio de portarias específicas. Porém, ao transferir os recursos em blocos a União diminuiu a

fragmentação das transferências federais em “caixinhas” e isso pode resultar em maior autonomia para os governos locais. Conforme descreveu De Seta (2007, p.74):

> Na saúde se materializa a relação intergovernamental cooperativa contida nos preceitos do SUS e também nas normas infraconstitucionais que o regem. Particularmente após a implementação das tão criticadas normas operacionais do SUS, vem-se materializando um “federalismo cooperativo” na saúde, e as decisões têm sido mais compartilhadas pela instituição das arenas federativas da saúde.

Ao analisar os marcos normativos do SUS no que tange às relações intergovernamentais e o financiamento da política de saúde, percebe-se que as normativas evoluíram no que diz respeito aos estímulos à gestão cooperativa e às transferências descentralizadas de recursos entre os entes governamentais.

Porém, permaneceu a lógica de distribuição de recursos sem o correto estabelecimento de critérios epidemiológicos, regionais, de acesso e principalmente, sem considerar a capacidade de arrecadação de recursos próprios pelos municípios. Percebe-se também a tentativa de reposicionar o ente estadual como protagonista na organização do SUS.

A trajetória do financiamento do SUS

A universalização do direito de acesso à saúde – formalizada na instituição do Sistema de Seguridade Social na Carta Magna de 1988 e institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS), junto com outras políticas sociais, representou mudanças no padrão de financiamento e nos gastos com essas políticas no Brasil (AFONSO, 2010).

Definiu-se na Constituição, a saúde como direito de cidadania (art. 196), cujo financiamento deve ser compartilhado entre os entes (art. 197), na qual a organização de ações e serviços integra uma rede regionalizada e hierarquizada, pautando-se nas diretrizes de descentralização, atenção integral e participação da comunidade (BRASIL,1988).

A nova visão de proteção social, com a inserção do setor saúde, trouxe consigo a concepção do Orçamento de Seguridade Social (OSS), que alterou a

forma de captação de recursos e introduziu novas fontes, a fim de se garantir os direitos de cidadania.

O Tesouro da União deveria viabilizar o funcionamento do Sistema, deixando de cobrir os eventuais déficits da Previdência Social; a base de contribuição das empresas além de incidir sobre a folha de salários passa a incidir sobre o lucro (Contribuição Sobre o lucro líquido - CSLL) e sobre o faturamento (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS), que é uma contribuição mais estável do que a salarial sujeita aos reflexos da economia (PORTO; UGÁ, 1992; UGÁ; MARQUES, 2005).

Ao mesmo tempo, diversificou a base, ao vincular tributos então existentes Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) (PORTO; UGÁ, 1992; UGÁ; MARQUES, 2005).

No que se refere exclusivamente ao setor saúde, o art. 198 definiu que o sistema único de saúde seria financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL,1988).

Ademais, o Artigo nº 55 das Disposições Transitórias da Constituição determinou a destinação de 30% dos recursos do sistema (excluído o seguro-desemprego e, portanto, os recursos do PIS-PASEP) para o setor, até a elaboração final do OSS (BRASIL, 1988). Porém, essa determinação nunca se efetivou. A partir da década de 1990 várias iniciativas e medidas foram desmontando o modelo de financiamento desenhado para o OSS e, consequentemente, para a saúde; entre os principais aspectos destacam-se:

> a utilização de parte de seus recursos para fins alheios à Seguridade Social nos dois primeiros anos após a promulgação da Constituição; a especialização das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social; a criação de mecanismos que permitiram o acesso da União aos recursos da Seguridade Social e, portanto, a institucionalização de seu uso indevido; as alterações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários, especialmente da aposentadoria;(UGÁ; MARQUES, 2005, p.196)

Os constrangimentos advindos, após a promulgação da Carta Magna, podem ser conferidos, principalmente, ao modelo econômico brasileiro no início

da década de 1990, nas mãos do ajuste macroeconômico neoliberal (UGÁ; MARQUES, 2005).

Os ditames desse ajuste resultaram no recuo do papel do Estado na proteção social e na redução das desigualdades regionais, primando pela estabilização econômica e por mudanças estruturais para atender aos agentes externos, organismos multilaterais e interesses privados (LIMA, 2007).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde, consagrado na Carta Magna e regulamentado pela Lei Orgânica nº 8080/90 e 8142/90, enfrentou sérios percalços e necessitou de maiores aportes de recursos do Tesouro Nacional (DAIN, 2007).

A mesma autora refere que, diante da perda da contribuição sobre a folha de salários em 1993, e o desvio dos recursos do OSS, o Ministério da Saúde lidera a luta por uma fonte de recursos financeiros específicos para a saúde, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Porém, a CPMF, aprovada no final 1996 e implantada em 1997, não resultou no incremento de recursos almejado por dois motivos principais: com a sua entrada, decresce a importância da CSLL e do COFINS no orçamento do MS, ocorrendo, portanto, substituição de fontes (PIOLA; BIAZOTO JR., 2001). Em segundo lugar, de acordo com Instituto de Pesquisa Social Aplicada (IPEA) em 1999, a CPMF deixou de ser exclusiva, servindo também para financiar a previdência e, em 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (RIBEIRO; PIOLA;SERVO,2005).

De acordo com Ugá e Marques (2005), apesar dos constrangimentos enfrentados pelo SUS, o setor conseguiu elevar seu orçamento ao longo dos anos. No entanto, o contexto de incertezas e indefinições dos recursos para a área da saúde resultou na busca por uma solução mais eficaz: a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas de poder.

A primeira proposta de solução foi sugerida, em 1993, pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, denominada PEC 169, quando o MS solicitou o primeiro empréstimo. Depois, várias propostas de vinculação foram discutidas, mas nenhuma sustentava a vinculação de 30% tanto no OSS quanto no orçamento de cada nível de governo. A proposta final de vinculação de recursos denominada Emenda Constitucional 29, para a saúde, aprovada em outubro do

ano 2000, limitou-se aos recursos orçamentários da União, dos estados e municípios (MENDES; MARQUES, 2007).

> Segundo essa emenda, no primeiro ano de sua vigência, os estados e municípios deveriam alocar pelo menos 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios, 15%. Para a União, definia para o primeiro ano o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal (UGÁ; MARQUES, 2005 p.219).

De acordo com Faveret (2003), a aprovação da EC 29 foi recebida como um grande avanço, pois garantia um mínimo de recursos e definiu a participação de cada ente do governo no financiamento do SUS. No entanto, a aprovação da vinculação de recursos não findou com os conflitos existentes nas discussões sobre financiamento da saúde.

Em relação à União, a não aplicação dos 5% dos recursos tomando como ano-base o ano 2000, almejados pelos defensores do SUS, e sim como ano-base 1999, gerou uma “quebra de braço” entre o MS e o Ministério da Fazenda, com vitória dos últimos e com uma perda estimada em 1,19 bilhões de reais (MENDES; MARQUES, 2007).

Quanto aos estados e municípios, parte dos primeiros não cumpriu as determinações da emenda constitucional, e tanto estados como municípios utilizaram os percentuais estabelecidos para ações que não se configuravam como ações de saúde, como pagamento de inativos da saúde, saneamento e habitação urbana, mesmo após a definição de uma diretriz dessas ações no ano de 2003, através da Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2003).

A partir do ano 2000, o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, pelos entes federais, passou a ser acompanhado pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Em 2002, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria do Tesouro Nacional – STN/MF, o SIOPS passou a coletar também as informações solicitadas nos demonstrativos da Receita de Impostos e das Despesas Próprias com Saúde da União, Estados e Municípios que integram o Relatório Resumido da Execução Orçamentária da Lei de Responsabilidade

Fiscal. Nesse ano, ocorreu uma melhoria considerável da base de dados, com maior detalhamento nas planilhas de despesa e de receita (LIMA, 2005).

Recentemente aprovada, a Lei Complementar nº 141/2012 define as ações de saúde e a vinculação de recursos da União, Estados e Municípios:

> Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A promulgação dessa Lei Complementar é uma vitória para o financiamento do setor, pois regulamenta as ações nas quais os recursos devem ser aplicados, porém a União continua a demonstrar a escolha pela estabilidade econômica em detrimento aos ganhos sociais de maiores investimentos na saúde.

Ademais, é necessário extrapolar as discussões pautadas meramente no aumento de recursos e buscar compreender a dinâmica desses recursos convertidos em gastos no sistema: quem realmente ganha com o aumento de recursos, além da contínua a busca por maior equidade e qualidade na distribuição dos recursos e melhor qualidade dos gastos entre os entes federais.

Gastos municipais com saúde

Provavelmente por considerar que é no âmbito local (município) que as necessidades dos usuários são realmente conhecidas e, portanto, ao menos em teoria, elas seriam melhores planejadas, executadas, avaliadas e controladas, a Constituição de 1988 estabeleceu a descentralização como estratégia primordial para a implantação do Sistema Único de Saúde.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada por meio do Boletim de Políticas Sociais sintetiza o papel do município determinado na Lei 8.080/1990:

> à instância municipal, a formulação da política local, o planejamento, contratação (quando for o caso), avaliação e controle dos estabelecimentos de saúde e a execução direta dos serviços. O município é o único ente federativo com a competência constitucional explícita (art. 30, VII) para "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população" (IPEA, 2007, p.126).

Afonso e Lobo (1996) asseveram que, embora os países da América Latina sejam distintos, a reforma de Estado nessas nações se assemelha quanto a descentralização fiscal e financeira definida como "a participação crescente dos níveis de governo intermediários e/ou locais na geração e alocação dos recursos públicos e, principalmente, na tomada de decisões das ações governamentais" (AFONSO;LOBO,1996, p.5).

Decorridos mais de 20 anos de instituição do SUS, percebe-se que o sistema avançou na descentralização e principalmente no que se refere à universalidade e controle social, embora coexistam alguns percalços. Porém, ainda são grandes os desafios para a efetivação da integralidade e da equidade.

Uma das justificativas para esse contexto vigente é o modelo predominante de atenção à saúde que subfinancia as ações de prevenção, promoção a saúde e as ações de média complexidade priorizando os procedimentos de alta complexidade (BERENSTEIN, 2009). Mas, uma das principais justificativas para esse contexto é a necessidade de melhorar a qualidade dos gastos.

De acordo com Carvalho (2004) é imprescindível gastar melhor os recursos de que a saúde dispõe e que parece existir no SUS tanto um problema de ineficiência de escala no arranjo dos serviços, quanto um problema de ineficiência alocativa.

Por outro lado, Vaitsman et al (2009) e Menicucci (2009) inferem que mesmo a União tendo aumentado os recursos para o SUS na última década esses incrementos ainda não são suficientes para sustentar um sistema universal em um país com características epidemiológicas e demográficas como o Brasil.

Segundo Berenstein (2009), da última década até 2009, ocorreu um considerável aumento de recursos para o SUS de 12 bilhões para 48 bilhões de reais. Para os municípios, após a promulgação da Constituição, também foi verificado aumento dos repasses de 15% para 22,75%. Porém, considerando as inúmeras atribuições dos municípios na gestão do SUS esse acréscimo de

receitas ainda não é capaz de suprir as necessidades desse ente (TREVISAN; JUNQUEIRA,2007).

Conforme Silva (2009) no Brasil, em média, menos de 50% dos recursos aplicados em saúde nos municípios são originários de repasses do SUS. Todavia, a autonomia dos gastos com saúde em municípios com baixa capacidade econômica é prejudicada, como verificado nos municípios das Regiões Norte e Nordeste onde se observa maior dependência das transferências do SUS.

Ainda nesse estudo Silva (2009) verifica um considerável crescimento da porcentagem recursos próprios aplicados na saúde, no período de 2002 a 2006, com uma média de aumento desses recursos em 106%. Este achado está relacionado diretamente com o aumento dos gastos com saúde no intervalo desses quatro anos, relacionando-se o aumento dos gastos municipais com saúde a institucionalização da Emenda Constitucional nº 29 (EC/29), de 13 de setembro de 2000, que define patamares mínimos de gastos para cada ente da federação.

Segundo a EC/29 os municípios deveriam aplicar no mínimo 15% do total de suas receitas próprias, os municípios que no ano da promulgação da Emenda não despediam esse percentual de gastos deveriam gradualmente alcançar o percentual iniciando de no mínimo a aplicação de 7% das receitas próprias (BRASIL, 2000).

Porém, a EC/29 não definiu que ações seriam consideradas gastos com saúde deixando a cargo da publicação de Lei complementar que somente foi sancionada no dia 13 de janeiro de 2012, a Lei Complementar nº 141/2012.

Assim, somente onze anos após a publicação da EC/29 foram regulamentados os valores mínimos de receitas próprias que deveriam ser aplicados pelos três entes da federação bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas.

Percebe-se que mesmo não regulamentada por Lei Complementar todos os municípios já passaram a aplicar minimamente o percentual de 15% estabelecido da soma da arrecadação de impostos municipais e das transferências constitucionais, da União e respectivos estados e são os municípios que na atualidade têm grande participação no financiamento das ações de saúde para seus munícipes (BRASIL, 2012b).

Conforme dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do ano 2001 a 2008 praticamente manteve-se inalterado o percentual de gastos da União, perfazendo uma média de 11%. No mesmo período, a média dos estados apresentou-se em 20.75%, e dos municípios, 20.25%, este percentual tendendo ao crescimento (BRASIL, 2012b).

Carvalho (2011) observa que, no período de 2006 a 2011, os municípios investiram 33% a mais que o mínimo determinado na EC/29, o que evidencia o largamente divulgado, que os gastos com saúde têm incidido com maior constância sobre os municípios.

Ainda de acordo com o autor, considerando a participação dos três entes federados no financiamento da saúde, verifica-se que a participação da União tem sido cada vez menor de 75%, em 1980, para 47%, em 2011. Isso parece decorrer das maiores obrigações, em relação a saúde, por parte dos estados e, principalmente, dos municípios. Essa maior responsabilização dos estados e dos municípios decorre deles serem “obrigados a fazê-lo” por pressão popular, proximidade com o Judiciário e Ministério Público

O aumento do percentual do gasto público municipal também está relacionado com a capacidade de uma parcela de municípios arrecadarem receitas tributárias o que resulta em maior autonomia desses municípios em detrimento aos municípios que sobrevivem de transferências constitucionais.

Dillinger (1995) ressalta que:

> Every country situation is unique to some extent; cultural and historical condition differ, and, even in countries with similar backgrounds, the government´s readiness to act on specific decentralization issues varies ... At the other extreme is Brazil, in which local governments are almost sovereign. Brazilian municípios have historically enjoyed complete political autonomy, with councils and mayors chosen in local elections (except during the military regime of 1964-1985). They receive unrestricted, constitutionally-mandated shares of the principal taxes levied by federal and state governments and they have the power to impose a variety of local taxes, with unrestricted rates ... (p.107-108).

Deste modo, seja por receitas próprias ou por meio das transferências da União para o SUS, a principal obrigação dos municípios é suprir as necessidades de saúde da população, constituindo-se em um alocador relativamente autônomo nos recursos para a saúde (SILVA, 2009).

Arretche (2003) refere que a autonomia local para a gestão de políticas permite aos gestores implementarem ações visando seus próprios interesses e muitas vezes desconexos com o interesse público e o bem-estar da população.

Por outro lado, o aumento das receitas próprias através da geração local de receitas, resulta no incremento e incentivo a participação popular no processo e na melhoria da eficiência e eficácia dos gastos públicos (AFONSO; LOBO, 1996).

Os mesmos autores referem que o monitoramento constante do gasto público pelos cidadãos ou pela entidade pública transferidora da ação remetem aos princípios de political accountability e controle social:

> o primeiro remete à possibilidade de serem responsabilizados os decisores ou os executores por eventuais erros, omissões ou negligências cometidos na prestação de serviços. O princípio do controle social, intimamente ligado ao primeiro, fala do acompanhamento sistemático de resultados para garantir um mínimo de eqüidade e efetividade (AFONSO; LOBO,1996, p.25).

Segundo Ribeiro (1997, p.15) a avaliação dos gastos públicos no Brasil ainda é recente: “na prática esse tipo de controle não evoluiu e a maioria dos órgãos de controle no Brasil restringe-se ao controle jurídico e contábil financeiro”.

Costa (1990), afirma que devem ser proporcionadas ferramentas para qualificação da participação e o acesso às informações necessárias para a tomada de decisão nos municípios, principalmente relativas ao acompanhamento da utilização das verbas públicas para políticas sociais, entre elas a saúde.

A participação da população, sobretudo nas decisões de caráter orçamentário resulta em uma atividade de construção da democracia, “atuando-se com transparência na administração da coisa pública” (LESBAUPIN, 2000).

Conhecer as diretrizes do financiamento público da saúde e por consequência os gastos públicos municipais em saúde torna possível aos gestores, profissionais e usuários do SUS uma participação mais efetiva no controle social, necessária para a efetivação do sistema.

Assim, conhecer o padrão de gastos dos entes locais favorece não só a tomada de decisões, mas especialmente o fortalecimento da *accountability*.

Contabilidade pública: conceitos e definições

O orçamento é uma ferramenta de planejamento das instituições públicas e privadas e para essas entidades representa as receitas disponíveis e a aplicação de recursos em determinado período.

Para as instituições públicas, é a lei orçamentária que determina a despesa pública - montante de gastos concretizados pelos entes públicos para a prestação de serviços para a sociedade - em um exercício financeiro (BRASIL, 2012).

Conforme o art. 35 da Lei nº 4.320/1964:

> Pertencem ao exercício financeiro:
> I - as receitas nele arrecadadas;
> II - as despesas nele legalmente empenhadas.

As receitas orçamentárias são recursos financeiros aprovisionados que ingressam durante o exercício orçamentário aumentando o saldo financeiro do patrimônio público. São classificadas segundo Natureza, Fonte/Destinação de recurso e Indicador de Resultado primário (BRASIL, 2012).

A classificação segundo a Natureza da receita é utilizada por todos os entes da federação e objetiva identificar o que resultou no ingresso de novos recursos nos cofres públicos. Essa classificação é subdivida em seis níveis Categoria Econômica, Origem, Espécie, Rubrica, Alínea e Subalínea (BRASIL, 2012).

De acordo com a categoria econômica, as receitas são classificadas em correntes e de capital. As primeiras subdividem-se em receitas tributárias, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial e de serviços (BRASIL, 1964).

As mesmas são designadas para atender as despesas classificadas como despesas correntes. Já as receitas de capital são receitas oriundas de operações de crédito, de alienações de bens móveis e imóveis, de amortização de empréstimos, visando suprir as despesas de capital (BRASIL, 2009).

Quanto às despesas orçamentárias, elas são definidas como sendo todo dispêndio que necessita de autorização legislativa para sua efetivação. Em

relação ao impacto na situação patrimonial, as despesas orçamentárias são classificadas em despesas correntes e despesas de capital (BRASIL, 2012).

As despesas correntes são aquelas que, no momento de sua realização, reduzem a situação líquida patrimonial da entidade; e as despesas de capital são aquelas que, no momento da sua realização, não reduzem a situação líquida patrimonial da entidade (BRASIL, 2012).

São exemplos de despesas correntes: despesas com pessoal, material de consumo, sentenças judiciais e transferências intergovernamentais. Enquanto que obras e instalações, materiais permanentes e equipamentos e aquisição de imóveis são designados como despesas de capital (BRASIL, 1964).

A Lei 4.320 de 1964 determina que para a realização da despesa pública devem ser respeitados os estágios da despesa: o empenho, a liquidação e o pagamento respectivamente (BRASIL,1964):

> Art.58. O empenho de despesa é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente "ou não" de implemento de condição.
> Art. 63. A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.
> Art. 64. A ordem de pagamento é o despacho exarado por autoridade competente, determinando que a despesa seja paga.

Com o objetivo de permitir a melhor identificação das despesas orçamentárias, essas possuem cinco classificações. A classificação institucional, que permite verificar a entidade/instituição que está autorizada a efetivar a despesa; a Classificação Funcional, que identifica a área de ação governamental da despesa; a Classificação Programática, que demonstra os dispêndios nas ações e programas definidos no Plano Plurianual (PPA) do governo; a Classificação Econômica, que apresenta os desdobramentos das despesas sobre a economia; a Classificação por fonte de recursos, que identifica a fonte de recursos que financiará a despesa (VILLA-FORTE, 2006).

A classificação funcional é de aplicação comum e obrigatória, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União, e permite a consolidação nacional dos gastos do setor público (BRASIL, 2009).

O enfoque funcional regulamentado pela Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, da Secretaria de Orçamento e Finanças (SOF) do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão é composto de um rol de funções e

subfunções prefixadas, que servem como agregador dos gastos públicos por área de ação governamental nas três esferas de Governo.

Essa padronização possibilita a recuperação dos dados sobre os gastos finalísticos em saúde, sendo necessário ressaltar que se trata de gastos informados, tal como consta nos balanços financeiros dos governos.

Segundo essa Portaria, os programas e ações devem ser elaborados com base nos problemas e nas demandas da sociedade identificadas pelo planejamento, e devem se constituir em unidades de gestão, com estruturas idênticas no planejamento e nos orçamentos.

Em relação às funções de governo, a função saúde configura-se como uma dessas funções, concebidas com base nas atribuições permanentes do governo comprometidas com o desenvolvimento econômico e social. A Portaria nº 42 do Ministério do Orçamento e Gestão no seu artigo 1º define o conceito de função em relação à execução orçamentária:

> § 1º Como função, deve entender-se o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público. § 3º A subfunção representa uma partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa do setor público. § 4º As subfunções poderão ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas, na forma do Anexo a esta Portaria."

Nos orçamentos e balanços públicos, as despesas são classificadas por funções e subfunções visando demonstrar em que áreas de ação governamental a despesa será (orçamento) ou foi realizada (balanço público).

A função Saúde tem seis subfunções a ela vinculadas: atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e alimentação e nutrição (DE SETA, 2007).

No que se refere a saúde, a Portaria nº 42/1999 também contribuiu para a construção dos instrumentos do processo orçamentário — o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) ao favorecer a interface do gasto em saúde ao planejamento que se configura como um instrumento que baliza o orçamento (MENDES, 2005).

O mesmo autor infere que:

> Mesmo diante dessas várias exigências legais, a experiência brasileira tem apontado que, na maioria das vezes, a elaboração do processo orçamentário, por parte dos governos municipais, e da área da saúde em particular, é distante dessa sistemática integrada entre planejamento e orçamento. São poucas as administrações municipais que olham a

> realidade local com seus problemas e potencialidades e se organizam do ponto de vista gerencial para enfrentá-la. Na prática, o que vem ocorrendo é que os instrumentos do processo orçamentário acabam por não responder às necessidades locais e dificilmente são elaborados de forma a permitir a sua compatibilidade entre planejamento e orçamento, dificultando o acompanhamento e a fiscalização do gasto em saúde vis-à-vis o cumprimento das ações e metas planejadas (MENDES, 2005, p.277).

Em 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), aprovada no Congresso Nacional, enfatiza a transparência para aumentar o controle dos cidadãos e estabelece condições a serem observadas na gestão das contas públicas dos três níveis de governo e nos três Poderes para sustentar a disciplina fiscal (BRASIL, 2000).

Para atender as condições definidas por essa Lei, foi determinado como parâmetro a RCL – Receita Corrente Líquida definida em seu Artigo 2º da seguinte forma: (...) receita corrente liquida: somatório das despesas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes (...).

Uma das principais restrições impostas pela LRF é em relação ao gasto com pessoal, que para os municípios não deve exceder a 60% da receita corrente líquida.

De acordo com Rodrigues (2005), as despesas com pessoal no setor público é um “mix” de interesses públicos e políticos, como consequência elevados gastos com pessoal nos municípios acabam por sacrificar a execução de obras e melhorias sociais para manter.

Relevante também é o artigo 5º da LRF, reforçando que a Lei Orçamentária Anual deve ser realizada em consonância com o PPA, a LDO e as normas estabelecidas por essa lei.

A Lei complementar nº 141 de janeiro de 2012, estabelece que os instrumentos de gestão do SUS, Plano Municipal, Programação Anual e Relatório Anual de Saúde devem está e consonância com os instrumentos de gestão do governo (BRASIL, 2012).

Na prática, percebe-se que os gestores municipais de saúde pouco se apropriam e participam da construção dos instrumentos de planejamento acima apresentados, e em sua maioria não se inserem na discussão para determinação

do orçamento municipal para a saúde e pouco utilizam os sistemas de informação sobre financiamento para a tomada de decisão.

No estudo de Silva et al (2010) foi constatado que os gestores não utilizam o SIOPS na rotina das Secretarias Municipais de Saúde ficando o preenchimento sob responsabilidade de serviços terceirizados. Ainda os autores afirmam que o SIOPS não é utilizado como uma ferramenta de planejamento

Assim, para o funcionamento e manutenção dos serviços públicos ofertados à sociedade, é essencial, a integração e utilização dos instrumentos de gestão de governo e o orçamento para o efetivo planejamento das ações que serão ofertadas à sociedade.

Ferramentas para a gestão financeira do SUS: SIOPS e FINBRA

A gestão da saúde requer uma posição decisória dos gestores com responsabilidade e apelo social.

Os dados existentes quando analisados podem fornecer o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, pois permitem a realização do diagnóstico da situação de saúde, reduzem as inseguranças diante de situações de emergência e apoiam a busca de possíveis soluções e providências (BRANCO, 2001; FERREIRA, 2001).

