UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA - MESTRADO

CLEIDE TERESINHA DOS SANTOS

Financiamento público para a área da saúde em cidades gêmeas no estado do Paraná de 2000 a 2016

FOZ DO IGUAÇU
2018

CLEIDE TERESINHA DOS SANTOS

Financiamento público para a área da saúde em cidades gêmeas do estado do Paraná de 2000 a 2016

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADORA: Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto

Foz do Iguaçu
2018

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

SANTOS, CLEIDE TERESINHA DOS
Financiamento público para a área da saúde em cidades gêmeas no estado do Paraná de 2000 a 2016 / CLEIDE TERESINHA DOS SANTOS; orientador(a), Maria Lucia Frizon Rizzotto, 2018.
97 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2018.

1. Gestão em Saúde no SUS. 2. Financiamento Governamental. 3. Gastos em Saúde. 4. Áreas Fronteira. I. Frizon Rizzotto, Maria Lucia . II. Título.

SANTOS, C. T**. Financiamento Público do Sistema Único de Saúde em cidades gêmeas do estado do Paraná de 2000 a 2016.** 97 f**.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Maria Lúcia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2018. CLEIDE TERESINHA DOS SANTOS.

Aprovado em: 05 / 03 / 18

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Prof. Dra. Manoela de Carvalho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Dedico este trabalho a professora Drª Maria Lucia Frizon Rizzotto, pela motivação e apoio e principalmente por acreditar que eu sou capaz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Deus, seja o que for que alguém escolha acreditar, a Palavra de Deus confirma a existência de um povo especial, escolhido e que jamais perderá essa condição singular. Creio fazer parte do povo escolhido, sempre que clamei, ele me atendeu além do necessário... Emunah!

À professora Drª Maria Lucia Frizon Rizzotto, aquela estrela que você acompanha o brilho de longe e um dia Deus permite estar tão perto professora obrigada pela oportunidade, parceria, reflexões e aprendizado vivenciados. Sou sua fã.

À irmã amiga Lilian Welz, *meu anjo da guarda*, foi ela quem segurou na minha mão e me amparou para eu não ter que desistir do mestrado e conseguir manter minha filha cursando medicina. Desejo a você e aos seus a eterna proteção de Deus.

Às minhas filhas, Andressa Melissa e Andreise Aline, pela parceria nos bons e maus momentos que passamos juntas, pelas conquistas e vitórias. Andressa você já me superou como esposa, mãe e profissional. Andreise minha médica, você acreditou quando falei que todo sofrimento e dificuldade para estudar valeriam a pena. Muito obrigada a vocês. Acredito que *sempre foi Deus e nunca foi sorte.*

Às minhas netas, Larissa e Lívia pelo amor incondicional e Claudinei meu genro por cuidar bem delas quando não pude estar perto.

Ao Layon que me ajudou e muitas vezes, suportou meu mau humor nesse processo de mestrado. Desejo a você o melhor que vem de Deus.

À minha mãe por ser uma batalhadora e nos fazer fortes, e a toda minha família.

À professora Drª Manoela de Carvalho, sua simplicidade e beleza me inspira aos desafios, a Drª Ana Tereza Bittencourt Guimarães e Dr. Sebastião Caldeira, pelas excelentes contribuições, apoio e pelo aceite do convite para compor a banca examinadora.

Ao professor Drº Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque pelo aceite do convite para compor da banca.

Ao Dr Reinaldo e Nelma pelas contribuições e apoio sempre que precisei, vocês são essenciais neste processo. Obrigada de todo coração.

Com carinho e muita gratidão à professora MS. Regiane Bezerra Campos, seu esposo e filhos pelo incentivo, apoio incondicional e pelo suporte às minhas dificuldades me fazendo entrar e sair do mestrado. Obrigada Regi!

Em herança possuireis a sua terra, e eu vo-la darei para a possuirdes, terra que mana leite e mel: Eu sou o Senhor vosso Deus, que vos separei dos povos. "Ser-me-eis santos, porque eu, o Senhor, sou santo, e separei-vos dos povos, para serdes meus".

(Levítico 20.24,26)

SANTOS, C. T**. Financiamento Público do Sistema Único de Saúde em cidades gêmeas do estado do Paraná de 2000 a 2016.** 97 f**.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Maria Lúcia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2018.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde, criado em 1988, foi uma das principais conquistas da sociedade brasileira no século XX, no que se refere aos direitos sociais. Trata-se da maior política pública vigente, apesar dos inúmeros problemas não resolvidos nas suas três décadas de existência, entre eles, destacam-se problemas de acesso, de capacidade de gestão, de formação de recursos humanos, de organização regionalizada, de formação de redes e da falta de financiamento público. Em municípios de fronteira e em especial nas cidades gêmeas os problemas ganham novos contornos face ao livre trânsito de fronteiriços e a disparidade entre os sistemas de saúde dos diferentes países. Nas fronteiras, há especificidades que merecem ser analisadas uma vez que ali convivem diferentes sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social: a intensificação de fluxos decorrentes dessa integração gera novos desafios para os sistemas de saúde, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito à saúde nessas regiões. O presente trabalho tem como objetivo analisar a trajetória dos recursos e despesas públicas com ações e serviços de saúde em quatro cidades gêmeas no estado do Paraná no período de 2000 a 2016 e identificar como o problema do fronteiriço aparece nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, de natureza quantitativa e exploratória, desenvolvida a partir de dados secundários. A coleta de dados foi realizada no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, compreendendo a despesa total gasta com ações e serviços de saúde por grandes itens de despesas: Corrente e Capital e no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS, onde buscou-se informações sobre os instrumentos de planejamento e gestão do SUS: Plano Municipais de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. Os dados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos e analisados por meio da estatística descritiva simples**.** Os resultados mostraram um crescimento dos valores aplicados em ações e serviços de saúde ao longo do tempo, embora o crescimento não fora linear e nem homogêneo nos quatro municípios estudados, nota-se que Guaíra e Santo Antônio do Sudoeste apresentavam crescimento pequeno até 2015, com destaque em 2016 para o crescimento per capita de R$ 300,00 no município de Guaíra aproximando-se dos dados de Foz do Iguaçu e Barracão. Ao analisar os Instrumentos de planejamento do SUS (plano municipal de saúde e programação anual de saúde) não foi possível identificar limitações e fragilidades em termos de financiamento relativo às demandas nos serviços de saúde, visto que nestes documentos não constam dados específicos da população de fronteira. Verificou-se que a despesa corrente representa o valor sumário superior à despesa de capital com valor progressivo e contínuo na linha de tempo do estudo. Em termos da especificidade local evidenciou-se descontinuidade nos repasses específicos para áreas de fronteira e poucas informações nos Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS sobre o tema da fronteira.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Gastos em Saúde; Financiamento Governamental; Gestão em Saúde; Saúde na Fronteira; Áreas Fronteira.

SANTOS, C. T. **Public Financing of the Unified Health System in municipalities bordering Paraná from 2000 to 2016.** 97 f. Dissertation (Master in Public Health in the Region of Fronteira) - State University of the West of Paraná. Advisor: Maria Lúcia Frizon Rizzotto. Foz do Iguaçu, 2018.

ABSTRACT

The Unified Health System, created in 1988, was one of the main achievements of Brazilian society in the twentieth century, as far as social rights are concerned. It is the largest public policy in force, despite the many unresolved problems in its three decades of existence, for instance problems of access, management capacity, training of human resources, regional organization, training of networks and lack of public funding. In border municipalities and especially in twin cities, the problems are gaining new ground in the face of free border traffic and the disparity between health systems in different countries. At the borders, there are specifics that deserve to be analyzed since different political, monetary, security and social protection systems coexist there: the intensification of flows resulting from this integration creates new challenges for health systems, requiring specific policies aimed at ensuring the right to health in those regions. The present study aims to analyze the trajectory of resources and public expenditures with actions and health services in four twin cities in the state of Paraná from 2000 to 2016 and to identify how the border problem appears in the SUS planning and management instruments. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative and exploratory research, developed from secondary data. Data collection was performed in the Information System on Public Budgets in Health, comprising the total expenditure spent on health actions and services for large items of Current and Capital Expenditures and in the SUS Management Report Support System, where it sought information on SUS planning and management tools: Municipal Health Plan, Annual Health Program and Annual Management Report. Data were presented in the form of tables and graphs and analyzed using simple descriptive statistics. The results showed a growth of the values applied in actions and health services over time, it was verified that the current expense represents the summary value superior to the capital expense with progressive and continuous value in the study timeline. In terms of local specificity, there was a lack of continuity in specific transfers to border areas and little information in the Planning and Management Instruments of the SUS on the border issue.

Descriptors: Single Health System; Health Expenses; Government Financing; Health Management; Health at the Border; Border Areas.

SANTOS, C. T. **Financiamiento Público del Sistema Único de Salud en ciudades gemelas del estado de Paraná de 2000 a 2016**. 97 f. Disertación (Maestría en Salud Pública en Región de Frontera) - Universidad Estadual del Oeste de Paraná. Y en el caso de las mujeres. De la ciudad de Foz do Iguaçu, 2018.

RESUMEN

El Sistema Único de Salud, creado en 1988, fue uno de los principales logros de la sociedad brasileña en el siglo XX, en lo que se refiere a los derechos sociales. Se trata de la mayor política pública vigente, a pesar de los numerosos problemas no resueltos en sus tres décadas de existencia, entre ellos, se destacan problemas de acceso, de capacidad de gestión, de formación de recursos humanos, de organización regionalizada, de formación de recursos las redes y la falta de financiación pública. En los municipios fronterizos y en especial en las ciudades gemelas los problemas ganan nuevos contornos frente al libre tránsito de fronterizos y la disparidad entre los sistemas de salud de los diferentes países. En las fronteras, hay especificidades que merecen ser analizadas ya que allí conviven diferentes sistemas políticos, monetarios, de seguridad y de protección social: la intensificación de flujos derivados de esta integración genera nuevos desafíos para los sistemas de salud, exigiendo políticas específicas dirigidas a la garantía del medio ambiente derecho a la salud en dichas regiones. El presente trabajo tiene como objetivo analizar la trayectoria de los recursos y gastos públicos con acciones y servicios de salud en cuatro ciudades gemelas en el estado de Paraná en el período de 2000 a 2016 e identificar cómo el problema del fronterizo aparece en los instrumentos de planificación y gestión del SUS. Se trata de una investigación descriptiva, transversal, de naturaleza cuantitativa y exploratoria, desarrollada a partir de datos secundarios. La recolección de datos fue realizada en el Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos en Salud, comprendiendo el gasto total gastado con acciones y servicios de salud por grandes ítems de gastos: Corriente y Capital y en el Sistema de Apoyo al Informe de Gestión del SUS, donde buscó - información sobre los instrumentos de planificación y gestión del SUS: Plan Municipales de Salud, Programación Anual de Salud e Informe Anual de Gestión. Los datos fueron presentados en forma de tablas y gráficos y analizados por medio de la estadística descriptiva simple. Los resultados mostraron un crecimiento de los valores aplicados en acciones y servicios de salud a lo largo del tiempo, aunque el crecimiento no fuera lineal y ni homogéneo en los cuatro municipios estudiados, se nota que Guaíra y Santo Antônio do Sudoeste presentaban crecimiento pequeño para 2015, destaca en 2016 para el crecimiento per cápita de R $ 300,00 en el municipio de Guaíra aproximándose a los datos de Foz do Iguaçu y Barracão. Al analizar los instrumentos de planificación del SUS (plan municipal de salud y programación anual de salud) no fue posible identificar limitaciones y fragilidades en términos de financiamiento relativo a las demandas en los servicios de salud, ya que en estos documentos no constan datos específicos de la población de frontera . Se verificó que el gasto corriente representa el valor sumario superior al gasto de capital con valor progresivo y continuo en la línea de tiempo del estudio. En términos de la especificidad local se evidenció discontinuidad en los traspasos específicos para áreas de frontera y pocas informaciones en los Instrumentos de Planificación y Gestión del SUS sobre el tema de la frontera.

Descriptores: Sistema Unico de Salud; Gastos en Salud; Financiamiento Gubernamental; Gestión de la salud; Salud en la Frontera; Areas fronterizas.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSS	Contribuição à Seguridade Social
DEM	Democratas
DESID	Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FSE	Fundo Social de Emergência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MF	Ministério da Fazenda
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF	Ministério Público Federal
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Per capita da Atenção Básica
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDT	Partido Democrático Trabalhista

PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PF	Polícia Federal
PFL	Partido da Frente Liberal
PGR	Publicação de Portaria Conjunta
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PlanejaSUS	Planejamento do SUS
PLOA	Projeto de Lei Orçamentário Anual
PLP	Projeto de Lei por iniciativa Popular
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPB	Partido Progressista Brasileiro
PPP	Parceria Público-Privada
PR	Paraná
PS	Plano de Saúde
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQ	Relatório Detalhado do Quadrimestre
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS-Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SISPACTO	Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCU	Tribunal de Contas da União
TRF	Tribunal Regional Federal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	População ano das cidades gêmeas do estado do Paraná.....	56
Figura 2	Evolução da despesa corrente em per capita nas cidades gêmeas do Paraná de 2000 a 2016.....	61
Figura 3	Porcentagem de investimento em ações e serviços de saúde por esfera de governo de 2002 a 2016.....	68
Figura 4	Per capita dos recursos repassados por meio do programa Saúde do Viajante para as cidades gêmeas 2015 a 2016.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características das cidades gêmeas do Paraná, segundo indicadores municipais de território, demografia, serviços de saúde e repasse de recursos do piso de Atenção Básica, diferentes períodos..... 54

Tabela 2 Demonstrativo da população das cidades de Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão no período de 2000 a 2016..... 56

Tabela 3 Partidos políticos na gestão municipal, segundo o período e cidades gêmeas..... 58

Tabela 4 Despesas Correntes e per capita nas cidades gêmeas do Paraná no período de 2000 a 2016..... 60

Tabela 5 Evolução do total de despesas com saúde, por Grupo de Despesa, em Foz do Iguaçu de 2000 a 2016..... 62

Tabela 6 Evolução do total de despesas com saúde, por Grupo de Despesa, em Guaíra de 2000 a 2016..... 64

Tabela 7 Evolução do total de despesas com saúde, por Grupo de Despesa, em Santo Antônio do Sudoeste de 2000 a 2016..... 65

Tabela 8 Evolução do total de despesas com saúde, por Grupo de Despesa, em Barracão de 2000 a 2016..... 66

Tabela 9 Valores absolutos recebidos pelas cidades gêmeas dos programas Compensação de Especificidades Regionais, Sisfronteira e Saúde do Viajante. 2000 a 2016..... 70

Tabela 10 Mediana, mínimo e máximo das variáveis analisadas das cidades de Barracão, Foz do Iguaçu, Guaíra e Santo Antônio do Sudoeste, nos anos de 2002 a 2016. P-valor do teste de Friedman*..... 75

Tabela 11 Mediana, mínima e máxima das variáveis analisadas das cidades de Barracão, Foz do Iguaçu, Guaíra e Santo Antônio do Sudoeste, nos anos de 2002 a 2016. P-valor do teste de Friedman*..... 77

Tabela 12 Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) segundo ano e cidades fronteiriças do estado do Paraná..... 80

..

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
2 OBJETIVOS 23
2.1 OBJETIVO GERAL 23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 23
3 REFERENCIAL TEÓRICO 24
3.1 O ESTADO E SEU PAPEL NA SOCIEDADE 24
3.2 POLÍTICAS SOCIAIS - ATRIBUIÇÕES DO ESTADO 24
3.3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL 31
3.4 INSTRUMENTOS DE GESTÃO FISCAL 37
3.5 O ORÇAMENTO PÚBLICO E O FINANCIAMENTO DESCENTRALIZADO DO SUS: UMA VISÃO GERAL DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E SUAS FINALIDADES 39
3.6 PLANEJAMENTO DO SUS – INSTRUMENTOS DE GESTÃO 42
3.7 O FINANCIAMENTO EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA 44
3.7.1 Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras 46
3.7.2 Compensação de Especificidades Regionais 47
3.7.3 Programa saúde do viajante 48
4 PERCURSO METODOLÓGICO 50
4.1 TIPO DE PESQUISA 50
4.2 CAMPO DE PESQUISA 50
4.3 FONTE DE DADOS 50
4.4 COLETA DE DADOS 51
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS 51
4.6 ASPECTOS ÉTICOS 52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 54
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS OBJETO DO ESTUDO 54
5.2 REPRESENTAÇÕES POLÍTICA DA GESTÃO MUNICIPAL DAS CIDADES GÊMEAS DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2000 A 2020 58
5.3 FINANCIMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NAS CIDADES GEMEAS DO PARANÁ 59
5.3.1 Despesas correntes e gasto per capita em saúde nas cidades gêmeas do paraná

no período de 2000 a 2016 59
5.3.2 Despesas Correntes e de Capital do município de Foz do Iguaçu **63**
5.3.3 Despesas Correntes e de Capital do município de Guaíra **64**
5.3.4 Despesas Correntes e de Capital do município de Santo Antônio do Sudoeste .. **65**
5.3.5 Despesas Correntes e de Capital do município de Barracão **66**
5.3.6 Investimento público em saúde pelas três esferas de governo **68**
5.3.7 Recursos para a saúde de programas específicos para cidades fronteiriças ou com especificidades regionais **70**
5.3.8 Indicadores municipais analisados nas cidades gêmeas do Paraná **74**
5.3.9 O problema do Fronteiriço nos Instrumentos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde 79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS **84**
REFERÊNCIAS **86**

1 INTRODUÇÃO

Nos anos de 1970, quando o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) dava seus primeiros passos e a saúde passou a ter centralidade para um conjunto de pessoas e movimentos populares, a saúde pública ganhou amplitude política e sustentação teórica não só no Brasil, mas também na América Latina. A principal conquista do MRS foi a transição da saúde de benefício social previdenciário para um direito social garantido na Carta Constitucional de 1988, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUES, 1994).

Contudo, o desafio em implementar um sistema de saúde equânime, integral, universal e com ampla participação social, num país de ampla dimensão territorial e desigualdades sociais como o Brasil, constituiu-se em uma tarefa complexa, sobretudo pela disputa sobre os caminhos que deveria tomar em seu processo de implantação e organização. (LIMA, 2000; SANTOS, 2007, 2012). A proteção à saúde inserida no âmbito da seguridade social (saúde, previdência e assistência) ganhou espaço próprio, porém, os debates de uma ampla reforma administrativa do Estado essencial para a gestão do SUS mantiveram-se silenciosos (SANTOS, 2012).

Entre os persistentes desafios do SUS, mantêm-se em destaque a necessidade de expansão, a qualificação e regionalização do sistema, bem como a garantia de um financiamento público estável e suficiente para suprir as necessidades de universalização do acesso às ações e serviços de saúde de toda a população (SILVA, 2011).

Nesse sentido, o financiamento do SUS para custear as despesas com ações e serviços públicos em saúde é legalmente previsto e deve ser realizado pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, definindo seus percentuais na Emenda Constitucional (EC) nº 29 de 2000 que estabeleceu o financiamento tripartite do SUS: União, Estados e Municípios (BRASIL, 1990a; 2000a, 2000b). Portanto, o financiamento e o planejamento da gestão são objetos de grande parte do arcabouço legal do SUS, indicando processos e métodos de formulação, e são requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria dos órgãos de controle do SUS (BRASIL, 2009a).

