

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA- EMESCAM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MEZAQUE DA SILVA JOSÉ RODRIGUES

**OS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS E O DIRECIONAMENTO DOS
RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-
ES NA PERSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

VITÓRIA

2021

MEZAQUE DA SILVA JOSÉ RODRIGUES

**OS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS E O DIRECIONAMENTO DOS
RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-
ES NA PERSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Helder Gomes

Área de Concentração: Política de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Processos de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

VITÓRIA

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R696s Rodrigues, Mezaque da Silva José
Os serviços de saúde ofertados e o direcionamento dos recursos orçamentários do município de Presidente Kennedy – ES na perspectiva das políticas de saúde / Mezaque da Silva José Rodrigues. - 2022.
116 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Helder Gomes.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Gestão em saúde pública. 2. Administração pública. 3. Serviços de saúde – Presidente Kennedy (ES). 4. Sistema Único de Saúde (SUS). 5. Educação permanente. I. Gomes, Helder. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.120981

MEZAQUE DA SILVA JOSÉ RODRIGUES

**OS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS E O DIRECIONAMENTO DOS
RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-
ES NA PERSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em ____ de _____ de 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Italla Maria Pinheiro Bezerra
Professora Presidente da Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Caulyt Santos da Silva
Membro da Banca Titular Interno

Prof^a. Dr^a. Adriana Ilha
Membro da Banca Titular Externo
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Dedico este estudo a todos os profissionais da área pública que se esforçam para executar suas tarefas e responsabilidades com maior transparência e qualidade, mesmo diante de tantos desafios que encontram no seu cotidiano.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente e acima de tudo, minha gratidão maior vai a Deus, que é meu guia e protetor, abençoando e iluminando meus caminhos, e me fazendo merecedor das conquistas e vitórias até aqui alcançadas.

Agradeço a minha mãe e ao meu pai (*in memoriam*) que me fizeram ser o homem que me tornei, seguidor dos preceitos divinos e dos princípios e valores éticos, e à minha esposa e filha, pela paciência e compreensão frente às minhas falhas e ausências, não somente neste período de estudo intenso, mas no cotidiano, sempre envoltas de muito carinho e amor.

Aos meus amigos que sempre estão comigo nos momentos de felicidades e de adversidade, em que um ombro fiel e leal é essencial para que não desistamos de continuar. Também aos colegas de curso pela equipe formada, sempre nos apoiando coletivamente, principalmente em tempos difíceis.

Ao Município de Presidente Kennedy, por nos alcançar com a bolsa de estudo através do Programa do Desenvolvimento do Ensino Técnico, Superior e Pósgraduação PRODES/PK.

Aos profissionais que trabalham comigo na Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy, diante da autorização e assistência na obtenção de dados e informações.

Aos autores e literaturas que evidenciam a importância da gestão pública em Saúde no Brasil, bem como as que referenciam a cidade de Presidente Kennedy frente à sua importância socioeconômica, mas também quanto às belezas que possui.

E em especial, aos meus mestres e orientador que tanto contribuíram à minha conquista deste mestrado. Minha gratidão pela disponibilidade de seus saberes, com paciência e compreensão frente às minhas dificuldades, sempre imbuídos em um espírito de cooperativismo e construção de um profissional qualitativo e acima de tudo, conhecedor de seus direitos e deveres enquanto cidadão.

Enfim, a todos que direta e indiretamente corroboram de alguma forma para esta realização.

Meu muito obrigado.

A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas sim, em ter novos olhos.

Marcel Proust

RESUMO

Introdução: A transparência nas informações públicas sempre foi alvo de inúmeras discussões no Brasil, considerando-se que a população em todo o território nacional, tem direito e dever de conhecer os investimentos públicos. No caso deste estudo, este tema focou no âmbito da Saúde Pública enquanto uma das bases de qualquer gestão governamental no mundo todo e que no Brasil se estrutura no Sistema Único de Saúde, tido como um modelo internacional de gestão pública na área, porém, sendo ainda incipiente no que tange à qualidade do seu atendimento, dadas as lacunas existentes quanto ao direcionamento de gastos. **Objetivo:** Descrever os serviços de saúde ofertados e o direcionamento dos recursos orçamentários do município de Presidente Kennedy- ES na perspectiva das políticas de saúde, caracterizando-se o referido município de amostragem quanto aos serviços de responsabilidade municipal e os que realmente são prestados por sua Secretaria de Saúde e ainda, descrevendo o direcionamento dos recursos ao orçamento da Secretaria Municipal de Saúde para a prestação dos serviços de saúde pública local. **Método:** Pesquisa bibliográfico– documental estruturada a partir de uma revisão de literatura sobre o universo proposto em soma à observação e coleta de informações direto da base de dados do *site* da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy e de outros órgãos que controlam a estrutura do Sistema de Saúde nos âmbitos federal, estadual e municipal, em obras preferencialmente publicadas dentre 2010 a 2021. **Resultados:** O estudo permitiu ampliar os conhecimentos a respeito do município foco do estudo no que tange aos serviços de saúde ofertados à sua população, identificando-se a operacionalidade da sua gestão da saúde, bem como os recursos da Secretaria da Saúde e suas aplicabilidades, e ainda a disponibilização e transparência de informações sobre os orçamentos voltados aos gastos com a saúde local e, finalmente, como se obter maior transparência na gestão dos recursos da saúde. **Considerações Finais:** Presidente Kennedy, nos últimos anos, principalmente a partir de 2017, vem investindo de forma significativa na melhoria de suas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), bem como disponibilizando, no *site* oficial de sua prefeitura, informações sobre saúde pública. Todavia, também se nota que ainda perduram falhas quanto à transparência do direcionamento dos recursos voltados à área da saúde na cidade, o que permitiu, a este estudo, sugerir alguns pontos base visando ampliar a transparência das informações relativas ao uso dos recursos públicos da saúde neste Município.