Porém, percebe-se que a atribuição gerencial é constantemente realizada sob um considerável grau de improviso, com gestores apresentando dificuldades e desconhecimento em relação aos sistemas de informações gerenciais, como resultado o processo decisório e a obtenção de resultados se torna prejudicada. (BRANCO, 2001).

Cohn (2005) constatou no seu estudo a falta de familiaridade dos funcionários com os dados dos Sistemas de Informações em Saúde e a falta de conhecimento para manipulá-los e analisá-los, bem como a baixa utilização para a tomada de decisão na gestão da saúde.

Os Sistemas de Informações em Saúde são instrumentos pelos quais as informações em saúde são captadas, analisadas e divulgadas. E que através da “atuação integrada de seus componentes (recursos humanos, materiais e

equipamentos), torna disponível a informação necessária às decisões do sistema de saúde" (FERREIRA, 2005, p.40).

Os Sistemas de informação devem ser concebidos como "um instrumento para o processo de tomada de decisões técnicas e/ou políticas, cujo propósito consiste na seleção de dados pertinentes e na transformação destes em informações para aqueles que planejam, financiam, proveem e avaliam os serviços de saúde" (FERREIRA, 2001).

Branco (2001, p.6) salienta que é necessário que os gestores tenham a:

> (...) dimensão exata do que ocorre ao longo de todo o processo de produção da informação e de como podem atuar em cada etapa para proporcionar as melhores condições possíveis para a sua realização. O conhecimento do acervo de informações a sua disposição e a compreensão sobre como se origina pode aproximá-los do entendimento de que a própria escassez de recursos é fruto, muitas vezes, do desperdício provocado pela falta de informações sobre a realidade presente, a almejada e o impacto das alternativas de intervenção possíveis, limitando as ações de planejamento e a tomada de decisões.

A publicização de informações financeiras referentes às receitas e gastos públicos de saúde através de sistemas de informação é de fundamental importância para a avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde nos três entes federados e conseguinte planejamento de ações visando o bem-estar da população (TEIXEIRA;TEIXEIRA,2003).

Um dos sistemas que permite essa avaliação é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que segundo o Ministério da Saúde é "um instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS)".

O SIOPS foi instituído através da Portaria Conjunta nº 1.163 de 11 de outubro de 2000, atendendo a demanda do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que visualizava a necessidade de um sistema que demonstrasse as receitas e despesas com a saúde das três entes federados (BRASIL, 2000).

Atualmente, é coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESD). Os dados declarados pelos entes federados geram informações sobre receitas totais e gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas do governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2010).

Segundo Lima, 2007 o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos - SIOPS é um instrumento de informação nacional que possui um banco de dados

relativo a receitas e despesas orçamentárias dos municípios e estados brasileiros mais completo e abrangente.

A mesma autora afirma que é “um sistema gerado a partir do preenchimento de formulários eletrônicos pelos próprios governos municipais e estaduais (2007, p.137)”.

As informações contidas no SIOPS vão de encontro aos balanços orçamentário-financeiros dos entes subnacionais de governo e a classificação nacional recomendada pela Secretaria do Tesouro Nacional com acréscimos relativos às receitas da saúde (LIMA, 2007).

Outro sistema de vital importância é o Sistema de Finanças do Brasil-FINBRA publicado anualmente pela Secretaria do Tesouro Nacional, instituição cuja missão é “defender o cidadão-contribuinte, de hoje e de amanhã, por meio da busca permanente do equilíbrio dinâmico entre receitas e despesas e da transparência do gasto público” (BRASIL, 2012).

Desde 1989 o FINBRA, disponibiliza informações sobre receitas municipais e despesas com saúde e saneamento (LIMA, 2005).

O Sistema busca atender às determinações dos artigos 111 e 112 da Lei 4.320/64 e do artigo 51 da Lei Complementar 101/00 (Lei de Responsabilidade Fiscal) “que tratam da organização e publicação, dos balanços consolidados dos entes da Federação, autarquias e outras entidades públicas, da responsabilidade dos entes frente aos prazos e das consequências em caso de descumprimento”.

Cada novo volume de dados apresenta a execução orçamentária (receita e despesa) dos estados e municípios brasileiros, referente ao exercício financeiro imediatamente anterior.

Quanto à saúde, até o ano de 2001 as despesas com saúde eram registradas junto com as despesas de saneamento, sendo separadas no ano seguinte tanto no SIOPS como no FINBRA.

O FINBRA apresenta a classificação funcional das despesas, incluindo a função e as seis subfunções da saúde, permitindo realizar a correlação com o SIOPS e a visualização de qual área os recursos financeiros foram realmente aplicados.

Tanto o SIOPS quanto o FINBRA são capazes de gerar informações necessárias para a tomada de decisão consciente e o planejamento das ações de

saúde, todavia, percebe-se que esses instrumentos são pouco utilizados pelos gestores municipais de saúde como ferramenta de gestão (SILVA et al, 2010).

As vigilâncias do campo da saúde e seu financiamento pela esfera federal

O termo “Vigilâncias do campo da saúde” ou as “vigilâncias em saúde” designa um conjunto de práticas do setor saúde e de saberes. Ele engloba as vigilâncias sanitária, epidemiológica, em saúde do trabalhador e ambiental em saúde.

Embora estas vigilâncias se tenham constituído em circunstâncias históricas diversas e se apresentem na atualidade com distintos graus de institucionalidade e de desenvolvimento, alguns elementos comuns as aproximam (DE SETA; REIS, 2009).

Segundo De Seta e colaboradores, seus elementos comuns dizem respeito a:

> Assim como a saúde, devem ser pensadas mais amplamente dentro do contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, levando em consideração a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas. São conjuntos de ações ou de atividades e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos. Na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a terri-tórios delimitados. Assim como a saúde, em termos de política pública, as vigilâncias têm um caráter intersetorial (p. 230).

Essa diversidade também é verificada na trajetória das vigilâncias que se constituíram em tempos e contextos diferentes. Segundo De Seta e Dain (2010, p. 3309) “circundando as vigilâncias existem uma disputa de projetos, de poder institucional, de financiamento dos serviços das esferas subnacionais e das pesquisas e cooperações técnicas”.

Todas essas questões influem, com mais ou menos força, a depender dos atores envolvidos, na construção do campo das vigilâncias.

No que se refere ao marco legal, a Constituição de 1988 e a Lei nº 8080 de 1990 apresentam as bases para a construção das vigilâncias do campo da saúde no SUS. O Art. 200 da Constituição estabelece as competências para o Sistema Único de Saúde:

> I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
> II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
> III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
> IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
> V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
> VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
> VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
> VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Percebe-se no citado artigo que algumas ações são exclusivas do SUS e que em outras o mesmo colabora ou participa em caráter complementar. Esse fato é remetido como uma das justificativas para o desenvolvimento desigual das vigilâncias do campo da saúde no Brasil, uma vez que, algumas ações como saúde ambiental e do trabalhador passam a ter somente posteriormente espaços exclusivos no campo das vigilâncias no Sistema Único de Saúde.

As definições legais das vigilâncias do campo da saúde encontram-se em diversos instrumentos normativos. A Lei 8080 de 1990 define a vigilância sanitária, epidemiológica e a saúde do trabalhador enquanto uma das responsabilidades destas duas vigilâncias:

> Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:
> I – o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
> II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, art. 6º, § 1º).
> Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, art. 6º, § 2º).
> Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990, art. 6º, § 3º).

A Saúde do Trabalhador como uma das vigilâncias é definida na Portaria GM/MS 3.120 de 1998 como:

> uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (BRASIL, 1998).

Já a Instrução Normativa nº 01 de 2005 da Secretaria de Vigilância em Saúde define a Vigilância em Saúde Ambiental como:

> o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde [...] (BRASIL,2005).

Verificam-se aspectos comuns entre as vigilâncias: o caráter intersetorial, o elo com as questões referentes ao desenvolvimento social, se operacionalizam em territórios delimitados e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos e suas ações (DE SETA; REIS, 2009). Como já dito, as vigilâncias também se diferenciam em muitos aspectos, de acordo com o respectivo campo de sua ação.

A Vigilância Sanitária é de natureza especial, segundo De Seta e Dain (2010, p.3308) “pelo caráter de Estado de muitas de suas ações”. O caráter de Estado dessa vigilância é conferido ao seu poder de polícia administrativa no campo da saúde, que garante a efetivação de suas ações no campo das vigilâncias e, historicamente, é a face mais conhecida pela sociedade. Possui também caráter regulatório, que repercute além da saúde, no mercado e na disponibilidade de bens e serviços disponíveis (O’DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Assim, observa-se que pelas atividades realizadas pela vigilância sanitária se faz necessário uma capacidade administrativa adequada e recursos humanos com perfis diferenciados, estabilidade e respaldo para exercer as ações de responsabilidade da vigilância sanitária.

No Brasil, “a organização dos sistemas de vigilância epidemiológica, desde o início, tiveram uma perspectiva de inclusão das ações de prevenção e controle de doenças” (SILVA JUNIOR, 2004, p.59).

Essa constituição integrada entre atividades de inteligência com as ações de prevenção e controle de doenças tiveram e têm êxito no país no combate de várias moléstias. Assim, a vigilância epidemiológica “pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle” (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p.09).

A vigilância ambiental tem como diferencial o conceito ampliado de exposição, “tratado não como um atributo da pessoa, mas do conjunto de relações complexas entre a sociedade e o ambiente, que é central para a definição de indicadores e para a orientação da prática de vigilância ambiental” (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006 p. 170).

Assim, visa identificar e analisar mudanças no ambiente que prejudicam a saúde da sociedade, especialmente no que se refere à contaminações da água, ar e solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos e condições saudáveis no ambiente de trabalho.

A vigilância em saúde do trabalhador apoia-se suas ações na relação entre saúde e processos de trabalho. Influenciada fortemente pelos movimentos sindicais, sua efetivação acompanha as regiões onde esses movimentos se apresentam mais fortalecidos.

De acordo com Machado (1996), essa vigilância se contextualiza na análise das situações de risco técnico com as relações de trabalho e com as formas de resistência e desgaste da saúde dos trabalhadores.

Cabe reiterar que a vigilância sanitária, ao lidar com a regulação do campo da saúde, principalmente em relação aos medicamentos, a vigilância ambiental, com o meio ambiente e, portanto, com os processos produtivos e a vigilância em saúde do trabalhador com os processos de trabalho, são espaços de conflitos entre os interesses privados e coletivos e exigem, portanto, a atuação do Estado.

A organização das vigilâncias no SUS

As vigilâncias do campo da saúde são organizadas atualmente em dois sistemas nacionais: O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde constituído por dois subsistemas nacionais o de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância em Saúde Ambiental nesse se insere a Vigilância em Saúde do Trabalhador. E o outro sistema é o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, constituído exclusivamente pela Vigilância Sanitária.

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde foi instituído pela Portaria GM/MS nº 3.252 de 2009 e é coordenado nacionalmente pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

O Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SVE) se constituía como sistema nacional anterior a criação do SUS, instituído pela lei nº 6.259/75 dado o momento histórico de ditadura militar, abrangia apenas os estados e a União na realização das ações. Somente no final da década de 90 o município se insere no movimento de descentralização da vigilância epidemiológica (DE SETA;REIS, 2011).

Mesmo sendo a primeira vigilância a iniciar o processo de descentralização como municipalização das ações, observa-se que seu funcionamento ainda ocorre de maneira precária em vários municípios. No estudo de Carvalho et al. (2005) com onze municípios do Estado de Pernambuco verificou que somente 27% desses municípios a vigilância epidemiológica apresentou-se implantada.

O Subsistema Nacional de Saúde Ambiental engloba as atividades relacionadas ao meio ambiente e a saúde do trabalhador. O componente ambiental foi inicialmente praticado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e descentralizado após a implementação da NOB/96.

Além do controle dos fatores de risco não biológicos, o componente ambiental tem como funções elaborar indicadores e sistemas de informação de vigilância em saúde ambiental para análise e monitoramento, como o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA) para consumo humano (DE SETA; REIS,2011).

O SISAGUA é a face mais visível nos municípios da vigilância em saúde ambiental, a incorporação de outras ações é complexa e ainda incipiente, tanto nos estados como nos municípios.

A vigilância em saúde do trabalhador, o outro componente desse subsistema, constitui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) instituída pela Portaria MS/GM nº 1.679/2002, constitui junto ao componente ambiental o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador (DSAST) (DE SETA; REIS, 2011).

Ainda é frágil a organização dessa vigilância tanto em nível federal como municipal. A inclusão de indicadores tanto da vigilância em saúde ambiental quanto da saúde do trabalhador no Pacto pela Vida é um estímulo a realização de mínimas ações dessas vigilâncias pelos entes subnacionais.

Por fim, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) instituído pela Lei nº 9.782/99 que também criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde (BRASIL,1999).

Em sua versão minimalista e restrita aos serviços do âmbito do setor saúde, o SNVS é composto: no nível federal, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); no nível estadual pelas 27 secretarias estaduais de saúde e no nível municipal, serviços de vigilância sanitária heterogêneos, que se constituem de maneiras diversas em termos de estrutura, recursos humanos e capacidade administrativa (LUCCHESE, 2006).

O financiamento federal das vigilâncias do campo da saúde

As vigilâncias do campo da saúde configuram-se segundo a definição de Paul Samuelson (1966) como “bens públicos” distinguindo-se da assistência à saúde, pela indivisibilidade de consumo e pelo caráter coletivo que impossibilita a determinação de valores de mercado para essas ações e que, portanto exigem a intervenção do governo visando satisfazer essas necessidades coletivas.

Assim, as vigilâncias são essencialmente financiadas com recursos públicos e, apresentaram, após a Constituição de 1988, processos diferenciados

de descentralização entre si e em relação a descentralização dos serviços de assistência à saúde.

O financiamento das vigilâncias epidemiológica e sanitária, até a promulgação da NOB/96, foi marcado pela centralização e fragmentação, sem a definição de regras claras na participação dos entes subnacionais (SILVA JUNIOR, 2004; BARBOSA, 2009).

Para a vigilância epidemiológica, essa NOB previu a constituição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) que se efetivou somente com a edição da Portaria MS n° 950, em 23 de dezembro de 1999 e Portaria MS 1.399, de 15 de dezembro de 1999, as quais estabeleceram a modalidade de transferência regular e automática, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais como forma de transferência (SILVA JUNIOR, 2004).

Para a construção dos valores do TFECD, os 27 estados foram classificados em três estratos, levando-se em consideração o perfil epidemiológico, o custo das operações de prevenção e controle de doenças neles prevalentes baseado na área territorial.

Assim, o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) de cada estado se compunha de três segmentos baseados na estratificação dos estados: (I) valor *per capita* por ano, que varia de R$ 4,08 a R$ 1,80; (II) valor correspondente à área do estado em km2/ano, que varia de R$ 3,00 a R$ 1,20 ao ano; (III) incentivo à descentralização, *per capita* igual para todos os estratos, no valor de R$ 0,48 por ano. São exigidas contrapartidas dos estados e municípios que variam de 20, 30 e 40% para os estratos 1 a 3 e certificação. O TFECD é acrescido de um montante para campanhas de vacinação, segundo a Portaria nº 950/99, resultando em valores (SILVA JUNIOR, 2004).

A distribuição do valor global do TFECD para cada estado apresenta uma distribuição *per capita* diferenciada, constituindo-se no primeiro repasse de recursos do SUS que utilizou critérios diferenciados para as UF do país.

O TFECD *per capita* assumiu uma distribuição mais equitativa, sendo mais elevado nos estados da Região Norte, Centro-Oeste e Nordeste, apresentando

uma maior homogeneidade de valores para as UF integrantes de uma mesma região (SILVA JUNIOR, 2004).

Em 2004 é publicada a Portaria nº 1.172 de 15 de junho que regulamenta as competências dos três entes da federação quanto a área de Vigilância em Saúde e define a sistemática de financiamento, contemplando as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e ações básicas de vigilância sanitária.

Com essa Portaria o TFECD passa a ser denominado Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS e é instituído o IV estrato para a transferência de recursos federais:

> Art. 15. As unidades da Federação serão estratificadas da seguinte forma:
> I - estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão e Mato Grosso;
> II - estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
> III - estrato III - São Paulo e Paraná; e
> IV - estrato IV - Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2004).

A Portaria Conjunta, nº 8 de 29 de junho do mesmo ano define a nova composição do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS.

Deste modo, o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS de cada estado continua sendo o somatório de 03 parcelas: (I) valor *per capita* por ano, que passa a variar de R$ 4,23 a R$ 1,84; (II) valor correspondente à área do estado em km2/ano, que permanece variando de R$ 3,00 a R$ 1,20 ao ano; (III) incentivo à descentralização, *per capita* igual para todos os estratos, inalterado, no valor de R$ 0,48 por ano.

São estabelecidas contrapartidas dos estados e municípios de acordo com os estratos I,II,III e IV que variam respectivamente de 20, 30, 35 e 40%.

Quanto à vigilância sanitária a NOB/96 também propiciou repasses financeiros regulares e automáticos para os municípios através da regulamentação pela Portaria nº 1882 de 1997, que cria as ações básicas de vigilância sanitária, o PAB–VISA. Para receber os recursos do PAB-VISA no valor de 0,25 centavos hab/ano, foram estabelecidos critérios na Portaria 2.283/1998 para a designação dos municípios habilitados em gestão plena da atenção básica.

Os repasses “fundo a fundo” institucionalizados para vigilâncias resultaram no avanço da descentralização dessas ações e principalmente no debate sobre as responsabilidades dos entes locais sobre essas ações. No que se refere a VISA

> o pagamento do PAB variável para a vigilância sanitária representou uma medida concreta no sentido de colocar na ordem do dia o debate sobre as responsabilidades e as parcerias necessárias para o desenvolvimento das ações de Visa nas três esferas de governo (BRITO, 2007, p.46).

Outro marco no financiamento da vigilância sanitária inicia-se em 1999, com a edição da Lei nº 9.782, que cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), com a responsabilidade de prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal, a agência passou a conduzir o processo de descentralização e a discussão dos mecanismos de financiamento, papel que até então era desempenhado pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (BARBOSA, 2009).

A portaria nº 1.008 de 08 de setembro de 2000, veio regulamentar as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas por estados, municípios e Distrito Federal.

Tal marco normativo ampliou a abrangência da descentralização, até então restrita às ações de atenção básica através do PAB variável e estabeleceu o Termo de Ajuste de Metas como instrumento para pactuação das ações de vigilância sanitária.

Pela portaria nº 1.008/2000, os recursos financeiros destinados a cada unidade federada eram constituídos de um valor de R$ 0,15 por habitante/ano, acrescido de um valor proporcional à arrecadação da Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária – TFVS (b), por fato gerador, apurado em cada unidade federada.

Estabeleceu-se ainda um piso financeiro de R$ 420.000,00 para as unidades federadas com população inferior a cinco milhões de habitantes. Do valor destinado às unidades federadas, ficou estabelecida a quantia de R$ 0,06

(seis centavos) per capita a ser utilizada a título de incentivo à municipalização das ações de Visa.

A norma ainda coloca que se as ações pactuadas forem de responsabilidade preferencial dos estados ficaria estabelecido o valor de R$ 0,09 (nove centavos) per capita para repasse a municípios.

Percebe-se que nessa Portaria as transferências dos recursos da vigilância sanitária pelo Fundo Nacional de Saúde são destinadas exclusivamente aos Fundos Estaduais, ficando estes responsáveis pelo repasse aos municípios.

A partir de dezembro de 2003, parte das ações básicas de vigilância sanitária – inspeções em estabelecimentos do comércio de alimentos; drogarias/mercearias e postos de medicamentos; creches; estabelecimentos de ensino fundamental; estações rodoviárias e ferroviárias – passou a integrar a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

Com a edição da Portaria GM nº 2.473/2003, estabeleceu-se o repasse fundo a fundo aos municípios que pactuassem, após aprovação da CIB e homologação pela CIT, da importância correspondente ao somatório das seguintes parcelas: a) valor mínimo de R$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, a ser deduzido do teto estadual; e valor de R$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, a ser alocado pela ANVISA.

Os recursos municipais aumentaram, totalizando um mínimo *per capita* de R$ 0,20, em parte à custa da redução dos repasses para os estados, em parte ao repasse complementar de R$ 0,10 por habitante/ano, financiado pela ANVISA.

Com o Pacto pela Saúde, os recursos federais destinados às ações da vigilância sanitária passam a compor o bloco da Vigilância em Saúde junto com os recursos da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde. Dessa forma, o limite financeiro deste bloco veio a ser composto pelos componentes da vigilância epidemiológica e ambiental e da vigilância sanitária em saúde (BRASIL, 2006).

Ao possibilitar que os recursos de um componente sejam utilizados nas ações de outro, bem como a possibilidade de remanejamento de recursos entre os blocos, a Portaria GM/MS nº 204/2007 se propõe a contribuir para que os gestores de saúde tenham maior flexibilidade para alocar os recursos de acordo com as necessidades de saúde da população de seu estado ou município (BARBOSA, 2009).

A regulamentação do componente de vigilância sanitária do bloco de vigilância em saúde ocorre com a edição da Portaria GM/MS n°1.998, de 21 de agosto de 2007.

Além de definir o montante a ser repassado aos estados, municípios e Distrito Federal no período de junho a dezembro de 2007, a referida portaria estabeleceu a composição do componente vigilância sanitária do bloco da vigilância em saúde.

Com recursos oriundos do Programa de Governo “Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes” do Fundo Nacional de Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, este relativo às taxas de fiscalização arrecadadas pela autarquia, ficou definido que o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA) passa a ser constituído do piso estratégico e do piso estruturante, sendo este último destinado apenas aos municípios (BARBOSA, 2009).

A partir dessa nova regulamentação, o recurso destinado a compor o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária dos Estados passa a ser calculado a partir do piso estratégico que corresponde ao valor de R$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano ou pelo Piso Estadual de Vigilância Sanitária, no valor de R$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais) para unidades federadas com até 2.142.587 habitantes, ou seja, de baixa densidade populacional.

Para os municípios são repassados os pisos estruturante e estratégico. O piso estruturante é calculado pelo valor de R$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano ou pelo Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais) por ano para municípios cujo valor per capita configurar um teto abaixo desse valor (ou seja, municípios com até 20 mil habitantes) e compõe o segmento Estruturante do Elenco Norteador das Ações de VISA.

Como fator de incentivo à descentralização, ao município também será repassado o piso estratégico, calculado pelo valor de R$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano, independente do valor repassado ao Estado, se pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme critérios que compõem o segmento de Gerenciamento de Risco do Elenco Norteador das Ações de VISA.

No tocante ao financiamento das vigilâncias epidemiológica, ambiental e a promoção a saúde que constituem o componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental, no bloco de financiamento da Vigilância em Saúde, com o Pacto pela Saúde não ocorreram mudanças no financiamento. Os recursos permaneceram os já estabelecidos pela Portaria 1.172/2004, ou seja, composto pelo Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS.

O mais recente marco no financiamento da gestão das vigilâncias do campo da saúde é a Portaria nº 3.252 de 2009, que altera a configuração dos componentes dos blocos e inclui a vigilância em saúde do trabalhador até então "esquecida".

O componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde passa a ser denominado Componente de Vigilância e Promoção da Saúde constituído de duas partes uma fixa e uma variável: Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) financiado por base *per capita* baseado na divisão das unidades da federação em quatro estratos. E o Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) constituído por incentivos específicos.

A divisão dos estados por estratos não foi alterada, permanecendo a mesma classificação definida na Portaria nº 1.172 de 2004. É substituído o processo de certificação da gestão das ações de Vigilância em Saúde, pela assinatura e homologação dos Termos de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, esse Termo passa a ser o instrumento formalizador do compromisso dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios na realização das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde.

A situação dos municípios é normatizada na Portaria nº 3.252/2009 da seguinte forma:

> Art. 27. Os Municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde permanecem com a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde até a efetivação de sua adesão e deverão atender ao disposto nos arts. 47 e 48, condicionado à alimentação regular dos sistemas de informação acompanhado do monitoramento do saldo bancário, a ser regulamentado em ato específico.
> Art. 28. Os Municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde assumirão a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde, mediante publicação de portaria com os valores referentes ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, pactuados na respectiva CIB, para efetivação da transferência.
> Art. 29. O repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, do Bloco da Vigilância em Saúde, a Municípios não

> certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde está condicionado à respectiva adesão, ficando extintas novas certificações.

O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde foi definido pela Portaria Conjunta nº 1, de 11 de março de 2010 que revoga a Portaria 1.172/2004. Essa Portaria modifica a periodicidade de repasses que deixam de mensais e passam a ser quadrimestrais: janeiro, maio e setembro.

Em relação à vigilância sanitária, com a publicação da Portaria nº 3252 de 2009 o componente Vigilância Sanitária também passa a ser constituído de dois segmentos: o Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVisa e o Piso Variável de Vigilância Sanitária – PVVisa.

Essa nova constituição do componente Vigilância Sanitária é regulamentada pela Portaria 1.106 de 12 de maio de 2010 que na verdade, agrega os recursos do Teto Financeiro da Vigilância Sanitária para o Piso Fixo da Vigilância Sanitária permanecendo os mesmos recursos financeiros.

Assim, o Piso fixo da Vigilância Sanitária para os municípios é constituído:

> I - o estruturante, calculado pelo valor per capita à razão de R$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano ou Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais)/ano para municípios cujo total per capita configurar um valor abaixo desse Piso (Anexo III);
> II -o estratégico, calculado pelo valor per capita à razão de R$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano (Anexo IV) abatido dos valores já pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (Anexo IV-A) (CIB).