Nesse contexto, os recursos financeiros disponibilizados para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem estar previstos nos instrumentos de gestão fiscal: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual

(LOA), sendo necessária a compatibilização dos recursos financeiros aos instrumentos de planejamento da gestão do SUS: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL, 1990a).

A Programação Anual de Saúde (PAS) deve representar o "caminho adiante" e deveria coincidir com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano. O propósito da PAS é determinar as ações a serem desenvolvidas para concretizar os objetivos definidos nos Planos de Saúde, que devem estar em consonância com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual (BRASIL, 2008a).

A PAS deve ser o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS e deve contemplar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Os resultados decorrentes da PAS compõem o terceiro instrumento proposto, o Relatório Anual de Gestão (RAG).

De acordo com o manual Sistema de planejamento do SUS, RAG configura-se num insumo privilegiado, pois além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral do Plano, registrando avanços obtidos, os obstáculos encontrados e as medidas a serem desencadeadas para solucionar (BRASIL, 2016).

Por conseguinte, a descentralização de ações e de serviços de saúde para as esferas estaduais e municipais implicou na transferência de responsabilidades para estes níveis de governo, tornando os municípios administradores do sistema de saúde local, compelindo-os a estruturarem-se política e administrativamente para os novos compromissos voltados às suas especificidades, com isso, um dos desafios instituídos passou a ser o de compatibilizar uma escala adequada de prestação de serviços para os problemas locais de saúde (MULLER, 2010; LIMA et al., 2015).

Apesar de os gestores municipais administrarem o sistema de saúde local, os municípios enfrentam dificuldades justamente por não contarem com estruturas administrativas suficientes, por sofrerem com ausência de técnicos e recursos humanos e, principalmente, pela dificuldade com o financiamento dos serviços (LIMA et al., 2015).

Segundo Santos (2010, p. 31) "o SUS já vem 'tirando água das pedras' apesar das autoridades econômicas afirmarem que sempre é possível fazer mais com menos". Ao longo do tempo observou-se uma retração dos gastos federais com saúde e um aumento dos gastos dos municípios, o que tem resultado em discurso recorrente dos gestores

municipais do sistema sobre a falta de repasse de recursos federais e do subfinanciamento do SUS.

A discussão sobre financiamento se amplia e se complexifica quando se trata de municípios em região de fronteira internacional, diante do aumento da demanda de serviços de saúde por estrangeiros e da ausência de políticas específicas para essas regiões, mostrando a necessidade de implementar estratégias de carácter público e cooperação internacional visando o acesso universal e integral aos serviços públicos de saúde nessas regiões (LIMA et al., 2015; OLIVEIRA, 2006; GIOVANELLA et al., 2007; LEVINO; CARVALHO, 2011). Visto que as faixas territoriais de cada lado do limite internacional são caracterizadas por interações próprias, perceptíveis na escala local/regional, mas frequentemente alijadas do debate nacional (LEMÕES, 2012).

O Brasil tem uma faixa de fronteira terrestre de 15.719 quilômetros, o que corresponde a aproximadamente 27% do território nacional, com cerca de 10 milhões de habitantes. Nela estão sediados 588 municípios, em 11 Estados (Amapá, Pará, Amazonas, Roraima, Acre, Rondônia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) que bordeiam 10 países da América do Sul, onde são identificadas simetrias e assimetrias próprias destes espaços territoriais (LEMÕES, 2012).

A faixa de fronteira do Paraná é composta por 139 municípios e devido à sua posição geográfica, compartilha fronteiras com dois países-membros do Mercosul, o Paraguai e a Argentina, ocupando o segundo lugar como estado brasileiro que mais compartilha cidades de fronteira (18 municípios no total) (ALBUQUERQUE, 2009). Dentre essas cidades, quatro se caracterizam como cidades gêmeas: Foz do Iguaçu, Guaíra, Barracão e Santo Antônio do Sudoeste, apresentando o grau máximo de interação binacional na região de fronteira (BRASIL, 2005). Nesse sentido, o Ministério da Integração Nacional define como cidades gêmeas aqueles municípios separados apenas pela linha de fronteira de cidades pertencentes ao país vizinho formando aglomeração urbana (BRASIL, 2015).

As interações transfronteiriças não se desenvolvem somente no sentido econômico, elas envolvem todo um conjunto de interações materiais e imateriais, culturais e identitárias, pois são vinculadas umas às outras justamente porque elas são estabelecidas por transfronteiriços que em sua realidade cotidiana atuam de forma relacional num conjunto socioterritorial (FERRARI, 2013).

Apesar das profundas diferenças sociais e econômicas que permeiam os países sul-americanos, a contiguidade geográfica e a proximidade histórica e cultural dos Estados Nacionais da região facilitam os fluxos migratórios entre eles. As diferentes oportunidades nos países de origem e destino, as condições macroeconômicas e o tamanho e alcance das redes sociais são fatores decisivos para a intensificação das migrações. Além disso, acordos regionais com formação de blocos econômicos facilitam o fluxo, os quais em geral são dirigidos ao Brasil (BRASIL, 2009b), sendo que a maior parte deles se relaciona à busca por serviços de saúde e, secundariamente, por serviços de educação (BRASIL, 2005).

Com o aumento dessa integração comercial entres os países-membros dos blocos, como o caso do Mercado Comum do Sul (Mercosul), aspectos sociais têm sido levantados e estudados. Isso porque as políticas de saúde e a forma de organização dos sistemas de saúde dos países integrantes apresentam cenários diferenciados, o que dificulta as iniciativas de integração, bem como a forma de organização dos sistemas de saúde pública (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010; GIOVANELLA et al., 2007).

Astorga (2004) já indicava a necessidade de formalização de sistemas de colaboração entre Brasil, Argentina e Paraguai (membros do Mercosul), de forma a assegurar para a população a atenção aos problemas de saúde que representam uma urgência vital. Embora as relações entre os países estejam reguladas pelos níveis centrais dos governos nacionais, existe um conjunto de ações que podem ser materializadas em nível local.

Na prática, os sistemas de saúde nestas regiões já se comunicam de maneiras diversas na informalidade, por exemplo, quando os indivíduos atravessam a fronteira em busca de serviços não oferecidos e/ou de melhor qualidade, se comparados com os disponíveis onde residem, o que gera situações muitas vezes ainda vistas como inapropriadas (GALLO; COSTA, 2004). Os aparatos de controle dos Estados tendem a restringir estes movimentos e a comprometer a eficiência das relações transfronteiriças. Porém, com tais restrições, os legisladores são confrontados com temas complexos que merecem atenção de modo a estabelecer medidas justas (BRASIL, 2005).

Questões que envolvem origens sociais e aspectos de cooperação, no campo dos sistemas de saúde, têm sido incorporadas progressivamente à agenda política dos governantes dessas áreas. Quando se analisa o atendimento no âmbito da saúde pública nas regiões de fronteira, emergem tópicos relacionados ao direito à saúde, o qual, por sua vez,

remete a peculiaridades quanto à nacionalidade e à cidadania social (GIOVANELLA et al., 2007).

De acordo com Antunes (2012), Foz do Iguaçu, Guaíra, Barracão e Santo Antônio do Sudoeste são municípios que podem ser usados como instrumento analítico, econômico e político da integração entre países, pois possibilita o fortalecimento dos acordos. Os quatro confirmam sua importância econômica e estratégica na fronteira, e suas relações de laços políticos, econômicos e sociais com suas vizinhas fronteiriças (MARQUEZINI, 2010).

Assim, definiu-se as seguintes perguntas de pesquisa: qual a trajetória do financiamento público para a área da saúde nestes municípios a partir da criação da Emenda Constitucional 29 de 2000? Como os gestores e a sociedade local explicitam nos instrumentos de planejamento os problemas relacionados a saúde na fronteira? Considera-se relevante analisar o financiamento público da saúde em municípios fronteiriços, tendo em vista a possibilidade de conhecer melhor essa realidade e fornecer subsídios e elementos para políticas públicas dirigidas a esses municípios.

A hipótese é de que a Emenda Constitucional 29/2000 representou um importante avanço na definição dos gastos com saúde, mas o subfinanciamento crônico do sistema e a não inclusão da atenção à saúde do fronteiriço no planejamento local e nos espaços de decisão se constituem em desafios a serem enfrentados pelas gestões locais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a trajetória dos recursos e despesas públicas com ações e serviços de saúde em quatro cidades gêmeas no estado do Paraná no período de 2000 a 2016 e identificar como o problema do fronteiriço aparece nos instrumentos de gestão do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I. Apresentar o gasto total com ações e serviços públicos de saúde por grupo de natureza de despesa (corrente e capital) nas cidades gêmeas do Paraná no período de 2000 a 2016;

II. Identificar o valor per capita de recursos gasto em ações e serviços de saúde nas cidades gêmeas do estado do Paraná no período de 2000 a 2016;

III. Analisar o repasses de recursos federal e estadual específicos de fronteira para as cidades gêmeas do estado do Paraná;

IV. Verificar no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do Sistema Único de Saúde a disponibilidade dos instrumentos Legais de planejamento Municipal do SUS e a previsão de ações voltados à integração e atenção à saúde dos fronteiriços no período de 2000 a 2016.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O ESTADO E SEU PAPEL NA SOCIEDADE

O Estado é uma figura abstrata criada pela sociedade, originou-se da vontade de preservação desses interesses ou bem comum, posto que a sociedade não detinha os mecanismos necessários para promover a paz e o bem-estar de seus membros (SILVA, 2005). Assim, a única forma de preservação do bem comum foi a delegação de poder a um único centro, o Estado. Também podemos entender que o Estado é uma sociedade política criada pela vontade de unificação e desenvolvimento do homem, com intuito de regulamentar, preservar o interesse público (CANOTILHO, 1993).

O Estado, em sentido de sociedade política permanente, surgiu no século XVI, na obra o Príncipe, de Maquiavel, definido como "as comunidades formadas pelas cidades-estado". Maquiavel foi o primeiro escritor político a empregar a palavra com a acepção que hoje lhe damos (MANTOVANI, 2009).

Estado é uma instituição presente nas políticas públicas aplicada na vida cotidiana das pessoas. Definido como unidade administrativa de um território, formando o conjunto de instituições públicas (governo, escolas, prisões, hospitais públicos, exército, dentre outras), que representam, organizam e buscam atender os anseios da população que habita o seu território. Neste caso, o governo seria apenas uma das instituições que compõem o Estado, com a função de administrá-lo, possui três elementos constitutivos, sendo que a falta de qualquer elemento descaracteriza a formação do Estado (MALUF, 1998).

3.2 POLÍTICAS SOCIAIS - ATRIBUIÇÕES DO ESTADO

As políticas sociais referem-se também às ações, (determinadas pelo padrão de proteção social implementado pelo Estado), dirigidas, em princípio, para a distribuição dos benefícios sociais, visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento econômico (SANTOS, 2012). Constituem-se em um conjunto de decisões, planos, metas e ações governamentais, seja a nível nacional, estadual ou municipal, voltadas para a resolução de problemas de interesse público que podem ser específicos, como a construção de uma ponte, ou gerais, como melhores condições na

saúde pública (BRASIL, 2014).

A política social é uma forma de intervenção do Estado na realidade, meio pelo qual ele operacionaliza ações indispensáveis para a manutenção da reprodução do capita, ou seja, atendendo às aspirações do capital (SAES, 1994). As políticas sociais acompanham o desenvolvimento do capitalismo interno dos países – junto às suas relações mundiais – e se realizam de maneiras diferentes em países de capitalismo central e em países periféricos. Em geral, observa-se nos países capitalistas periféricos que em momentos de grande expansão do capitalismo, as políticas sociais diminuem e, em momentos de recessão, aumentam.

As políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público (BRASIL, 2005).

Teixeira (2002, p. 2) afirma que as políticas públicas são compostas por "[...] diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado".

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2014a), no Brasil, os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde pública, estão consolidados na Constituição Federal de 1988, e concretizam-se na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais, transformados, na Carta Magna, em direito à saúde; o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas, econômicas e sociais que reduzam riscos e agravos à saúde.

As políticas de saúde integram o campo de ação social do Estado que orientam para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica, em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (HOFLING, 2001).

A sociedade brasileira há pouco mais de três décadas tem experimentado um processo de democratização do país que ousou sonhar a saúde como direito de todos e

dever do Estado. Desde então, observaram-se avanços: milhões de brasileiros, que antes não tinham nenhum tipo de acesso aos cuidados com saúde, hoje o têm, muito embora o sistema apresente problemas de toda ordem, especialmente com relação às desigualdades na distribuição geográfica da oferta de serviço e dificuldades de acesso enfrentadas pela população (BRASIL, 2011).

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se, desde 1988, conforme a Constituição Federal, pelos princípios de universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um SUS no território nacional. A Constituição, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, à saúde e à assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BERTOLLI, 2008). Ainda para esse autor, as políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seus impactos sobre a situação existente devem ser permanentes.

O SUS é resultante de uma política pública que vem sendo construída ao longo dos anos no Brasil, com a intenção de tornar-se um sólido sistema de saúde que preste bons serviços à população brasileira, com forte ênfase à descentralização e na municipalização das ações de saúde. Este processo de descentralização ampliou o contato de gestores e profissionais da saúde com a realidade social, política e administrativa do país, o que possibilitou que fossem evidenciadas, com maior clareza, as diferenças regionais e, com isso, fosse incentivada uma mais complexa organização de rede de serviços que atendesse às diferentes necessidades dos brasileiros (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006).

Piola (2012) aponta os principais embriões para a criação do SUS na década de 1970 e 1980, quando a exclusão de parcela da população do acesso a bens e serviços públicos era bastante significativa.

A criação do SUS articulou-se com a noção de que a saúde é um elemento da estrutura básica da sociedade, cujos efeitos sobre as capacidades cognitivas, morais e éticas do cidadão são profundos e duradouros e, por isso, compõem o conceito de justiça distributiva. A pretensão constitucional de que a racionalidade distributiva deva ser o modelo de desenvolvimento nacional está expressa no princípio da universalidade de acesso ao SUS e deve pautar a atuação dos poderes instituídos (PIOLA, 2012; MENEZES,

2016).

Na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) a saúde foi inscrita como direito de todos e dever do Estado, que deve ser "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, p. 3). Além da universalidade, a CF/1988 estabeleceu entre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade da atenção e a descentralização das ações. Adicionalmente, a Lei 8.080/1990, que regulamentou o SUS, estabeleceu a diretriz de igualdade no atendimento. Assim, o SUS deveria ser implantado de modo descentralizado visando à universalidade, integralidade e equidade. Também cabe destacar que tanto as ações e serviços públicos de saúde, como os serviços privados ou contratados que integram o SUS devem obedecer às diretrizes constitucionais. A política de saúde no Brasil compreende a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e, mais ainda, compreende a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância).

É a partir da nova Constituição da República, então, que as várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias, foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), as Normas Operacionais editadas em 1991, 1993 e 1996, além do Decreto 7.508, de 2011(BRASIL, 2014a).

As Leis Federais nº 8.080 e 8.142, de 1990, regulamentaram as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Tais normas: a) definiram as atribuições dos diferentes níveis de governo; b) estabeleceram responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; c) regulamentaram o financiamento e os espaços de participação popular; e d) formalizaram o entendimento da saúde como área de "relevância pública" e a relação do poder público com as entidades privadas, baseada nas normas do direito público, dentre outros princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2012).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 93 procurou restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhado. Instituiu níveis progressivos de gestão local do SUS e estabeleceu um conjunto de estratégias que consagrou a descentralização político-administrativa na saúde. Também definiu diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender

das competências de cada gestor) e consagrou ou ratificou os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) (BRASIL, 1993).

A partir de 1994, observou-se um movimento para implementar a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio, inicialmente, do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que visasse mudar o modelo assistencial vigente, com predomínio de atendimento emergencial ao doente em grandes hospitais e em pronto atendimentos, para um outro, em que a família fosse o objeto central de atenção, no ambiente em que vive, permitindo, com isso, uma compreensão ampliada, por todos os envolvidos, do processo saúde doença.

Hoje, a ESF inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (SILVA JUNIOR, 2006).

A NOB/96 apontou para uma reordenação e aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde, na medida em que propõe consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), reafirma a importância do financiamento adequado, enquanto um dos instrumentos cruciais para a construção do sistema. Pela NOB/96 o financiamento do SUS deve contar na esfera estadual com os recursos advindos do Tesouro e dos transferidos pelo governo federal, e na municipal com recursos do seu tesouro e dos transferidos pelos governos federal e estadual (MENDES; SANTOS, 2000).

Já a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de 2001, preconizou a regionalização através da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que tinha como objetivo garantir o acesso aos serviços de saúde mais próximos às microrregiões. Foi o instrumento que ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica à saúde, porta de entrada ao Sistema, e que organizou os demais níveis de atenção secundário e terciário (BRASIL, 2001).

O processo de regionalização do SUS, a partir da NOAS, se deu com base em

avaliações de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais, estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços (BRASIL, 2001). Porém, veremos a seguir, que com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) - Pacto pela Saúde, a NOB/96 acabou sendo revogada e só valia para os municípios que não tinham assinado o TCG, ou seja, ou era a NOB/96 ou o Pacto pela Saúde, dependendo da assinatura ou não por parte do ente federativo, recentemente, porém, entrou em vigor o Decreto de Lei 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde em 2006 e de sua revisão anual, com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase às necessidades de saúde da população, o que implicou o exercício simultâneo de definição das prioridades articuladas e integradas dos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (prioridades estas expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006) (IDISA, s/a).

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. São prioridades do Pacto pela Vida: 1) Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com vistas à atenção integral; 2) Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; 3) Reduzir a mortalidade materno-infantil, neonatal e infantil por doenças diarreicas e por pneumonias; 4) Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e às endemias; 5) Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase à adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo; e 6) Consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006).

Já o Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, com o intuito de reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governos, e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social, que envolve o conjunto da sociedade brasileira, extrapola os limites do setor e se vincula ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, e tem o financiamento público da Saúde como um dos pontos centrais. Suas prioridades: 1) Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a Saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; 2) Alcançar em curto prazo a regulamentação da EC 29/2000 pelo Congresso Nacional; 3) Garantir em longo prazo o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a Saúde; 4) Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, com o compromisso explícito de cada uma delas; e 5) Elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (CARVALHO et al., 2012).

O Pacto de Gestão, por sua vez, estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê e, desse modo, contribuir para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental com muitas diferenças e iniquidades regionais. Além de definir diretrizes nacionais, porém, é necessário avançar mais na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e de uma diversidade operativa que respeitem as singularidades regionais (LIRA, 2013).

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da Saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social, com o compromisso de apoio à qualificação deste (BRASIL, 2006).

Explicita, também, as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra o financiamento federal em grandes blocos e estabelece relações contratuais entre os entes federativos, quais sejam: 1) definir de forma

inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS – federal, estadual e municipal –, com a superação do atual processo de habilitação; e 2) estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase à descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde (LOPES, 2017).

Na adesão ao Pacto, os gestores assinam em conjunto o Termo de Compromisso, no qual constam, nos eixos prioritários, as metas a serem atingidas anualmente ou bianualmente. Para tanto, criou-se um sistema informatizado de monitoramento, o Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO), que contém os indicadores e metas atingidas no ano anterior e as pactuadas para o ano seguinte, tais como: coeficiente de mortalidade infantil, cobertura da ESF, proporção de internação por complicação de diabetes, proporção de sete consultas ou mais de pré-natal e cobertura de primeira consulta odontológica programática, entre outros, como mais um esforço para traduzir, na prática, as grandes diretrizes do SUS construídas ao longo de muitos anos (BRASIL, 2015b, 2015c).