Já o Piso Variável de Vigilância Sanitária - PVVisa, é constituído por recursos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica: gestão de pessoas em vigilância sanitária para execução da política de educação permanente e outros que venham a ser instituídos.

Esses recursos têm como objetivo a realização de uma série de ações definidas no Anexo I da Portaria nº 1.106 de 2010 (Apêndice A) de acordo com as realidades locorregionais e necessidades de Estados, Distrito Federal e Municípios.

Para “garantir” o controle dos recursos repassados fundo a fundo do componente Vigilância Sanitária foi normatizada através da Portaria nº 4.101 de 17 de dezembro de 2010 a aplicação dos recursos de acordo com a programação

ou Plano de ação anual da Vigilância Sanitária que anualmente devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite.

Ainda de acordo com esta Portaria, os repasses de recursos ficam submetidos a:

> I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e
> II - preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS).

O Bloqueio dos repasses se efetivará caso os Estados e Municípios não cadastrem os serviços de Vigilância Sanitária no CNES ou não preencham o SIA-SUS, por dois meses consecutivos.

No entanto, a Portaria nº 4.101/2010 logo foi revogada pela Portaria nº 1.052 de 05 de maio de 2011, por não ter sido deliberada pela Comissão Intergestores Tripartite.

Em relação à vigilância em saúde do trabalhador, as normatizações existentes regem sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (atual CEREST) que possui como uma das atribuições realizar a vigilância em saúde do trabalhador. Instituído pela Portaria 1.679 de 20 de setembro de 2002, o CEREST, não contou com recursos das vigilâncias, mas sim, da Secretaria de Atenção a Saúde.

Essa Portaria instituiu os seguintes repasses para custeio e para implantação e/ou adequações do CEREST conforme o Quadro 1.

Porém, em 2005, com a edição da Portaria 2.437 de 07 de dezembro, é estabelecido somente duas formas de custeio: para os Centros Regionais no valor de R$30.000,00 e para os Centros Estaduais no valor de R$40.000,00. O incentivo de implantação passa a ser único no valor de R$50.000,00, repassado uma única vez para Estados e Municípios.

Quadro 1- Financiamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

CEREST	Tipologia	Recursos de Custeio	Incentivo de Implantação e/ou Adequação
Centro Estadual a	Até 500 mil habitantes	20.000,00	30.000,00
Centro Estadual b	Até 1 milhão de habitantes	30.000,00	30.000,00
Centro Estadual c	> 1 milhão de habitantes	40.000,00	50.000,00
Centros Regional a	Até 700 mil habitantes	12.000,00	20.000,00
Centros Regional b	Até 1,8 milhões de habitantes	14.000,00	20.000,00.
Centros Regional c	> 1,8 milhões de habitantes	20.000,00	20.000,00.

Fonte: Portaria 1.679 de 20/09/2002

Nessa Portaria, é referida a implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador como forma de implementação da Rede Nacional de Atenção Integra à Saúde do Trabalhador.

Com a publicação da Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, os valores financeiros permaneceram os mesmos, regulamentados para o custeio e implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST):

> § 3º Os recursos destinam-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CERESTs, sendo vedada a utilização destes recursos nos casos especificados na Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

Os municípios também podem utilizar dos recursos do Bloco de Vigilância em Saúde para ações de promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador.

O financiamento da vigilância ambiental está normatizado na Instrução Normativa SVS/MS nº 1 de 22 de março de 2005 e estabelece que o custeio é proveniente de recursos do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde –TFVS, estabelecido na Portaria 1.172/2004. Assim, com a mudança do TFVS para componente fixo da Vigilância e Promoção da Saúde, atualmente essa vigilância é financiada com esses recursos.

Além dos marcos do financiamento pelo SUS, deve-se referir que a vigilância sanitária como ação típica de Estado pode gerar recursos fiscais pelas taxas públicas ou pela cobrança de multas, mas essa sua peculiaridade não exime o Estado de prover seu financiamento, com vista a garantir a proteção da saúde da coletividade.

Quadro 2 - Marcos do financiamento federal das vigilâncias do campo da saúde

Vigilância Epidemiológica	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental	Vigilância em Saúde do Trabalhador
Instituição do TECD – Portaria MS nº 950/1999 – repasses mensais e certificações.	Instituição do TFVISA –Portaria MS 2.473/2003.	Instrução Normativa SVS/MS nº 1/2005 – Define o financiamento pelos recursos do TVFS.	Institui os recursos para o custeio dos Centros de Referência em saúde do Trabalhador, incluindo no elenco de ações a vigilância – Portaria MS nº 1.679/2002.
Instituição do TFVS – Portaria MS nº 1.172/2004 – repasses mensais e certificações.	Instituição do componente Vigilância Sanitária - Pisos estruturante e estratégico – Portaria MS nº 699 e Portaria MS nº 1.998/2007.	Instituição do Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental – Portaria MS nº 699/2006.	Institui os recursos para o custeio dos Centros de Referência em saúde do Trabalhador, incluindo no elenco de ações a vigilância – Portaria MS nº 2.437/2002.
Instituição do Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental – Portaria MS nº 699/2006.	Instituição do Piso Fixo a Vigilância Sanitária e do Piso Variável. Portaria MS 3252/2009 e Portaria 1.106 de 2010.	Instituição do Piso Fixo e Variável da Vigilância e Promoção da Saúde – Portaria MS 3252/2009 e Portaria conjunta nº 1/2010 – repasses quadrimestrais.	Institui os recursos para o custeio dos Centros de Referência em saúde do Trabalhador, incluindo no elenco de ações a vigilância – Portaria MS nº 2.728/2002.
Instituição do Piso Fixo e Variável da Vigilância e Promoção da Saúde – Portaria MS 3252/2009 e Portaria conjunta nº 1/2010 – repasses quadrimestrais.	-	-	-

Minas Gerais: Sistema Estadual de Saúde e Vigilâncias

O Estado de Minas Gerais é marcado por relevantes contrastes entre os municípios de suas regiões. Assim como o Brasil, o estado é caracterizado por grandes desigualdades sociais e heterogeneidade cultural, racial, religiosa e linguística.

Segundo Maia e Machado (2007) percebe-se o longo da trajetória do SUS melhorias nos indicadores da saúde, porém os avanços não se deram de maneira

equânime, pois não atingiram os grupos de regiões menos favorecidas, persistindo expressivas desigualdades.

Minas Gerais é o quarto maior estado em extensão territorial e o segundo mais populoso com uma população de 19,6 milhões de habitantes (IBGE, 2010).

Ademais, é a unidade federativa com o maior número de municípios totalizando 853 entes, dos quais 79% (675) possuem menos de 20 mil habitantes e 3% (27) mais de 100 mil (IBGE, 2010). O grande número de municípios reflete os dilemas federalistas: demandas regionais conflitantes, capacidades administrativas desiguais e dificuldades de coordenação.

Conforme instituído pela NOAS/01, o Plano Diretor de Regionalização em Minas, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde foi organizado buscando atender critérios de fluxo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de ofertas de clínicas relacionadas por nível de densidade tecnológica (SES, 2005).

Assim, o Estado foi dividido em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde. Na prática percebe-se que além dos critérios supracitados a regionalização do Estado obedeceu a critérios culturais e políticos.

No que se refere ao Produto Interno Bruto (PIB) verifica-se que os maiores valores se concentram nas regiões Central, Sul de Minas e Triângulo e seu menor valor é conferido nas regiões do Jequitinhonha/Mucuri, Norte de Minas e Zona da Mata, demonstrando as desigualdades internas do Estado quanto as capacidades de arrecadação dessas regiões (Figura 1).

Figura 1- Valor Adicionado por setores de atividade econômica, Produto Interno Bruto (PIB), Impostos e PIB per capita, a preços correntes Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e regiões de planejamento - Minas Gerais - 2010

Especificação	Valor Adicionado (R$ milhões)				Impostos (R$ milhões)	PIB (R$ milhões)	PIB Minas Gerais (%)	PIB per capita (R$)
	agropecuário	industrial	serviços	Total				
Minas Gerais	16.855	66.342	127.032	210.229	31.064	241.293	100,0%	12.519
RMBH	270	22.986	46.722	69.978	15.108	85.086	35,3%	17.227
Regiões de planejamento								
Central	1.648	33.502	58.075	93.225	17.537	110.762	45,9%	15.877
Mata	1.485	3.730	11.290	16.505	1.956	18.461	7,7%	8.681
Sul de Minas	3.527	7.464	15.680	26.671	3.322	29.993	12,4%	12.047
Triângulo	2.686	8.447	13.833	24.966	3.239	28.205	11,7%	19.311
Alto Paranaíba	2.077	1.961	4.074	8.112	695	8.807	3,6%	13.945
Centro-Oeste de Minas	1.426	2.473	5.959	9.859	1.093	10.951	4,5%	10.173
Noroeste de Minas	1.246	603	1.735	3.583	230	3.813	1,6%	10.878
Norte de Minas	1.155	2.181	5.407	8.743	893	9.636	4,0%	6.092
Jequitinhonha/ Mucuri	697	613	2.922	4.232	233	4.465	1,9%	4.515
Rio Doce	908	5.369	8.057	14.333	1.867	16.200	6.7%	10.180

Fonte: IBGE/Fundação João Pinheiro 2010.

Quanto ao financiamento do SUS, verifica-se que após a instituição da EC/29 em 2000, os recursos destinados a saúde pelo estado no período de 1995 a 2005 diminuíram (CASTRO, 2007), e mesmo atingindo a meta nos anos posteriores a esse estudo verifica-se que o estado inclui despesas não próprias da saúde no seu caráter universal como despesas com assistência médico-hospitalar de servidores e saneamento.

Conforme Pereira (2009) esses dispêndios são motivos de discussão entre a Secretaria Estadual de Saúde entre o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Conselho Estadual de Saúde. Essa situação está intimamente relacionada à situação de endividamento na década de 90, que resultou no acordo firmado com a União no âmbito do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira e consequente controle fiscal.

Outro ponto relativo ao financiamento do SUS no estado é a existência de critérios de distribuição de recursos próprios para os municípios mineiros, o denominado fator de alocação, construído com base em dois índices (SES/MG, 2005):

1) Índice de Necessidade de Saúde, composto por seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas;

2) Índice de Porte Econômico, que representa o valor *per capit*a do ICMS de cada município a partir de uma expressão logarítmica, expressando a capacidade do município em autofinanciar os cuidados com a saúde da sua população.

Em relação às vigilâncias do campo da saúde, assim como no restante do país o estado apresenta diferentes níveis de descentralização nos seus municípios.

Considerando a Portaria MS nº 1.399/1999, foram publicadas deliberações SES/MG pela Comissão Intergestores Bipartite do estado (CIB/MG), certificando 849 municípios quanto à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no período de 2000 a 2004. Os municípios de Cuparaque, Joanésia, Mesquita e São Félix de Minas, Leme do Prado, Conceição do Pará e Pocrane não certificados nesse período, atenderam já as diretrizes da Portaria MS 1.172/2004 sendo oficialmente certificados por meio de deliberações no ano de 2005 e 2006.

Em 2005, utilizando o índice de necessidade de saúde como um dos critérios para a seleção de municípios elegíveis, dezoito municípios foram contemplados com o projeto VIGISUS II. Conforme a Resolução SES/MG nº776, de 26 de outubro de 2005 foram repassados a quantia de R$ 1.483.883,15 para a execução dos respectivos Planos de Vigilância em Saúde desses municípios.

Em relação à conformação das vigilâncias nos municípios do estado, observa-se que, das quatro vigilâncias em foco nesse estudo, a epidemiológica é a mais descentralizada do estado. Isso pode decorrer da trajetória histórica dessa vigilância que iniciou seu processo de descentralização na década de 70, e posteriormente, com a instituição do SUS. Esta favoreceu a transferência de recursos humanos, estrutura e equipamentos da Fundação Nacional de Saúde

(FUNASA) para os municípios, conforme estabelecido na Portaria MS nº 1.399/1999.

Acrescenta-se na compreensão desse contexto mais favorável da vigilância epidemiológica, a sua proximidade com a assistência e o fato desta ser, segundo De Seta e Reis (2009), a única vigilância do campo da saúde que é exclusivamente setorial. Essa proximidade com a assistência decorre do monitoramento das doenças de notificação compulsória; da inserção de muitas atividades da vigilância epidemiológica no conjunto de ações da atenção primária dos municípios, como as notificações de agravos, investigação e fechamento de casos e ações de educação em saúde.

As ações de vigilância sanitária, em sua maioria, permaneceram centralizadas na secretaria estadual de saúde com exceção dos municípios que, segundo a NOB 01/1996, estavam classificados em gestão plena do sistema municipal, e que pelo menos na teoria, deveriam ter assumido a relação de ações inerentes dessa vigilância.

Considerando o grande número de municípios de pequeno porte no estado, é de se esperar maiores dificuldades na implantação das ações de vigilância sanitária, uma vez que nesses municípios observa-se uma maior influência dos interesses políticos e das questões culturais.

No estado segundo a Portaria MS nº 1.106 de 12 de maio de 2010, dos 853 municípios, 559 recebem o piso estratégico do componente vigilância sanitária, ou seja, suas Programações ou Planos Anuais de Vigilância em Saúde foram aprovados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite.

Outra questão relevante sobre a vigilância sanitária no estado é o fato de que mesmo a maioria dos municípios não realizando nenhuma atividade da vigilância sanitária, assinaram os respectivos Termos de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde assinalando que realizam tais atividades.

O motivo para tal contexto, talvez seja o receio de sofrer penalidades, como corte de recursos. Mas fica claro que o instrumento é uma mera formalidade, não se reproduzindo na prática as responsabilidades assumidas pelos gestores.

A vigilância em saúde do trabalhador no estado tem como premissas a promoção, prevenção e assistência. Essa última mais efetiva, pela existência no

estado de 16 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regionais e um estadual que mesmo possuindo a vigilância como umas das suas premissas ainda se mantêm direcionados para a assistência aos agravos resultantes dos processos de trabalho.

Por fim, a vigilância ambiental no estado está direcionada para o controle e combate de vetores e a vigilância da água. Tem como principais ações a realização da vigilância e o controle da Doença de Chagas, Dengue, Leishmaniose Tegumentar e Visceral e a Raiva bem como a vigilância do controle da água.

Ou seja, percebe-se que a vigilância ambiental se apropriou de ações antes destinadas a vigilância epidemiológica. As ações de controle de vetores são muito efetivas nos municípios do estado, principalmente devido às ações efetivas dos agentes de endemias, em sua maioria, trabalhadores descentralizados da FUNASA.

Porém, por mais que tenham avançado nos últimos anos, as ações de vigilância da qualidade da água através do SISAGUA ainda não são efetivas no estado. Reflexo dessa situação são os baixos percentuais alcançados pelo estado nos últimos anos em relação e esse indicador no Pacto pela Vida (BRASIL, 2011).

Considerando esse contexto, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais formulou um projeto ousado de descentralização das ações das vigilâncias para os municípios com a instituição da Resolução SES/MG nº 3.152 de 2012.

Denominado Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, a iniciativa visa apoiar a descentralização das ações da área, estimulando nos municípios do Estado de Minas Gerais e em seus respectivos territórios sanitários – micro áreas e áreas da Estratégia Saúde da Família; Distritos Sanitários e áreas de abrangência de pontos de atenção específicos - a análise permanente da situação de saúde da população e a articulação de um conjunto de tecnologias para a abordagem dos determinantes, riscos e danos à saúde, garantindo a integralidade da atenção à saúde.

A adesão dos municípios é efetivada através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão no qual é definido dentre os três elencos disponíveis, o elenco de ações que o município será responsável e os respectivos incentivos financeiros.

A SES-MG repassará mensalmente incentivo financeiro aos municípios que aderirem ao Projeto de Fortalecimento de Vigilância em Saúde, considerando o elenco específico de ações realizadas por este (Quadro 3).

Quadro 3 - Discriminação dos valores de incentivos por elenco de ações da Vigilância em Saúde, conforme Resolução nº 3152/2012

	< 24.000 habitantes	Acima de 24.000 habitantes
Elenco 1	12.000/ano	0,50 hab/ano
Elenco 2	12.000/ano +0,30 hab/ano	0,80 hab/ano
Elenco 3	12.000/ano + 0,50 hab/ano	1,00 hab/ano

Fonte: SES-MG, 2012

Percebe-se que existem esforços do estado em equalizar as desigualdades existentes, o fator de alocação e os elencos estabelecidos para a descentralização das ações de vigilância em saúde embora estabeleçam critérios de uso dos recursos atrela a indução financeira ao cumprimento de metas, não sendo o estado mero indutor financeiro.

Porém, não se sabe o quanto essas políticas públicas de saúde representam na receita estadual e ainda, se esses recursos aplicados são capazes de modificar as desigualdades, dadas as diferentes capacidades de arrecadação, associadas às disparidades da distribuição inter-regional das atividades econômicas que podem restringir ou ampliar os recursos e, por consequência, os gastos nas áreas sociais, dentre elas, a saúde.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e fontes dos dados

Estudo ecológico de abrangência estadual, baseado análise de dados secundários oriundos de balanços financeiros municipais disponíveis nos sistemas de informação, tendo como unidade de análise o município. Elegeu-se o Estado de Minas Gerais, por sua relevância no cenário econômico nacional e no campo da saúde pública e por ser o maior Estado em número de municípios do país.

Para efeito deste estudo, o gasto municipal em saúde, baseia-se no conceito definido por Mendes, Marques, Leite e Tubone (1999), denominado como o “gasto do SUS realizado pelo município”. Esse gasto compreende os recursos do poder público municipal, diretamente aplicados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os dados para a análise dos gastos em saúde e com as vigilâncias do campo da saúde foram obtidos através dos balanços financeiros municipais disponíveis nos seguintes sistemas de informação: o sistema Finanças do Brasil (FINBRA) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS).

Optou-se por utilizar a base de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS), disponibilizado pelo DATASUS, segundo solicitação, para a coleta de dados referentes às informações financeiras relativas à execução do bloco financeiro de vigilância em saúde e pelo grau de detalhamento das receitas e das despesas em saúde que ele apresenta.

O FINBRA (Finanças do Brasil), disponível em Access® no sítio eletrônico da Secretaria do Tesouro Nacional, por sua vez, foi escolhido por conter dados de receitas orçamentárias e despesas dos municípios, que possibilitam a análise dos gastos municipais na função saúde - com ênfase nas subfunções vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, conforme Portaria nº 42/1999, do Ministério do Orçamento e Gestão – e desses com os demais gastos realizados pelos municípios com outras funções de governo.

Utilizaram-se, também, dados secundários relativos à população no período de 2005 a 2011 – usados pelo Tribunal de Contas da União para

repartição das receitas federais, e o Produto Interno Bruto dos municípios (PIB municipal) dos anos 2005, 2008 e 2010, provenientes do IBGE (2012). O uso do PIB municipal de 2010 se deveu ao fato deste ser o último ano em que esse dado estava disponível no momento da coleta.

Na análise dos gastos com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais no período 2005 a 2011 enfatizaram-se os anos 2005, 2008 e 2011.

A escolha desses anos se deu por eles presumidamente apresentarem as repercussões das mudanças no financiamento decorrentes da aplicação de algumas Portarias, consideradas como marcos no financiamento das vigilâncias. Assim, o ano de 2005 representa o período de vigência da Portaria 2.473 e o ano imediatamente anterior ao Pacto de Gestão 2006.

O ano de 2008 refletiria as mudanças decorrentes do Pacto de Gestão, na medida em que as Portarias que normatizaram os blocos de financiamento foram emitidas em 2007. O ano de 2011 representa o último ano disponível, tanto no FINBRA quanto no SIOPS, no momento da coleta dos dados em setembro/2012.

Os dados secundários foram obtidos de bases de dados de acesso público e irrestrito, em virtude do quê esse estudo não foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa.

Tratamento e Análise dos Dados

A partir do banco de dados FINBRA, foram excluídos os municípios que não alimentaram o banco nos anos de 2005, 2008 e 2011, tomando como critério o registro de gastos *per capita* na função saúde, resultando em universo de 685 municípios, com exclusão de 168 municípios (*missing* = 19,7%). Aos municípios resultantes da aplicação desse critério agregaram-se os dados do SIOPS no mesmo período.

Em face do critério empregado para a formação da base de dados do estudo, é esperado que algumas análises utilizem um número total de municípios inferior ao n=685, universo do estudo. A listagem com os códigos do IBGE e os nomes dos municípios excluídos do estudo encontra-se no Apêndice 1, e os

municípios adicionalmente excluídos em cada análise encontram-se nos demais Apêndices 3 a 8.

Os valores monetários obtidos no SIOPS e no FINBRA para os anos 2005 a 2010, inclusive, foram atualizados para valores correntes de dezembro de 2011, pela aplicação do Índice Geral de Preços IGP-M da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

Pela existência de diversos índices para a transformação de valores monetários a preços correntes, com base na Resolução do Conselho Federal de Contabilidade – CFC n.º 900, de março de 2001, o IGP-M como base da medição da inflação para fins de aplicação compulsória do "Princípio da Atualização Monetária", devido sua aceitação geral e reconhecimento por organismos nacionais e internacionais.

Após a atualização monetária, no cálculo dos indicadores, os valores foram divididos pela população de cada ano (projeções populacionais TCU - IBGE), permitindo a obtenção de valor *per capita* no ano. Em outros casos se trabalhou com proporções, como a participação percentual das despesas com saúde no total de gastos realizados em saúde pelos municípios em relação a todas as funções. Com isso se buscou minimizar os efeitos das disparidades que os municípios apresentam quanto ao tamanho de sua população.

Construídos os indicadores com dados selecionados do FINBRA, agregaram-se a eles: um indicador já calculado no SIOPS (Despesa total com saúde, em reais por habitante, sob a responsabilidade do município)[5]; um indicador que foi calculado a partir do Bloco de Execução Financeira por Blocos, do SIOPS (Gasto per capita realizado no Bloco Vigilância em Saúde); o Produto Interno Bruto (PIB) municipal *per capita*[6], e o porte dos municípios.

O PIB é um parâmetro agregado empregado na macroeconomia com o objetivo de aferir a atividade econômica de uma região, sendo obtido pela soma

---

[5] A esse respeito deve ser destacado que o SIOPS apresenta uma série de indicadores já calculados para diversos anos, mas que os indicadores de execução orçamentária por bloco de financiamento, estão disponíveis apenas dois anos do estudo (2008 e 2011), em virtude da operacionalização do bloco ter se dado posteriormente a 2005.

[6] Ressalta-se que todos os indicadores utilizados na análise fatorial correspondem ao ano de 2011, à exceção do PIB, que é o de 2010.

em valores monetários de todos os bens e serviços finais produzidos em determinada região durante um período de tempo de terminado (LIMA, 2011).

Ele é uma medida com maior capacidade para avaliar o potencial de pagamento de uma comunidade e, por conseguinte, a sua capacidade de endividamento (ACIR – *Advisory Commission on Intergovernmental Relation*, 1986). “Estudos sobre a capacidade econômica dos governos frequentemente utilizam o PIB como variável do potencial de recursos de uma comunidade” (LIMA, 2007, p. 41).

Neste estudo, para categorizar os municípios, o Produto Interno Bruto (PIB) municipal foi categorizado em intervalos:

- 1º intervalo: <= 25% - Muito Baixo
- 2º intervalo: 25%< valor<50% - Baixo
- 3º intervalo: 50%<valor<75% - Alto
- 4º intervalo: >=75% - Muito Alto

O indicador Receita Corrente Líquida (RCL) é um indicador corrente na literatura do campo da Economia. Ele representa as receitas que podem ser gastas, por isso compõem os indicadores de capacidade financeira. Ademais, ele se fundamenta na ideia de que um aumento da receita leva a um aumento da despesa, essa hipótese foi denominada *tax-spend* por Friedman (1978) e por esse motivo esse indicador é utilizado nesse estudo.

Pelo grande número e, considerando a diversidade dos municípios mineiros, eles foram divididos em cinco estratos: municípios menores de 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, 10.001 a 20.000, 20.001- 50.000 habitantes, 50.001 a 100000, >100.000 habitantes.

Os demais indicadores utilizados no estudo visaram contemplar os objetivos do estudo, abrangendo os gastos em percentual na saúde, nas vigilâncias e na atenção básica. Os gastos com atenção básica foram inseridos nesse estudo, uma vez que nesse serviço também são realizadas atividades de vigilância estabelecidas desde a NOB/96 e com a Portaria MS nº 3252/2009 a integração das vigilâncias com a atenção básica torna-se requisito para uma atenção integral ao usuário do SUS.

No quadro 4 apresentam-se os indicadores utilizados no estudo, bem como as suas fontes.

Quadro 4 - Indicadores utilizados no estudo

Procedência do indicador	NOME DO INDICADOR
IBGE_PIB *per capita*	PIB per capita (2005 a 2010)
IBGE_População	Porte populacional
FINBRA_01	Receita corrente líquida per capita (RCL/HAB)
FINBRA_02	Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções
FINBRA_03	Gasto per capita na subfunção Vigilância Sanitária
FINBRA_04	Gasto per capita na subfunção Vigilância Epidemiológica
FINBRA_05	Gasto per capita na subfunção Atenção Básica
SIOPS_01	Gasto per capita realizado no Bloco Vigilância em Saúde
SIOPS_02	Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município

Realizaram-se dois procedimentos analíticos, sendo a unidade de análise o município. Um dos procedimentos se valeu da técnica análise fatorial por componentes principais; outro representado pela análise comparativa da evolução dos indicadores utilizados na análise fatorial.