O SUS tem construído uma rede de serviços ao longo de sua história com muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido dos gestores do SUS um movimento constante de mudanças pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter-se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e de enorme complexidade (BRASIL, 2006).

Por isso é que sem a atuação concreta dos gestores municipais do controle social e, principalmente, do aperfeiçoamento do trabalho de cada equipe, o SUS permanecerá “no papel”, sem ter seu lugar realmente transformador no cuidado aos brasileiros. Este é o desafio ao se pensar o SUS como política. Não uma abstração, mas um conjunto de ações concretas capazes de transformar, para melhor, a vida das pessoas (MENDES, 2011).

3.3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Nos anos de 1960 e 1970, o sistema de saúde brasileiro era fortemente segmentado e excludente. Nessa época, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde ou disputava os poucos recursos dos orçamentos públicos destinados ao Ministério da Saúde (MS) e secretarias de saúde de estados e municípios ou dependia de

recursos provenientes da caridade e de serviços prestados por entidades religiosas ou filantrópicas (PIOLA, 2012).

Entretanto, a partir dos anos de 1990, é que a reivindicação de estados e municípios em relação ao financiamento se iniciou, com a Lei Orgânica do SUS, que determinou sua criação e, principalmente, da Lei Federal nº 8.142, de 1990 que trata das transferências de recursos no âmbito do SUS. Além disso, os poucos recursos públicos disponíveis para a saúde, aquela época, estavam amplamente centralizados no MS que, por sua vez, atuava principalmente no campo da vigilância à saúde, em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária. Ainda na década de 1970 e até meados dos anos de 1980, houve apenas algumas iniciativas para levar serviços de saúde à população mais desassistida, entre as quais o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (CARVALHO, 2010).

Até 1988, o MS participava com menos de 20% dos recursos federais destinados ao financiamento da saúde no país (BRASIL, 2011). A maior parte desses recursos era proveniente da seguridade social e mais de 80% deles estavam vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Além disso, em torno de 70% dos recursos públicos estavam centralizados no governo federal. Dessa forma, no campo do financiamento à saúde, estava posto o imenso desafio de redirecionar parcela significativa desses recursos para ampliar a cobertura de ações e serviços de saúde para toda a população brasileira. Claramente, isso implicaria não só um redirecionamento de recursos, mas, também, sua ampliação. Além disso, para pôr em prática o princípio constitucional da descentralização, era necessário ampliar a participação de estados e municípios no financiamento do SUS e transferir para a gestão de estados e municípios recursos até então majoritariamente administrados pelo governo federal (BRASIL, 2011).

Foi com a Constituição Federal de 1988, portanto, que a saúde passou a fazer parte da seguridade social, estabelecendo-se que ela deveria ser financiada com recursos de contribuições sociais asseguradas nos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. No governo federal, esses recursos seriam repartidos entre a Previdência, à Assistência Social e a Saúde e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do Artigo 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o

seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que deveria definir, a cada ano, qual o percentual a ser destinado à saúde. Ressalte-se que a Constituição ampliou não só o direito à saúde, mas também estabeleceu novos direitos em outros campos da seguridade social. Por exemplo, no caso da Previdência Social ampliou o direito à aposentadoria rural e, no campo da Assistência, estabeleceu o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (BRASIL, 2011).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (CONASEMS, 2014) em 1994, ocorreu a primeira grande crise do financiamento do SUS, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) assumiu publicamente que reteria para o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) os recursos da saúde, ante a insuficiente caixa da Previdência para custear benefícios previdenciários, que, de outra forma, teriam que ser cobertos com recursos do Tesouro Nacional. Na ocasião, o Procurador-Geral da República interveio em resposta à representação de entidades para apurar possível violação de direito fundamental, pelo constrangimento orçamentário na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). A solução engendrada pelo governo foi um empréstimo junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para o Ministério da Saúde, pago com recursos do orçamento da saúde (2 bilhões de dólares), por dívida gerada pelo MPAS (CONASEMS, 2014).

Esse desrespeito ao pacto social de 1988 começou com a inclusão de despesas não próprias da saúde, como inativos, alimentação, saneamento, merenda escolar, assistência médica e odontológica dos servidores federais, que reduziram os 30% do orçamento da seguridade social, previstos no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e nas leis de diretrizes orçamentárias (LDO), de 1989 a 1993, em 20% (CONASEMS, 2014).

Na época, pretendia-se rebaixar o gasto per capita brasileiro da saúde de 80 dólares para 38 dólares anuais, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizava o mínimo de 250 dólares e os países desenvolvidos aplicavam mais de mil dólares. Somente após a instauração de inquérito civil público federal contra a União, os repasses voltaram a ser realizados (CONASEMS, 2014).

Assim, também, no ano de 1994, o Fundo Social de Emergência (FSE) que estava sendo criado em razão do Plano de Estabilização do Governo, antes mesmo de ter sido aprovado por Emenda Constitucional, para subtrair 20% do total das receitas da seguridade social, teve vigência por Medida Provisória, com retenção de 50% dos recursos da saúde,

deixando-a em estado de insolvência. Essa foi, aliás, a origem da perversa Desvinculação de Receitas da União (DRU), que, desde então, tem sido "perpetuada" sob o título de "provisória" há mais de duas décadas, com variação de nomes e artigos inseridos nos atos das disposições constitucionais transitórias (ADCT). São oito emendas, sempre defendidas pelos sucessivos governos como "temporárias" e "excepcionais", desde 1994 (CONASEMS, 2014).

Apesar de existir a Lei, a saúde não foi beneficiada com recursos da seguridade social e passou a ser vítima de um subfinanciamento crônico, que colocou em risco o próprio sistema. Desde então, começaram a prosperar iniciativas parlamentares para assegurar a vinculação de recursos para o SUS. Algumas mais gerais, por incluírem vinculação de recursos nas três esferas de governo, outras mais restritas, como a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997. A primeira, de caráter mais geral, foi apresentada em junho de 1993 como Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169/1993. As diversas outras proposições apresentadas, entre 1993 e 1999, foram aglutinadas, dando origem à EC nº 29 de 2000 (BRASIL, 2005).

A primeira versão da proposta legislativa de vinculação de recursos para a saúde, a PEC 169, estabelecia que a participação dos estados, do Distrito Federal e dos municípios seria baseada em percentual de sua receita de impostos, inicialmente com percentual igual a 10%, de forma indistinta. A União, por sua vez, contribuiria com 30% da receita das contribuições vinculadas à seguridade social e com 10% da receita de impostos. Essas tentativas de desconstrução do direito à saúde pela via orçamentária levaram o Congresso Nacional, no ano de 2000, após intensas propostas feitas por entidades de defesa do SUS, a aprovar, como medida de segurança, a EC 29, que vinculou percentuais mínimos de recursos para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Aos estados e municípios ficou determinado a aplicação de, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais. À União, coube a aplicação do valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB (BRASIL, 2005).

Assim, a EC 29 definiu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabeleceu regras para o período de 2000 a 2004. Ao final desse período, a referida Emenda deveria ser regulamentada por Lei Complementar (LC) e reavaliada a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permaneceriam válidos os critérios estabelecidos na própria EC (SANTOS, 2007).

A EC 29/2000 representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento, que o setor de saúde enfrentou a partir da Constituição de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade em relação a esse aspecto (BRASIL, 2005).

Apesar de contestada, sobretudo em relação à forma de vinculação dos recursos da União, foi a EC 29 que viabilizou uma maior participação dos estados, DF e municípios no financiamento do SUS e foi ela que evitou que a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 2007, que então respondia por um terço do financiamento federal da saúde, não se transformasse em uma crise sem precedentes para o SUS (ABRES, 2016).

Os anos de luta por um financiamento adequado e sustentável para o SUS não livraram o setor da submissão ao crescimento exponencial de seus custos, seja pela incorporação de novas tecnologias, pelo envelhecimento da população ou pela crescente judicialização do direito à saúde. O SUS tem absorvido os impactos dos aumentos dos níveis de violência social, dos acidentes automobilísticos, da poluição crescente, das doenças crônicas etc., e isso sem ter constituído mecanismos adequados e sustentáveis a seu financiamento (BRASIL, 2015a).

A falta de financiamento público para a saúde no Brasil tornou-se obstáculo para o cumprimento do direito à saúde garantido na Constituição de 1988, a qual formalizou novo pacto social e estabeleceu, em acordo com a vontade soberana do povo, que saúde é direito dos cidadãos de modo universal e igualitário e responsabilidade do Estado (CNS, 2012).

Desde a aprovação da EC 29 e de sua regulamentação, por meio da LC 141/2012, mantiveram-se as bases de cálculo das três esferas de governo, exceto quanto à exclusão de determinadas despesas, que não foram mais consideradas, como as ações e serviços de saúde para efeito da aplicação mínima dos recursos; entre elas, por exemplo: a assistência médica de servidores, as despesas com saneamento não aprovadas pelos conselhos de saúde e os investimentos oriundos de operação de crédito (CONASEMS, 2014).

A partir de então, tem sido recorrente o diagnóstico de que os recursos públicos destinados à saúde são insuficientes para garantir o funcionamento de um sistema de acesso universal e de atendimento integral e que consiga dirimir as desigualdades dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2011).

Em 2000, quando a EC 29 foi aprovada, a União era responsável por quase 60% dos gastos com ações e serviços públicos de saúde e os estados e municípios, por 40%. No

início dos anos 1990, a participação federal era ainda maior. Alguns estudos situaram essa participação em cerca de 75% dos gastos públicos com saúde. No início dos anos 2000, entretanto, quando a EC 29 começou a ser implantada, o gasto médio dos estados com ações e serviços públicos de saúde era, em média, de 7% da receita disponível dessa esfera de governo e o gasto médio dos municípios era, percentualmente, um pouco maior (ABRES, 2016).

Para além dos debates que sempre rodeiam o financiamento do SUS, a partir de 2015, fatos novos emergiram no campo desses financiamentos: (I) a EC 86/2015; (II) o desarquivamento do Projeto de Lei por iniciativa Popular (PLP) 321/2013 (Saúde + 10); (III) as tentativas de ressurreição da Contribuição Provisória por Movimentação Financeira (CPMF), Da Contribuição à Seguridade Social (CSS); (IV) o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 01-A/2015; (v) a crise econômica nacional; e (VI) o Projeto de Lei Orçamentário Anual (PLOA) (BRASIL, 2016).

De tudo isso, o que se consagrou foi a EC 86/2015, que alterou o modelo de financiamento proposto pela EC 29/2000, na medida em que tornou impositivas as emendas parlamentares, incluindo-as no cômputo das despesas em saúde. À primeira vista, pode parecer que a EC 86/2015 trouxe um incremento financeiro ao setor da saúde, todavia, em termos nominais, em 2016, os valores destinados pelo Ministério da Saúde podem significar aporte menor que o do ano corrente. A EC 86/2015 apresentou também percentuais mínimos e progressivos de aplicação financeira em saúde, pela União – consideradas as emendas impositivas. Os percentuais apresentados pela EC 86/2015, em seu artigo 2º, confrontam o conteúdo do PLP 321/2013, que requereu investimentos em saúde, por parte da União, na ordem de 10% das receitas correntes brutas. Mesmo que o PLP tenha sido apresentado por 1,9 milhão de assinaturas, seu conteúdo não foi apreciado e serviu de arremedo a outros projetos legislativos (MIRALDO, 2016).

Em 2016 ocorreram mudanças estruturais no modelo de seguridade social colocando em risco as conquistas constitucionais de 1988. Este quadro se agrava com exposição da sobrecarga de doenças transmissíveis, não transmissíveis e dos agravos decorrentes de causas externas, considerando o aumento da procura pelo SUS, na evidencia de que o investimento público em saúde corresponda em torno de 4% do PIB, a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) parece colocar ainda mais em risco a segurança das famílias brasileiras, uma vez que, para implantar o ajuste fiscal, subtraem direitos sociais. Especialistas concordam e sugerem alertas de insegurança acerca do papel

do indutor das políticas de saúde, com o advindo da PEC 241/2016 que estabelece um novo regime fiscal, fixando a zero o crescimento real das despesas primárias, a base para a projeção desse teto será o valor pago em 2016, que corrigido pela inflação, definirá o valor máximo da despesa do governo federal nos anos seguintes. Em resumo, para reduzir o deficit, as despesas primárias devem ser congeladas, bem como suprimidas as vinculações constitucionais (REIS; FUNCIA, 2016).

Mudanças na forma de repasses dos recursos do SUS para os municípios, a Portaria nº 3.992 do Ministério da Saúde, publicada dia 28 de dezembro de 2017 reduziu de seis para dois blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – um de custeio, que concentra a quase totalidade dos recursos federais, e outro de investimentos – que fragmenta e desfigura o sistema ao flexibilizar o uso das verbas da Saúde na ponta, comprometendo a manutenção e a ampliação dos serviços de atenção básica e de vigilância em saúde. A regra foi adaptada pelo art. 104, que estabeleceu um piso, um mínimo, invés de um teto. Tendo em mente a regra constitucional (EC 86), o piso de 2017 seria igual a 15% da receita corrente líquida de 2016 mais a inflação do período. Vale dizer, essa base fixa é o parâmetro para os recursos que serão doravante destinados às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), sendo válidos por vinte anos (GURGEL, 2017).

3.4 INSTRUMENTOS DE GESTÃO FISCAL

O Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) são as leis que regulam o planejamento e o orçamento dos entes públicos federal, estaduais e municipais. No âmbito de cada ente, essas leis constituem etapas distintas, porém integradas, de forma que permitam um planejamento estrutural das ações governamentais. Na seção denominada “Dos Orçamentos” na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) vemos essa integração, por meio da definição dos instrumentos de planejamento PPA, LDO e LOA, os quais são de iniciativa do Poder Executivo (RESENDE, 2006).

O gestor do SUS deve se aproximar da contabilidade e entender sobre o financiamento do SUS, definindo as prioridades e a alocação de recursos do sistema junto ao conselho municipal de saúde, dado ser ele o responsável legal pela sua aplicação. Para isso destaca-se a importância de conhecer os instrumentos de planejamento e orçamento (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual), bem como

a sua relação com os instrumentos de planejamento da saúde (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão), para planejar ações e serviços com previsão orçamentária e posteriormente prestar contas da aplicação dos respectivos recursos da saúde (RESENDE, 2006).

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal de 1988 e destina-se a organizar e viabilizar a ação governamental para além de um ano fiscal, possibilitando a execução de um projeto de desenvolvimento de médio e longo prazo. Portanto, pode-se dizer que o PPA é o porta-voz do conjunto das políticas públicas de governo para um período de quatro anos e dos caminhos que devem ser trilhados para viabilizar as metas declaradas. Em síntese, o PPA contribui para que o governo declare e organize sua atuação e permite à sociedade avaliar se os compromissos firmados estão sendo cumpridos (GIACOMONI, 2002).

A "Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) indica as metas e prioridades da administração pública do ano corrente para orientar a elaboração dos orçamentos sintonizados com as diretrizes, os objetivos e as metas estabelecidos no PPA" (RESENDE, 2006, p.198).

Já a Lei Orçamentária Anual (LOA) estabelece as despesas autorizadas e as receitas previstas para o ano de modo a viabilizar o cumprimento dos objetivos e das metas do PPA em consonância com a LDO. A LOA, nos termos estabelecidos pela Lei nº 4.320/64, estima a receita e fixa a despesa pública. A estimativa da receita representa uma etapa muito importante do processo de planejamento, especialmente durante a elaboração do projeto da LOA, pois representa a capacidade de financiamento das políticas públicas de todas as áreas de governo: é o primeiro passo para a definição do detalhamento da despesa anual, de forma a garantir o equilíbrio das contas públicas. Trata-se de mais um instrumento do processo de planejamento das ações governamentais (integrado com o PPA e a LDO), um verdadeiro documento em que são discriminadas as receitas estimadas para um determinado ano e as despesas fixadas para o mesmo período, conforme a classificação institucional, funcional programática e econômica. É o instrumento em que se estima a receita e detalha a despesa programada no PPA e priorizada na LDO visando à sua realização, a partir da receita que será arrecadada (RESENDE, 2006).

3.5 O ORÇAMENTO PÚBLICO E O FINANCIAMENTO DESCENTRALIZADO DO SUS: UMA VISÃO GERAL DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E SUAS FINALIDADES

Na administração pública, o orçamento é definido como o cálculo das receitas estimadas e das despesas a serem executadas em um exercício financeiro, organizado pelo poder executivo e sujeito à aprovação das respectivas Câmaras Legislativas. Porém, apesar de ser um documento contábil, é "fundamentalmente um instrumento político de alocação de recursos econômicos e sociais entre segmentos da sociedade" (SANTOS, 2012, p.18), na medida em que sua execução envolve escolhas de vários atores.

Pode também ser definido como um documento de divulgação das ações do governo ou como um instrumento que viabiliza a execução de projetos e programas de trabalho da administração pública que, por sua vez, está fortemente vinculado às receitas fiscais arrecadadas junto a cada ente governamental, bem como aos diversos tipos de transferências intergovernamentais que integram o sistema de partilha fiscal. Portanto, a capacidade dos governos em oferecer níveis adequados de serviços à população é fortemente determinada pelas suas condições de financiamento e pelas demandas a ele colocadas (PRADO et al., 2003).

A sociedade pode participar da sua elaboração e discussão através de audiências públicas, promovidas tanto pelo Poder Executivo quanto pelo Legislativo, de acordo com o artigo 48, da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Assim, o orçamento: "Espelha, seja em sua elaboração, seja em sua execução, a capacidade e a qualidade do planejamento e da gestão pública na sua totalidade – gestão de pessoas, de processos, de projetos, de informações –, bem como a governança de tudo isso" (SANTOS, 2012, p.8).

Destaque-se que, no sistema federativo brasileiro, as responsabilidades e atribuições repartidas entre o governo central e os governos subnacionais são amparadas por uma correspondente distribuição de fontes de receita (ASSUNÇÃO; ORTIZ; PEREIRA, 2012).

No que concerne à origem, as receitas podem ser diretamente arrecadadas ou transferidas de outros governos, tendo em vista as competências tributárias específicas de cada esfera governamental. O governo federal é responsável pela arrecadação de impostos que requeiram certo grau de centralização administrativa ou que afetem as políticas do País, ou seja, os impostos sobre a renda e sobre o comércio exterior, os de caráter regulatório e alguns impostos específicos. Os governos estaduais assumem a

responsabilidade pelo recolhimento dos impostos sobre o consumo e a circulação de bens enquanto os governos locais, pela tributação do patrimônio físico e pelos impostos sobre a renda oriunda de serviços (GIAMBIAGI; ALÉM, 2000).

Além dos impostos, todos os entes federativos podem cobrar taxas, seja pelo poder de polícia, seja pela prestação de serviços assim como pelas contribuições de melhoria decorrentes de obras públicas. Contam, também, com outra fonte de recursos relacionada a contribuições sociais e econômicas.

Ainda assim, vários autores afirmam que as competências tributárias atribuídas aos entes subnacionais são insuficientes para alguns estados e praticamente todos os municípios fazem frente as atribuições de governo nas respectivas esferas (PRADO, 2003, 2007; ARRETCHE, 2010; SOARES; FLORES; CORONEL, 2014; ORAIR; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Os entes subnacionais contam com as transferências intergovernamentais. Essas transferências, denominadas como verticais, são comuns em todos os países federativos, em função da centralidade na arrecadação, isto é, os governos superiores arrecadam mais recursos do que gastam diretamente, enquanto os governos de níveis inferiores arrecadam menos recursos do que gastam diretamente. Essa situação é denominada de brecha fiscal (PRADO, 2007).

Nesse contexto, as transferências intergovernamentais possuem finalidades diversas: (1) garantir a eficiência do sistema tributário; (2) equalizar as receitas disponíveis dos governos subnacionais, tendo em vista as diferenças na capacidade fiscal e na autonomia para suprirem os serviços demandados pela população ou exigidos pelas normas do país; (3) disseminar critérios e prioridades nacionais à ação dos governos subnacionais; e (4) determinar padrões de âmbito nacional para a provisão dos serviços públicos principais (PRADO, 2007).

Existem diversos tipos de transferências financeiras que não são só de responsabilidade do governo central para com os governos subnacionais. No Brasil, por exemplo, os governos intermediários "têm uma atuação relevante como transferidores de recursos, seja na função de arrecadadores substitutos, seja como meros repassadores de recursos oriundos do governo central, seja como doadores voluntários de recursos" (PRADO, 2007, p.28).

De acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), as receitas correntes são aquelas que apenas aumentam o patrimônio não duradouro do Estado, isto é, que se

esgotam dentro do período anual. São os casos, por exemplo, das receitas dos impostos que, por se extinguirem no decurso da execução orçamentária, têm, por isso, de ser elaboradas todos os anos.

No âmbito da saúde, a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Foram definidos seis blocos de financiamento, que continuam com a lógica de oferta: Gestão, Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária, Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade e o bloco de investimento (BRASIL, 2007).

Os blocos são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos:

a) Atenção Básica (AB) recebe recursos em duas modalidades: Per capita da Atenção Básica (PAB) Fixo e PAB Variável. O PAB fixo é um valor praticamente fixo e só varia conforme a população do município e o PAB variável decorre do desempenho do gestor, de sua equipe e dos programas federais a que aderir;

b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: constituída por dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC) Ambulatorial e Hospitalar e componente do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC);

c) Vigilância em Saúde: A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Os componentes são: Componente da Vigilância e Promoção da Saúde e Componente da Vigilância Sanitária;

d) Assistência Farmacêutica. Possui 3 componentes: básico, especializado e estratégico;

e) Gestão do SUS. Componentes: Qualificação da gestão do SUS e Implantação de ações e serviços de saúde;

f) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. O bloco de Investimentos na

Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

3.6 PLANEJAMENTO DO SUS – INSTRUMENTOS DE GESTÃO

O planejamento e os instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios, são objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer por indicar processos e método de formulação quer por estabelecer requisitos para fins de repasse de recursos, ou fins de controle e auditoria. Em relação ao planejamento e aos instrumentos que lhe dão expressão concreta, destacam-se, inicialmente, as Leis Federais nº 8.080/1990 e 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde). A primeira atribui à direção nacional do SUS, a responsabilidade de "elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal" (BRASIL, 1990a, p. 7).

Resgatar ou construir a cultura de planejamento é, ao mesmo tempo, um avanço e um desafio. Atesta esse avanço, o mencionado interesse e reconhecimento do planejamento para a gestão, de que é exemplo a significativa demanda por informações a respeito. A consolidação de uma cultura, por outro lado, é um enorme desafio que, certamente, assim continuará sendo por um longo tempo. Afinal, envolve tanto interesses políticos, postura individual e técnica, quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais (BRASIL, 2006).

A nova forma de gestão pública tem sido caracterizada pela flexibilidade, termo que envolve a ideia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada para proporcionar a todos os atores maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento do planejamento, no âmbito do SUS, capaz de favorecer a aplicação e a compatibilização de toda a sua potencialidade, de modo a contribuir, de forma plena e efetiva, para a consolidação desse sistema (AGÊNCIA BRASIL, 2017).

A necessidade de construção de um sistema de planejamento do SUS ficou evidenciada durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-

2007, aprovado pelo CNS e publicado no Diário Oficial da União em dezembro de 2004. Em meados de 2005, após a produção e distribuição do PNS, o Ministério da Saúde decidiu transformar essa ideia em proposta para discussão com os estados e municípios. Para tanto, entre outubro e novembro de 2005, promoveu oficinas macrorregionais destinadas a identificar bases para a organização e o funcionamento do referido Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) (BRASIL, 2004).

O PlanejaSUS é a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento, de forma transversal às demais ações desenvolvidas no SUS. Os instrumentos para o planejamento e a gestão no âmbito do SUS são: o Plano de Saúde (PS) e as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS), além do Relatório Anual de Gestão (RAG). Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para a operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (BRASIL, 2012).

O PS norteia a elaboração do orçamento do governo no tocante à saúde. Este entendimento vale tanto para os PS como para as PAS, pois conforme o §2º, do art. 36, da LC 141/2012, antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente, os entes da federação devem encaminhar a PAS do PS, ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação. Isso significa que o orçamento deriva do processo de planejamento da gestão (BRASIL, 2012).

A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções e anualiza as metas expressas no PS e prevê a alocação dos recursos orçamentários a serem executados (BRASIL, 2012).

Os resultados das metas da PAS, previstas e executadas, que devem constar do Relatório de Gestão, são monitorados e acompanhados, a cada quadrimestre, no Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ) anterior, documento introduzido pela LC 141/2012, como instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS, até o fim dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. As informações acumuladas quadrimestralmente nesse relatório ajudarão na elaboração do Relatório de Gestão, no fim do exercício. O RDQ procura utilizar os sistemas já existentes no SUS para a consolidação das informações solicitadas na LC 141/2012. As informações do módulo do Relatório do Quadrimestre no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

(SARGSUS) são obtidas nos seguintes sistemas: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (BRASIL, 2012).

Relatório Anual de Gestão é o instrumento de gestão, com elaboração anual, que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (BRASIL, 2012).

O SIOPS foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR 1.163, de 11 de outubro de 2000, e posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR 446, de 16 de março de 2004, sendo, atualmente, coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, o sistema disponibiliza informações sobre despesas em saúde de todos os entes federados (BRASIL, 2012).

Os gestores poderão apresentar outras informações nos seus relatórios quadrimestrais, sendo que esse modelo explicita o que determina a lei e o conteúdo mínimo que deve ser apresentado nas audiências públicas. O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SARGSUS (SARGSUS, 2012).

3.7 O FINANCIAMENTO EM MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA

Para estudar o tema do financiamento em municípios da fronteira é importante compreender o seu significado nos diferentes campos. A sociologia caracteriza fronteira como separação, divisão ou diferença de grupos sociais; nas ciências agrárias a expressão fronteira agrícola representa o limite de uma área territorial explorada para a agricultura; em seu sentido geográfico e político, fronteira representa o limite de um país ou território, a região adjacente a esse limite com o outro. Logo, temos fronteira como uma linha imaginária e divisória de duas sociedades, de duas nações, que delimita o território que cada uma delas ocupa (IBGE, 2010).

Para compreender a fronteira como espaço de desenvolvimento regional é

importante ter presente o conceito de território, que diz respeito às expressões de poder localizadas e manifestas no espaço social e não apenas associado à noção de posse, propriedade do solo, legal e socialmente reconhecida. *Territorium*, do latim, significa "porção de terra localizada, apropriada", ou seja, o termo associa-se à ideia de dominação e limite (CAMPOS; RÜCKERT, 2014, p 89).

Uma fronteira também é a delimitação de dois universos, acentuando a dicotomia entre o nós e o eles. Essas oposições podem acontecer sob diferentes aspectos, sejam eles marcas políticas, étnicas, linguísticas ou culturais. Todavia, há um caráter de permeabilidade, uma vez que em zonas de fronteiras acontecem, além das relações de estranhamento, aquela reciprocidade de "vizinhança", formando uma área de contato e de interferência mútua, ocasionando, assim, a integração em um ato de unir e agrupar, que permeabiliza esses limites geográficos (MENDONÇA, 2005).

A relação nas fronteiras, principalmente por processos de migração e comércio, intensifica o contato entre culturas diferentes. Com isso, pode acontecer o que García Canclini (2008) chama de hibridação, ou seja, a associação de elementos de uma cultura com a de outra, proporcionando o surgimento de novos elementos culturais.

Nos apontamentos de Bhabha (1998), uma nação é reconhecida a partir de suas margens, as fronteiras culturais. Sendo assim, é necessário compreender como se dá a construção do sujeito nacional, que se configura através dos diversos fragmentos presentes na sociedade e nas políticas públicas de fronteiras, observados pelos conflitos sociais e pela vivência das minorias.

A concepção de fronteira deve considerar, também, a dependência mútua entre os países, pois estes espaços são compartilhados pelos povos transfronteiriços. Assim, a dinâmica existente é complexa nestes territórios, pois são abarcados por uma identidade que transcende os limites estatais. As áreas concebidas pelos limites político territoriais são constantemente ultrapassadas, e são reforçadas pela criação social promovida pela circulação de produtos e pessoas.

Para Raffestin (1993), a fronteira é caracterizada em conformidade com ações sociopolíticas e socioeconômicas, porém a disfuncionalização destas ações afeta o interior do território. Também é importante considerar que os limites são zonas caracterizadas pelas atividades econômicas ou culturais, que não se perdem de maneira brusca no território, senão de modo progressivo.

De acordo com Machado (1998), o termo fronteira remete a um fenômeno da vida

social espontânea e que indica a margem do mundo habitado. Conforme o desenvolvimento da civilização, as fronteiras passaram a ser lugares de comunicação, tornando-se marcos políticos. A autora aponta que o sentido da fronteira não era determinar o fim do território do Estado, mas o seu começo, o que demarcaria as áreas de expansão.

Em relação à mobilidade nessas regiões, se por um lado se ampliam as possibilidades de intercâmbio econômico e cultural, por outro podem-se gerar problemas para a gestão local. E é a área da saúde a que frequentemente é objeto de reclamações dos gestores locais, que argumenta atender a um contingente de pessoas não computadas para efeitos de repasse de recursos federais e estaduais. A maior demanda de serviços de saúde no Brasil, por estrangeiros que residem em região de fronteira, decorre das diferenças nos sistemas de saúde dos países vizinhos que ainda não conseguiram implantar um sistema público universal nos moldes do SUS (FERREIRA, 2012).

No Brasil, um importante complicador é o critério que o SUS aplica para o repasse desses recursos financeiros, pois adota o contingente populacional como meio regulador. Assim, ao não contabilizar as populações estrangeiras ou os brasileiros que residem em países vizinhos, mas que procuram os serviços de saúde no lado brasileiro, o financiamento acaba sendo insuficiente e o planejamento local prejudicado (CONASEMS, 2014).

Na sequência apresentamos três fontes de recursos financeiros identificados que municípios de fronteira possuem além das fontes e dos blocos de financiamentos definidas na legislação geral.

3.7.1 Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras

Até o momento da criação do Mercado Comum dos Países do Cone Sul (MERCOSUL), em 1991, o Brasil não dispunha de uma política pública dedicada especialmente à fronteira, que considerasse as singularidades e a diversidade das populações fronteiriças. Diante deste contexto o Ministério da Saúde criou o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras). Formalizado pela Portaria GM/MS n° 1.120 de 6 julho de 2005 que estabelecia as etapas, fases e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a implementação do SIS-Fronteiras cuja redação original estabelecia como objetivos: I – contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde; II – verificar as demandas e a capacidade instalada; III – identificar os fluxos de assistência IV – analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a

qualidade assistencial; V – documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e VI – integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros (BRASIL, 2010).

A problemática das políticas públicas e o debate sobre a situação da saúde nas fronteiras acontecem há muito tempo, porém, seja pela falta de ordenação das iniciativas ou pela formulação de estratégias de caráter apenas pontual, a situação permaneceu praticamente inalterada para maioria dos municípios (GADELHA, 2007)

3.7.2 Compensação de Especificidades Regionais

A compensação de especificidades regionais é um incentivo destinado à Atenção Básica. Esse recurso foi introduzido pelo pacto pela saúde e destina-se ao atendimento básico nos municípios (BRASIL, 2007a).

Em janeiro de 2007 foram regulamentados o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamentos. Os recursos relacionados à compensação de especificidades regionais são destinados à Atenção Básica (AB), no âmbito do Financiamento do PAB – Variável. Nesse sentido, dentre os documentos que fundamentam esse financiamento, cita-se a Deliberação de nº 134 /30/11/2007 da CIB/PR a qual considerou critérios da Deliberação CIB/PR Nº124/2007 e aprovou os critérios de definição; alocação e aplicação dos recursos do incentivo financeiro referente a Compensação de Especificidades Regionais e aprovou a inclusão do município de Jacarezinho como elegível ao recurso bem como definiu os eixos para a aplicação (PARANÁ,2007).

Este financiamento é composto por eixos de aplicação definidos pela CIB/PR para cada município objeto do estudo, bem como valores de investimentos. Neste contexto, para o município de Foz do Iguaçu, o eixo para utilização dos recursos seria para Urgência e Emergência na Atenção Básica, sendo o valor de R$ 10.473,12 por mês e o montante ano previsto seria de R$ 125.677,50. Guaíra o documento previa o valor de R$ 1.678,17 mês e R$ 20.138,01 para o ano. Para Santo Antônio do Sudoeste o eixo a ser aplicado seria em saúde mental na Atenção Básica valor mês R$1.381,99, total ano previsto R$16.583,89. Para o município de Barracão o eixo de aplicação seria saúde mental na Atenção Básica valor previsto mês R$ 1.094,06, e valor ano previsto R$ 13.128,73. O documento demostra que o valor deste recurso para o estado do Paraná previsto para o mês no montante de R$ 649.211,12 e para o ano o valor de R$ 7.790.533,50 (PARANÁ, 2007).

3.7.3 Programa saúde do viajante

Segundo Brasil (2015), viajante é uma condição transitória de qualquer pessoa que se desloca pelo território, sem distinção de raça, sexo, língua e/ou religião e independentemente da finalidade, vindo ou indo a outro país ou estado.

Considerando a grande mobilidade e os riscos advindos desta locomobilidade, as fronteiras terrestres secas do Brasil com outros países da América do Sul foram apontadas como locais vulneráveis para a transmissão autóctone de doenças infecciosas, bem como à concentração e difusão de agentes infecciosos para o restante do país (MATOS; BARCELLOS, 2013).

Da mesma forma o fluxo proporcionado pela movimentação dos turistas caracteriza a saúde do viajante como uma área de extrema importância, necessária para proporcionar maior qualidade e bem-estar, tanto para quem viaja quanto para quem interage com os turistas em diversas regiões do país (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2013).

No contexto Nacional, o Ministério do Turismo ressalta que no ano de 2015 mais de 62 milhões de turistas realizaram 206 milhões de viagens, com um impacto global na indústria brasileira de viagens e turismo chegando a movimentação de R$ 18,66 bilhões de reais. Esses dados representaram a realização de 10,9 milhões de viagens domésticas extras (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2014a).

Similarmente, o estado Paraná possui um alto número de viajantes com grande potencial turístico, sobretudo o município de Foz do Iguaçu, tendo em vista que esse município fronteiriço é considerado o segundo ponto turístico brasileiro com maior número de visitantes (PARANÁ, 2015a; BRASIL, 2010). Esta peculiaridade exige respostas rápidas referentes às práticas de saúde, ao considerar que os cuidados com a saúde individual dos que se deslocam possibilitam a proteção coletiva, com base na minimização do risco bem como na prevenção de epidemias (BRASIL, 2013).

Como fruto das melhorias socioeconômicas e das políticas do governo federal, desde a sua criação em 2003, o Ministério do Turismo ganhou força com maiores investimentos em infraestrutura turística e influência direta em outros ministérios, como o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

No estado do Paraná, as atividades relacionadas à Saúde do Viajante vêm sendo discutidas desde o ano de 2010, figurando como uma das diretrizes contempladas no Plano

Estadual de Saúde 2012 – 2015, a partir da estruturação e implantação do Programa Saúde do Viajante no Estado em dezembro de 2015 (PARANÁ, 2013, 2015b).

O programa prevê incentivo financeiro e contempla três eixos principais: informação, vigilância e assistência (PARANÁ, 2015a).

Neste contexto, criou-se um grupo de trabalho interinstitucional para assessoria da secretaria de Estado da Saúde na elaboração e implantação do programa. Com a deliberação da Comissão Intergestora Bipartite de Nº 204 de 15 de dezembro de 2015 foi aprovada a criação do Programa Estadual de Saúde do Viajante que tem por objetivo a implantação de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do viajante, tendo como componente o financiamento para custeio e capital a ser repassado do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde a municípios do Estado do Paraná, que apresentem flutuações sazonais de pessoas, sendo definido como viajante toda e qualquer pessoa na condição transitória que se desloca pelo território paranaense, sem distinção de raça, sexo, língua e/ou religião e independente da finalidade, vindo de outro País ou Estado e que, por esta razão, apresenta risco potencial de adoecer ou introduzir/reintroduzir ou ainda disseminar agravos à saúde. Os municípios deverão ainda obedecer aos critérios dispostos em resolução regulamentadora e firmar termo de adesão ao Programa Estadual de Saúde do Viajante (PARANÁ, 2015)

Considerando a resolução da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) nº 603/2015, a qual Institui o Programa Saúde do Viajante visando implantação de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do viajante no Estado do Paraná, bem como as ações de atenção desenvolvidas em prol da saúde dos viajantes, nos municípios de Foz do Iguaçu e Guaíra, no que se refere às estratégias estabelecidas pela Atenção Primária em Saúde, Atenção de Média e Alta complexidade e Urgência e Emergência a CIB/PR aprovou "*ad Referendum*" a inclusão dos municípios de Foz do Iguaçu e Guaíra, no eixo da atenção à saúde, do Programa Estadual Saúde do Viajante, para o exercício de 2017, deliberação nº 159 – 26/06/2017conforme valor abaixo: População Estimada 2012 Fator Fixo/distribuição per capita para Foz do Iguaçu 255.718 no montante do valor de R$ 7.000.000,00 (sete milhões), Guaíra população estimada 31.013, montante R$ 848.946,69 (oitocentos e quarenta e oito mil, novecentos e quarenta e seis reais e sessenta e nove centavos) (PARANÁ, 2017).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa descritiva, quantitativa e transversal, desenvolvida a partir de dados obtidos em sistemas de informações públicos (SIOPS e SARGSUS) sobre o financiamento e Planejamento de ações e serviços públicos de saúde em municípios de fronteira do estado do Paraná.

4.2 CAMPO DE PESQUISA

O campo de pesquisa é constituído por quatro municípios que se caracterizam como cidades gêmeas: (1) Foz do Iguaçu – fronteiriça a Puerto Iguazu (Argentina) e Cidade de Leste (Paraguai); (2) Guaíra – a Salto del Guairá (Paraguai); (3) Barracão – Bernardo de Irigoyen (Argentina) e (4) Santo Antônio do Sudoeste que faz fronteira com o município Argentino de San Antônio.

De acordo com Antunes (2012), as cidades gêmeas podem ser usadas como instrumento analítico, econômico e político da integração entre países, pois possibilitam o fortalecimento dos acordos e estão inseridas em uma rede urbana em diversas escalas.

4.3 FONTE DE DADOS

Os dados de financiamento foram obtidos no SIOPS, que desde a sua criação em 2000, constituiu-se como ferramenta para acompanhar o cumprimento do dispositivo constitucional que determina a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde.