Escolheu-se a análise fatorial com a técnica dos componentes principais visto que ela fornece as ferramentas para análise das correlações entre um número de variáveis, com a finalidade de definir um novo conjunto de variáveis, menor, mas com capacidade de síntese das informações totais, que são os fatores (HAIR et al, 2009).

Para a realização da análise fatorial foram utilizados como variáveis os indicadores PIB per capita (2010), Porte populacional, Receita corrente líquida per capita (RCL/HAB), Gasto per capita na subfunção Vigilância Sanitária, Gasto per capita na subfunção Vigilância Epidemiológica, Gasto per capita na subfunção Atenção Básica, Gasto per capita realizado no Bloco Vigilância em Saúde e Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município. Todos os indicadores utilizados para a técnica de componentes principais são referentes ao ano de 2011, à exceção o indicador PIB per capta referente ao ano 2010, o último ano disponível para este dado.

A partir dos fatores obtidos na análise fatorial geram-se os *scores*, que seguem uma distribuição normal padrão (média 0 e variância 1). Arbitrou-se a separação de cada *score* em três categorias, a saber:

- Menor ou igual a -1: BAIXO (1);
- Entre -1 e 1: MÉDIO (2);
- Maior ou igual a 1: ALTO (3).

Nesse procedimento analítico, importância diferenciada deve ser atribuída aos municípios que se situarem nos extremos: ALTO e BAIXO e essa identificação consiste em um dos principais resultados desse tipo de estudo, ao lado dos mapas temáticos segundo as categorias dos *scores*, para visualização espacial dos municípios mineiros por meio desses fatores.

No que se refere à qualidade estatística, aplicaram-se medidas de verificação global de correlação no processo de determinação apropriada dos fatores.

Empregaram-se o teste Bartlett, que indica correlação significativa entre pelo menos algumas variáveis e para tal precisa apresentar valores de p inferiores a 0,05, e a Medida de Adequação da Amostra – Measure of sampling adequacy - (MSA), também conhecido como Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Samplin (KMO), cujos valores devem exceder 0,6. Optou-se pela utilização do método de rotação ortogonal Varimax, que se mostrou de grande valia pela facilitação da interpretação dos dados.

O segundo procedimento analítico representou uma análise comparativa, para identificar a evolução dos gastos juntamente com a receita líquida corrente (capacidade do gasto) no período 2005 a 2011. Para isso, a relação de indicadores (Quadro 5), foram comparados nos anos 2005 a 2008 e de 2008 a 2011.

Quadro 5 - Indicadores utilizados na análise comparativa

Procedência do indicador	NOME DO INDICADOR
IBGE_População	Porte populacional
FINBRA_01	Receita corrente líquida per capita (RCL/HAB)
FINBRA_02	Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções
FINBRA_03	Gasto per capita na subfunção Vigilância Sanitária
FINBRA_04	Gasto per capita na subfunção Vigilância Epidemiológica
FINBRA_05	Gasto per capita na subfunção Atenção Básica
SIOPS_02	Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município

A situação dos municípios foi categorizada como tendo as seguintes possíveis evoluções:

- AUMENTOU NOS DOIS PERÍODOS: Valor do indicador aumentou no período 2005-2008 e 2008-2011.
- DIMINUIU NOS DOIS PERÍODOS: Valor do indicador diminuiu no período 2005-2008 e 2008-2011.
- AUMENTOU NO 1º PERÍODO E DIMINUIU NO 2º PERIODO: Valor do indicador aumentou no período 2005-2008 e diminuiu no período 2008-2011.
- DIMINUIU NO 1º PERÍODO E AUMENTOU NO 2º PERÍODO: Valor do indicador diminuiu no período 2005-2008 e aumentou no período 2008-2011.

Os dados obtidos do FINBRA e do SIOPS foram organizados e analisados – nos dois procedimentos analíticos, com o uso dos softwares: Microsoft Excel® 2007, *Statistical Analysis System* 2012 (SAS® 2012) e o SPSS - *Statistical Package for the Social Science* (SPSS® 17). Para a construção dos mapas temáticos utilizou-se o MapInfo®, que possibilita o geoprocessamento dos dados e a visualização de sua distribuição geográfica no espaço físico da unidade de análise, neste caso, os municípios de Minas Gerais.

RESULTADOS

Os resultados configuram dois blocos, segundo os procedimentos analíticos empregados para o alcance dos objetivos propostos. No primeiro, são apresentados os resultados da análise fatorial por componentes principais e no segundo bloco a análise comparativa que aborda a evolução dos indicadores municipais nos dois períodos 2005-2008 e 2008-2011.

Análise Fatorial

A exploração dos dados se deu por meio da realização de inúmeras análises-tentavivas. Nelas se considerou a coerência entre os critérios de qualidade estatística da análise e dos seus resultados, entendida como coerência interna dos fatores e dos indicadores que os compõem. Chegou-se a análise fatorial que resultou em três fatores, conforme disposto no Quadro 6, e se mostrou ajustada, com a aplicação dos testes de *Bartlett*, e *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Samplin* (KMO = 0,694).

Conforme Quadro 7, o total da variância explicada foi de 65%, o que se considerou satisfatório, tendo em vista que na busca da qualidade estatística se tentou conjugar o KMO mais elevado com a Variância explicada também mais elevada. Deve ser ressaltado que, ao se perseguir um KMO n>0,700 (0,708) e um número maior de fatores (4), a variância explicada se reduzia drasticamente (45%).

Quadro 6 - Matriz das Cargas dos Fatores

Indicadores	Fatores		
	1	2	3
Receita corrente líquida per capita (RCL/HAB)	**0,868**	0,321	0,133
Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município	**0,828**	0,314	0,211
Gasto *per capita* na subfunção Atenção Básica	**0,804**	<0,100	<0,100
Porte populacional	**-0,698**	0,450	<0,100
PIB *per capita*	0,185	**0,806**	<0,100
Gasto *per capita* na subfunção Vigilância Epidemiológica	<0,100	**0,573**	0,165
Gasto *per capita* na subfunção Vigilância Sanitária	<0,100	<0,100	**0,751**
Gasto per capita realizado no Bloco Vigilância em Saúde	0,101	0,131	**0,713**

Quadro 7 - Variância Explicada

Componentes	Valores Iniciais			Somas das extrações de cargas			Somas das rotações de cargas		
	Total	% de variância	Acumulado %	Total	% de variância	Acumulado %	Total	% de variância	Acumulado %
1	2,816	35,202	35,202	2,816	35,202	35,202	2,619	32,734	32,734
2	1,320	16,498	51,700	1,320	16,498	51,700	1,403	17,543	50,277
3	1,069	13,360	65,060	1,069	13,360	65,060	1,183	14,783	**65,060**
4	0,877	10,959	76,019						
5	0,867	10,831	86,851						
6	0,490	6,119	92,970						
7	0,449	5,613	98,583						
8	0,113	1,417	100,000						

Os três fatores gerados foram analisados com base na pertinência das relações entre os indicadores (coerência interna e com a literatura publicada). Compostos por diferentes indicadores, baseando-se nas respectivas cargas

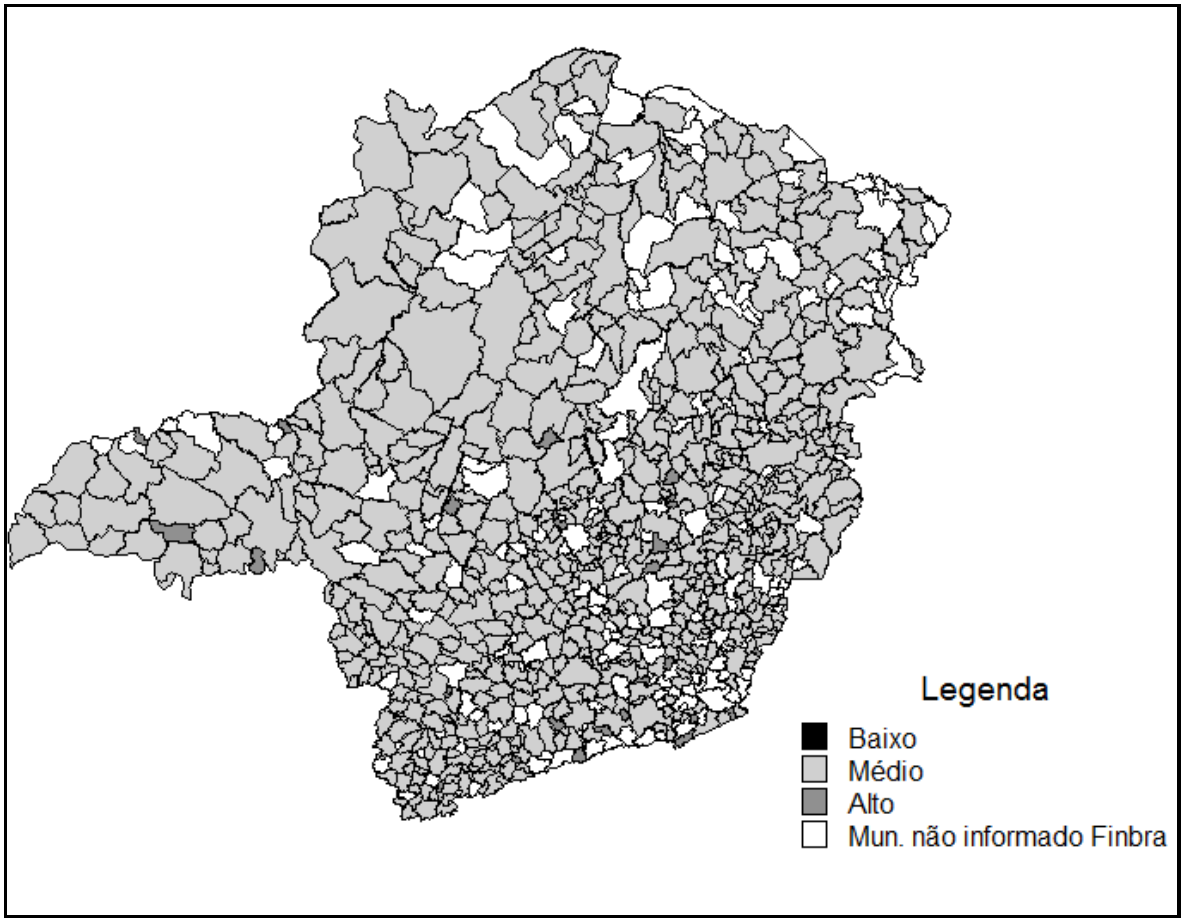
apresentadas (n>0,500) por linha da matriz, a eles foram atribuídos nomes. Essa composição e denominação constam no Quadro 8.

Quadro 8 - Composição e denominação dos fatores

FATOR 1: Capacidade de Gasto, Gasto em Saúde, em Atenção Primária e Porte Municipal
Receita Corrente Líquida per capita – RCL *per capita*
Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município
Gasto *per capita* na subfunção Atenção Básica
Porte populacional
FATOR 2: Capacidade de Geração de Riquezas e Gasto em Vigilância Epidemiológica
PIB *per capita*
Gasto *per capita* na subfunção vigilância epidemiológica
FATOR 3: Gasto em Vigilância Sanitária e em Vigilância em Saúde.
Gasto *per capita* na subfunção vigilância sanitária.
Gasto *per capita* realizado na vigilância em saúde

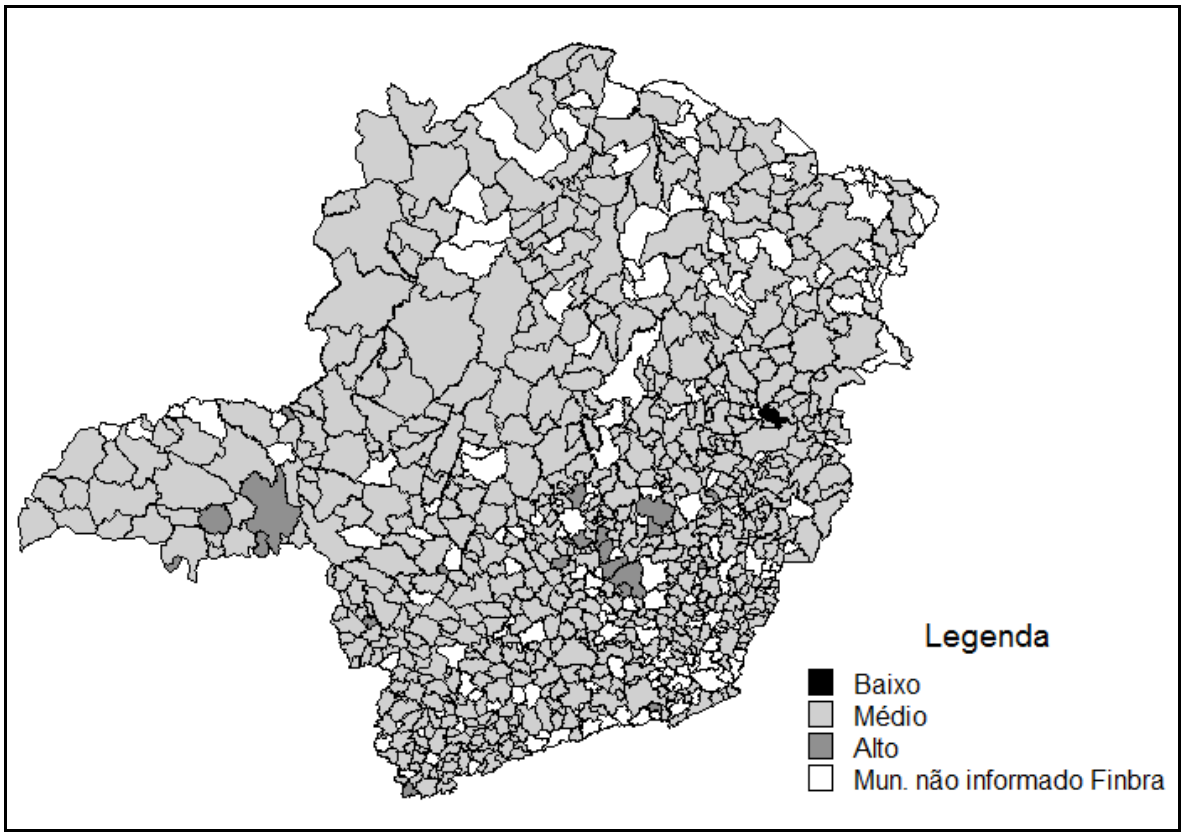
Conforme referido na metodologia, elaboraram-se os mapas temáticos, de acordo com os *scores* calculados a partir dos fatores gerados pela análise fatorial, e distribuídos nas categorias: Baixo (1), Médio (2), Alto (3), para visualização espacial dos municípios mineiros. As Figuras 2, 3 e 4 demonstram essa distribuição espacial segundo as categorias dos *scores*.

Figura 2 - Distribuição do Fator 1: Capacidade de gasto, gasto em saúde, em atenção básica e porte municipal, segundo categorias dos *scores* (ALTO, MÉDIO e BAIXO), nos municípios de Minas Gerais, 2011.



Em relação à distribuição da classificação por *scores* do **Fator 1 - Capacidade de gasto, gasto em saúde, em atenção básica e porte municipal** nos municípios de Minas Gerais, a Figura 1 evidencia que nenhum município foi classificado no *score* baixo, e 25 municípios (3,65%) do universo apresentaram *scores* altos (Tabela 1). A maior parte dos municípios, 662 (96,64%), foram classificados no *score* MÉDIO.

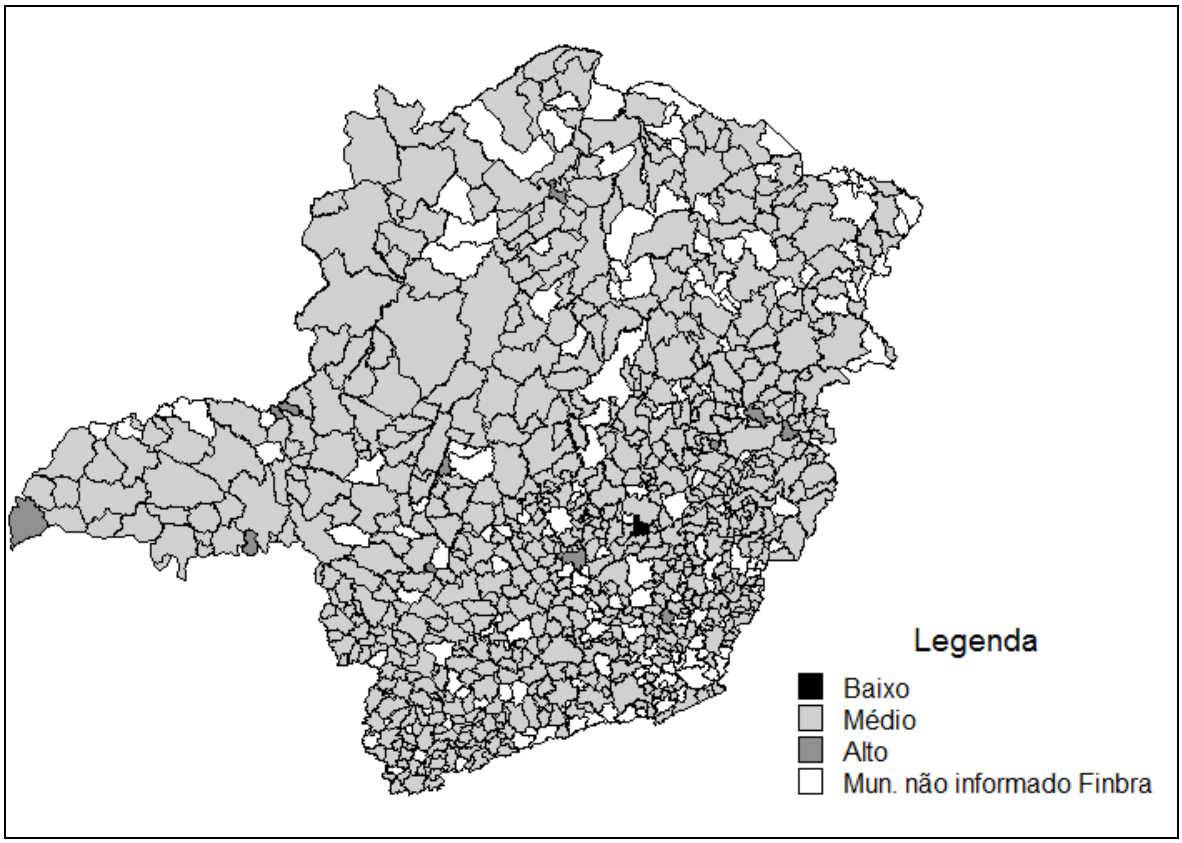
Figura 3 - Distribuição do Fator 2: Capacidade de geração de riquezas e gasto em vigilância epidemiológica segundo categorias dos *scores* (ALTO, MÉDIO e BAIXO), nos municípios de Minas Gerais, 2011.



No que se refere à distribuição da classificação por scores do **Fator 2 - Capacidade de geração de riquezas e gasto em vigilância Epidemiológica** (Figura 3), o número de municípios no *score* Médio permaneceu alto perfazendo um total de 661 municípios (96,49%). Um município (0,14%), conforme se pode constatar na Tabela 1, apresentada adiante, Frei Inocêncio, foi classificado no score Baixo, ao passo que 23 municípios (3,36%) apresentaram-se no score Alto para esse mesmo fator.

Assim como os demais fatores, **o Fator 3 - Gasto em vigilância sanitária e vigilância em saúde** (Figura 4) se apresentou, na maioria dos municípios, no score Médio, correspondendo a 671 municípios (97,95%). Os municípios de São Gonçalo do Rio Abaixo e Confins (0,29%) foram classificados como score Baixo, e 12 municípios (1,75%) como *score* Alto, o que se pode depreender com a observação da tabela seguinte (Tabela 1).

Figura 4 - Distribuição do Fator 3: Gasto em vigilância sanitária e vigilância em saúde segundo categorias dos *scores* (ALTO, MÉDIO e BAIXO), nos municípios de Minas Gerais, 2011.



Na Tabela 1 consta a distribuição dos municípios nos três fatores, classificados nas categorias ALTO (3) e BAIXO (1), relacionando-os ao tamanho da população e ao PIB municipal *per capita*. Ressalte-se que, como descrito na metodologia, para as finalidades deste estudo, dividiu-se o PIB municipal *per capita* em quartis, em que o primeiro intervalo correspondeu a BAIXO; o segundo, MUITO BAIXO; o terceiro, ALTO e o quarto, MUITO ALTO, e a Tabela 1 evidencia essa divisão.

Tabela 1- Distribuição dos scores alto e/ou baixo, segundo Macrorregião, PIB per capita e população - Minas Gerais – 2011.

Município	População	PIB per capita	Macrorregião	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Carmésia	2.462	Muito Baixo	Centro	3	-	-
São Sebastião do Rio Preto	1.601	Baixo	Centro	3	-	-
Passabém	1.753	Baixo	Centro	3	-	-
Cedro do Abaeté	1.204	Alto	Centro	-	-	3
Fortuna de Minas	2.726	Alto	Centro	3	-	-
Morro da Garça	2.637	Muito Alto	Centro	3	-	-
Catas Altas	4.893	Muito Alto	Centro	3	-	-
Confins	6.008	Muito Alto	Centro	-	3	1
São Gonçalo do Rio Abaixo	9.878	Muito Alto	Centro	3	3	1
Juatuba	22.649	Muito Alto	Centro	-	3	-
Brumadinho	34.538	Muito Alto	Centro	-	-	3
Itabirito	46.029	Muito Alto	Centro	-	3	-
Ouro Preto	70.589	Muito Alto	Centro	-	3	-
Nova Lima	82.273	Muito Alto	Centro	-	3	-
Itabira	110.663	Muito Alto	Centro	-	3	-
Sete Lagoas	216.400	Muito Alto	Centro	-	3	-
Betim	383.571	Muito Alto	Centro	-	3	-
Belo Horizonte	2.385.640	Muito Alto	Centro	-	3	-
Ouro Branco	35.643	Muito Alto	Centro Sul	-	3	-
Santa Efigênia de Minas	4.576	Muito Baixo	Leste	-	-	3
Divino das Laranjeiras	4.935	Baixo	Leste	-	-	3
Frei Inocêncio	8.978	Baixo	Leste	-	1	3
Ipatinga	241.539	Muito Alto	Leste	-	3	-
Paula Cândido	9.289	Muito Baixo	Leste do Sul	-	-	3
Piedade de Ponte Nova	4.065	Baixo	Leste do Sul	-	3	-
Japonvar	8.315	Muito Baixo	Norte	-	-	3
Serra da Saudade	811	Muito Alto	Oeste	3	-	-
Itatiaiuçu	10.037	Muito Alto	Oeste	-	3	-
Pedro Teixeira	1.785	Baixo	Sudeste	3	-	-
Olaria	1.951	Baixo	Sudeste	3	-	-
Senador Cortes	1.988	Baixo	Sudeste	3	-	-
Passa-Vinte	2.073	Baixo	Sudeste	3	-	-
Oliveira Fortes	2.122	Baixo	Sudeste	3	-	-
Silveirânia	2.197	Baixo	Sudeste	3	-	-
Estrela Dalva	2.455	Baixo	Sudeste	3	-	-
Antônio Prado de Minas	1.662	Alto	Sudeste	3	-	-
Chiador	2.772	Alto	Sudeste	3	-	-
Matias Barbosa	13.521	Muito Alto	Sudeste	-	3	-
Consolação	1.730	Baixo	Sul	3	-	-
Serranos	1.990	Baixo	Sul	3	-	-
São Sebastião do Rio Verde	2.121	Baixo	Sul	3	-	-
Doresópolis	1.447	Alto	Sul	-	3	3
Fama	2.350	Muito Alto	Sul	3	-	-
Fortaleza de Minas	4.125	Muito Alto	Sul	-	3	-
Extrema	29.319	Muito Alto	Sul	-	3	-
Grupiara	1.373	Alto	Triângulo do Norte	3	3	3
Douradoquara	1.846	Muito Alto	Triângulo do Norte	-	-	3
Cachoeira Dourada	2.521	Muito Alto	Triângulo do Norte	3	-	-
Água Comprida	2.020	Muito Alto	Triângulo do Sul	3	3	3
Comendador Gomes	2.982	Muito Alto	Triângulo do Sul	3	-	-
Campo Florido	6.989	Muito Alto	Triângulo do Sul	-	3	-
Carneirinho	9.515	Muito Alto	Triângulo do Sul	-	-	3
Fronteira	14.427	Muito Alto	Triângulo do Sul	-	3	-
Uberaba	299.361	Muito Alto	Triângulo do Sul	-	3	-

Legenda: PIB municipal *per capita*

1º intervalo: <= 25% - Muito Baixo (MB)

2º intervalo: 25%< valor<50% - Baixo (B)

3º intervalo: 50%<valor<75% - Alto (A)

4º intervalo: >=75% - Muito Alto (MA)

De acordo com a Tabela 1, os pequenos municípios de PIB Alto e Muito Alto, Grupiara, Água Comprida e São Gonçalo do Rio Abaixo, apresentaram-se nos três fatores com scores ALTO ou BAIXO, sendo que nos dois primeiros, todos os fatores apresentam scores ALTO. Ressalta-se no Fator 1, dos 25 municípios que apresentaram score ALTO, 13 (52%) municípios, possuem o PIB *per capita* classificado como baixo (2) e muito baixo (1).

No Fator 2, em relação aos 23 municípios classificados como score ALTO, há o predomínio dos municípios 22 (91,66%) que possuem PIB per capita alto (3) e muito alto (4).

Em relação ao fator 3, percebe-se que dos 12 municípios classificados como score ALTO, cinco (35,71%) municípios com score ALTO pertencem as macrorregiões Leste, Leste do Sul e Norte e possuem PIB *per capita* classificado como muito baixo (1) e baixo (3). Os outros sete (50%) municípios pertencem às regiões Centro, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte e possuem PIB per capita classificado como alto (3) e muito alto (4). Ainda no Fator 3, dois municípios, pertencentes à macrorregião Centro e com PIB per capita classificado como muito alto (4) apresentaram *score* BAIXO.

Os 53 municípios que se destacaram por apresentarem scores Alto ou Baixo, em pelo menos um dos três fatores, foram analisados na busca de se detectar possíveis relações entre o tamanho da sua população e entre os intervalos do PIB Municipal per capita.

Quanto ao tamanho da população, o *score* Alto para o Fator 1, identificado em 25 municípios, apresentou-se altamente concentrado nos municípios muito pequenos (em 24 municípios com menos de 5.000 habitantes). Essa distribuição se dá diferentemente para o Fator 2, que se encontra Alto em 23 municípios, dos quais, 08 municípios de maior porte (mais de 70.000 habitantes), e outros 08 municípios de pequeno porte (até 10.000 habitantes), e sete municípios cujo tamanho da população varia entre 10.0001 a 50.000 habitantes. O fator 3 se apresenta Alto em 12 municípios, sendo sete deles com até 5.000 habitantes, perfazendo 11 com até 10.000 habitantes.

Quanto ao intervalo do PIB, encontrou-se a seguinte distribuição nesses 53 municípios. O Fator 1 se apresenta com score Alto em 25 municípios, dos quais

13 se enquadram nas categorias de PIB Muito Baixo e Baixo. O fator 2, que se apresenta Alto em 23 municípios, se concentra nas faixas de PIB Muito Alto e Alto (22 municípios), contra apenas um município de PIB Baixo. O Fator 3, que se apresenta com score Alto em 12 municípios, distribui-se segundo o intervalo do PIB da seguinte forma: cinco municípios que apresentam PIB Muito Baixo e Baixo, e em sete, de PIB Alto e Muito Alto. Contudo, ao se analisar o tamanho da população desses municípios de score Alto para o Fator 3, todos são de pequeno porte, apenas um tem mais de 10.000 habitantes, que é Brumadinho, com 34.538 habitantes e PIB Muito Alto.

Em síntese, nesses 53 municípios, o Fator 3 que não contempla critérios de porte ou de PIB é majoritariamente influenciado pelo Porte do município, o que parece se potencializar quando ao menor tamanho da população se acrescenta um PIB relativamente mais elevado.

Análise da Evolução dos Indicadores

Na sequência, são apresentados os resultados da análise comparativa da evolução dos indicadores de gasto considerados relevantes para o alcance dos objetivos específicos 1 e 2. Conforme descrito na metodologia, para a análise de evolução as situações encontradas na evolução dos indicadores, nos intervalos 2005 a 2008 e 2008 a 2011 foram classificados como: **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**, **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu nos dois períodos.**

As tabelas 2 a 11 apresentam a evolução dos indicadores segundo a Macrorregião em que se localizam os municípios do estudo e as tabelas 12 e 13 apresentam essa evolução segundo intervalos do PIB municipal (Muito Baixo, Baixo, Alto e Muito Alto).

Ressalta-se que nas tabelas sobre a evolução dos indicadores, o número total de municípios pode ser inferior ao n=685, universo do estudo. Isso decorre do fato da inclusão dos municípios no estudo ter se dado com base no registro do indicador “gasto *per capita* na função saúde” no período do estudo. Assim, alguns municípios cujos indicadores apresentaram o numerador e/ou denominador igual

a zero ou não informado foram automaticamente excluídos da análise de evolução dos gastos.

De acordo com a Tabela 2, que apresenta a evolução do Indicador Receita Corrente líquida per capita nos municípios do estudo, que é um dos indicadores frequentemente utilizados para medir a capacidade de gasto dos governos, predominou amplamente a situação **Aumentou nos dois períodos** (97,66%), e apesar de em dez municípios esse indicador ter diminuído, nenhum município foi classificado como **Diminuiu nos dois períodos.**

Tabela 2 - Evolução da Receita Corrente Líquida per capita, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Macrorregião	Aumentou nos dois Períodos (n)		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Centro	83	12,12	3	0,44	1	0,15	87	12,70
Centro Sul	36	5,26	1	0,15	0	0,00	37	5,40
Jequitinhonha	21	3,07	0	0,00	0	0,00	21	3,07
Leste	76	11,09	3	0,44	1	0,15	80	11,68
Leste do Sul	42	6,13	0	0,00	0	0,00	42	6,13
Nordeste	38	5,55	0	0,00	1	0,15	39	5,69
Noroeste	30	4,38	1	0,15	0	0,00	31	4,53
Norte	62	9,05	0	0,00	0	0,00	62	9,05
Oeste	46	6,72	0	0,00	0	0,00	46	6,72
Sudeste	60	8,76	0	0,00	0	0,00	60	8,76
Sul	131	19,12	2	0,29	0	0,00	133	19,42
Triângulo do Norte	20	2,92	0	0,00	1	0,15	21	3,07
Triângulo do Sul	24	3,50	0	0,00	2	0,29	26	3,80
Total	**669**	**97,66**	**10**	**1,46**	**6**	**0,88**	**685**	**100,00**

Em relação à evolução do indicador percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções, na Tabela 3, observa-se que predominou a classificação **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** em 242 municípios (35,32%). Ao mesmo tempo, a soma das categorias **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**, perfaz 370 (54,01%) municípios.

Tabela 3 - Evolução do Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Macrorregião	Aumentou nos dois períodos		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu nos dois períodos		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	22	3,21	22	3,21	11	1,61	32	4,67	87	12,70
Centro Sul	7	1,02	11	1,61	7	1,02	12	1,75	37	5,40
Jequitinhonha	3	0,44	15	2,19	2	0,29	1	0,15	21	3,07
Leste	24	3,50	29	4,23	6	0,88	21	3,07	80	11,68
Leste do Sul	12	1,75	18	2,63	2	0,29	10	1,46	42	6,13
Nordeste	18	2,63	17	2,48	2	0,29	2	0,29	39	5,69
Noroeste	9	1,31	8	1,17	3	0,44	11	1,61	31	4,53
Norte	21	3,07	22	3,21	6	0,88	13	1,90	62	9,05
Oeste	12	1,75	14	2,04	9	1,31	11	1,61	46	6,72
Sudeste	11	1,61	21	3,07	8	1,17	20	2,92	60	8,76
Sul	42	6,13	51	7,45	12	1,75	28	4,09	133	19,42
Triângulo do Norte	6	0,88	4	0,58	5	0,73	6	0,88	21	3,07
Triângulo do Sul	10	1,46	10	1,46	0	0,00	6	0,88	26	3,80
Total	**197**	**28,76**	**242**	**35,33**	**73**	**10,66**	**173**	**25,26**	**685**	**100,00**

A evolução do indicador Percentual dos gastos com atenção básica em relação ao total de gasto na função saúde é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Evolução do Percentual dos gastos com atenção básica em relação ao total de gasto na função saúde, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Macrorregião	Aumentou nos dois períodos		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu nos dois períodos		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	21	3,24	27	4,16	16	2,47	17	2,62	81	12,48
Centro Sul	12	1,85	5	0,77	7	1,08	9	1,39	33	5,08
Jequitinhonha	5	0,77	11	1,69	0	0,00	5	0,77	21	3,24
Leste	22	3,39	26	4,01	10	1,54	17	2,62	75	11,56
Leste do Sul	11	1,69	15	2,31	3	0,46	9	1,39	38	5,86
Nordeste	8	1,23	15	2,31	3	0,46	12	1,85	38	5,86
Noroeste	9	1,39	10	1,54	5	0,77	7	1,08	31	4,78
Norte	13	2,00	29	4,47	8	1,23	8	1,23	58	8,94
Oeste	4	0,62	15	2,31	16	2,47	9	1,39	44	6,78
Sudeste	11	1,69	14	2,16	21	3,24	14	2,16	60	9,24
Sul	35	5,39	37	5,70	28	4,31	26	4,01	126	19,41
Triângulo do Norte	3	0,46	8	1,23	1	0,15	6	0,92	18	2,77
Triângulo do Sul	5	0,77	10	1,54	6	0,92	5	0,77	26	4,01
Total	**159**	**24,50**	**222**	**34,21**	**124**	**19,11**	**144**	**22,19**	**649**	**100,00**

Nela se observa o predomínio dos municípios, 222 (32,40%) na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**. Os gastos de 124 municípios (18,10%) se mantiveram classificados como **Diminuíram nos dois períodos**. Essas duas categorias juntas perfazem 50,4% do total de municípios.

Quanto ao indicador percentual dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total de gasto na função saúde, constante na Tabela 5, observa-se que a preponderância dos municípios na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período,** 167 (33,33%). Na categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período** e **Aumentou nos dois períodos** foram classificados 129 (25,75%) e 115 (22,95%) municípios respectivamente, perfazendo 48,70% do total de municípios.

Tabela 5 - Evolução do Percentual dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total de gasto na função saúde, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Macrorregião	Aumentou nos dois períodos		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu nos dois períodos		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	12	2,40	28	5,59	15	2,99	19	3,79	74	14,77
Centro Sul	6	1,20	9	1,80	2	0,40	7	1,40	24	4,79
Jequitinhonha	7	1,40	3	0,60	3	0,60	3	0,60	16	3,19
Leste	17	3,39	13	2,59	3	0,60	11	2,20	44	8,78
Leste do Sul	4	0,80	9	1,80	5	1,00	9	1,80	27	5,39
Nordeste	8	1,60	5	1,00	7	1,40	9	1,80	29	5,79
Noroeste	7	1,40	9	1,80	2	0,40	6	1,20	24	4,79
Norte	9	1,80	15	2,99	11	2,20	9	1,80	44	8,78
Oeste	8	1,60	14	2,79	5	1,00	10	2,00	37	7,39
Sudeste	11	2,20	15	2,99	6	1,20	10	2,00	42	8,38
Sul	17	3,39	34	6,79	24	4,79	23	4,59	98	19,56
Triângulo do Norte	3	0,60	4	0,80	2	0,40	9	1,80	18	3,59
Triângulo do Sul	6	1,20	9	1,80	5	1,00	4	0,80	24	4,79
Total	**115**	**22,95**	**167**	**33,33**	**90**	**17,96**	**129**	**25,75**	**501**	**100,00**

Considerando-se o indicador Percentual dos gastos com vigilância epidemiológica em relação ao total de gasto na função saúde, cuja evolução é apresentada na Tabela 6, percebe-se que, em 34,63% dos municípios a situação encontrada foi a categoria **Aumentou no 1º período e Diminuiu no 2º período** os gastos com esta vigilância.

Tabela 6 - Evolução do Percentual dos gastos com vigilância epidemiológica em relação ao total de gasto na função saúde, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Microrregião	Aumentou nos dois períodos		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu nos dois períodos		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	11	1,86	31	5,24	21	3,55	14	2,36	77	13,01
Centro Sul	8	1,35	6	1,01	11	1,86	6	1,01	31	5,24
Jequitinhonha	7	1,18	7	1,18	4	0,68	2	0,34	20	3,38
Leste	15	2,53	28	4,73	7	1,18	11	1,86	61	10,30
Leste do Sul	1	0,17	11	1,86	17	2,87	9	1,52	38	6,42
Nordeste	9	1,52	8	1,35	10	1,69	9	1,52	36	6,08
Noroeste	6	1,01	11	1,86	5	0,84	7	1,18	29	4,90
Norte	8	1,35	23	3,89	7	1,18	10	1,69	48	8,11
Oeste	12	2,03	8	1,35	7	1,18	12	2,03	39	6,59
Sudeste	17	2,87	24	4,05	10	1,69	6	1,01	57	9,63
Sul	13	2,20	28	4,73	34	5,74	36	6,08	111	18,75
Triângulo do Norte	4	0,68	9	1,52	3	0,51	4	0,68	20	3,38
Triângulo do Sul	4	0,68	11	1,86	2	0,34	8	1,35	25	4,22
Total	**115**	**19,43**	**205**	**34,63**	**138**	**23,31**	**134**	**22,64**	**592**	**100,00**

Observa-se nessa tabela que o quantitativo de municípios classificados como **Diminuiu nos dois períodos** foi alto em relação aos outros indicadores, perfazendo 138 municípios (23,31%). Percebe-se, que as categorias **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** e **Diminuiu nos dois períodos** reúnem a maioria dos municípios, 342 (57,94%), que registraram essa informação.

No que concerne ao indicador Gasto *per capita* na subfunção vigilância sanitária, apresentado na Tabela 7, observa-se que na classificação **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** encontra-se cerca de um terço dos municípios 172 (34,13%).

Tabela 7 - Evolução do Gasto per capita na subfunção vigilância sanitária, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Macrorregião	Aumentou nos dois períodos		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu nos dois períodos		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	19	3,77	28	5,56	10	1,98	17	3,37	74	14,68
Centro Sul	9	1,79	8	1,59	2	0,40	5	0,99	24	4,76
Jequitinhonha	8	1,59	2	0,40	3	0,60	3	0,60	16	3,17
Leste	20	3,97	14	2,78	2	0,40	9	1,79	45	8,93
Leste do Sul	5	0,99	11	2,18	2	0,40	9	1,79	27	5,36
Nordeste	11	2,18	7	1,39	3	0,60	8	1,59	29	5,75
Noroeste	13	2,58	5	0,99	1	0,20	5	0,99	24	4,76
Norte	13	2,58	18	3,57	6	1,19	8	1,59	45	8,93
Oeste	13	2,58	12	2,38	3	0,60	9	1,79	37	7,34
Sudeste	14	2,78	14	2,78	5	0,99	9	1,79	42	8,33
Sul	29	5,75	40	7,94	8	1,59	22	4,37	99	19,64
Triângulo do Norte	4	0,79	3	0,60	0	0,00	11	2,18	18	3,57
Triângulo do Sul	7	1,39	10	1,98	3	0,60	4	0,79	24	4,76
Total	**165**	**32,74**	**172**	**34,13**	**48**	**9,52**	**119**	**23,61**	**504**	**100,00**

Nesta mesma tabela, a categoria **Aumentou nos dois períodos** foi na sequência a que mais apresentou municípios 165 (32,74%). Ressalta-se que na categoria **Diminuiu nos dois períodos** se classificaram 48 (9,52%) municípios e as categorias **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º**, perfazem 56,35% dos municípios.

Observa-se na Tabela 8, disposta a seguir, que, em relação ao indicador gasto *per capita* na subfunção vigilância epidemiológica, existe uma distribuição muito próxima nas categorias **Aumentou nos dois períodos**, com 229 (38,49%) municípios, e Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período, com 209 (35,13%) municípios.

Tabela 8 - Evolução do Indicador Gasto per capita na subfunção vigilância epidemiológica, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Macrorregião	Aumentou nos dois períodos		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu nos dois períodos		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	34	5,71	28	4,71	6	1,01	9	1,51	77	12,94
Centro Sul	14	2,35	4	0,67	6	1,01	7	1,18	31	5,21
Jequitinhonha	9	1,51	8	1,34	2	0,34	1	0,17	20	3,36
Leste	20	3,36	28	4,71	3	0,50	11	1,85	62	10,42
Leste do Sul	7	1,18	16	2,69	2	0,34	13	2,18	38	6,39
Nordeste	18	3,03	12	2,02	1	0,17	5	0,84	36	6,05
Noroeste	11	1,85	12	2,02	2	0,34	4	0,67	29	4,87
Norte	13	2,18	24	4,03	3	0,50	8	1,34	48	8,07
Oeste	25	4,20	8	1,34	2	0,34	5	0,84	40	6,72
Sudeste	26	4,37	21	3,53	5	0,84	5	0,84	57	9,58
Sul	37	6,22	32	5,38	11	1,85	32	5,38	112	18,82
Triângulo do Norte	8	1,34	8	1,34	1	0,17	3	0,50	20	3,36
Triângulo do Sul	7	1,18	8	1,34	1	0,17	9	1,51	25	4,20
Total	**229**	**38,49**	**209**	**35,13**	**45**	**7,56**	**112**	**18,82**	**595**	**100,00**

Ressalta-se que o quantitativo de municípios classificados como **Diminuiu nos dois períodos** foi baixo em relação às outras classificações 45 (7,56%). A evolução desse indicador também apresentou o predomínio das categorias **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período,** que perfazem 57,31% dos municípios.

A Tabela 9 apresenta a evolução do Gasto per capita na subfunção atenção básica.

Tabela 9 - Evolução do Indicador Gasto per capita na subfunção atenção básica, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Macrorregião	Aumentou nos dois períodos		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu nos dois períodos		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	47	7,11	17	2,57	2	0,30	16	2,42	82	12,41
Centro Sul	23	3,48	7	1,06	2	0,30	4	0,61	36	5,45
Jequitinhonha	12	1,82	5	0,76	0	0,00	4	0,61	21	3,18
Leste	47	7,11	18	2,72	3	0,45	8	1,21	76	11,50
Leste do Sul	30	4,54	6	0,91	0	0,00	3	0,45	39	5,90
Nordeste	25	3,78	8	1,21	0	0,00	5	0,76	38	5,75
Noroeste	20	3,03	7	1,06	0	0,00	4	0,61	31	4,69
Norte	30	4,54	26	3,93	0	0,00	4	0,61	60	9,08
Oeste	21	3,18	15	2,27	1	0,15	8	1,21	45	6,81
Sudeste	35	5,30	17	2,57	2	0,30	6	0,91	60	9,08
Sul	88	13,31	27	4,08	3	0,45	11	1,66	129	19,52
Triângulo do Norte	9	1,36	4	0,61	0	0,00	5	0,76	18	2,72
Triângulo do Sul	12	1,82	6	0,91	0	0,00	8	1,21	26	3,93
Total	**399**	**60,36**	**163**	**24,66**	**13**	**1,97**	**86**	**13,01**	**661**	**100,00**

Observa-se nesta Tabela que, quanto a esse gasto, 399 (60,36%) dos municípios se classificaram na categoria **Aumentou nos dois períodos** e 163 (24,66%) apresentaram-se na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período.**

Em relação ao indicador Gasto *per capita* realizado no bloco vigilância em saúde, cuja evolução está demonstrada na Tabela 10, observa-se que nenhum município foi classificado nas categorias **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu nos dois períodos**, uma vez que esse indicador não possui dados para a análise 2005-2008. Observa-se que a maioria dos municípios se encontra na categoria **Diminuiu no 1º período e Aumentou no 2º período**, 404 (58,98%) municípios.

Tabela 10 - Evolução do Indicador Gasto per capita realizado no bloco vigilância em saúde, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2008-2011.

Macrorregião	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Aumentou no 1º período e Diminuiu no 2º período		Igual a zero		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	54	7,88	29	4,23	4	0,58	87	12,70
Centro Sul	23	3,36	13	1,90	1	0,15	37	5,40
Jequitinhonha	14	2,04	7	1,02	0	0,00	21	3,07
Leste	43	6,28	29	4,23	8	1,17	80	11,68
Leste do Sul	21	3,07	19	2,77	2	0,29	42	6,13
Nordeste	19	2,77	19	2,77	1	0,15	39	5,69
Noroeste	16	2,34	15	2,19	0	0,00	31	4,53
Norte	46	6,72	16	2,34	0	0,00	62	9,05
Oeste	31	4,53	14	2,04	1	0,15	46	6,72
Sudeste	35	5,11	21	3,07	4	0,58	60	8,76
Sul	79	11,53	51	7,45	3	0,44	133	19,42
Triângulo do Norte	9	1,31	11	1,61	1	0,15	21	3,07
Triângulo do Sul	14	2,04	12	1,75	0	0,00	26	3,80
Total	**404**	**58,98**	**256**	**37,37**	**25**	**3,65**	**685**	**100,00**

No que concerne ao indicador Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a sob a responsabilidade do Município (Tabela 11) observa-se que nenhum município foi classificado como **Diminuiu nos dois períodos**. Majoritariamente, os municípios - 671 (97,96%) - foram classificados como **Aumentou nos dois períodos**, sendo que apenas quatro municípios (0,58%) foram classificados como **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período.**

Tabela 11 - Evolução da Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, segundo Macrorregião de Saúde, Minas Gerais 2005-2011.

Macrorregião	Aumentou nos dois períodos		Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período		Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro	86	12,55	1	0,15	0	0,00	87	12,70
Centro Sul	36	5,26	1	0,15	0	0,00	37	5,40
Jequitinhonha	21	3,07	0	0,00	0	0,00	21	3,07
Leste	79	11,53	1	0,15	0	0,00	80	11,68
Leste do Sul	42	6,13	0	0,00	0	0,00	42	6,13
Nordeste	38	5,55	1	0,15	0	0,00	39	5,69
Noroeste	29	4,23	2	0,29	0	0,00	31	4,53
Norte	60	8,76	2	0,29	0	0,00	62	9,05
Oeste	46	6,72	0	0,00	0	0,00	46	6,72
Sudeste	59	8,61	0	0,00	1	0,15	60	8,76
Sul	132	19,27	1	0,15	0	0,00	133	19,42
Triângulo do Norte	20	2,92	0	0,00	1	0,15	21	3,07
Triângulo do Sul	23	3,36	1	0,15	2	0,29	26	3,80
Total	**671**	**97,96**	**10**	**1,46**	**4**	**0,58**	**685**	**100,00**

Na tabela 12, é apresentada a evolução dos indicadores: receita corrente líquida per capita e percentual dos gastos municipais na função saúde, subfunção vigilância sanitária, epidemiológica e atenção básica, segundo categorias e faixas do PIB.

Observa-se que em relação à evolução do indicador receita corrente líquida *per capita,* a maioria dos municípios foram classificados na categoria **Aumentou nos dois períodos** 669 (97,66%), e se apresentaram de forma homogênea em relação aos percentis do PIB, variando de 23,9% a 25,6%. Nenhum município foi classificado na categoria **Diminuiu nos dois períodos**.

Tabela 12 - Evolução da Receita Líquida per capita e da participação percentual dos gastos na função saúde e subfunções selecionadas segundo intervalos do PIB, Minas Gerais 2005-2011

INDICADOR	Evolução do Indicador	PIB MUNICIPAL PER CAPITA								Total	
		Muito Baixo		Baixo		Alto		Muito Alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Receita Líquida per capita (RCL/hab)	Aumentou nos dois períodos	169	25,3	169	25,3	171	25,6	160	23,9	669	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	1	10,0	0	0	1	10,0	8	80,0	10	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	1	16,7	2	33,3	0	0	3	50,0	6	100,0
	Total	171	25,0	171	25,0	172	25,1	171	25,0	685	100,0
Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções	Aumentou nos dois períodos	56	28,4	42	21,3	45	22,8	54	27,4	197	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	72	29,8	71	29,3	50	20,7	49	20,2	242	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	11	15,1	19	26,0	25	34,2	18	24,7	73	100,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	32	18,5	39	22,5	52	30,1	50	28,9	173	100,0
	Total	171	25,0	171	25,0	172	25,1	171	25,0	685	100,0
Percentual dos gastos com atenção básica em relação ao total de gasto na função saúde	Aumentou nos dois períodos	46	28,9	34	21,4	48	30,2	31	19,5	159	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	58	26,1	65	29,3	47	21,2	52	23,4	222	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	23	18,5	31	25,0	36	29,0	34	27,4	124	100,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	33	22,9	36	25,0	31	21,5	44	30,6	144	100,0
	Total	160	24,7	166	25,6	162	25,0	161	24,8	649	100,0
Percentual dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total de gasto na função saúde	Aumentou nos dois períodos	32	27,8	29	25,2	29	25,2	25	21,7	115	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	32	19,2	34	20,4	50	29,9	51	30,5	167	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	18	20,0	25	27,8	22	24,4	25	27,8	90	100,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	27	20,9	30	23,3	36	27,9	36	27,9	129	100,0
	Total	109	21,8	118	23,6	137	27,3	137	27,3	501	100,0
Percentual dos gastos com vigilância epidemiológica em relação ao total de gasto na função saúde	Aumentou nos dois períodos	30	26,1	33	28,7	24	20,9	28	24,3	115	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	54	26,3	55	26,8	47	22,9	49	23,9	205	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	32	23,2	36	26,1	36	26,1	34	24,6	138	100,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	28	20,9	26	19,4	41	30,6	39	29,1	134	100,0
	Total	144	24,3	150	25,3	148	25,0	150	25,3	592	100,0

No que refere ao indicador percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções, percebe-se o predomínio da categoria **Aumentou no 1º**

período e diminuiu no 2º período, apresentando 242 municípios, a maioria destes municípios classificados como PIB Muito Baixo e Baixo 59,1%.Já nos municípios classificados nas categorias **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período** e **Aumentou nos dois períodos**, em sua maioria 50,2% e 59% respectivamente, pertencem a classificação de PIB muito alta e alta.

Quanto ao indicador Percentual dos gastos com atenção básica em relação ao total de gasto na função saúde, percebe-se que a maioria dos municípios estão classificados nas categorias **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** e **Diminuiu nos dois períodos** (56,39%). Porém, na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** observa-se o predomínio dos municípios classificados como PIB muito baixo e baixo 55,4%, já na categoria **Diminuiu nos dois períodos** observa-se que a maioria dos municípios (56,4%) é classificada como PIB Muito Alto e Alto.