A partir de 2002, o demonstrativo de despesa com Saúde, do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, previsto na lei complementar, passou a ser gerado no SIOPS, com base nos dados informados pelos entes federados. Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pelo Ministério da Fazenda (MF).

O sistema disponibiliza diversos tipos de consultas, relatórios e indicadores. Para acessar as receitas e despesas dos Municípios foi consultada a página http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6137-indicadores-municipios. E na página http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados é possível consultar os indicadores, por ano, de cada município.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados sobre os seguintes Instrumentos: (Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG), obtidos no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS) no site: www.saude.gov.br/sargsus, seguindo os procedimentos: no mapa escolhe-se o Estado (Paraná), na sequência o município desejado e ano da pesquisa. Os Instrumentos de Gestão do SUS são padronizados e devem ser disponibilizados para serem analisados pelos órgãos de controle nesse meio eletrônico.

Conforme a legislação do SUS, no Plano Municipal de Saúde devem estar refletidas diretrizes que contemplem as necessidades e peculiaridades próprias de cada município e região, que irão configurar-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. O PMS deve ser submetido ao Conselho Municipal que emite uma Deliberação de aprovação, reprovação ou recomendações. Após apreciação pelo Conselho de Saúde respectivo, o PMS deverá ser disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) (BRASIL, 2006).

A elaboração e atualização periódica do PMS são atribuições do município e critério para garantia de repasse de recursos. Para garantir a transparência e a visibilidade, os gestores devem incentivar a participação popular e realizar Conferências Municipais de Saúde a cada quatro anos para elaboração do PMS, reuniões mensais e audiências públicas quadrimestrais, durante o processo de gestão para elaboração e discussão dos instrumentos de planejamento, financiamento e gestão municipal (BRASIL, 2006).

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram codificados e tabulados em planilha do Excel® (Microsoft Office 2010, Microsoft Corporation, EUA) para as análises descritivas, com base nos seguintes indicadores:

1. Participação da receita de impostos na receita total do Município;
2. Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município;
3. Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município;
4. Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município;
5. Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município;
6. Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município;
7. Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante;
8. Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde;
9. Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde;
10. Participação da desp. com serviços de terceiros – pessoa jurídica na despesa total com Saúde;
11. Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde;
12. Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde;
13. Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.

Uma vez que essas variáveis ferem o pressuposto de continuidade de dados aleatórios, optou-se por realizar a comparação entre os municípios por meio do teste não-paramétrico para comparação de k amostras, denominado de Friedman.

Os recursos recebidos pelos municípios fronteiriços de outros programas no período de 2000 a 2016, bem como o gasto per capita por município foram descritos e representados graficamente por meio de gráficos de colunas ou tendência. Todas as análises foram realizadas no programa XLStat Versão 19.4 (ADDINSOFT, 2017), assumindo um nível de significância de 5%.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por serem os dados de acesso público e por não haver seres humanos envolvidos diretamente, não foi necessário o projeto tramitar pelo Comitê de Ética em Pesquisa; no entanto, serão seguidas as recomendações da Resolução 466/2012, para uso de dados, a qual assegura sua utilização para fins acadêmicos, por meio de assinatura do "Termo de uso de dados".

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS OBJETO DO ESTUDO

O estado do Paraná tem uma das fronteiras terrestres mais ativas do país, sua faixa de fronteira é composta por 139 municípios, 4 cidades gêmeas, 1 tríplice fronteira, sendo considerada a faixa de fronteira mais populosa do Brasil (BRASIL, 2015).

Dentre as nove tríplices fronteiras do Brasil, a mais dinâmica e densamente povoada reúne Foz do Iguaçu (BR), Ciudad del Este (PY) e Puerto Iguazú (AR). A área representa um importante fluxo de pessoas entre os três países, o que tem impacto na demanda de atenção de saúde dos mesmos, em um grau que é necessário conhecer (PARANÁ, 2015c; CURY; FRAGA, 2013).

Foz do Iguaçu foi fundada em 1888, no contexto da tradicional política brasileira de vigilância e proteção nacional, o que incluía o povoamento fronteiriço com amplas doações de terras a militares e civis dispostos a lidar com os benefícios e as adversidades de residir na fronteira (OLIVEIRA, 2012).

Também no Oeste do estado do Paraná, o município de Guaíra foi constituído por uma miscigenação de raças destacando-se as colônias portuguesa, paraguaia, japonesa, alemã, italiana e síria. A cidade, cujo nome oriundo do guarani "kuaira" significa "esconderijo, lugar de difícil acesso ou intransponível", faz alusão às Sete Quedas, desaparecidas com a criação do lago formado para funcionamento da Hidrelétrica de Itaipu, em 1982. Tem suas fronteiras com Salto del Guairá, no Paraguai e com Novo Mundo, no Estado do Mato Grosso do Sul (SOUZA, 2010).

Por outro lado, as cidades trigêmeas de Barracão (extremo Sudoeste do Paraná), Dionísio Cerqueira (extremo Oeste de Santa Catarina) e Bernardo de Irigoyen (extremo Oriente Argentino) apresentam particularidades que precisam ser analisadas e compreendidas: são cidades administrativamente independentes e que, apesar de pertencerem a estados e países distintos e de não apresentarem fronteiras físicas ou reais entre elas, mas, sim, fronteiras "invisíveis", ainda preservam cultura e hábitos característicos. Quando se analisam as cidades de Barracão, Bernardo de Irigoyen e Dionísio Cerqueira ficam nítidas as diferenças socioeconômicas e culturais, que são frutos de suas histórias, marcadas por divergências políticas, disputas de terras e guerras

(FERNANDES; NILSON, 2009).

Santo Antônio do Sudoeste é um município brasileiro situado no extremo Sudoeste do estado do Paraná e faz fronteira com o município argentino de San Antonio, localizado na província de Misiones. O rio Santo Antônio divide os dois municípios, que estão interligadas por uma ponte e respectivas aduanas, sendo esta a última divisa estabelecida entre a Argentina e o Brasil.

Em relação aos indicadores municipais, Foz do Iguaçu destaca-se pela densidade demográfica (427 hab/km2), maior PIB per capita (R$ 29.829,88), menor porcentagem de pessoas extremamente pobres (3,61%) e maior porcentagem de pessoas com planos de saúde (26,54%), no entanto, tem a menor cobertura populacional com ESF (46%) em comparação às outras cidades gêmeas (Tabela 1).

Tabela 1 - Características das cidades gêmeas do Paraná, segundo indicadores municipais de território, demografia, serviços de saúde e repasse de recursos do piso de Atenção Básica, diferentes períodos.

Indicadores Municipais	**Foz do Iguaçu**	**Guaíra**	**Santo Antônio do Sudoeste**	**Barracão**
População (2016)	263.915 hab.	32.784 hab.	20.059 hab.	10.273 hab.
Densidade demográfica hab/km^2 (2010)	427	58	62	63
População extremamente pobre (em % 2010)	3,61	4,80	9,74	6,04
PIB Per capita (em reais 2011)	29.829,88	15.029,05	11.356,78	14.462,37
Cobertura de Atenção Básica (em % 2017)	62,74	78,00	100,00	100,00
Cobertura Equipes de Saúde da Família (em % nov. 2017)	46 %	78 %	100 %	100 %
Equipes de saúde da Família (em número nov. 2017)	34	7	9	4
População com plano de saúde (em % 2017)	26,54	10,09	2,66	6,80
Faixa para cálculo do PAB-Fixo para o repasse mensal em per capita	Faixa 3 24,00	Faixa 2 26,00	Faixa 1 28,00	Faixa 1 28,00
PAB-Fixo mensal (2017) em reais	511.436,00	67.194,83	44.445,33	22.857,33
PAB - Fixo (2016) em reais	7.668.769,00	1.160.480,96	833.343,96	909.308,00
Valor total do PAB variável (2016) em reais	8.771.101,91	1.067.262,00	1.898.718,00.	1.384.849,00

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013); IPARDES (2017); BRASIL (2017c).

Os dados positivos de Foz do Iguaçu podem ser justificados pela base da economia estar no turismo, com destaque para o comércio e serviços, atualmente estruturados política, econômica e socialmente condizente com municípios de grande porte do Estado

do Paraná, destacando-se dos demais pela posição geopolítica privilegiada, possui a 8ª Maravilha da Natureza, as Cataratas do Iguaçu, a maior do mundo. Encontra-se em uma região caracterizada pela diversidade cultural, com 80 nacionalidades diferentes residindo no município. Foz do Iguaçu teve um crescimento o PIB de 24,53%, o maior do estado, registrado no período de 2010 a 2015, está entre as 100 maiores economias do Brasil. (IBGE, 2017).

Em relação à baixa cobertura com a ESF, trata-se de um fenômeno presente em vários municípios de médio e grande porte, sobretudo nas áreas centrais da cidade onde se concentra a população de maior renda e com maior cobertura com planos de saúde.

Em outro extremo está o município de Santo Antônio do Sudoeste com o menor PIB per capita (R$ 11.356,78), maior porcentagem da população em extrema pobreza (9,74%) e menor quantidade de pessoas cobertas com planos de saúde (2,66%), mas com 100% de cobertura da população com ESF. Estudos têm mostrado que municípios de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes) apresentam uma melhor gerência e cobertura pelo fato que neste processo estruturaram uma rede de serviços de saúde no âmbito da atenção básica e introduziram novos atores neste campo de atuação, com destaque para os gerentes de unidades de saúde (ROMAGNOLLI, 2014). Este é o caso de cobertura dos municípios de Barracão e Santo Antônio do Sudoeste (Tabela 1).

Barracão, com a menor população entre as cidades estudadas, também caracterizado como município de pequeno porte, apresenta melhores indicadores que Santo Antônio do Sudoeste, tanto no que se refere ao PIB per capita de R$ 14.462,37 se aproximando de Guaíra, e com 6,80% da população coberta com planos de saúde.

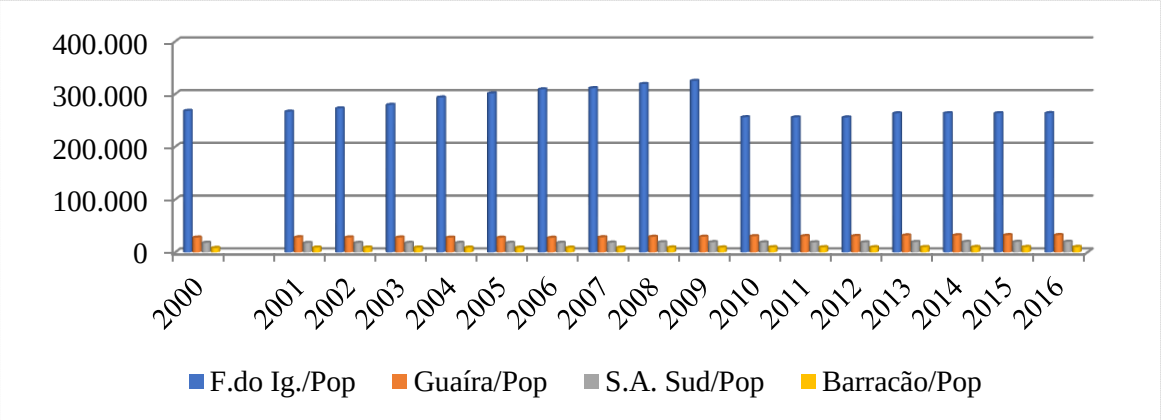
Tabela 2 – Demonstrativa da população das cidades de Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão no período de 2000 a 2016.

Ano	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
2000	268.188	28.053	18.197	8.440
2001	266.771	28.504	17.907	9.224
2002	272.939	28.377	17.960	9.187
2003	279.620	28.246	18.002	9.148
2004	293.646	27.971	18.089	9.066
2005	301.409	27.819	18.138	9.021
2006	309.113	27.668	18.186	8.976
2007	311.336	28.683	18.565	9.027
2008	319.189	29.594	19.260	9.275

2009	325.137	29.664	19.386	9.267
2010	256.081	30.669	18.905	9.737
2011	255.900	30.861	18.972	9.766
2012	255.718	31.013	19.048	9.796
2013	263.508	32.190	19.748	10.143
2014	263.647	32.394	19.855	10.187
2015	263.782	32.591	19.958	10.231
2016	263.915	32.784	20.059	10.273

Fonte: IPARDES (2017).

Figura 1 - População ano das cidades gêmeas do estado do Paraná



Fonte: IPARDES (2017).

Dados de cobertura de equipes de Saúde da Família segundo regiões brasileiras apontaram que a maior cobertura está na região Sudeste (38,2%), seguida das regiões Nordeste (32,3%), Sul (17,0%), Centro-Oeste (6,5%) e Norte (6,0%). Nas regiões brasileiras, os dados demostraram que na região Sudeste tinha maior proporção de equipes (51,9%) atuando em municípios com maior porte populacional (> 100.000 hab.), enquanto as demais regiões apresentaram mais que 50% de equipes atuando em municípios de pequeno porte populacional (MALTA, 2016).

O avanço da cobertura nos últimos anos tem sido pouco expressivo. Dados apontam que de 2015 para 2016, a cobertura populacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde saiu de 66,63% para 66,66%, com 5.507 equipes até novembro de 2016; as equipes de saúde da família tiveram cobertura estimada de 63,62% em 2016, com 40.067 equipes implantadas em 5.382 municípios, aumento de cerca de 0,2% em relação a 2015 (63,45%). Os resultados destacaram que, apesar dos avanços e iniciativas importantes com impacto nos indicadores de saúde, entre elas o Programa Mais Médicos, persistem desafios que

precisam ser superados para que as políticas tenham impacto sobre a organização dos serviços e a melhoria do estado de saúde da população brasileiro. (MEDINA, 2016)

O Brasil possui um sistema de saúde com cobertura universal, garantido na Constituição como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Apesar de o sistema ser público e universal, é composto por um mix público-privado que favorece a cobertura duplicada aos serviços de saúde, um quarto dos brasileiros possui plano de saúde privado, portanto, tem acesso e uso duplicado aos serviços de saúde (PILOTTO, 2016). Nas cidades gêmeas estudadas, pode-se afirmar que a cobertura da população com plano de saúde é relativamente baixa (11,52%) se comparada com a média nacional que é de cerca de 65,1 milhão de domicílios ou 200,6 milhões de pessoas no Brasil, desse total cerca de 27,9% tinha algum plano de saúde, médico ou odontológico (IBGE, 2013).

5.2 REPRESENTAÇÕES POLÍTICA DA GESTÃO MUNICIPAL DAS CIDADES GÊMEAS DO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2000 A 2020

Na tabela 3 a burocracia na sua estrutura e que se fundamentam na ideologia da representação política, e não no acesso direto do povo às decisões políticas. Têm como objetivo, conquistar o poder político estatal, além de serem expressões políticas de alguma oligarquia econômica são apresentados os partidos políticos de cada cidade gêmea nos diferentes períodos de gestão com o intuito de identificar possível relação entre o partido no governo municipal e o investimento em saúde. Embora Viana (2018) afirme que os partidos políticos atuais são organizações onde predominam a ou tradicional.

Apesar disso, é importante analisar a perspectiva ideológica das correntes partidárias que podem ser classificas em **“direita”**, que favorece a liberdade de mercado, defende os direitos individuais e os poderes sociais intermediários contra a intervenção do Estado e coloca o patriotismo e os valores religiosos e culturais tradicionais acima de quaisquer projetos de reforma da sociedade, **“esquerda”**, que favorece o controle estatal da economia e a interferência ativa do governo em todos os setores da vida social, colocando o ideal igualitário acima de outras considerações de ordem moral, cultural, patriótica ou religiosa (BRASIL, 2016). Entre estes dois extremos existe o **“centro”** do espectro ideológico. Assim, pode-se dizer que as orientações políticas no Brasil pertencem a três grandes grupos: 1) de inclinação de direita, 2) os democratas ou centristas e 3) os de inclinação de esquerda.

Tabela 3 - Partidos políticos na gestão municipal, segundo o período e cidades gêmeas

Períodos de Gestão	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
2000 a 2004	PMDB	PPB	PMDB	PFL
2005 a 2008	PDT	PT	PMDB	PSDB
2009 a 2012	PDT	PT	PR	PFL
2013 a 2016	PSB	PT	PR	PMDB
2017 a 2020	PSD	DEM	PMDB	PMDB

Fonte: Tribunal Regional Eleitoral, 2018.

Legenda: PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro); PDT (Partido Democrático Trabalhista); PSB (Partido Socialista Brasileiro); PSD (Partido Social Democrático); PPB (Partido Progressista Brasileiro); PT (Partido dos Trabalhadores); DEM (Democratas); PFL (Partido da Frente Liberal); PSDB (Partido Social Democracia Brasileira); PR (Partido da Republica).

Entre os partidos que governaram as cidades gêmeas encontram-se partidos de direita (DEM, PFL e PR), partidos de centro (PMDB, PSDB e PPB) e partidos de centro esquerda (PT, PDT e PSD) (POWER; ZUCCO, 2009). Do ponto de vista ideológico, teoricamente Guaíra e Foz do Iguaçu foram governados a maior parte do período por partidos de centro-esquerda (PT, PDT e PSB), já Santo Antônio e Barracão por partidos de centro (PSDB, PMDB) e de direita do espectro ideológico (PFL e PR).

5.3 FINANCIMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NAS CIDADES GEMEAS DO PARANÁ

Os dados apresentados neste item sintetizam os gastos com ações e serviços de saúde por grande grupo de despesa, quais sejam Despesas Correntes, que compreendem as despesas com pessoal e encargos e Despesas de Capital (investimentos), nas quatro cidades gêmeas do estado do Paraná (Foz do Iguaçu, Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e Barracão), no período de 2000 a 2016. Inicialmente apresentam-se dados gerais da despesas correntes com respectivo per capita e posteriormente individualizado por município, as despesas corrente e de capital.

5.3.1 Despesas correntes e gasto per capita em saúde nas cidades gêmeas do paraná no período de 2000 a 2016

Os dados da tabela 4 mostram o crescimento do gasto em saúde no período de 2000 a 2016 das quatro cidades gêmeas, evidenciando um crescimento ao longo de todo o período, tanto em termos absolutos como no gasto per capita. No entanto, o crescimento não foi linear nem homogêneo nos quatro municípios estudados, em determinados anos houve mudanças importantes que merecem ser destacadas, como o caso do município de Guaíra que até 2015 apresentava um crescimento relativamente pequeno, próximo ao de Santo Antônio do Sudoeste, mas em 2016 apresentou um crescimento de quase R$ 300,00 per capita, passando de R$ 534,12 para R$ 805,59 aproximando-se de Foz do Iguaçu e Barracão que apresentam o maior per capita, em 2016, respectivamente, R$ 875,66 e R$ 860,44.