Em relação ao indicador percentual dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total de gasto na função saúde, percebe-se a preponderância dos municípios classificados na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** (167), destes 60,4% estão classificados como PIB alto e muito alto.

No que concerne ao indicador percentual dos gastos na vigilância epidemiológica em relação ao total de gasto na função saúde, observa-se o predomínio dos municípios na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** (205), sendo que a maioria destes municípios (53,1%) classificam-se como de PIB Muito Baixo e Baixo. Em relação aos municípios classificados na categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**, percebe-se que a maioria pertence aos percentis de PIB alto e muito alto.

Na sequência, a Tabela 13 apresenta a evolução dos indicadores de gastos *per capita* segundo categorias e intervalos compreendidos nos quartis do PIB Municipal.

Quanto ao indicador gasto per capita na subfunção vigilância sanitária observa-se o predomínio dos municípios classificados na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** (172), estes em sua maioria estão classificados como PIB alto e muito alto 58,7%.Em menor número de municípios (119), a categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**, apresenta

a maioria dos municípios com PIB alto e muito alto. Na categoria **Aumentou nos dois períodos** observa-se uma distribuição homogênea nos quartis do PIB.

Na evolução do indicador gasto per capita na subfunção vigilância epidemiológica predomina a categoria **Aumentou nos dois períodos** com 229 municípios, destes a maioria 53,7% pertencem ao PIB classificado como alto e muito alto. Na categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período** também se verifica o predomínio dos municípios com PIB alto e muito alto 55,4%. Em relação aos municípios classificados na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, observa-se que em sua maioria possuem PIB muito baixo e baixo 55,5%.

No que se refere ao indicador gasto *per capita* na subfunção atenção básica percebe-se que a maioria dos municípios (399) foram classificados na categoria **Aumentou nos dois períodos**, sem diferenças relevantes entre os quartis do PIB. Na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, observa-se que a maioria dos municípios apresentam PIB muito baixo e baixo 54,6%. Ressalta-se que nenhum município com PIB muito baixo foi classificado na categoria **Diminuiu nos dois períodos**. Na categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**, observa-se o predomínio dos municípios com PIB muito alto e alto 60,5%.

Quanto ao indicador gasto *per capita* realizado no bloco vigilância em saúde observa-se que a maioria dos municípios (404) se classificou na categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**, sem apresentar diferenças relevantes entre os quartis do PIB.Já na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, em menor proporção, verifica-se o predomínio dos municípios com PIB alto e muito alto 50,3%.

Quanto à despesa total com saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do município, observa-se que nenhum município foi classificado na categoria **Diminuiu nos dois períodos**. Os municípios, majoritariamente, foram classificados na categoria **Aumentou nos dois períodos** (671), de forma homogênea, praticamente sem influência das diferenças na categoria do PIB. Ressalta-se também que não se verifica nenhum município classificado como PIB Muito Baixo e Baixo na categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**.

Tabela 13 - Evolução dos indicadores de gasto per capita com saúde, nas subfunções selecionadas e no bloco Vigilância em saúde segundo intervalos do PIB, Minas Gerais 2005-2011.

INDICADOR	Evolução do Indicador	PIB MUNICIPAL PER CAPITA								Total	
		Muito Baixo		Baixo		Alto		Muito Alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gasto per capita na subfunção Vigilância Sanitária	Aumentou nos dois períodos	40	24,2	43	26,1	44	26,7	38	23,0	165	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	35	20,3	36	20,9	52	30,2	49	28,5	172	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	10	20,8	15	31,3	9	18,8	14	29,2	48	100,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	24	20,2	25	21,0	33	27,7	37	31,1	119	100,0
	Total	109	21,6	119	23,6	138	27,4	138	27,4	504	100,0
Gasto per capita na subfunção Vigilância Epidemiológica	Aumentou nos dois períodos	54	23,6	52	22,7	60	26,2	63	27,5	229	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	56	26,8	60	28,7	44	21,1	49	23,4	209	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	10	22,2	13	28,9	12	26,7	10	22,2	45	100,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	24	21,4	26	23,2	33	29,5	29	25,9	112	100,0
	Total	144	24,2	151	25,4	149	25,0	151	25,4	595	100,0
Gasto per capita realizado na subfunção Atenção Básica	Aumentou nos dois períodos	95	23,8	108	27,1	95	23,8	101	25,3	399	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	49	30,1	40	24,5	44	27,0	30	18,4	163	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	0	,0	5	38,5	3	23,1	5	38,5	13	100,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	19	22,1	15	17,4	24	27,9	28	32,6	86	100,0
	Total	163	24,7	168	25,4	166	25,1	164	24,8	661	100,0
Gasto per capita realizado no Bloco Vigilância em Saúde	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	104	25,7	96	23,8	106	26,2	98	24,3	404	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	59	23,0	68	26,6	59	23,0	70	27,3	256	100,0
	Igual a zero	8	32,0	7	28,0	7	28,0	3	12,0	25	100,0
	Total	171	25,0	171	25,0	172	25,1	171	25,0	685	100,0
Despesa total com saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do município, por habitante.	Aumentou nos dois períodos	168	25,0	169	25,2	170	25,3	164	24,4	671	100,0
	Aumentou no 1º e diminuiu no 2º período	3	30,0	2	20,0	1	10,0	4	40,0	10	100,0
	Diminuiu nos dois períodos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,0
	Diminuiu no 1º e aumentou no 2º período	0	0	0	0	1	25,0	3	75,0	4	100,0
	Total	171	25,0	171	25,0	172	25,1	171	25,0	685	100,0

DISCUSSÃO

Em primeiro lugar, se deve ressaltar a escassez de estudos sobre os gastos governamentais em saúde e, mais ainda, abordando os gastos com as subfunções da saúde, e em particular com as vigilâncias, nem sempre se podem discutir, com base na literatura científica indexada, os achados do estudo.

Com a análise fatorial e os mapas temáticos buscou-se alcançar o primeiro objetivo específico, qual seja o de, para a totalidade dos municípios mineiros do estudo, apresentar de forma sintética e de fácil visualização, o padrão de gastos em saúde no contexto das finanças municipais.

Sobre os indicadores empregados na Análise fatorial, a literatura aponta que o padrão de gastos governamentais nas políticas sociais se relaciona com a capacidade municipal de arrecadação (AFONSO, 2010), e que esta reflete a capacidade de geração de riquezas, bem como as receitas determinam a capacidade de gastos (FRIEDMAN, 1978). Por isso, agregaram-se aos indicadores de gastos em saúde os indicadores Receita Corrente Líquida *per capita* e o PIB municipal *per capita.*

Ainda sobre os indicadores, há que se registrar a grande disparidade no porte populacional dos municípios mineiros – de Belo Horizonte, com 2.395.785 de habitantes a Serra da Saudade, com 807 habitantes, em 2012, segundo as estimativas do IBGE. Por isso, também se agregou aos indicadores utilizados na análise fatorial uma distribuição dos municípios mineiros por faixas populacionais.

Os resultados obtidos na análise fatorial por componentes principais evidenciam uma relação inversamente proporcional do indicador Porte Populacional com os demais indicadores que compõem o Fator 1 (Receita corrente líquida per capita, Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante e Gasto per capita na subfunção atenção básica - 2011).

Esse tipo de relação entre o porte e a receita corrente líquida disponível tem amparo na literatura na medida em que a repartição das receitas arrecadadas pela esfera federal privilegia primeiramente os municípios pequenos (LIMA, 2007; DE SETA, 2007) e as capitais (LIMA, 2007).

Ademais, nos pequenos municípios predominam as ações de atenção básica uma vez que é responsabilidade inerente a todo município, premissa da descentralização da saúde, prover serviços de atenção básica, mormente os de menor densidade tecnológica.

Como citado anteriormente, as receitas influenciam o gasto. Nesse ponto, Lima (2007) em seu estudo, destacou que as fontes de recursos do PAB fixo e PAB variável da atenção básica, transferidas com base na população, eram as fontes de receitas exclusivas da saúde mais importantes para a grande maioria dos municípios brasileiros, na conjuntura anterior ao Pacto, onde se buscou acelerar a mudança do modelo assistencial por meio da indução financeira da estratégia da saúde da família.

> Elas [as transferências PAB] respondem por cerca de 83% do total das receitas municipais per capita adquiridas através de transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde em 2002. Essas receitas provêm principalmente de programas cuja expansão foi priorizada pelo MS ao longo da segunda metade da década de 1990 (PACS e PSF) e daqueles voltados para a organização e execução das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças. É através dos recursos voltados para a atenção básica que o SUS adquire um caráter mais regular de receita orçamentária para a maioria dos municípios brasileiros (LIMA, 2007, p. 232).

Portanto, a relação inversamente proporcional entre porte municipal e gasto per capita na subfunção atenção básica, também pode ser explicada pela importância, para as finanças dos municípios, da participação das receitas especificamente destinadas à atenção básica.

A distribuição espacial do Fator 1, segundo os *scores* Alto, Médio e Baixo revelou que a maioria dos municípios mineiros abordados no estudo se situou na categoria Médio. Talvez isso possa ser explicado como reflexo do grande número de municípios de pequeno porte no estado, que são privilegiados na repartição das receitas federais, que possuem exclusivamente a atenção básica como serviço assistencial aos cidadãos e que recebem nos componentes do Bloco Atenção Básica valores *per capita* bastante semelhantes. Predominando a situação Médio, distanciando-se dessa maioria, destacam-se os municípios que teriam alcançado *scores* Alto e Baixo.

Nenhum município apresentou Fator 1 com *score* classificado como Baixo, o que pode indicar um dado positivo, talvez uma situação mais homogênea. Os

25 municípios classificados como score Alto são, majoritariamente, municípios menores de 5.000 habitantes com PIB *per capita* Muito Baixo e Baixo. Porém, não se nota na distribuição desse fator pelo estado, nenhuma preponderância regional ou decorrente das diferenças de porte ou de PIB.

O resultado encontrado para o fator 1, parece corresponder ao que Silva e Abreu (2008) encontraram no seu estudo sobre a distribuição espacial dos gastos em saúde em Minas Gerais, concluindo que o aumento dos gastos foi realizado por todos os municípios e no mesmo espaço de tempo e que não se percebeu nenhuma tendência regional na distribuição dos gastos, a despeito dos diferentes graus desenvolvimento das regiões de Minas Gerais.

O Fator 2 se expressa na relação entre o PIB *per capita* e o gasto *per capita* em vigilância epidemiológica, parecendo indicar que municípios com maiores capacidades econômicas teriam maiores dispêndios na subfunção vigilância epidemiológica, em decorrência da maior atividade econômica influenciar o perfil epidemiológico. Santos et al (2012), em seu estudo sobre a vigilância epidemiológica nos municípios da Bahia, parece corroborar a composição desse fator, na medida em que se constatou uma forte correlação entre a capacidade de gestão da vigilância epidemiológica e o porte econômico dos municípios.

Observa-se que na distribuição espacial do fator 2 os municípios classificados como *score* Alto apresentam PIB Alto e Muito Alto, além de um porte populacional maior que 5.000 habitantes, o que resulta em alta capacidade econômica e consequentemente de gasto por parte desses municípios, coerente com os achados de Santos et al. (2012).

Além disso, o maior porte e a pujança econômica desses municípios demandam maior atuação da vigilância epidemiológica. O perfil dos municípios, relativo às características socioeconômicas, a forma de urbanização, bem como diferencias culturais e ambientais interferem no risco de ocorrência de várias doenças ou agravos (BRASIL, 2006).

O Fator 3 relaciona o gasto *per capita* no bloco vigilância em saúde com o gasto realizado na subfunção vigilância sanitária. Uma das prováveis justificativas para essa correlação é a mudança ocorrida com a emissão das portarias do Pacto pela Saúde, ratificadas pela Portaria nº 204/2007. Elas permitem que os recursos

de um componente sejam utilizados nas ações de outro. Assim, um maior gasto declarado com a subfunção vigilância sanitária pode não representar exatamente uma maior gasto exclusivamente com as suas ações.

Assim como nos Fatores 1 e 2 predominou o score Médio, no Fator 3 se evidenciou, também, uma distribuição espacial bastante homogênea, reforçada pelo fato de apenas 14 municípios, do total dos municípios terem se destacado por apresentarem *scores* Alto ou Baixo.

Na evolução dos indicadores de gasto em saúde e com as vigilâncias, há que se considerar também a evolução da receita corrente líquida disponível per capita, pelas razões anteriormente expostas.

No que concerne à evolução do indicador receita corrente líquida *per capita* percebe-se a ausência de um caso sequer, dentre os 685 municípios, na categoria **Diminuiu nos dois períodos**, o que representa um achado positivo. É também positivo que apenas 10 municípios, do total estudado (1,46%), tenham se enquadrado na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, e que não se tenham encontrado diferenças importantes quanto à localização regional desses municípios. Diferentemente, a análise da evolução desse indicador segundo a classificação segundo intervalos do PIB municipal *per capita*, revelou a concentração desses municípios enquadrados na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** na faixa de PIB Muito Alto, perfazendo oito em dez municípios.

A maior parte dos municípios (97,66%) se enquadrou na categoria **Aumentou nos dois períodos**, o que representa um achado também positivo para esse indicador, tanto no que se refere à distribuição homogênea da receita disponível, portanto, da capacidade municipal de gasto com políticas sociais, quanto na própria repartição das receitas em tão bom patamar, que não deixou espaço para a categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período** se evidenciar (0,88%). Este resultado demonstra que a evolução das receitas seguiu a mesma tendência, o que não significa que as receitas sejam iguais, apenas que o acréscimo de recursos ocorreu de maneira proporcional na maioria dos municípios.

Esse achado parece ser diverso do da literatura, pois, segundo Garson (2005), as disparidades em relação às receitas próprias *per capita* e na estrutura

das receitas resultam nas desigualdades regionais e são um empecilho à gestão cooperativa de problemas comuns.

Esse indicativo da divergência quanto à literatura merece maior aprofundamento quanto ao conceito de receita própria adotado pela autora, na medida em que ele não foi plenamente explicitado quanto a incluir, ou não, as transferências, ou se restringir aos recursos diretamente arrecadados pela administração municipal.

A evolução do indicador Despesa total com saúde, em R$ por habitante sob responsabilidade do município, segundo faixas de PIB municipal, apresenta resultados bastante positivos, na medida em que a situação **Aumentou nos dois períodos** alcança 671 (97,96%), dos 685 municípios do estudo; e ainda, por esse indicador ter se apresentado na situação **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período** em 04 municípios, nem apresentar nenhum município na categoria **Diminuiu nos dois períodos**. Contudo, esse indicador se reduziu em 10 municípios, distribuídos nos quatro intervalos da classificação do PIB per capita municipal.

Encontram-se resultados semelhantes quando se verifica este indicador, segundo macrorregião de saúde, sugerindo que a maioria dos municípios de Minas Gerais possui uma despesa com saúde homogênea na sua distribuição, não se observando nenhum fator de coordenação para esse resultado. Esse resultado corrobora com os resultados encontrados por Silva (2009), em que o autor não identificou nenhuma tendência em relação aos gastos com saúde nos municípios de Minas Gerais.

O resultado parece indicar que as tentativas de equalizar através de transferências SUS municípios mais desiguais com os municípios de maior eficiência econômica parece obter resultados. Contraditório, mas necessário, verificar a qualidade destes gastos nesses municípios, uma vez que o aumento de gastos não necessariamente resulta em maior eficiência e qualidade (SANTOS, 2008).

A evolução do indicador Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções, segundo faixas de PIB municipal, a despeito de ter aumentando em 173 municípios, apresenta situação desfavorável em 315 municípios (46%), pela soma das categorias **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** e

Diminuiu nos dois períodos. Estes municípios em condições desfavoráveis se encontram em sua maioria nas faixas de PIB Muito Baixo e Baixo. Assim, a função saúde parece ter perdido importância relativa no gasto governamental, em relação aos gastos com todas as demais funções e preocupa o fato de municípios que já se encontram em situação de desigualdade, apresentar diminuição nos gastos.

A evolução deste indicador, segundo macrorregião de saúde, também evidenciou que a classificação **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, isoladamente, concentrou o maior percentual de municípios, o que é bastante preocupante quando se compara o patamar de gastos. Porém, percebe-se uma situação menos negativa pela maioria dos municípios (54,02%) se enquadrarem nas classificações **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**.

Na literatura, o aumento das despesas com saúde se encontra relacionado aos seguintes fatos: pressão institucional resultante da EC/29 que, do ano 2002 a 2006, aumentou em 106% os gastos municipais em saúde (SILVA, 2009); aumento da capacidade de arrecadação de receitas pelos municípios permitindo a realização de maiores dispêndios na área social (LIMA, 2007) e a diminuição ao longo dos anos da participação da União do financiamento da saúde (CARVALHO, 2011).

Comportaram-se de maneira semelhantes os indicadores Evolução do Percentual dos gastos com atenção básica em relação ao total do gasto na função saúde, Evolução do Percentual dos gastos na subfunção vigilância sanitária em relação aos gastos na função saúde e Evolução dos gastos na subfunção vigilância epidemiológica em relação aos gastos na função saúde.

Esses indicadores visaram identificar o comportamento dessas funções no total dos gastos na função saúde, apresentaram valores relativamente baixos, de forma coerente com a afirmativa segundo a qual a maioria dos gastos em saúde continuam concentrados na assistência hospitalar e ambulatorial (SEVO et al,2011;SANTOS,2008).

Chama a atenção o fato de a evolução do percentual dos gastos com atenção básica em relação ao total de gasto na função saúde, apresentar proporcionalmente o maior número de municípios classificados como **Aumentou**

no 1º período e diminuiu no 2º período e **Diminuiu nos dois períodos**. Chama a atenção uma vez que, segundo Servo et al (2011), há um considerável crescimento da participação do recurso destinado ao Saúde da Família (PACS/PSF), que passa de 0,6% para 8,9% no total de recursos do Ministério da Saúde destinados a ações e serviços públicos de saúde (ASPS) entre 1995 e 2009. Além disso, como já dito por Lima (2007) os recursos do PAB fixo e PAB variável da atenção básica perfaziam, e é possível que continuem a perfazer, mais de 80% das transferências SUS para os municípios.

Ressalta-se na evolução deste indicador segundo faixas do PIB municipal, que a maioria dos municípios 59,1% classificados na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, apresentam faixa de PIB Muito Baixo e Baixo.

O Ministério da Saúde busca através da indução financeira, reorientar a atenção à saúde nos municípios brasileiros, “priorizando” a atenção básica em detrimento da média e da alta complexidade. Porém, na maioria dos municípios de Minas Gerais os gastos com atenção básica não apresentaram uma tendência clara de crescimento.

A Evolução do indicador percentual dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total de gasto na função saúde segundo faixas de PIB municipal apresentou uma evolução insatisfatória em 257 municípios, perfazendo 51,30% do total de municípios, com predomínio dos municípios classificados como PIB Muito Alto e Alto.

Também apresentaram uma evolução insatisfatória, 57,93%dos municípios em relação ao indicador percentual dos gastos com vigilância epidemiológica em relação ao total de gasto na função saúde, com o predomínio dos municípios que se apresentam como PIB Muito Baixo e Baixo. Ressalta-se que para estes indicadores, tanto na vigilância sanitária quanto na vigilância epidemiológica, predominam os municípios com faixas de PIB Alto e Muito Alto nos municípios classificados na categoria **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**.

O fato de muitos municípios se apresentarem na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** na evolução do percentual de gastos com as vigilâncias epidemiológica e sanitária em relação ao total de gasto na função

saúde pode ser explicado também por dois outros condicionantes de gasto. Primeiro, a prioridade estabelecida para fazer frente aos dispêndios com a assistência de média e alta complexidade. E, ainda, pela representatividade dos gastos com vigilância em saúde no Ministério da Saúde no total de ações de saúde, ter recuado de 6,1%, em 1995, e para 4,5%, em 2009.

Cabe apontar que esse recuo parece ser um recuo relativo provavelmente decorrente de um maior aporte federal para outras subfunções, que não as das vigilâncias. Como exemplo, os gastos com medicamentos que passaram de 4,3% para 8,5% (SERVO et al., 2011). Assim, como as vigilâncias municipais são, em sua maioria, dependentes dos recursos das transferências federais fundo a fundo, a relativa redução do percentual repassado pelo Ministério da Saúde provavelmente repercutiu nos municípios.

Outra questão se refere ao fato de que as transferências federais das vigilâncias possuírem como fator de atualização o critério populacional, assim, municípios que tiveram diminuição no total da população têm seus recursos diminuídos. Há de se considerar que a lógica do financiamento federal (custeio) do bloco da vigilância em saúde pouco se alterou entre os municípios ao longo do período do estudo, sendo os valores repassados influenciados apenas pela variação da população.

O comportamento das subfunções atenção básica, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica quando analisados como valor *per capita* se comportaram de maneira diferente.

Quanto ao gasto *per capita* na subfunção vigilância sanitária, verificou-se situação positiva em 284 municípios (56%) pela soma dos totais das categorias **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**. Porém, esse gasto que se sabe ser relativamente pequeno, apresentou-se na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** em 172 municípios, totalizando essa situação desfavorável em 44% dos municípios. Quando analisado as faixas de PIB, percebe-se que os municípios classificados na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, em sua maioria apresentaram faixas de PIB Alto e Muito Alto.

Esse resultado vai ao encontro das mudanças ocorridas no financiamento da Vigilância Sanitária. Até 2007, a Portaria GM nº 2.473/2003 estabeleceu a

transferência de R$ 0,20 *per capita* a título de estímulo à adesão dos municípios para a execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária – MAC/VISA. Somente em 2007, com a edição da Portaria GM nº 1.998, é definido o piso estratégico e piso estruturante, que aumentam em centavos os valores *per capita* repassados para os municípios.

Para os municípios são repassados como piso estruturante o valor de R$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano ou pelo Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais) por ano para municípios cujo valor *per capita* configurar um teto abaixo desse valor (ou seja, municípios com até 20 mil habitantes). E o piso estratégico, calculado o valor de R$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano. Desde então, esses valores não se alteraram, permanecendo o mesmo patamar de receitas e consequentemente o mesmo patamar de gastos.

O percentual de municípios classificados como **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período** (23,61%) segundo a evolução por macrorregião de saúde sugere uma provável arrecadação de taxas de vigilância sanitária, prerrogativa da vigilância sanitária que pode gerar recursos fiscais através de taxas públicas e/ou multas (DE SETA, 2007).

Ressalta-se que o percentual de municípios classificados na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** é considerável, e uma tentativa para se explicar esse achado pode estar na redução das atividades econômicas em que a vigilância sanitária está estritamente relacionada (DE SETA, 2007), mas também relacionada ao não cumprimento das premissas para o recebimento do recurso: a não alimentação do SIA/SUS por dois meses consecutivos e a não realização do plano anual de vigilância sanitária (este último com menor possibilidade).

Quanto à evolução do indicador gasto *per capita* na subfunção vigilância epidemiológica observa-se que 57,31% dos municípios foram classificados nas categorias **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período**, perfazendo uma evolução satisfatória. Esse resultado confere com as normas de financiamento instituídas no período. Em 2004, Minas Gerais era o segundo estado com maior valor absoluto do TFECD (SILVA JUNIOR, 2004).

A Portaria nº 1.1.72/2004 traz um discreto aumento no valor *per capita* ano, assim o estado de Minas Gerais passa a receber R$ 2,98, ou seja, um acréscimo de R$ 0,10 (dez centavos) ao valor antes recebido. E continuou recebendo R$ 2,04 em relação ao fator área e R$ 0,48 (quarenta e oito centavos) de incentivo a descentralização. Do total deste valor, 80% deveriam ser repassados aos municípios capitais e que compõem região metropolitana e 60% aos demais municípios.

O valor *per capita* só foi alterado em 2010, ou seja, a instituição do Pacto pela Saúde não foi acompanhada de alterações nos recursos financeiros. Somente com a publicação da Portaria Conjunta nº 1/2010, que define os valores financeiros do componente vigilância e promoção da saúde instituído na Portaria nº 3252/2009. Com a Portaria nº 1/2010 o estado de Minas Gerais passa a receber de Piso Fixo, que substitui o TFVS, R$100.388.702,34 em detrimento aos 65.394.777,16 que recebia anteriormente. O rateio com os municípios permaneceu o mesmo.

Diante dessa exposição, percebe-se que as transferências federais para a vigilância epidemiológica e ambiental aumentaram, porém, quando se verifica o quantitativo de municípios classificados como **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período** (35,13%) ultrapassa um terço do total dos municípios. Conforme a evolução segundo faixas de PIB se observa que a maioria dos municípios classificados na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, 55,5% encontram-se nas faixas de PIB Muito Baixo e Baixo. Supõe-se que os gastos dos municípios podem não ter acompanhado o acréscimo de receitas e /ou que os municípios não gastam totalmente os recursos do componente vigilância e promoção da saúde.

Era esperado que o indicador gasto *per capita* na subfunção atenção básica apresentasse um comportamento melhor em relação aos gastos *per capita* nas subfunções vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, perfazendo 60,36% municípios classificados como **Aumentou nos dois períodos**. Uma vez que, em comparação aos serviços exclusivos do campo da saúde pública, a atenção básica é a que detém a maior parte dos recursos: uma porque além de ações de promoção e prevenção à saúde, a atenção básica realiza a assistência

e em grande parte dos municípios de Minas Gerais é o único serviço assistencial disponível para a população.