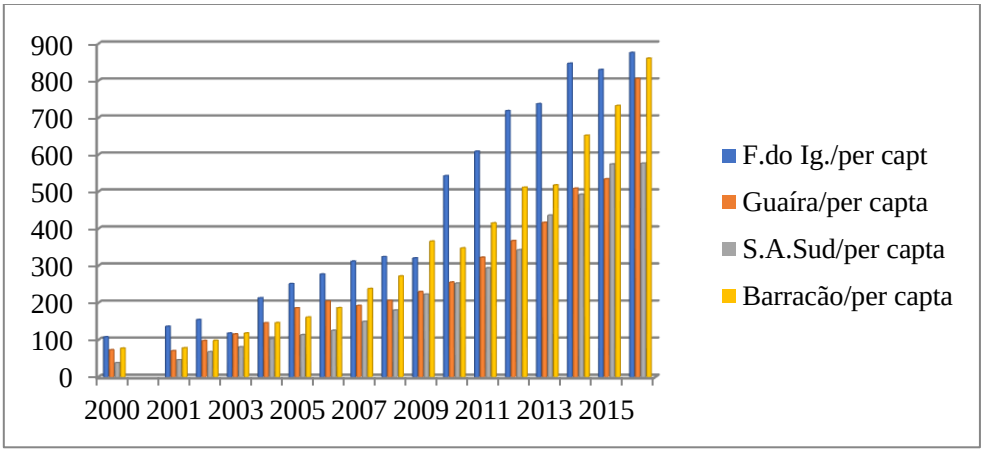
Tabela 4 – Despesas Correntes e per capita nas cidades gêmeas do Paraná no período de 2000 a 2016

Ano	Foz do Iguaçu Rec. corrente	População	Investimento per capita	Guaíra Rec. corrente	População	Investimento per capita	Santo Antônio do Sudoeste Rec. corrente	População	Investimento per capita	Barracão Rec. corrente	População	Investimento per capita
2000	30.179.128,45	268188	107,61	2.032.724,10	28053	72,46	688.297,52	18.197	37,82	649.749,00	8.440	76,98
2001	37.159.959,22	266771	136,08	1.997.109,79	28504	70,06	817.517,41	17.907	45,65	719.100,99	9.224	77,95
2002	42.048.207.09	272939	154,06	2.691.974,7	28377	97,58	1.181.115,32	17.960	67,10	882.000,00	9.187	98,12
2003	51.136.930,00	279620	182,88	3.138.065,68	28246	115,29	1.449.000,00	18.002	80,56	105.900,00	9.148	117,80
2004	62.498.258,70	293646	212,83	4.072.205,24	27971	145,58	1.848.664.84	18.089	102,19	1.323.000,00	9.066	145,92
2005	75.750.069,36	301409	251,31	5147094,33	27819	185,79	2.036.178,88	18.138	113,40	1.450.272,19	9.021	161,12
2006	85.608.560,16	309113	276,94	5.643.516,05	27668	203,97	2.274.964,75	18.186	125,09	1.671.782,18	8.976	186,25
2007	97.145.165,75	311336	312,02	5.512.884,21	28683	192,20	2.769.934,01	18.565	149,20	2.146.269,24	9.027	237,76
2008	103.397.885,99	319189	323,93	6.088.847,32	29594	205,74	3.462.987,62	19.260	179,80	2.519.283,35	9.275	271,62
2009	104.243.776,37	325137	320,61	6.817.008,20	29664	229,80	4.318.044,45	19.386	222,74	3.389.069,80	9.267	365,71
2010	138.941.756,42	256081	542,56	7.831.114,73	30669	255,34	4.774.588,92	18.905	252,55	3.383.355,10	9.737	347,47
2011	155.824.247,83	255900	608,92	9.948.858,18	30861	322,37	5.574.735,19	18.972	293,84	4.051.737,42	9.766	414,88
2012	183.752.559,23	255718	718,57	11.389.621,09	31013	367,25	6.521.548,79	19.048	342,37	5.011.621,53	9.796	511,59
2013	196.458.411,08	263508	737,25	13.403.054,43	32190	416,37	8.613.777,26	19.748	436,18	5.250.367,33	10.143	517,63
2014	223.190.624,48	263647	846,55	16.480.306,17	32394	508,74	9.775.078,58	19.855	492,32	6.641.951,51	10.187	652,00
2015	218.869.137,43	263782	829,73	17.407.669,48	32591	534,12	11.459.564,02	19.958	574,18	7.493.528,46	10.231	732,43
2016	231.100.514,31	263915	875,66	26.410.579,82	32784	805,59	11.566.047,19	20.059	576,06	8.839.279,68	10.273	860,44

Fonte: SIOPS, 2017.

O município de Foz do Iguaçu, quase duplicou o per capita de 2009 para 2010, passando de R$ 320,61 para R$ 542,56 em 2010. Com exceção de Santo Antônio do Sudoeste, os demais municípios apresentaram pelo menos um ano de crescimento negativo, Foz do Iguaçu em 2009 e 2015, Guaíra em 2007 e Barracão 2010, apesar disso foi o município que apresentou crescimento constante ao longo do período. De toda forma evidencia-se um gasto crescente dos municípios com ações e serviços de saúde ao longo do período. (Tabela 4 e Figura 2).

Figura 2 – Evolução da despesa corrente per capita nas cidades gêmeas do Paraná de 2000 a 2016



Fonte: SIOPS, 2017.

Em 2000 foi promulgada a EC-29 que definiu percentuais mínimos de gasto com saúde para as três esferas de governo, sendo para os municípios o mínimo de 15% dos recursos próprios mais as transferências constitucionais. Em 2000 o menor per capita era de Santo Antônio do Sudoeste, com R$ 37,82 e o maior Foz do Iguaçu com R$ 107,61, essa diferença entre os dois municípios permaneceu ao longo de todo o período. Em 2016, Foz do Iguaçu, Barracão e Guaíra ficaram acima de R$ 800,00 por habitante/ano ao passo que Santo Antônio do Sudoeste permaneceu

bem abaixo com R$ 576,06 por habitante/ano (Tabela 4 e Figura 2). O que se pode afirmar é que a partir de 2000 de fato houve um aumento significativo dos gastos públicos per capita com saúde nos municípios estudados.

Dados do IPEA (2011) mostram que em nível nacional o gasto *per capita* das três esferas com o SUS dobrou entre 2000 e 2011, passando de R$ 403,00 em 2000 para R$ 830,00 em 2011.

Em 2015, último dado apurado pelo IBGE o valor per capita do gasto público foi de R$ 1.131,94 (AGÊNCIA BRASIL, 2017).

Salienta-se que nos dados apresentados acima dos municípios estudados não estão incluídos os gastos de capital (investimento), o que explica o valor menor que a média nacional. A seguir, na individualização dos municípios, os dados contemplam os dois grandes grupos de despesa.

5.3.2 Despesas Correntes e de Capital do município de Foz do Iguaçu

Quanto às despesas correntes e de capital no município de Foz do Iguaçu, ao longo do período analisado (2000 a 2016) houve um aumento dos valores disponibilizados para a saúde. A elevação de despesas correntes foi equivalente a 370% e das despesas de capital foi de 755%, em 2016 quando comparadas a 2000 (Tabela 5).

Tabela 5 – Evolução do total de despesas com saúde, por Grupo de Despesa, em Foz do Iguaçu de 2000 a 2016

Ano	Despesas Correntes	Despesas de Capital	Despesa Total c/saúde
2000	28.860.502,60	1.119.869,41	29.982.372,01
2001	36.302.892,71	857.066,51	36.304.893,71

2002	42.048.207,09	397.798,84	42.448.007,93
2003	51.136.937,00	1.737.970,00	52.874.900,00
2004	62.498.258,70	982.421,30	63.482.684,00
2005	75.750.069,36	4.685.861,70	80.437.936,06
2006	85.608.560,16	8.236.931,74	93.847.497,90
2007	97.145.165,75	5.318.893,42	102.466.066,17
2008	103.397.885,99	5.811.325,54	109.211.219,53
2009	104.243.776,37	11.242.647,96	115.488.433,33
2010	138.941.756,42	7.436.420,36	146.380.186,78
2011	155.824.247,83	6.843.306,10	162.669.564,93
2012	183.752.559,23	6.574.400,81	190.328.972,04
2013	196.458.411,08	2.088.122,95	198.548.547,03
2014	223.190.624,48	3.380.291,28	226.572.929,76
2015	218.869.137,43	7.224.976,78	226.096.129,21
2016	231.100.514,31	7.419.961,00	238.522.491,31
Total	**2.035.129.499,51**	**80.501.199,19**	**2.079.607.461,80**

Fonte: SIOPS, 2017.

A elevação de despesas totais na área de saúde foi de 376% na comparação entre os dois anos. Ao avaliar o percentual efetivamente gasto do recurso disponibilizado, observa-se a tendência de elevação do montante gasto. Note-se que o gasto com investimento é pequeno se comparado com as despesas correntes, com exceção de alguns anos onde se observa um alto investimento em capital como 2006, 2009, 2010, 2015 e 2016. (Tabela 5).

5.3.3 Despesas Correntes e de Capital do município de Guaíra

Quanto às despesas correntes e de capital no município de Guaíra, foi possível observar que ao longo do período analisado (2000 a 2016) houve um aumento dos valores disponibilizados para a saúde. Verificou-se

elevação de 1300% das despesas correntes e 3369% das despesas de capital em 2016 quando comparadas a 2000. Quanto às despesas totais na área de saúde, houve elevação de 1413% na comparação destes dois anos (Tabela 6).

Tabela 6 - Evolução do total de despesas com saúde, por Grupo de Despesa, em Guaíra de 2000 a 2016

Ano	Despesas Correntes	Despesas de capital	Despesa Total c/saúde
2000	2.032.724,10	118.049,47	2.150.773,57
2001	1.997.109,79	106.204,50	2.103.314,29
2002	2.691.974,70	57.000,00	2.748.974,70
2003	3.138.065,68	184.263,98	3.322.329,66
2004	4.072.205,24	42.000,00	4.114.205,24
2005	5.147.094,33	324.280,34	5.471.374,67
2006	5.643.561,05	1.764.249,31	7.407.810,36
2007	5.512.884,21	1.936.498,98	7.449.383,19
2008	6.088.847,32	664.224,02	6.753.071,34
2009	6.817.008,20	567.950,56	7.384.958,76
2010	7.831.114,73	981.881,41	8.812.996,14
2011	9.948.858,18	527.535,94	10.476.394,12
2012	11.389.621,09	1.168.531,14	12.558.152,23
2013	13.403.054,43	5.216.350,48	18.619.404,91
2014	16.480.306,17	3.991.101,74	20.471.407,91
2015	17.407.669,48	2.183.844,95	19.591.514,43
2016	26.410.579,82	3.977.096,55	30.387.676,37
Total	**141.982.844,63**	**23.586.809,40**	**169.823.741,89**

Fonte: SIOPS, 2017.

Guaíra também teve anos com altos investimentos em capital, com destaque para 2013, 2014 e 2016.

5.3.4 Despesas Correntes e de Capital do município de Santo Antônio

do Sudoeste

Quanto às despesas correntes e de capital no município de Santo Antônio do Sudoeste, ao longo do período analisado (2000 a 2016) houve um aumento dos valores disponibilizados para a saúde. A elevação de despesas correntes foi equivalente a 16,80% e das despesas de capital foi de 145.788%, em 2016 quando comparadas a 2000. A elevação de despesas totais na área de saúde foi de 18,91% na comparação entre os dois anos. Em Santo Antônio os anos de destaque em termos de gasto de capital foram 2013 e 2014 (Tabela 7).

Tabela 7 - Evolução do total de despesas com saúde, por Grupo de Despesa, em Santo Antônio do Sudoeste de 2000 a 2016

Ano	Despesas Correntes	Despesas de Capital	Despesa Total c/saúde
2000	688.297,52	1.007,00	689.304,52
2001	817.517,41	25.857,00	843.374,41
2002	1.181.115,32	222.800,00	1.403.915,32
2003	1.449.000,00	132.000,00	1.581.000,00
2004	1.848.664,84	111.547,16	1.960.212,00
2005	2.036.178,80	100.091,16	2136269,96
2006	2.274.964,75	218.923,45	2.493.888,20
2007	2.769.934,01	185.643,59	2.955.577,60
2008	3.462.987,62	138.328,95	3.601.316,57
2009	4.318.044,45	90.577,28	4.408.621,73
2010	4.774.588,92	155.640,00	4.930.228,92
2011	5.574.735,19	165.648,93	5.740.384,12
2012	6.521.548,79	1.668.537,00	8.190.085,79
2013	8.613.777,26	2.725.804,59	11.339.581,85
2014	9.775.078,58	4.603.010,32	14.378.088,90
2015	11.459.564,02	1.872.633,67	13.332.197,69
2016	11.566.047,19	1.468.094,40	13.034.141,59
Total	**77.626.229,74**	**13.859.280,50**	**93.018.189,17**

Fonte: SIOPS, 2017.

5.3.5 Despesas Correntes e de Capital do município de Barracão

Quanto às despesas correntes e de capital no município de Barracão, foi possível observar que ao longo do período analisado (2000 a 2016) houve um aumento dos valores disponibilizados para a saúde. Verificou-se elevação de 13,60% das despesas correntes e 30,35% das despesas de capital em 2016 quando comparadas a 2000. Quanto às despesas totais na área de saúde, houve elevação de 14,50% na comparação destes dois anos. Em Barracão nos últimos quatro anos de 2013 a 2016, observou-se importantes investimentos em capital (Tabela 8).

Tabela 8- Evolução do total de despesas com saúde, por Grupo de Despesa, em Barracão de 2000 a 2016

Ano	Despesas Correntes	Despesas de Capital	Despesa Total c/saúde
2000	649.749,00	36.897,58	649.749,00
2001	719.100,99	52.066,64	719.100,99
2002	882.000,00	53.000,00	935.000,00
2003	1.059.000,00	30.000,00	1.089.000,00
2004	1.323.000,00	22.000,00	1.345.000,00
2005	1.450.272,19	61.300,00	1.511.572,19
2006	1.671.782,18	87.827,70	1.759.609,88
2007	2.146.269,24	19.000,00	2.165.269,24
2008	2.519.283,35	97.486,77	2.616.770,12
2009	3.389.069,80	95.038,17	3.484.107,97
2010	3.383.355,10	24.000,00	3.407.355,10
2011	4.051.737,42	132.388,00	4.184.125,42
2012	5.011.621,53	323.956,30	5.335.577,83
2013	5.250.367,33	733.621,74	5.983.989,07
2014	6.641.951,51	934.882,80	7.576.834,31
2015	7.493.528,46	884.965,99	8.378.494,45
2016	8.839.279,68	1.119.768,74	9.959.048,42
Total	**56.481.367,78**	**4.619.236,21**	**61.100.603,99**

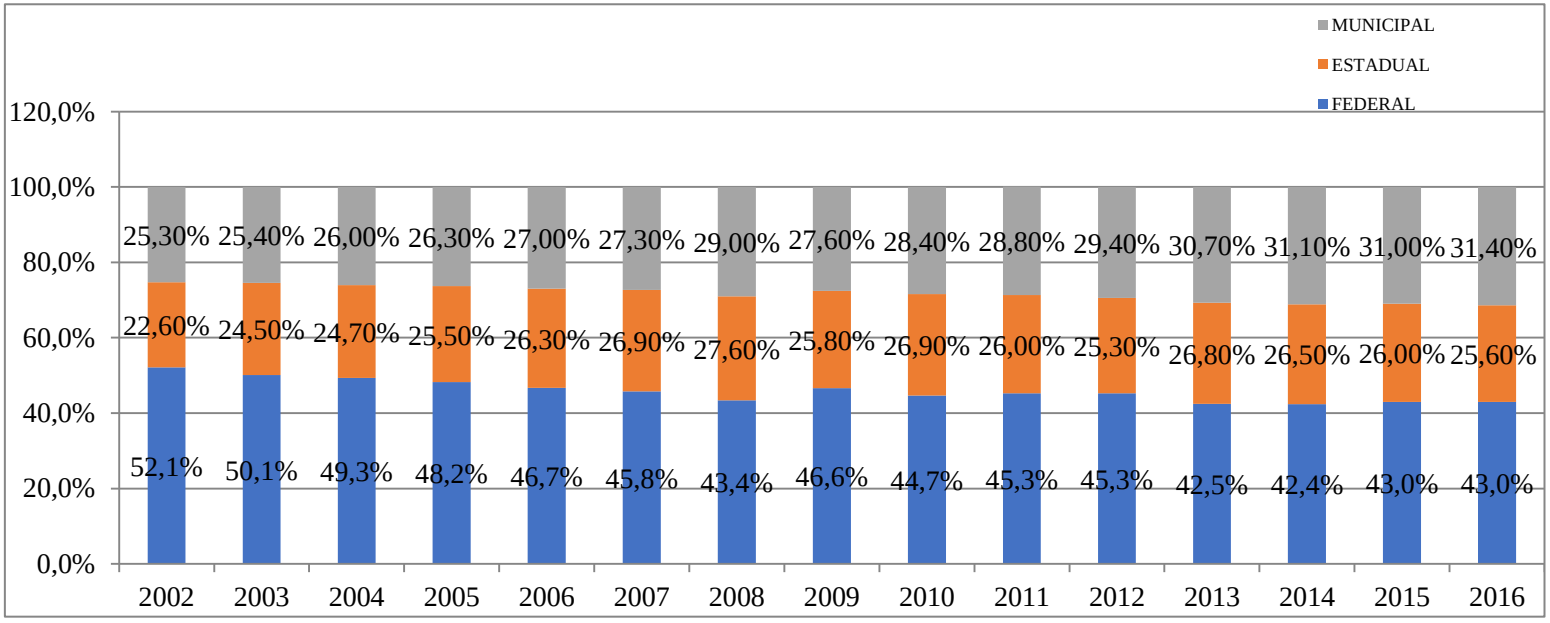
Fonte: SIOPS, 2017.

Em todos os casos analisados após 2010 observou-se maior investimento em capital em relação aos anos anteriores, e em geral ocorreu em anos com processos eleitorais majoritárias, municipais e estadual.

5.3.6 Investimento público em saúde pelas três esferas de governo

No figura 3 pode-se observar a evolução dos gastos com saúde segundo a esfera de governo. Os quatro municípios foram agrupados, portanto trata-se da média dos municípios. Evidencia-se uma retração do governo federal que investia 52,1% em 2002 para 43,0% em 2016, uma redução de quase 10%. Por outro lado, os municípios partiram de um gasto de 25,30% em 2002, para 31,40% em 2016, um crescimento na participação de cerca 6%. Com uma participação menor, o governo estadual foi responsável por 22,60% em 2002 e 25,60% em 2016 (Figura 3).

Figura 3 - Porcentagem de investimento em ações e serviços de saúde por esfera de governo de 2002 a 2016



Fonte SIOPS, 2017.

Proporcionalmente o governo federal continua com a maior porcentagem, no entanto, deve ser ressaltado que devido à concentração do sistema tributário no governo federal, essa esfera de governo obtém a maior arrecadação de impostos em detrimento a esfera estadual e principalmente à esfera municipal.

Vários autores têm denunciado a crescente desresponsabilização do governo federal com uma crescente responsabilidade dos municípios no financiamento da saúde.

5.3.7 Recursos para a saúde de programas específicos para cidades fronteiriças ou com especificidades regionais

Três foram os programas identificados por meio dos quais foram repassados recursos aos municípios estudados pelo fato de se situarem em região de fronteira ou apresentar especificidade regional.

A tabela 9 apresenta o valor absoluto recebido pelos municípios, objeto do estudo, de dois programas Federais: o Sis Fronteira Fase I (investimento), Sis Fronteira faze II (custeio) e recursos da Compensação de Especificidades Regionais, o terceiro programa Saúde do viajante foi de iniciativa Estadual, embora tenha contribuição federal.

Tabela 9 - Valores absolutos recebidos pelas cidades gêmeas dos programas Compensação de Especificidades Regionais, SIS - Fronteira e Saúde do Viajante. 2000 a 2016

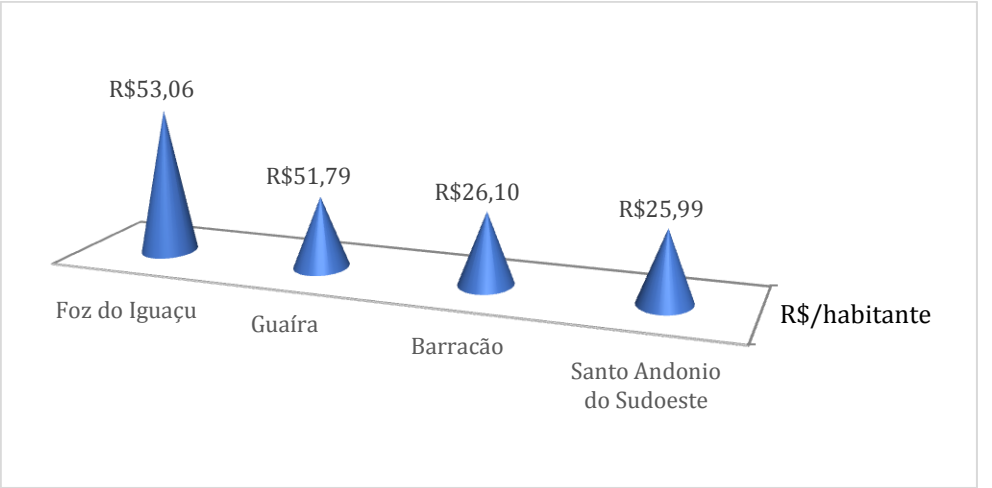
	Foz do Iguaçu			**Guaíra**			**Santo Antônio do Sudoeste**			**Barracão**		
Ano	**CER**	**SISF**	**Saúde do Viajante**	**CER**	**SISF**	**Saúde do Viajante**	**CER**	**SISF**	**Saúde do Viajante**	**CER**	**SISF**	**Saúde do Viajante**
2006					*45.690,73			*28.108,08				
2007				1.678,17			1.381,99			1.094,06		
2008	94.258,08	*304. 253, 00 **10.000,00		15.103,53	*30.000,00 **53.305,85		12.437,91	*25.000,00 **37.792,76		9.846,54	**52.227,11	
2009	145.232,52			23.271,48			19.164,24			15.171,60		
2010				24.640,44			20.291,52			16.064,04		
2011				24.863,88			20.475,60			16.209,72		
2012				24.456,36			20.139,96			15.944,04		
2013												
2014												
2015			7.000.000,00			848.946,89						
2016			7.000,000,00			848.946,89			521.418,12			268.154,76
TOTAL	**239.490,60**	**314.253,00**	**14.000,000,00**	**114.013,86**	**128.996,58**	1.697.893,78	**93.890,62**	**90.900,84**	**521.418,12**	**74.330,00**	**52.227,11**	**268.154,76**

Fonte: SIOPS, DAB, PDR-PR, 2017.
CER: Compensação de Especificidades Regionais
SISF: Sisfronteira
* Fase I (investimento)
** Fase II (custeio)

Para todos os municípios o valor mais significativo foi em relação ao programa Saúde do Viajante. Este programa foi incluído no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 como uma estratégia voltada aos viajantes e aos paranaenses que visitam Foz do Iguaçu e outras cidades fronteiriças. O programa é composto por três eixos principais: informação, vigilância e assistência. No sistema estadual de repasse do fundo estadual para os fundos municipais constam os valores transferidos, mas sem apresentar o critério de repasse (PARANÁ, 2018).

No figura 4 observa-se uma disparidade em termos de repasse de recursos por meio do referido programa quando se considera o critério per capita, tendo Foz do Iguaçu e Guaíra recebido os maiores valores e Barracão e Santo Antônio do Sudoeste os menores valores.

Figura 4 - Per capita dos recursos repassados por meio do programa Saúde do Viajante para as cidades gêmeas 2015 a 2016



Fonte: Paraná Fundo Estadual de Saúde - FAF, 2018.[1]

[1] Para obter informações referentes a continuidade do referido programa é possível consultar a ata da primeira Reunião Ordinária da CIB/PR que ocorreu na data: 07 de fevereiro de 2017, na qual fazem parte a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR). Um dos pontos de pauta estava a homologações de nº 2.6, a qual trata do Programa Saúde do Viajante, sobre as informações de continuidade do programa, (PARANÁ, 2018).

O programa SIS-Fronteira representou para os municípios de Foz do Iguaçu e Guaíra o segundo maior valor entre os três programas, já para Barracão e Santo Antônio do Sudoeste o repasse referente a este programa ficou em terceiro lugar (Tabela 9). No sistema de informação não constam valores repassados para Barracão na fase I do programa, os demais municípios receberam recursos nas duas fases.

A implementação do Programa SIS-Fronteiras ocorreu na perspectiva de ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul. Nogueira e Fagundes (2014) identificaram descontinuidade administrativa, ausência de assessoria, e mudança da equipe ministerial no período de 2009 a 2011. Em outro estudo, Nogueira e Fagundes (2014) afirmam que, apesar dos recursos serem utilizados em serviços, atendendo às necessidades do sistema municipal de saúde, a limitação do direito à saúde aos estrangeiros permaneceu. Ressaltam, contudo, que o programa contribuiu para a troca de informações.

Estudos que avaliam os resultados da implementação do programa não identificam alterações significativas decorrentes desse investimento em regiões fronteiriças. Pelo contrário, identificam dificuldades no campo da gestão, visto que, mesmo que a descentralização do sistema de saúde tenha ocorrido há algum tempo, são perceptíveis os entraves na implantação de uma rede de serviços que contribuiria para a melhoria do atendimento à população fronteiriça, dificuldades para programação de ações e o uso dos recursos em uma série de serviços, atendendo às necessidades do sistema municipal de saúde sem um foco no atendimento aos estrangeiros que permanece a critério do gestor, mantendo-se a limitação do direito à saúde na maior parte dos municípios (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014).

Em relação às transferências referentes à Compensação de Especificidades Regionais, os quatro municípios começaram a receber os

repasses do Fundo Nacional de Saúde em 2007 com regularidade até 2012 quando encerrou o repasse. Das informações dos documentos encontrados e analisados foi possível localizar duas deliberações CIB/PR nº 07/2009 e nº 069 – 17/05/2010, esta última mantém o mesmo texto; só inclui mais um município como elegível para receber o recurso. Para este recurso também não foi possível identificar as razões para o encerramento dos repasses.

5.3.8 Indicadores municipais analisados nas cidades gêmeas do Paraná

Neste item são apresentados os dados referentes a indicadores municipais, buscando estabelecer relação entre os municípios estudados. Foram analisadas 13 variáveis, sendo, portanto, os indicadores municipais: participação da receita de impostos na receita total do município, participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município, participação % das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município, participação % das transferências da união para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município , participação % das transferências da união para a saúde (SUS) no total de transferências da união para o município, participação % da receita de impostos e transferências constitucionais e legais na receita total do município, despesa total com saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do município, por habitante, participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde, participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde, participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com saúde, participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde, participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde, participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000.

Para a variável ‘Participação da receita de impostos na receita total do município’ (V1) foi observada diferença estatística significativa entre as quatro cidades ($Q=43,88$; $p<0,0001$), sendo que o município de Foz do Iguaçu foi o que apresentou maior percentual de participação quando comparado aos municípios de Barracão e Santo Antônio do Sudoeste ($p<0,05$). Apesar de menor participação, Guaíra ainda foi similar ao município de Foz do Iguaçu ($p>0,05$; Tabela 10).

Para a variável ‘Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município’ (V2) foi observada diferença estatística significativa ($Q=36,2$; $p<0,0001$). Foi observado que as cidades de Guaíra e Foz do Iguaçu foram estatisticamente semelhantes entre si ($p>0,05$), porém com valores estatisticamente inferiores às cidades de Barracão e Santo Antônio do Sudoeste ($p<0,05$; Tabela 10).

Para a variável ‘Participação percentual das transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município’ (V3) foi observada diferença estatística significativa entre as quatro cidades ($Q=38,76$; $p<0,0001$). Foi observado que a cidade de Guaíra apresentou significativamente menor participação quando comparado à Foz do Iguaçu ($p<0,05$). Santo Antônio do Sudoeste e Barracão apresentaram valores similares entre si ($p>0,05$), porém intermediários entre os demais municípios (Tabela 10).

Para a variável ‘Participação percentual das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município’ (V4) não foi observada diferença estatística significativa entre as quatro cidades ($Q=2,472$; $p=0,48$; Tabela 10).

Para a variável ‘Participação percentual das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o Município’ (V5) foi observada diferença estatística significativa ($Q=38,12$; $p<0,0001$).

Foi observado que a cidade de Guaíra apresentou significativamente menor participação quando comparada a Foz do Iguaçu (p<0,05). Santo Antônio do Sudoeste e Barracão apresentaram valores intermediários às demais cidades (Tabela 10).

Para a variável 'Participação percentual da Receita de impostos e transferências constitucionais e legais na Receita total do Município' (V6) foi observada diferença estatística significativa (Q=19,88; p=0,000). Foi observado que as cidades de Foz do Iguaçu e Guaíra foram estatisticamente similares entre si (p>0,05), porém com valores estatisticamente inferiores às cidades de Santo Antônio do Sudoeste e Barracão (p<0,05; Tabela 10).

Tabela 10 - Mediana, mínimo e máximo das variáveis analisadas das cidades de Barracão, Foz do Iguaçu, Guaíra e Santo Antônio do Sudoeste, nos anos de 2002 a 2016. P-valor do teste de Friedman*

	Barracão	**Sto. Antônio do Sudoeste**	**Guaíra**	**Foz do Iguaçu**	**p-valor**
V1	5,64% [4,6 – 8,1%]^{ab}	4,52% [4,0 – 5,8]^{a}	10,71% [7,2 – 13,9]^{bc}	16,26% [9,8 – 24,1]^{c}	< 0,0001
V2	79,70% [67,5 – 93,5]^{b}	80,99% [72,4 – 98,8]^{b}	61,65% [43,9 – 88,7]^{a}	59,67% [53,6 – 80,0]^{a}	<0,0001
V3	11,40% [6,7 – 14,3]^{bc}	7,47% [5,0 – 14,3]^{ab}	5,91% [2,2 – 12,1]^{a}	22,87% [10,1 – 29,9]^{c}	<0,0001
V4	97,12% [74,9 – 100]^{a}	94,43% [73,8 – 100]^{a}	98,88% [75,9 – 100]^{a}	98,09% [78,9 – 100]^{a}	0,48
V5	17,00% [11,6 – 26,8]^{bc}	12,16% [7,2 – 23,9]^{ab}	11,53% [6,1 – 19,6]^{a}	47,69% [29,4 – 58,0]^{c}	<0,0001
V6	64,25% [55,5 – 70,0]^{b}	65,35% [49,5 – 77,2]^{b}	51,62% [42,3 – 62,5]^{a}	56,66% [543 – 60,6]^{a}	<0,0001

Fonte: SIOPS, 2017.

Legenda: V1 - Participação da receita de impostos na receita total do Município; V2 - Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município; V3 - Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município; V4 - Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município; V5 - Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o

Município; V6 - Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município.

* Letras diferentes indicam diferenças estatísticas entre os municípios.

Para a variável 'Despesa total com saúde, em R$/habitante, sob a responsabilidade do Município, por habitante' (V7) foi observada diferença estatística significativa entre as quatro cidades (Q=33; p<0,0001). Foi observado também que a cidade de Santo Antônio do Sudoeste apresentou o menor valor de despesa quando comparado ao município de Foz do Iguaçu (p<0,05). Os municípios de Guaíra e Barracão foram estatisticamente semelhantes entre si (p>0,05), mas com valores intermediários aos demais (Tabela 11).

Para a variável 'Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde' (V8) foi observada diferença estatística significativa entre as 4 cidades (Q=8,36; p=0,039). Foi observado que a cidade de Barracão apresentou valores estatisticamente inferiores a Guaíra (p<0,05), e Santo Antônio do Sudoeste e Foz do Iguaçu apresentaram valores intermediários (Tabela 11).

Para a variável 'Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde' (V9) foi observada diferença estatística significativa (Q=15,966; p=0,001). A cidade de Barracão apresentou valores estatisticamente superiores ao município de Foz do Iguaçu (p<0,05), enquanto Guaíra e Santo Antônio do Sudoeste apresentaram valores intermediários aos demais (Tabela 11).

Para a variável 'Participação da despesa com serviços de terceiros – pessoa jurídica na despesa total com saúde' (V10) foi observada diferença estatística significativa entre as quatro cidades (Q=27,08; p<0,0001). Foi observado também que as cidades de Guaíra, Santo Antônio do Sudoeste e

Barracão foram estatisticamente iguais entre si, sendo que Foz do Iguaçu apresentou valores estatisticamente superiores aos demais (p<0,05; Tabela 11).

Para 'Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde' (V11), na análise inicial foi observada diferença estatística significativa (Q=9,08; p=0,028), porém, ao realizar específica de a comparação múltipla não foi possível detectar as diferenças (p>0,05; Tabela 11).

Para 'Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do Município com saúde' (V12) foi possível observar que houve diferença estatística significativa entre as quatro cidades (Q=29,480; p<0,0001). Foi observado que Guaíra apresentou valores estatisticamente inferiores aos demais municípios (p<0,05; Tabela 11).

Para a variável 'Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000' (V13) foi observada diferença estatística significativa (Q=27,56; p<0,0001). Foi observado que a cidade de Foz do Iguaçu apresentou valores estatisticamente maiores do que dos demais municípios (p<0,05; Tabela 11).

Tabela 11 - Mediana, mínima e máxima das variáveis analisadas das cidades de Barracão, Foz do Iguaçu, Guaíra e Santo Antônio do Sudoeste, nos anos de 2002 a 2016. P-valor do teste de Friedman*

	Barracão	**Sto. Antônio do Sudoeste**	**Guaíra**	**Foz do Iguaçu**	**p-valor**
V7	341,12 [104,3 – 947,1][bc]	206,5 [79,2 – 620,4][a]	222,18 [95,8 – 726,1][ab]	324,6 [152,8 – 870,7][c]	<0,0001
V8	37,37 [31,0 – 59,3][a]	42,65 [37,4 – 58,2][ab]	52,53 [37,6 – 63,3][b]	42,48 [38,2 – 47,9][ab]	0,039
V9	5,41 [2,2 – 13,7][b]	4,66 [0,0 – 8,6][ab]	4,24 [0,0 – 11,2][ab]	2,24 [0,0 – 4,5][a]	0,001
V10	37,65 [7,8 – 50,6][a]	23,84 [11,0 – 38,9][a]	14,22 [5,3 – 27,3][a]	46,29 [32,2 – 52,8][b]	<0,0001

V11	4,01 [0,0 – 13,4][a]	5,69 [1,2 – 20,2][a]	5,85 [1,0 – 20,2][a]	2,53 [0,7 – 9,3][a]	0,028
V12	44,91 [37,5 – 50,7][b]	38,92 [27,8 – 53,4][b]	24,08 [13,5 – 36,9][a]	46,15 [30,9 – 58,2][b]	<0,0001
V13	19,77 [11,7 – 27,2][a]	16,44 [11,9 – 21,9][a]	20,89 [16,1 – 26,4][a]	25,19 [16,6 – 34,9][b]	<0,0001

Fonte: SIOPS, 2017.

Legenda: V7 - Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante; V8 - Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde; V9 - Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde; V10 - Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde; V11 - Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde; V12 - Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde; V13 - Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.

* Letras diferentes indicam diferenças estatísticas entre os municípios.

5.3.9 O problema do Fronteiriço nos Instrumentos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde

O planejamento em saúde é um campo de saber complexo, as diferentes abordagens se complementam, aumentando a necessidade da consolidação da cultura do planejamento dentro das instituições para fortalecimento dos sistemas e de serviços de saúde, entretanto esta cultura do planejamento está determinada pela estrutura do sistema capitalista, ou seja, estrutura do modo de produção. Ressalta-se que o Ministério da Saúde reconhece que o planejamento em saúde detém enorme potencial para viabilizar o alcance de oportunidade e resolubilidade das medidas estabelecidas e implementadas, as quais se configuram como ponto estratégico para qualificação da gestão do SUS (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, planejar em saúde se fez necessário ao longo da evolução dos sistemas de saúde e das mudanças nas condições de vida da

população mundial. Neste contexto, o planejamento tem papel fundamental quando se deseja direcionar as ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido (VIEIRA, 2009). Por isso, a importância desse tema dentro das questões do financiamento e da sustentabilidade do sistema diante da complexidade nas fronteiras.

Os instrumentos de planejamento, pactuação e prestação de contas no âmbito do SUS seguem normativas válidas para todo o território nacional. Assim, o Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SISPACTO) é regulamentado pela Portaria GM/MS n. 91, de 10/01/2007, sendo o sistema indicado para o registro do processo nacional de pactuação interfederativa de metas, face à definição de indicadores sanitários. Já o Sistema de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (SARGSUS), segue o Acórdão do Tribunal de Contas da União - TCU nº1459, de 03/06/2011, que tornou obrigatória a alimentação do sistema para estados e municípios, cuja utilização foi regulamentada na Portaria GM/MS nº 575, em 29/03/2012.

Os Planos Municipais de Saúde não possuem, segundo as normas, um prazo definido para seu envio para apreciação do Conselho de Saúde; no entanto, ele deverá ser compatível com as informações do Relatório Anual de Gestão cujo prazo para envio para apreciação no Conselho é 30 de março do ano subsequente. Acerca das Metas e Indicadores do SUS, de acordo com a Resolução CIT nº 08, de 24 de novembro de 2016, ficou estabelecido a data de 31 de março de 2017 para registro de metas referentes aos indicadores pactuados para o período de 2017 a 2021, portanto, posterior ao recorte da presente pesquisa.

No Brasil a maioria (95%) dos municípios em todas as regiões do país informou ter o PMS para o período 2014-2017. Já em relação a RAG 2016, 70% dos municípios afirmaram ter enviado para apreciação no

Conselho de Saúde, sendo as regiões Norte e Nordeste as regiões com proporção menor de municípios com envio de RAG 2016, respectivamente, (BRASIL, 2018).

No Paraná do total e 399 municípios 393 (98%) informaram ter PMS. Para o indicador PAS 354 municípios (88%) elaboraram o instrumento. Já em relação ao RAG, 343 municípios (86,72%) têm o instrumento aprovado, 31 (7,7%) aprovados com ressalva e 5 municípios (1,25%) não aprovados. Ainda 2 (0,5%) foram solicitados ajuste e 15 (3,7%) aguardam apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) (BRASIL, 2018).

Na tabela 12 apresentam-se os dados sobre a disponibilização dos instrumentos de Planejamento do SUS, documentos estes que devem ser elaborados pelos gestores municipais e disponibilizados no sistema SARGSUS, para consulta pública ou dos órgãos de auditorias, controle e avaliação do SUS.

Tabela 12 - Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) segundo ano e cidades fronteiriças do estado do Paraná

Ano	Foz do Iguaçu	Guaíra	Santo Antônio do Sudoeste	Barracão
2006	-	-	-	-
2007	-	-	-	-
2008	-	-	-	-
2009	-	-	-	-
2010	-	-	-	-
2011	RAG não aprovado	RAG, PS .	RAG	RAG
2012	RAG não aprovado	-	RAG	RAG e PAS
2013	RAG, PS, PAS não aprovados.	RAG, PS e PAS.	RAG	RAG ,PS e PAS
2014	RAG e PS não aprovados	RAG, PS e PAS	PS e RAG	RAG ,PS e PAS
2015	RAG não aprovado	RAG, PS e PAS	RAG PS e PAS	RAG ,PS e PAS
2016	RAG não aprovado	RAG, PS e PAS	RAG, PS e PAS.	RAG, PS e PAS

Fonte: SARGSUS, 2018.