De acordo com Servo et al (2011) de 1995 a 2009 o percentual de gastos com atenção básica pelo Ministério da Saúde de subiu de 9,7% para 14,9%. Fica clara a indução financeira do MS para tentar efetivar a mudança do modelo assistencial para a atenção básica.

A partir de 2003, o MS iniciou um processo de correções progressivas do PAB fixo, com seu valor mínimo saindo de R$ 10,00 para R$ 13,00, com metas de R$ 15,00 para o 2º semestre de 2005 e de R$ 18,00 para o segundo semestre de 2006 (SOLLA, 2007) e isso pode ter contribuído bastante para o aumento do gasto per capita com a função Atenção Básica.

Diferentemente das vigilâncias do campo da saúde, que se supõe que muitos municípios não gastam todo o recurso transferido, na atenção básica a maior parte dos municípios utiliza, para o custeio das ações e serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde da família, todo o recurso do PAB fixo e variável (SOUZA, 2009).

Os recursos repassados são insuficientes para a manutenção das equipes de atenção básica em funcionamento, principalmente para manutenção do profissional médico, escasso nas regiões mais carentes do estado. Assim, diante dos valores insuficientes repassados para o financiamento da ESF, os municípios têm destinado recursos próprios adicionais (SOUZA,2009).

Visto que o bloco vigilância em saúde só se efetivou no ano de 2007, para análise da evolução do indicador gasto *per capita* realizado no bloco vigilância em saúde só se utilizou o período 2008 – 2011. Em decorrência disso nenhum município se apresentou nas classificações **Aumentou nos dois períodos** e **Diminuiu nos dois períodos**.

Considerando que o bloco de vigilância em saúde com o Pacto pela Saúde (2006) se tornou a junção de recursos das vigilâncias epidemiológica e ambiental com os recursos da vigilância sanitária, e ainda, com a Portaria 3252/2009 se agregou os recursos da promoção a saúde e por se permitir a utilização de recursos de um componente no outro, era esperado que o aumento de receitas resultasse na classificação da maioria dos municípios como **Diminuiu no 1º período e aumentou no 2º período** (58,98%).

Em relação a evolução, segundo faixas de PIB, percebe-se que 256 municípios apresentaram-se na categoria **Aumentou no 1º período e diminuiu no 2º período**, porém sem apresentar interferências significativas da faixa de PIB.

É fato que os recursos do componente vigilância e promoção ultrapassam os recursos da vigilância sanitária que continuam na casa dos centavos, o que chama a atenção e até mesmo preocupa, é que a possibilidade de transferência de recurso intercomponentes resulte no aumento dos gastos da vigilância epidemiológica. Uma vez, que a vigilância sanitária, principalmente em municípios de pequeno porte tem sérias dificuldades para se efetivar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo focalizou o padrão e o comportamento dos gastos com a saúde e com as vigilâncias do campo nos municípios de Minas Gerais, sendo, portanto, um estudo incomum no campo da saúde ao abordar gastos em vez de receitas. Incomum, também, por trabalhar com a execução financeira por bloco de financiamento do Siops, e por considerar o gasto das vigilâncias. Suas potenciais virtudes não eliminam algumas de suas limitações, a serem enfrentadas em estudos posteriores.

Alguns autores (DAIN, 2009; SCATENA et al., 2009; AFONSO, 2010) recomendam a realização de estudos sobre os patamares e a qualidade dos gastos governamentais e em saúde, ainda é escassa essa literatura e, principalmente, a sua veiculação em periódicos indexados. É também escassa a literatura científica sobre os gastos com a função saúde e suas subfunções. Uma primeira limitação é que o estudo tratou apenas dos gastos, e não da qualidade dos mesmos.

Outra limitação, é que os dados utilizados na pesquisa são obtidos dos balanços municipais, informados pelos próprios municípios a duas fontes diversas – FINBRA e SIOPS – o que pode resultar em diferenças de informações entre dados, além de formas diversas de cálculo e aplicações distintas dos mesmos conceitos. Outra questão, relacionada a essa limitação, está na qualidade dos dados e na sua fidedignidade, ainda mais presumidamente precárias, quando não utilizadas correntemente.

Ao mesmo tempo, no enfoque funcional, as subfunções no contexto dos blocos de financiamento, podem não agregar somente os gastos específicos de cada subfunção, mas incluir outras subfunções que têm recursos alocados em um mesmo bloco. Nas duas vigilâncias em pauta, esses gastos declarados podem incluir gastos com outras vigilâncias, uma vez que com a instituição dos Blocos de Financiamento, com o Pacto pela Saúde, permitiu a utilização de recursos entre os seus componentes. E isso pode ter se refletido na alimentação das subfunções das vigilâncias.

Os gastos com as subfunções vigilância epidemiológica e sanitária em relação aos gastos totais com saúde se comportaram da maneira esperada, uma

vez que essas ações ainda são as que têm os menores patamares de recursos repassados pela União e não parecem contar com importante aporte de recursos próprios dos municípios.

Contudo, a análise per capita dos gastos nessas vigilâncias parece sinalizar um discreto aumento de dispêndio de recursos, e ao mesmo tempo, pode indicar a não utilização dos recursos repassados pelas transferências fundo a fundo.

As mudanças instituídas no período, mediante as novas normas, resultaram em acréscimo de recursos para as vigilâncias. Mas, não especificamente para a vigilância sanitária, que permanece, desde 2007, com o mesmo patamar de receitas federais, variando o montante transferido apenas de acordo com a mudança populacional.

Ao analisar o padrão de gastos em saúde e com as subfunções em relação às demais despesas governamentais percebe-se que, geralmente, os gastos per capita têm aumentado.

Não obstante, a evolução dos percentuais de gastos na função saúde e nas três subfunções aqui demonstradas parecem apontar que, apesar da saúde ter importante participação nos gastos governamentais municipais, essa importância tem sofrido relativa redução, provavelmente pelo aumento de outros gastos, com outras funções governamentais ou mesmo, com outras subfunções da saúde.

Esta constatação aponta a necessidade de desdobrar este estudo com a exploração de todos os gastos por todas as funções e em todas as subfunções da saúde, para detectar por onde tem passado o crescimento dos gastos municipais.

Também se faz necessário, no futuro, acompanhar os desdobramentos relativos aos gastos, após a efetivação dos repasses estaduais para os municípios mineiros destinados às vigilâncias.

Cabe ressaltar, ainda, que a análise realizada mediante as escolhas metodológicas empreendidas não discriminou plenamente os 853 municípios mineiros em relação ao gasto com as vigilâncias e com a saúde, tendo destacado os casos polares.

Outros desenhos metodológicos são cabíveis para isso, com os mesmos dados, de domínio público, contribuindo para a gestão dessa política pública de saúde, de caráter universal.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia. **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 77-125, 2006.

ADVISORY COMMISSION ON INTERGOVERNMENTAL RELATION. **Measuring state fiscal capacity:** alternative methods and their uses. Washington, sep.1986.

AFONSO, José Roberto. **Fisco e Equidade no Brasil**. 2010. Disponível em <http://www.obela.org/system/files/Equidad%20y%20Fisco%20en%20Brasil.pdf.> Acesso em: 20 de fevereiro de 2012.

AFONSO, José Roberto Rodrigues; LOBO, Thereza. Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília/DF, n.14, p. 3-32, 1996.

ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.14, n.40, p. 111-141, 1999.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345 , 2003.

BARBOSA, Adriana Aquino. **Financiamento das ações de VISA**: a evolução do repasse federal. 2009. 86f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

BARCELLOS, Christovam; QUITÉRIO, Luiz Antônio Dias.Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 170-177, fev. 2006.

BARROS, Elizabeth. **Financiamento do sistema de saúde no Brasil**: marco legal e comportamento do gasto. In: Organização Pan Americana da Saúde. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília, 2002.

BERENSTEIN, Cláudia Koeppel. **Os efeitos de idade e proximidade à morte sobre os gastos com internações no SUS**: evidências com base no caso de Minas Gerais, 2004/2005. 2009. 103f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BRANCO, M. A. F. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 163-169, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 17 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 17 jan. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução n. 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Norma Operacional Básica 01/92. Brasília: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a NOB 01/93 – Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**, 24 maio 1993.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**/ NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Vincula os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde.

BRASIL, Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/ deliberacoes/resolucoes.htm>. Acesso em: jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e a consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 12 de jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 3.120, de 19 de julho de 1998a. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 jul. 1998.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa SVS/MS nº 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, 70 Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 55, p. 35, 22 mar. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_ normativa_01_2005.pdf>. Acesso em: 21 de set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde.Portaria MS/GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial da União**, 23 dez 2009.

BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: < http://wwwt.senado.gov.br/legbras/ > Acesso em: 02 fevereiro 2012.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/ Gm/GM-679.htm>. Acesso em: 21 fevereiro 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.782 , de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 27 de janeiro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 950 de 23 de dezembro de 1999. Define, os valores anuais *per capita* e por quilometro quadrado, relativos aos recursos federais destinados a composição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de doenças - TFECD, de cada um dos estratos previstos no art. 14 da

portaria GM/MS nº 1399/99. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis. Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999b. Regulamenta a NOB SUS/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis> Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004a. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html. Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.882 , de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua Composição. Brasília: **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 22 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.283 , de 10 de março de 1998b. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios ao incentivo as ações básicas de vigilância sanitária. Brasília: **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 11 de março de 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 08, de 29 de junho de 2004. Define o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS e dá outras providências.Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se/2004/poc0008_29_06_2004.html>. Acesso em: 22 de set. 2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. Brasília: **Diário Oficial da União**: Poder Executivo, 22 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.008, de 8 de setembro de 2000. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância sanitária. Brasília: **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 11 de setembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a pactuação fixando as responsabilidades dos três entes federados na execução das ações de média e alta complexidade na área de vigilância sanitária. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2473.htm. Acesso em 22 de set 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n
º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de

financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>. Acesso em 22 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.106, de 12 de maio de 2010. Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de vigilância sanitária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1106_12_05_2010.html> Acesso em: 22 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.101 de 17 de dezembro de 2010. Estabelece normas para a aplicação, controle e acompanhamento dos recursos federais transferidos na modalidade fundo a fundo para os Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à execução de ações de vigilância sanitária, na forma do Componente de Vigilância Sanitária, do bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4101_17_12_2010.html. Acesso em: 22 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.052 de 05 de maio de 2011. Revoga a Portaria nº 4.101, de 17 de dezembro de 2010, que estabelece normas para a aplicação, controle e acompanhamento dos recursos federais transferidos na modalidade fundo a fundo para os Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à execução de ações de vigilância sanitária, na forma do Componente de Vigilância Sanitária, do bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1052_05_05_2011.html>. Acesso em: 22 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>. Acesso em: 22 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437,de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acesso em: 22 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 22 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 1 de 07 de março de 2005. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/04, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental.Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001_07_03_2005.html. Acesso em: 22 de set. 2011.

BRASIL. Lei Federal nº 4.320 de 17 de março de 1964. Institui normas gerais do direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público. 5ª edição, Brasília-DF, 2012. Disponível em: >https://www.tesouro.fazenda.gov.br/images/arquivos/artigos/Parte_I-_PCO.pdf>. Acesso em: 15 de out. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual Técnico de Orçamento**. Versão 2009. Brasília, 2008. 162 p. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/MTO_2009.pdf. Acesso em: 22 de set. 2009.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 17 jan. 2012.

BRASIL. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 42, de 14 de Abril de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília.

BRASIL. Presidência da República. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011. Brasília, 2011. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2011.pdf. Acesso em: 12 de maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da República. Portaria Conjunta n. 1.163, de 11 de outubro de 2000. Trata da institucionalização do SIOPS no

âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 203. Brasília, 20 de outubro de 2000, Seção I. pp.27-28.

BRASIL; Secretaria do Tesouro Nacional. Finanças do Brasil – Dados Contábeis dos Municípios. Disponível em: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp. Acesso em 20 de ago. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A gestão da saúde nos estados:** avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Boletim de Políticas Sociais Acompanhamento e Análise 2007**. Edição Especial nº 13. Brasília: IPEA; 2007.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica 01/91. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3925 de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde; 13 de novembro de 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 476/GM, de 14 de abril de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica PAB. Conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 22 de abril de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.998 , de 21 de agosto de 2007, Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do componente vigilância sanitária do bloco de financiamento de vigilância em saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 22 de agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 699/GM, de 30 de março de 2006b. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Visibilidade dos gastos públicos, 2010. Disponível em: <http://SIOPS.datasus.gov.br/Documentacao/VisGastosPublicosSaúde.pdf>.Acesso em: 28 jan. 2012.

BRITO, Rodrigo Lino de. **Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil:** do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária. 2007. 205f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

CARVALHO, Eduardo Freese de et al . Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**., Recife, 5 (Supl 1), S53-S62, dez. 2005.

CARVALHO, Gilson. **Saúde**: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. 2004. Disponível em: www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque92.doc. Acesso em: set. 2011.

CARVALHO, Gilson. **Nós e perspectivas de regulamentação da emenda constitucional 29 com mais recursos para a saúde**. Domingueiras, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_7730_0__2012---27---631---domingueira---financiamento-212.html>. Acesso em: 28 jan. 2012.

CASTRO, Sebastião Helvécio Ramos de. **Sístoles e diástoles no financiamento da saúde no estado de Minas Gerais:** o período pós-constituição de 1989. 2007. 205f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

COHN, A; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde**. Revista. Saúde Pública**. vol.39, n.1, p.114-121, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. Resolução nº 900, de 2001. Dispõe sobre a aplicação do Princípio da Atualização Monetária. Disponível em: http://www.senar.org.br/legislacao/setor_cont/res_cfc_900.pdf. Acesso em: 15 de out.2013.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema publico de saúde no Brasil durante a década de 1990 . **Rev. Sociol. Polit.**, n.18, pp. 49-71, 2002.

DAIN, Sulamis, Os Vários Mundos do Financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**. , v.12, p.1851-1864, 2007.

DAIN, Sulamis. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 623-631, nov.2008/fev.2009.

DE SETA, Marismary Horsth; REIS, Lenice Gnocchi da Costa. As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e de serviços de saúde. In: OLIVEIRA, RG de; GRABOIS, Victor Grabois; MENDES Jr., WV (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

DE SETA, Marismary Horsth. **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:** uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. 2007. 176f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

DE SETA, Marismary Horsth; REIS, Lenice Gnocchi da Costa. Construção, estruturação e gestão das vigilâncias do campo da saúde.In: GODIM, Roberta;GRABOIS, Victor; MENDES,Walter.org. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ:EAD/Ensp,2011.

DE SETA, Marismary Horsth; DAIN, Sulamis. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3), p. 3307-3317, 2010.

DILLINGER, William. Decentralization: politics and public services. In: AFFONSO, Rui e SILVA, Pedro Luiz Barros (org) **As federações em perspectiva. Ensaios selecionados**.— São Paulo: FUNDAP/UNESP, 1995. p.105-122.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

FAVERET, Ana Cecilia de Sá Campello. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil:** o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. 210f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campelo. **A vinculação constitucional de recursos para o Financiamento da saúde**: análise dos gastos estaduais e municipais do Estado de São Paulo. Brasília, DF: IPEA, Relatório de Pesquisa, Projeto BRA 97/03, 1999.

FERREIRA, Odaléia Araújo Neres. A. N. **O uso das informações de interesse epidemiológico na a gestão da saúde**: estudo de caso em dois municípios pernambucanos. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de Informação em Saúde. In; CAMPOS, F. E. de; WERNECK, G. A. F.; TONOM, L. M. **Vigilância Sanitária**: Cadernos de Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 129p. 2001.

FRIEDMAN, M. “The Limitations of Tax Limitation.” **Policy Review**: 7–14, 1978.

GARSON, Sol Braule Pinto. **Capacidades e limites à participação dos municípios no financiamento do desenvolvimento urbano**. In: XI Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano Regional – ANPUR. Salvador, mai. 2005.

GIL PÉREZ, Daniel. **Contribución de la historia y de la filosofía de las ciencias al desarrollo de un modelo de enseñanza/aprendizaje como investigación**. Enseñanzade las Ciencias, 1993.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=1&uf=00>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2012a.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Estados@: Minas Gerais**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>. Acesso em: 12 de janeiro de 2012b.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Pib_Municípios**. Disponível em: < http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acesso em: 12 de janeiro de 2013.

IPEA. **Boletim de Políticas Sociais** – Acompanhamento e Análise. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas: Brasília, n.13, 2007.

LESBAUPIN, Ivo. **Poder local x exclusão social**: a experiência das prefeituras democráticas no Brasil. Petrópolis : Vozes, 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. Rev. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Claudia Risso de Araujo. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde:** confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiros. 2005. 76f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

LIMA, Luciana Dias. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde, a distribuição de receitas vinculadas á saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. 2006. 408f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, Severino Cesário de. **Desempenho fiscal da dívida dos grandes municípios brasileiros**. 2011. 193f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2011.

LUCCHESE, Geraldo. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. **Gestão e Vigilância Sanitária:** modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MACHADO, Edite Novais da Mata; MAIA, Ana Carolina. A saúde no estado de Minas Gerais. In.: FERREIRA, A. H. B. (Org.). **O estado do estado**. Belo Horizonte: Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais (SEPLAG), 2007.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador:** a heterogeneidade da intervenção. 1995. 166f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,1996.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.

MEDICI, André Cezar. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In PIOLA, S.; VIANNA,S. orgs., **Economia da Saúde** - conceito e contribuição para a gestão da saúde. Rio de Janeiro, 1995.

MENDES, Aquila; MARQUES, Rosa Maria. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de; Campos, Gastão Wagner de Sousa. org.s.af. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p.259-293.

MENDES, Aquila; MARQUES, Rosa Maria. Sobre a Economia da Saúde:campos de avanços e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: HUCITEC, 2007.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):** a gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005. 422f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia – Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2005.

MENDES, Áquilas; LEITE, Marcel Guedes; MARQUES, Rosa Maria. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v.20, n.3, set. 2011.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa M.; LEITE, Marcel G.; TUBONE, Márcia. **Financiamento da saúde:** análise dos gastos estaduais e municipais do Estado de São Paulo. Brasília, DF: IPEA, Relatório de Pesquisa, Projeto BRA 97/03, 1999.

MENEZES, Rafael Terra. **Efeitos da lei de responsabilidade fiscal sobre as categorias e funções de despesas dos municípios brasileiros (1998-2004).** 2007. 128f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620–1625, jul. 2009.

MUÑOZ, F; LÓPEZ-ACUÑA, D; HALVERSON,P; MACEDO, CG; HANNA, W; LARRIEU, M. et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. **Rev Panam Salud Pulica**. 2000;8(1):126-34.

O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; DE SETA, Marismary Horst. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família**. Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23,dez. 2007 .

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Desafios para la Educación en Salud Pública**. La reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Publica. Washington, DC; 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **División de Desarollo de Sistemas y Servicios de Salud**. Funciones Esenciales de Salud Pública: documento de posición. Washington, DC; 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **La Salud Pública en las Américas:** nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC; 2002.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. 2009. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PIOLA, Sérgio Francisco; BIASOTO, Geraldo Júnior. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp,p.219-232, 2001.

PO, Marcus Vinícius, ABRUCIO, Fernando Luiz. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. **Rev. Adm. Pública**, vol.40, n.4, p. 679-698, 2006.

PORTO, Silvia Marta; Ugá Maria Alicia Dominguez. Avanços e percalços do financiamento do setor saúde no Brasil. In E Gallo et al. (orgs.). **Planejamento**

criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde. Relume-Dumará, Rio de Janeiro,1992.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. **As novas configurações de antigos problemas**: financiamento e gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil. Brasília: Ipea, 2005. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/Destaques/AJornadaABRES.pdf. Acesso em: 22 de set. 2011.

RIBEIRO, Sheila Maria Reis. **Controle interno e paradigma gerencial**. Textos para discussão. Escola Nacional de Administração Pública — Enap. Brasília — DF, n. 17, jul. 1997.

RODRIGUES, Luciano Neres. A receita corrente líquida efetiva: considerações sobre o planejamento público municipal. **Pensar Contábil**, v.7, nº 8, p.37-41,mai/jul.2005.

SAMUELSON, Paul. **Aspects of public expenditures**. Public Finance, selected readings. Randon House, New York, 1996.

SANTOS, Everton Gomes Ferreira de Abreu. **Uma avaliação comparativa da eficiência dos gastos públicos com saúde nos municípios brasileiros.** Dissertação. (Dissertação de Mestrado).Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva et al . Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012 .

SAS. 9.3 2012. Statistical Analysis System Institute Inc. SAS/STAT

SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. 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, n. 11, nov. 2009.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 776, de 26 de outubro de 2005. Dispõe sobre repasse de recurso financeiro, em duas parcelas, a 18 (dezoito) municípios elegíveis, para o VIGISUS II, destinado à execução física e financeira dos Planos de Vigilância em Saúde – PLANVIGI. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2005/res_0776.pdf

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3152, de 14 de fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2012/RESOLUCaO%20SES%203152-%20Vigilancia%20em%20Saude.%2028.02%20RQ.pdf>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2012.

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. **Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências.** In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ipea, 2011.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. 318f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2004.

SILVA, Thiago Caliari. **Gastos Municipais com Saúde**: Estrutura e Impacto dos Medicamentos "Genéricos". 2009. 101f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA ,Keila Silene de Brito; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; SOUSA, Islândia Maria Carvalho; GONÇALVES, Rogério Fabiano. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, nº2, p. 373-382, fev. 2010.

SILVA, Thiago Caliari; ABREU, Bruno Valadares. **Sem partidos, sem região e com a federação: gastos em saúde no estado de Minas Gerais**.Disponível em:http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A056.pdf. Acesso em: 17 de agosto de 2012.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira et al . Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 4, Dez. 2007.

SOUZA, Celina. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Dados**, vol.44, n.3, p. 513-560,2001.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Rev. Sociol. Polit**. Curitiba, n. 24, 2005 .

SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo Perspec.**, São Paulo,v. 18, n. 2, jun 2004 .

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mar. 2012.

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - IBM®. Versão 17.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n.2, p. 7-28, abril-jun. 1998.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; BARROSO, Viviane Gonçalves. Gasto público com saúde no Brasil: possibilidades e desafios. In: I JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE **. Anais da I Jornada de Economia da Saúde, 20 e 21 de novembro de 2003**, São Leopoldo, RS. ABRES/UNISINOS, 2003.

TEIXEIRA,Hugo Vocurca; TEIXEIRA,Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, nº 2, p.379-391,2003.

TREVISAN, Leonardo Nelmi;JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. S. & GERSCHMAN, S. & EDLER, F. C. (orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.194-233, 2005.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VAITSMAN,Jeni;MOREIRA,Marcelo Rasga; COSTA, Nilson do Rosário. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". **Cien Saúde Colet**, v.14, nº 3, p.899-901, mai-jun. 2009.

VILLA-FORTE, Denise Nabuco. Nova Forma de Pensar e Fazer Planejamento e Orçamento.In: DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. **Gestão e Vigilância Sanitária**: modos atuais do pensar e fazer.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

Apêndice 1: Municípios excluídos do estudo

1) 310020 Abaeté
2) 310030 Abre Campo
3) 310130 Alagoa
4) 310170 Almenara
5) 310180 Alpercata
6) 310210 Alto Rio Doce
7) 310285 Angelândia
8) 310290 Antônio Carlos
9) 310300 Antônio Dias
10) 310330 Aracitaba
11) 310360 Arantina
12) 310375 Araporã
13) 310390 Araújos
14) 310460 Astolfo Dutra
15) 310520 Bandeira
16) 310550 Barão de Monte Alto
17) 310610 Belmiro Braga
18) 310640 Belo Vale
19) 310660 Bertópolis
20) 310665 Berizal
21) 310720 Bocaina de Minas
22) 310770 Bom Jesus do Amparo
23) 310800 Bom Sucesso
24) 310810 Bonfim
25) 310960 Cachoeira da Prata
26) 311070 Cambuquira
27) 311160 Campos Gerais
28) 311190 Cana Verde
29) 311210 Caparaó
30) 311260 Capinópolis
31) 311280 Capitólio
32) 311320 Carandaí
33) 311360 Careaçu
34) 311490 Casa Grande
35) 311500 Cascalho Rico
36) 311530 Cataguases
37) 311600 Chalé
38) 311610 Chapada do Norte
39) 311630 Cipotânea
40) 311680 Coluna
41) 311950 Coronel Murta
42) 311960 Coronel Pacheco
43) 312015 Crisólita
44) 312040 Cristiano Otoni
45) 312080 Cruzília
46) 312130 Descoberto
47) 312160 Diamantina
48) 312235 Divisa Alegre
49) 312245 Divisópolis
50) 312290 Dona Eusébia
51) 312300 Dores de Campos
52) 312360 Elói Mendes
53) 312400 Ervália
54) 312410 Esmeraldas
55) 312430 Espinosa
56) 312450 Estiva
57) 312560 Felisburgo
58) 312600 Florestal
59) 312650 Francisco Badaró
60) 312670 Francisco Sá
61) 312705 Fronteira dos Vales
62) 312707 Fruta de Leite
63) 312720 Funilândia
64) 312760 Gouveia
65) 312825 Guaraciama
66) 312990 Ibitiúra de Minas
67) 313030 Iguatama
68) 313040 Ijaci
69) 313070 Indianópolis
70) 313140 Ipiaçu
71) 313200 Itacambira
72) 313260 Itamarati de Minas
73) 313280 Itambé do Mato Dentro
74) 313300 Itamonte
75) 313390 Itaverava
76) 313400 Itinga
77) 313490 Jacutinga
78) 313520 Januária
79) 313540 Jeceaba
80) 313545 Jenipapo de Minas
81) 313560 Jequitaí
82) 313640 Joaquim Felício
83) 313652 José Gonçalves de Minas
84) 313655 José Raydan
85) 313657 Josenópolis
86) 313680 Juramento
87) 313840 Leopoldina
88) 313890 Machacalis
89) 313925 Mamonas
90) 313940 Manhuaçu
91) 313950 Manhumirim
92) 313980 Mar de Espanha
93) 314000 Mariana
94) 314010 Marilac
95) 314053 Martins Soares
96) 314055 Mata Verde
97) 314060 Materlândia
98) 314085 Matias Cardoso
99) 314100 Mato Verde
100) 314170 Mesquita
101) 314220 Miraí
102) 314230 Moeda
103) 314260 Monsenhor Paulo
104) 314290 Monte Azul
105) 314315 Monte Formoso

106) 314380 Munhoz
107) 314410 Muzambinho
108) 314430 Nanuque
109) 314465 Ninheira
110) 314505 Nova Porteirinha
111) 314520 Nova Serrana
112) 314580 Onça de Pitangui
113) 314585 Oratórios
114) 314630 Padre Paraíso
115) 314640 Paineiras
116) 314660 Paiva
117) 314670 Palma
118) 314675 Palmópolis
119) 314950 Pequeri
120) 315010 Piau
121) 315080 Piranga
122) 315090 Piranguçu
123) 315190 Pocrane
124) 315360 Prudente de Morais
125) 315380 Queluzito
126) 315410 Recreio
127) 315415 Reduto
128) 315450 Riacho dos Machados
129) 315470 Ribeirão Vermelho
130) 315480 Rio Acima
131) 315540 Rio Novo
132) 315580 Rio Pomba
133) 315590 Rio Preto
134) 315620 Rochedo de Minas
135) 315645 Rosário da Limeira
136) 315710 Salto da Divisa
137) 315727 Sta Bárbara do Monte Verde
138) 315760 Santa Fé de Minas
139) 315810 Santa Maria do Salto
140) 315840 Santana de Cataguases
141) 315850 Santana de Pirapama
142) 315870 Santana do Garambéu
143) 315880 Santana do Jacaré
144) 315930 Santa Rita de Jacutinga
145) 315970 Santa Rosa da Serra
146) 316000 S.Antônio do Aventureiro
147) 316150 São Geraldo
148) 316230 São João da Mata
149) 316245 São João das Missões
150) 316265 São João do Pacuí
151) 316290 São João Nepomuceno
152) 316400 S. Pedro dos Ferros
153) 316420 São Romão
154) 316460 S. Sebastião do Oeste
155) 316520 São Thomé das Letras
156) 316580 Senador José Bento
157) 316630 Sericita
158) 316680 Serra do Salitre
159) 316750 Simão Pereira
160) 316790 Tabuleiro
161) 316810 Tapira
162) 316820 Tapiraí
163) 316850 Teixeiras
164) 316960 Tupaciguara
165) 317052 Urucuia
166) 317057 Vargem Alegre
167) 317103 Verdelândia
168) 317140 Vieiras

Apêndice 2: Indicadores utilizados: procedência e fórmula de cálculo

Procedência do indicador	**NOME DO INDICADOR**	**APRESENTAÇÃO NO BANCO**	**FÓRMULA DE CÁLCULO**
IBGE_PIB *per capita*	PIB *per capita* (2004 a 2010)	PIB_percapita	PIB/população
FINBRA_01	Receita corrente líquida *per capita* (RCL/HAB)	Ind1 = Recorcamentaria+ OperacoesdeCrédito _2004 a 2011 / Pop	Receita orçamentária+operações de crédito/população
FINBRA_02	Percentual dos gastos com saúde nos gastos com todas as funções	Ind2 = gasto_p_ saude *100	Total dos gastos na função saúde/total de gastos nas demais funções de governo*100
FINBRA_03	Percentual dos gastos com Atenção Básica em relação ao total de gasto na função saúde.	Ind3 = Sub_AB_IGPM/Saude_IGPM*100	Total dos gastos na subfunção atenção básica/total de gastos na função saúde*100
FINBRA_04	Percentual dos gastos com Vigilância Sanitária em relação ao total de gasto na função saúde.	Ind4 = Gasto_VISA_saude*100	Total dos gastos na subfunção vigilância sanitária/total de gastos na função saúde*100
FINBRA_05	Percentual dos gastos com Vigilância Epidemiológica em relação ao total de gasto na função saúde.	Ind5 = Gasto_VE_saude*100	Total dos gastos na subfunção vigilância epidemiológica /total de gastos na função saúde*100
FINBRA_06	Gasto *per capita* na subfunção Vigilância Sanitária	Ind 7 = Sub_VISA_IGPM/ (pop_2004 a 2011*100)	Total de gastos na subfunção vigilância sanitária/população.
FINBRA_07	Gasto *per capita* na subfunção Vigilância Epidemiológica.	In8 = Sub_VE_IGPM/ (pop_2004 a 2011*100)	Total de gastos na subfunção vigilância epidemiológica/população.
FINBRA_08	Gasto *per capita* na subfunção Atenção Básica	Ind9 = Sub_AB_IGPM/ (pop_2004 a 2011*100)	Total de gastos na subfunção atenção básica /população.
SIOPS_01	Gasto *per capita* realizado no Bloco Vigilância em Saúde.	Ind 27 = Despesa Paga_1544/pop	Despesa Paga na Vigilância em Saúde /População
SIOPS_02	Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	Ind 43 = 2_1_Desp_tot_saud_reaishabit_responsabilid municip	Despesa total com saúde/ Número de habitantes(Fonte :TCU)

Apêndice 3: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador percentual do gasto na subfunção atenção básica

1	310010 Abadia dos Dourados
2	310200 Alterosa
3	310220 Alvarenga
4	310350 Araguari
5	310370 Araponga
6	310500 Baldim
7	310925 Bugre
8	311220 Capela Nova
9	311270 Capitão Enéas
10	311470 Carvalhópolis
11	311550 Caxambu
12	311740 Conceição de Ipanema
13	311800 Congonhas
14	311900 Cordislândia
15	312150 Desterro do Melo
16	312380 Engenheiro Navarro
17	312520 Fama
18	312640 Fortuna de Minas
19	312780 Grão Mogol
20	312810 Guapé
21	313100 Inhaúma
22	313130 Ipatinga
23	313160 Iraí de Minas
24	313550 Jequeri
25	314530 Novo Cruzeiro
26	314890 Pedra do Indaiá
27	315020 Piedade de Ponte Nova
28	315053 Pingo-d'Água
29	315060 Piracema
30	315570 Rio Piracicaba
31	316080 São Bento Abade
32	316090 São Brás do Suaçuí
33	316240 São João da Ponte
34	316292 São Joaquim de Bicas
35	316295 São José da Lapa
36	316770 Sobrália

Apêndice 4: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador percentual dos gastos com vigilância sanitária em relação ao total do gasto na função saúde.

1	310040 Acaiaca	62	312750 Gonzaga	123	315440 Ressaquinha
2	310100 Águas Vermelhas	63	312810 Guapé	124	315500 Rio Doce
3	310140 Albertina	64	312880 Guidoval	125	315510 Rio do Prado
4	310190 Alpinópolis	65	312890 Guimarânia	126	315520 Rio Espera
5	310200 Alterosa	66	312900 Guiricema	127	315550 Rio Paranaíba
6	310220 Alvarenga	67	312930 Iapu	128	315600 Rio Vermelho
7	310340 Araçuaí	68	312980 Ibirité	129	315630 Rodeiro
8	310380 Arapuá	69	313005 Icaraí de Minas	130	315650 Rubelita
9	310430 Areado	70	313020 Igaratinga	131	315733 Santa Cruz de Minas
10	310470 Ataléia	71	313055 Imbé de Minas	132	315750 Santa Efigênia de Minas
11	310530 Bandeira do Sul	72	313100 Inhaúma	133	315765 Santa Helena de Minas
12	310630 Belo Oriente	73	313115 Ipaba	134	315830 Santana da Vargem
13	310760 Bom Jesus da Penha	74	313130 Ipatinga	135	315860 Santana do Deserto
14	310780 Bom Jesus do Galho	75	313160 Iraí de Minas	136	315890 Santana do Manhuaçu
15	310790 Bom Repouso	76	313180 Itabirinha	137	315895 Santana do Paraíso
16	310830 Borda da Mata	77	313230 Itaipé	138	315910 Santana dos Montes
17	310870 Brás Pires	78	313375 Itaú de Minas	139	315920 Santa Rita de Caldas
18	310925 Bugre	79	313410 Itueta	140	315935 Santa Rita de Minas
19	311030 Caldas	80	313500 Jaguaraçu	141	315940 Santa Rita de Ibitipoca
20	311040 Camacho	81	313550 Jequeri	142	315950 Santa Rita do Itueto
21	311080 Campanário	82	313580 Jequitinhonha	143	316050 Santo Antônio do Rio Abaixo
22	311110 Campina Verde	83	313610 Joanésia	144	316090 São Brás do Suaçuí
23	311130 Campo do Meio	84	313690 Juruaia	145	316095 São Domingos das Dores
24	311180 Canápolis	85	313750 Lagoa Formosa	146	316105 São Félix de Minas
25	311220 Capela Nova	86	313753 Lagoa Grande	147	316165 São Geraldo do Baixio
26	311240 Capetinga	87	313790 Lamim	148	316170 São Gonçalo do Abaeté
27	311250 Capim Branco	88	313800 Laranjal	149	316180 São Gonçalo do Pará
28	311270 Capitão Enéas	89	313810 Lassance	150	316257 São João do Manteninha
29	311300 Caraí	90	313820 Lavras	151	316260 São João do Oriente
30	311350 Carbonita	91	313830 Leandro Ferreira	152	316270 São João do Paraíso
31	311380 Carmésia	92	313835 Leme do Prado	153	316310 São José da Varginha
32	311400 Carmo da Mata	93	313850 Liberdade	154	316340 São José do Goiabal
33	311460 Carrancas	94	313865 Lontra	155	316360 São José do Mantimento
34	311470 Carvalhópolis	95	313870 Luminárias	156	316380 São Miguel do Anta
35	311480 Carvalhos	96	314210 Miradouro	157	316430 São Roque de Minas
36	311520 Conceição da Barra de Minas	97	314370 Morro do Pilar	158	316443 S. Sebastião da Vargem Alegre
37	311535 Catas Altas	98	314435 Naque	159	316447 São Sebastião do Anta
38	311560 Cedro do Abaeté	99	314450 Nazareno	160	316556 Sem-Peixe
39	311615 Chapada Gaúcha	100	314545 Olhos-d'Água	161	316560 Senador Cortes
40	311640 Claraval	101	314570 Oliveira Fortes	162	316600 Senhora de Oliveira
41	311650 Claro dos Poções	102	314587 Orizânia	163	316660 Serra da Saudade
42	311670 Coimbra	103	314620 Ouro Verde de Minas	164	316670 Serra dos Aimorés
43	311740 Conceição de Ipanema	104	314655 Pai Pedro	165	316690 Serrania
44	311790 Congonhal	105	314750 Passabém	166	316695 Serranópolis de Minas
45	311800 Congonhas	106	314770 Passa Tempo	167	316730 Silveirânia
46	311810 Congonhas do Norte	107	314780 Passa-Vinte	168	316760 Simonésia
47	311820 Conquista	108	314795 Patis	169	316770 Sobrália
48	312000 Córrego Novo	109	314820 Patrocínio do Muriaé	170	316780 Soledade de Minas
49	312010 Couto de Magalhães de Minas	110	314840 Paulistas	171	316800 Taiobeiras
50	312110 Delfim Moreira	111	314880 Pedra do Anta	172	316900 Tocantins
51	312120 Delfinópolis	112	314995 Periquito	173	316910 Toledo
52	312150 Desterro do Melo	113	315020 Piedade de Ponte Nova	174	316950 Tumiritinga
53	312220 Divinolândia de Minas	114	315053 Pingo-d'Água	175	317000 Ubaí
54	312250 Dom Cavati	115	315060 Piracema	176	317005 Ubaporanga
55	312260 Dom Joaquim	116	315130 Piraúba	177	317050 Urucânia
56	312380 Engenheiro Navarro	117	315180 Poços de Caldas	178	317060 Vargem Bonita
57	312520 Fama	118	315213 Ponto Chique	179	317065 Vargem Grande do Rio Pardo
58	312580 Fernandes Tourinho	119	315290 Pratápolis	180	317070 Varginha
59	312640 Fortuna de Minas	120	315300 Pratinha	181	317115 Vermelho Novo
60	312733 Gameleiras	121	315350 Alto Jequitibá	182	317180 Virginópolis
61	312735 Glaucilândia	122	315400 Raul Soares	183	317190 Virgolândia
				184	317220 Wenceslau Braz

Apêndice 5: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador percentual dos gastos com vigilância epidemiológica no total do gasto na função saúde.

1	310040 Acaiaca	48	313230 Itaipé
2	310190 Alpinópolis	49	313290 Itamogi
3	310200 Alterosa	50	313410 Itueta
4	310220 Alvarenga	51	313550 Jequeri
5	310700 Biquinhas	52	313610 Joanésia
6	310780 Bom Jesus do Galho	53	313665 Juatuba
7	310790 Bom Repouso	54	313670 Juiz de Fora
8	310870 Brás Pires	55	313695 Juvenília
9	310900 Brumadinho	56	313835 Leme do Prado
10	310925 Bugre	57	314130 Medeiros
11	310940 Buritizeiro	58	314200 Mirabela
12	311220 Capela Nova	59	314225 Miravânia
13	311240 Capetinga	60	314420 Nacip Raydan
14	311270 Capitão Enéas	61	314440 Natércia
15	311400 Carmo da Mata	62	314510 Nova Resende
16	311410 Carmo de Minas	63	314535 Novo Oriente de Minas
17	311420 Carmo do Cajuru	64	314770 Passa Tempo
18	311460 Carrancas	65	314995 Periquito
19	311470 Carvalhópolis	66	315060 Piracema
20	311510 Cássia	67	315213 Ponto Chique
21	311535 Catas Altas	68	315300 Pratinha
22	311545 Catuji	69	315520 Rio Espera
23	311615 Chapada Gaúcha	70	315650 Rubelita
24	311640 Claraval	71	315830 Santana da Vargem
25	311650 Claro dos Poções	72	315895 Santana do Paraíso
26	311740 Conceição de Ipanema	73	315935 Santa Rita de Minas
27	311800 Congonhas	74	316050 Santo Antônio do Rio Abaixo
28	312110 Delfim Moreira	75	316090 São Brás do Suaçuí
29	312120 Delfinópolis	76	316160 São Geraldo da Piedade
30	312150 Desterro do Melo	77	316165 São Geraldo do Baixio
31	312380 Engenheiro Navarro	78	316240 São João da Ponte
32	312520 Fama	79	316257 São João do Manteninha
33	312570 Felixlândia	80	316294 São José da Barra
34	312580 Fernandes Tourinho	81	316295 São José da Lapa
35	312640 Fortuna de Minas	82	316310 São José da Varginha
36	312660 Francisco Dumont	83	316320 São José do Alegre
37	312735 Glaucilândia	84	316340 São José do Goiabal
38	312770 Governador Valadares	85	316410 São Pedro do Suaçuí
39	312890 Guimarânia	86	316430 São Roque de Minas
40	312900 Guiricema	87	316557 Senador Amaral
41	312930 Iapu	88	316600 Senhora de Oliveira
42	312960 Ibiaí	89	316660 Serra da Saudade
43	313050 Ilicínea	90	316740 Silvianópolis
44	313055 Imbé de Minas	91	316800 Taiobeiras
45	313100 Inhaúma	92	317115 Vermelho Novo
46	313130 Ipatinga	93	317180 Virginópolis
47	313160 Iraí de Minas		

Apêndice 6: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador gasto *per capita* na subfunção vigilância sanitária.

1	310040 Acaiaca	62	312880 Guidoval	123	315520 Rio Espera
2	310100 Águas Vermelhas	63	312890 Guimarânia	124	315550 Rio Paranaíba
3	310140 Albertina	64	312900 Guiricema	125	315600 Rio Vermelho
4	310190 Alpinópolis	65	312930 Iapu	126	315630 Rodeiro
5	310220 Alvarenga	66	312980 Ibirité	127	315650 Rubelita
6	310340 Araçuaí	67	313005 Icaraí de Minas	128	315733 Santa Cruz de Minas
7	310380 Arapuá	68	313020 Igaratinga	129	315750 Santa Efigênia de Minas
8	310430 Areado	69	313055 Imbé de Minas	130	315765 Santa Helena de Minas
9	310470 Ataléia	70	313100 Inhaúma	131	315830 Santana da Vargem
10	310530 Bandeira do Sul	71	313115 Ipaba	132	315860 Santana do Deserto
11	310630 Belo Oriente	72	313160 Iraí de Minas	133	315890 Santana do Manhuaçu
12	310760 Bom Jesus da Penha	73	313180 Itabirinha	134	315895 Santana do Paraíso
13	310780 Bom Jesus do Galho	74	313230 Itaipé	135	315910 Santana dos Montes
14	310790 Bom Repouso	75	313375 Itaú de Minas	136	315920 Santa Rita de Caldas
15	310830 Borda da Mata	76	313410 Itueta	137	315935 Santa Rita de Minas
16	310870 Brás Pires	77	313500 Jaguaraçu	138	315940 Santa Rita de Ibitipoca
17	310925 Bugre	78	313550 Jequeri	139	315950 Santa Rita do Itueto
18	311030 Caldas	79	313580 Jequitinhonha	140	316050 Santo Antônio do Rio Abaixo
19	311040 Camacho	80	313610 Joanésia	141	316090 São Brás do Suaçuí
20	311080 Campanário	81	313690 Juruaia	142	316095 São Domingos das Dores
21	311110 Campina Verde	82	313750 Lagoa Formosa	143	316105 São Félix de Minas
22	311130 Campo do Meio	83	313753 Lagoa Grande	144	316165 São Geraldo do Baixio
23	311180 Canápolis	84	313790 Lamim	145	316170 São Gonçalo do Abaeté
24	311220 Capela Nova	85	313800 Laranjal	146	316180 São Gonçalo do Pará
25	311240 Capetinga	86	313810 Lassance	147	316257 São João do Manteninha
26	311250 Capim Branco	87	313820 Lavras	148	316260 São João do Oriente
27	311300 Caraí	88	313830 Leandro Ferreira	149	316270 São João do Paraíso
28	311350 Carbonita	89	313835 Leme do Prado	150	316310 São José da Varginha
29	311380 Carmésia	90	313850 Liberdade	151	316340 São José do Goiabal
30	311400 Carmo da Mata	91	313865 Lontra	152	316360 São José do Mantimento
31	311460 Carrancas	92	313870 Luminárias	153	316380 São Miguel do Anta
32	311470 Carvalhópolis	93	314210 Miradouro	154	316430 São Roque de Minas
33	311480 Carvalhos	94	314370 Morro do Pilar	155	316443 São Sebastião da Vargem Al
34	311520 Conceição da Barra de Minas	95	314435 Naque	156	316447 São Sebastião do Anta
35	311535 Catas Altas	96	314450 Nazareno	157	316556 Sem-Peixe
36	311560 Cedro do Abaeté	97	314545 Olhos-d'Água	158	316560 Senador Cortes
37	311615 Chapada Gaúcha	98	314570 Oliveira Fortes	159	316600 Senhora de Oliveira
38	311640 Claraval	99	314587 Orizânia	160	316660 Serra da Saudade
39	311650 Claro dos Poções	100	314620 Ouro Verde de Minas	161	316670 Serra dos Aimorés
40	311670 Coimbra	101	314655 Pai Pedro	162	316690 Serrania
41	311740 Conceição de Ipanema	102	314750 Passabém	163	316695 Serranópolis de Minas
42	311790 Congonhal	103	314770 Passa Tempo	164	316730 Silveirânia
43	311800 Congonhas	104	314780 Passa-Vinte	165	316760 Simonésia
44	311810 Congonhas do Norte	105	314795 Patis	166	316770 Sobrália
45	311820 Conquista	106	314820 Patrocínio do Muriaé	167	316780 Soledade de Minas
46	312000 Córrego Novo	107	314840 Paulistas	168	316800 Taiobeiras
47	312010 Couto de Magalhães de Minas	108	314880 Pedra do Anta	169	316900 Tocantins
48	312110 Delfim Moreira	109	314995 Periquito	170	316910 Toledo
49	312120 Delfinópolis	110	315020 Piedade de Ponte Nova	171	316950 Tumiritinga
50	312150 Desterro do Melo	111	315053 Pingo-d'Água	172	317000 Ubaí
51	312220 Divinolândia de Minas	112	315060 Piracema	173	317005 Ubaporanga
52	312250 Dom Cavati	113	315130 Piraúba	174	317050 Urucânia
53	312260 Dom Joaquim	114	315180 Poços de Caldas	175	317060 Vargem Bonita
54	312380 Engenheiro Navarro	115	315213 Ponto Chique	176	317065 Vargem Grande do Rio Pardo
55	312520 Fama	116	315290 Pratápolis	177	317070 Varginha
56	312580 Fernandes Tourinho	117	315300 Pratinha	178	317115 Vermelho Novo
57	312640 Fortuna de Minas	118	315350 Alto Jequitibá	179	317180 Virginópolis
58	312733 Gameleiras	119	315400 Raul Soares	180	317190 Virgolândia
59	312735 Glaucilândia	120	315440 Ressaquinha	181	317220 Wenceslau Braz
60	312750 Gonzaga	121	315500 Rio Doce		
61	312810 Guapé	122	315510 Rio do Prado		

Apêndice 7: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador gasto *per capita* na subfunção vigilância epidemiológica.

1	310040 Acaiaca	46	313230 Itaipé
2	310190 Alpinópolis	47	313290 Itamogi
3	310220 Alvarenga	48	313410 Itueta
4	310700 Biquinhas	49	313550 Jequeri
5	310780 Bom Jesus do Galho	50	313610 Joanésia
6	310790 Bom Repouso	51	313665 Juatuba
7	310870 Brás Pires	52	313670 Juiz de Fora
8	310900 Brumadinho	53	313695 Juvenília
9	310925 Bugre	54	313835 Leme do Prado
10	310940 Buritizeiro	55	314130 Medeiros
11	311220 Capela Nova	56	314200 Mirabela
12	311240 Capetinga	57	314225 Miravânia
13	311270 Capitão Enéas	58	314420 Nacip Raydan
14	311400 Carmo da Mata	59	314440 Natércia
15	311410 Carmo de Minas	60	314510 Nova Resende
16	311420 Carmo do Cajuru	61	314535 Novo Oriente de Minas
17	311460 Carrancas	62	314770 Passa Tempo
18	311470 Carvalhópolis	63	314995 Periquito
19	311510 Cássia	64	315213 Ponto Chique
20	311535 Catas Altas	65	315300 Pratinha
21	311545 Catuji	66	315520 Rio Espera
22	311615 Chapada Gaúcha	67	315650 Rubelita
23	311640 Claraval	68	315830 Santana da Vargem
24	311650 Claro dos Poções	69	315895 Santana do Paraíso
25	311740 Conceição de Ipanema	70	315935 Santa Rita de Minas
26	311800 Congonhas	71	316050 Santo Antônio do Rio Abaixo
27	312110 Delfim Moreira	72	316090 São Brás do Suaçuí
28	312120 Delfinópolis	73	316160 São Geraldo da Piedade
29	312150 Desterro do Melo	74	316165 São Geraldo do Baixio
30	312380 Engenheiro Navarro	75	316240 São João da Ponte
31	312520 Fama	76	316257 São João do Manteninha
32	312570 Felixlândia	77	316294 São José da Barra
33	312580 Fernandes Tourinho	78	316295 São José da Lapa
34	312640 Fortuna de Minas	79	316310 São José da Varginha
35	312660 Francisco Dumont	80	316320 São José do Alegre
36	312735 Glaucilândia	81	316340 São José do Goiabal
37	312770 Governador Valadares	82	316410 São Pedro do Suaçuí
38	312890 Guimarânia	83	316430 São Roque de Minas
39	312900 Guiricema	84	316557 Senador Amaral
40	312930 Iapu	85	316600 Senhora de Oliveira
41	312960 Ibiaí	86	316660 Serra da Saudade
42	313050 Ilicínea	87	316740 Silvianópolis
43	313055 Imbé de Minas	88	316800 Taiobeiras
44	313100 Inhaúma	89	317115 Vermelho Novo
45	313160 Iraí de Minas	90	317180 Virginópolis

Apêndice 8: Municípios excluídos na análise da evolução do indicador gasto *per capita* na subfunção vigilância sanitária.

1	310010 Abadia dos Dourados
2	310220 Alvarenga
3	310350 Araguari
4	310370 Araponga
5	310500 Baldim
6	310925 Bugre
7	311550 Caxambu
8	311740 Conceição de Ipanema
9	311800 Congonhas
10	311900 Cordislândia
11	312780 Grão Mogol
12	312810 Guapé
13	313100 Inhaúma
14	313160 Iraí de Minas
15	314530 Novo Cruzeiro
16	314890 Pedra do Indaiá
17	315020 Piedade de Ponte Nova
18	315053 Pingo-d'Água
19	315570 Rio Piracicaba
20	316080 São Bento Abade
21	316240 São João da Ponte
22	316292 São Joaquim de Bicas
23	316295 São José da Lapa
24	316770 Sobrália