Legenda: (RAG) Relatório Anual de Gestão, (PS) Plano de Saúde, (PAS) Programação Anual de Saúde.
- Dado não disponível.

Até o ano de 2005, apesar da necessidade do cumprimento da legislação que prevê a obrigatoriedade de elaboração dos Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS, bem como sua aprovação pelos Conselhos Municipais de Saúde, não era exigida a disponibilidade dos referidos nos sistemas públicos de informações. Como se observa na tabela 12, apesar de o sistema estar ativo desde 2006, somente a partir de 2011 quando tornou-se obrigatória a inclusão dos instrumentos por meio do Acórdão do TCU nº1459 é que os municípios começaram a alimentar o sistema.

Chama a atenção o município de Foz do Iguaçu que no período de 2011 até 2016, somente em 2013 teve o RAG aprovado, nos demais anos ou foi aprovado com ressalvas (3) ou não aprovado (2). Mesmo no ano que teve o RAG aprovado (2013), os valores previstos para investimento não estão compatíveis com os dados coletados no SIOPS. No ano de 2014 apresentou documentos de respostas a 10 auditorias. Salienta-se que em Foz do Iguaçu nesse período foram identificados problemas de corrupção e desvio de recursos na área da saúde. Em meados de 2016 o Ministério Público Federal do Paraná denunciou 85 pessoas acusadas de participar de fraudes em licitações e desvio de recursos públicos na Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. Entre os denunciados estavam empresários, vereadores, secretários municipais, ex-secretários e diretores da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu.

Guaíra, apesar de não disponibilizar nenhum dos instrumentos no sistema no ano de 2012, ainda aparece como o município que melhor cumpre com a legislação na disponibilização dos instrumentos, apresenta prestações de contas das audiências quadrimestrais, prestação de contas do

Programa Saúde do Viajante com Plano de Aplicação de despesas correntes no valor de R$ 1.048.946,00 e de despesa de capital no valor de R$ 648.946,89. Dos recursos do SIS-Fronteiras no valor de R$ 194.620,22 justifica que utilizou o recurso para reforma de um edifício onde fica a vigilância sanitária.

Santo Antônio do Sudoeste somente disponibilizou os três documentos nos anos de 2015 e 2016, e o conteúdo das informações é compatível com a deficiência dos demais.

Barracão foi o município que melhor cumpriu a legislação disponibilizando os instrumentos.

O PMS de 2011 faz referência ao fato de o censo de 2010 afirmar que houve redução da população em município de fronteira, no entanto não foi contabilizado a população flutuante dessas áreas, visto que a população flutuante não aparece no IBGE (NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014). Como exemplo, cita-se a situação de brasileiros que residem de forma ilegal na Argentina, que em adoecimento buscam atendimento no SUS, além de argentinos que vêm residir no Brasil pela questão de aposentadoria, o que "dificulta a realização de ações de prevenção e promoção à saúde" (AUGUSTINI; NOGUEIRA, 2010).

No RAG e no PAS do Município de Barracão é citado o Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF) com o objetivo de manter e aprimorar a parceria nas áreas da saúde, principalmente o atendimento hospitalar e transporte de pacientes através do consócio (CONASEMS, 2017). Entretanto, nos Planos de Saúde disponíveis não se observou com clareza referência aos determinantes e condicionantes de saúde do fronteiriço e ou da suficiência ou da necessidade de aumento de financiamento específico para as ações e serviços de saúde dessa população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema da atenção à saúde ao fronteiriço em região de fronteira tem no sub financiamento um de seus principais problemas que é agravado pela não inclusão desse problema (atenção à saúde de fronteiriços) no planejamento local e nos espaços de decisão; aspecto, esse, que deveria provocar a inserção do tema nos espaços de controle social e na agenda política dos diferentes níveis de gestão do sistema.

Percebe-se que, iniciativas pontuais, de repasse de recursos, como o SIS-Fronteira, Compensação de Especificidades Regionais e Saúde do Viajante do governo federal, contribuem para maior visibilidade do problema da saúde em região de fronteira, mas não permitem constatar aumento significativo nos indicadores financeiros e tão pouco sanitários, considerando que o perfil epidemiológico deveria constar no Plano Municipal de Saúde.

A descrição do financiamento no contexto da fronteira provou ser um desafio, entretanto, percebe-se a necessário em priorizar esta estratégia, e ainda, aperfeiçoar o método para compatibilização entre planejamento dos recursos financeiros alocados nas diretrizes e ações preteridas pelas equipes técnicas dos municípios.

Considera-se problemático o planejamento e a gestão do sistema de saúde local quando não se prioriza a elaboração dos instrumentos propostos, os quais deveriam ser elaborados pelos municípios e aprovados pelo controle social, os Conselhos Municipais de Saúde, assim como pelos outros entes federados, para cumprimento de uma exigência legal, já que a transferência de recursos à saúde está condicionada e eles.

Dentre as limitações do estudo, expõe-se a falta das informações nos sistemas, fato que dificultou a verificação e possivelmente a análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ADDINSOFT. **XLStat Versão 19.4**, 2017.

AGÊNCIA BRASIL. Últimas notícias do Brasil e do mundo. **Gastos com saúde crescem mesmo em meio à crise e atingem 9,1% do PIB.** Edição: NEVES, L. Reportagem: OLIVEIRA, N., 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/print/1102435>. Acesso em: 19 fev. 2018.

AGUSTINI, J.; NOGUEIRA, V. M. R. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul**. Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 222-43, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200003&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 20 out. 2017.

ALBUQUERQUE, J. L. C. A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos "brasiguaios" entre os limites nacionais. **Horizontes antropológicos**, v. 15, n. 31, p. 137-166, 2009.

ANTUNES, E.M. Considerações sobre integração regional e seus reflexos nas cidades de fronteira do Mercosul. In: seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais – SEBREEI. Integração Regional e Cooperação Sul-Sul no Século XXI, 1, 2012, Porto Alegre. **Anais eletrônicos...** Porto Alegre: Instituto de Geociências/ UFRGS, 2012. Disponível em: <unbral.nuvem.ufrgs.br/base/items/ show/9707>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BERTOLLI, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BRASIL. **Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964** Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília: 4 mai. 1964. 28 p. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/legislacao/lei-no-4320/view >. Acesso em: Acesso em 20 jan. 2018.

_____. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessado em: setembro de 2017.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília: 19 set. 1990a. 13 p. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Lei_8080_12092014.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** 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. Brasília: 28 dez. 1990b. 19 p. <https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: Acesso em 20 jan. 2018.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Organização de Alexandre de Moraes. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2000a.

_____. **Lei complementar n. 101, de 4 de maio de 2000.** Estatui Normas Gerais de Direito Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Presidência da República,** Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.Brasília: 4 mai. 2000. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>.Acesso em: Acesso em 20 jan. 2018.

_____. **Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma operacional da assistência à saúde /SUS, NOAS-SUS 01/2001. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em 20 jan. 2018.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira: Brasília**: Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília, 2005.

_____. **Portaria n. 399, de 22 de setembro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: 22 set. 2006. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. **Portaria n. 204, de 29 de Janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília - DF, 31 de janeiro de 2007a. Disponível em: < http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141105155020portaria-204-29-01-07-blocosdefinanciamento.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

_____. **Portaria n. 1.624, de 10 de Julho de 2007** Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais - CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica. Brasília - DF, 10 de jul. 2017b. Disponível em: < http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1624-[2809-120110-SES-MT].pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018

_____. **Portaria Conjunta nº 3, de 14 de outubro de 2008**. Aprova os Manuais de Receita Nacional e de Despesa Nacional e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 2008a, nº 201, Seção 1, pág. 15. Disponível em: < http://www.lex.com.br/doc_1551406_PORTARIA_CONJUNTA_N_3_DE_14_DE_OUTUBRO_DE_2008.aspx>. Acesso em: 05 fev. 2017.

_____. **Carta de São Paulo:** em defesa da saúde do viajante. São Paulo, 5 de setembro de 2008b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/120908_CARTA_DE_SAO_PAULO_viajantes.pdf> Acesso em: 25 jan. 2016.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Sicsú, j.; Cas telar A. (Org.). **Sociedade e Economia**: estratégias de crescimento e desenvolvimento. Brasília: IPEA, 2009b. 252 p.

_____. Ministério do Turismo. **EMBRATUR: principais países receptores de turistas.** Brasília, 2010. Disponível em: <www.embratur.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional da Economia Solidária - Senaes. **Gestão pública e sociedades:** fundamentos e políticas de economia solidária. Ed. 1. São Paulo: Outras expressões, 2011. 480 p.

_____. **Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, Brasília: 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências, Brasilia: 13 jan. 2012. 16 p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Ministério do Turismo. **Plano nacional do ministério do turismo**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.turismo.gov.br/images/pdf/plano_nacional_2013.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p.

_____. Ministério do Turismo. Últimas notícias: **Mais de 6,4 milhões de turistas estrangeiros visitaram o Brasil em 2014**. Brasília, 08 Jul. 2015a. .Disponível em: <http://www.turismo.gov.br/ultimas-noticias/5227-mais-de-6,4-milh%C3%B5es-de-turistas-estrangeiros-visitaram-o-brasil-em-2014.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica n. 13/DAI/SGEP/MS.** Processo de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Brasília, 25 fev. 2015b. 5 p.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015**. ed. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 156 p.

_____. **Portaria de consolidação nº 6 n. 190 – DOU de 03/10/17**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único, Brasília, 03 out. 2017, seção 1, p. 569. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-6_280917.pdf.>. Acesso em 20 jan. 2018.de Saúde. – Seção 1 – Suplemento - p.569

_____. Tesouro Nacional. **Boletim de finanças dos entes subnacionais**. Ministério da Fazenda. ed. 1, ago 2017. 111 p. Disponível em: <http://fazenda.gov.br/noticias/2017/agosto/tesouro-nacional-publica-primeira-versao-de-2017-do-boletim-de-financas-publicas-dos-estados-e-municipios/boletim-de-financas-dos-entes-subnacionais-2016.pdf>. Acesso em 10 out. 2017.

CANOTILHO, J. J. G.. **Direito constitucional**. 6 ed. Rev. Coimbra: Livraria Almedina, 1993, p. 14.

CARVALHO, G. **Financiamento da saúde**: Eficiência nos gastos. 2004. Apresentação em ppt. 108 slides. Disponível em:<http://www.hsp.epm.br/dmedprev/planejamento/pdf/publi/gilson2004SUSfinanciamento.pdf >. Acesso em: 20 jan. 2018.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva. Brasília**, v.17, n. 4, p. 901-911, 2012. Disponível em:<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12732/1/ARTIGO_GestaoSUSPraticas.pdf>. Acesso em 10 fev. 2018.

CARVALHO, G. C. M. **Financiamento Federal para a Saúde no Brasil. 2000-2009**. In: Lenir Santos. (Org.). Direito Da Saúde No Brasil. ed. 1, Campinas: Saberes Editora, 2010, v. 1, 281-307 p.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Unificação dos blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Congresso COSEMS- RS. Porto Alegre – RS, 2017. Disponível em:<https://mail.google.com/mail/u/2/#inbox/161965083ac45a71?projector=1&messagePartId=0.5>. Acesso em: 10 de fev. 2018.

CURY, M. J. F.; FRAGA, N. C. Conurbação Transfronteiriça e o Turismo na Tríplice Fronteira: Foz Do Iguaçu (Br), Ciudad Del Este (Py) e Puerto Iguazú(Ar). **Revista Rosa dos Ventos**, v. 5, n. 3, p. 460-75. Jul./set. 2013.

FERRARI, M. Zona de fronteira, Cidades gêmeas e interações transfronteiriças no contexto do MERCOSUL. **Revista Transporte y Territorio**, v. 9, p. 87-104, 2013.

FERREIRA, D. R.; SILVA, J. P. Contributos da gestão da mobilidade na mudança de mentalidades: o caso do Instituto Politécnico de Leiria. **Transportes**, v. 20, n. 3, p. 16-27, 2012

GALLO, E.; COSTA, L. (org.). **Sistema Integrado de Saúde do Mercosul.** SIS — Mercosul: uma agenda para integração. Brasília, DF: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças públicas**: Teoria e prática no Brasil. Ed.4. 2000. 499 p.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 251-266, 2007. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

GURGEL, E. I. **Portaria do Ministério da Saúde põe em risco a regionalização do SUS**. Centro de Estudos Estratégicos - FIOCRUZ. 2017. Disponível em: < http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/713#Depoimento1>. Acesso em: 10 fev. 2017.

HOFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno Cebes**, XX, n. 55, nov. 2001.

IDISA. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. **Pacto pela Saúde 2006**: Consolidação do SUS. S/a. Disponível em :<http://idisa.org.br/site/documento_2324_0__24-02-2006---pacto-pela-saude-2006.html>. Acesso em: 10 fev. 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: aglomerados sub-normais Informações territoriais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 251p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Panorama Ipea - financiamento da saúde.** Produção de Andréia Ferreira. 30 jul. 2012. (27:48 min.) Disponível em:<https://www.youtube.com/watch?v=dhQUX26FKNE&app=desktop>. Acesso em 23 jan. 2018.

LEMÕES, M.A.M. **Sistema Integrado de Saúde em região de Fronteira:** desafios do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde. 2012, 50f. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2012.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F.. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev Panam Salud Publica** [online]. v. 30, n. 5, p. 490 - 500, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2015.

LIMA, A. P. G., Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out-dez, 2000.

LIRA, P. A. T. A**. Regionalização como estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS.** 2013. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social da Universidade Católica) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2013.

LOPES, M. A. S. **Eficiência dos gastos públicos: Análise nas Regiões de Saúde do Estado de Minas Gerais**. 2017. 137 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências) - Faculdade de economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2017.

MALTA, D. C. et al . A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-38, feb. 2016 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: on 19 feb. 2018.

MALUF, S.. **Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 1998, p. 23.

MANTOVANI, A. L. B.. **O papel da sociedade na ressocialização do menor infrator**. 2009.

MARQUEZINI, A.C.T. Circuitos Espaciais de Fronteira: Cidades Gêmeas de Foz Do Iguaçu e Cidade Do Leste. **Entre-Lugar**, Dourados, MS, ano 1, n. 2, 2º semestre de 2010.

MATOS, V.; BARCELLOS, C. Relações entre turismo e saúde: abordagens metodológicas e propostas de ação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 2, p. 128-34, 2010.

MATOS, V.; BARCELLOS, C.; CAMARGO, L. O. L. Vulnerabilidade e problemas de saúde em viagem: a visão do turista na cidade do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. 2013, v.18, n.1, p. 85-97.

MEDINA, M. G. (Coord.). **Atenção Primária à Saúde em 2016: avanços, desafios e resultados**. OAPS. Observatório de Análise Política em Saúde. 2016. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=58f51333a319ff1adc256e5205e4e372&pg=1>. Acesso em: 10 fev.2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549 p.

MENDES, Á. N.; SANTOS, S. B. S. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios Paulistas. São Paulo. **Saúde e Sociedade**. 2000, v.9, n. 1, p. 111-25.

MENEZES, A. M. **Justiça social e direito no processo de formação e de trabalho do serviço.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo, p 271. 2016.

MULLER, E.V. G. M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 925-930, 2010.

NOGUEIRA, M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS-Fronteiras – perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serv. Soc. & Saúde,** Campinas, SP, v. 13, n. 2, p. 245-60, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903>. Acesso em: 14 fev. 2018.

OLIVEIRA, M.G. **As cidades-gêmeas Ponta Porã-Pedro Juan Caballero e Foz do Iguaçu-Ciudad Del Este diante da desarticulação regional sul-**

americana. 2012, 255f Tese (Doutorado em Geografia) –Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2012.

OLIVEIRA, M. M. de. A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. **Estud. av**., São Paulo , v. 20, n. 57, p. 183-196, ago. 2006

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. **Deliberação nº 134/30/11/2007**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS/PR. 2007. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/DEL2007/del134_07.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde Paraná**: 2012-2015. Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. Governo do Paraná. **Paraná: estudo estatístico 20 anos de turismo**. Curitiba, 2014a. Disponível em: <http://www.turismo.pr.gov.br/arquivos/File/Parana_Estudo_Estatistico_20_anos_Turismo__1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS). **Programa estadual de saúde do viajante**. Curitiba, 2015a. Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Apresentacoes/2015/06_RO_CIB/04.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. **Deliberação nº 204, 15 de dezembro 2015**. Aprova o programa estadual de saúde do viajante. Curitiba, 2015b. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00__NDS/Deliberacoes/2015/204.pdf. Acesso em: 05 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde,** Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

_____. **Portal da Saúde - Iguaçu/PR**. Home/Notícias. Foz do Iguaçu sobe 24,53% no ranking do PIB nacional. Foz do Iguaçu, 2017. Site. Disponível em: <https://foz.portaldacidade.com/noticias/politica/foz-do-iguacu-sobe-24-53-no-ranking-do-pib-nacional>. Acesso em: 10 fev. 2018.

PILOTTO, L. M. **Os planos privados de saúde no Brasil e sua influência no uso de serviços de saúde** : análise dos dados da PNAD 1998, 2003, 2008 e da PNS 2013. 2016. 93 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, 2016.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: TrajetóriaRecente e Cenários para o Futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012.

POWER, T. J; ZUCCO, C. "**Estimating ideology of Brazilian Legislative parties, 1990 - 2005**: a research communication." Latin American Research Review, v. 44, n. 1, p.218-46, 2009.

RESENDE, F. **Finança pública**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2006. 2741 p.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde no Brasil:** SUS e pactos pela Saúde. UNA-SUS. 2006, 21f. Monografia (Especialização em Saúde da Família)– UNIFESP. São Paulo. 2006. Recuperado de <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf.>. Acesso em: 2006.

REIS, C. O. O.; FUNCIA, F. R. **Desmonte do SUS: mito ou verdade?** Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. 2016. Disponível em:<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/07/Ocke-_-Funcia.pdf> Acesso em: 14 fev. 2018.

RODRIGUEZ, N. E. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas.** In: Ministério da Saúde / Projeto Nordeste. "Informação, Educação e Comunicação/IEC. Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS: Textos técnicos para Conselheiros de Saúde". Brasília: Ministério da Saúde. p.7-17. 1994.

ROMAGNOLLI, A. P. B.; CARVALHO B. G.; NUNES, E. F. P. A. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Rev. Gerenc. Polít. Salud,** Bogotá/Colombia, v.13, n.27, p. 168-80, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.gubs>. Acesso em:10 fev. 2018.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. O **Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 473 p.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS**,** rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200 7000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2017.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

SANTOS, C. R. B.; MAGALHAES, R. Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1215-1224, maio 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a15v17n5.pdf >. Acesso em: 25 fev. 2017.

SILVA, E. M.. O estado democrático de direito. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, a.42, n. 167, jul/set, 2005.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2753-62, jun. 2011.

SILVA JUNIOR, A. G. da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e transformação da realidade.** Associação dos Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia – AATR. p. 11. Bahia. 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em: 22 jan.2018.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-77, oct. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2018.