Palavras-Chave: Administração Pública. Gestão em Saúde Pública. Educação Permanente. Sistema Tributário. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Transparency in public information has always been the subject of numerous discussions in Brazil considering that the population throughout the national territory has the right and duty to know about public investments. In the case of this study, the theme focused on the scope of Public Health as one of the bases of any government management worldwide and that in Brazil is structured in the Unified Health System, seen as an international model of public management in the area, but still being incipient in terms of the quality of its care given the existing gaps in the direction of spending. **Objective:** To describe the health services offered and the allocation of budgetary resources in the municipality of Presidente Kennedy-ES from the perspective of health policies, characterizing the aforementioned municipality of sampling in terms of services under municipal responsibility and those that are actually provided by its Secretary of Health, describing the allocation of resources to the budget of the Municipal Health Department for the provision of local public health services. **Method:** Bibliographic - documentary research structured from a literature review on the proposed universe in addition to the observation and collection of information directly from the database of the Presidente Kennedy City Hall website and from other bodies that control the structure of the Information System Health at the federal, state and municipal levels, in literatures preferably published between 2010 and 2021. **Results:** The study made it possible to expand knowledge about the municipality that was the focus of the study regarding health services offered to its population, identifying the operability of its health management as well as the resources of the Health Department and their applicability, availability and transparency of information on budgets for spending on local health in way to identify how to obtain greater transparency in the management of health resources. **Final Thoughts:** President Kennedy in recent years, especially since 2017, has been investing significantly in improving its Basic Health Units (UBSs) throughout information about public health available on the official website of his city hall. However, it is also noted that there are still gaps regarding the transparency of the allocation of resources aimed at the health area in the city, which allowed this study to suggest some base points aimed at increasing the transparency of information regarding the use of public health resources. in this Municipality.

Keywords: Public Administration. Public Health Management. Permanent Education. Tax system. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da localização geográfica estadual do Município de Presidente Kennedy ao sul do ES	49
Figura 2 - Organograma Administrativo da Prefeitura de Presidente Kennedy –ES .	54
Figura 3 - Esboço do Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023	57
Figura 4 - Plano Municipal de Saúde 2018-2021 – Mapa da Estratégia de Saúde da Família de Presidente Kennedy	59
Figura 5 - Compilado de fotos dos aparelhos mantidos no Centro de Fisioterapia ...	64
Figura 6 - Fachada das UBSs e formato da recepção adotada	67
Figura 7 - Consultórios Médicos das UBSs de Presidente Kennedy	68
Figura 8 - Consultórios Odontológicos das UBSs de Presidente Kennedy	68
Figura 9 - Salas de Enfermagem das UBSs de Presidente Kennedy	69
Figura 10 - Frota de ambulâncias adquirida como parte de implementações	76
Figura 11 - Modelo de ambulância padronizada para atendimento ao SAMU	76
Figura 12 - Tela inicial oficial da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy	77
Figura 13 - Tela do site oficial da PMPK relativa à Secretária Municipal de Saúde - SEMUS	78
Figura 14 - Demonstrativo de <i>links</i> de acessibilidade às informações públicas no site oficial da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais estratégias da Atenção Básica à Saúde no Brasil	33
Quadro 2 - Blocos de Financiamento voltados à distribuição de recursos ao SUS...	43
Quadro 3 - Divisão da ESF em Presidente Kennedy a partir de 2019	65
Quadro 4 - Unidades Básicas de Saúde de Apoio- UBSAs de Presidente Kennedy	67
Quadro 5 - Modelo de sugestão comparativa – Dados do REMUNE de Presidente Kennedy x Cidades Vizinhas	88
Quadro 6 - Dificuldades encontradas para implementação de programas e políticas públicas junto ao SUS	83
Quadro 7 - Tributos federais pertinentes aos repasses orçamentários no Brasil.	86
Quadro 8 - Correspondência orçamentária da União	86
Quadro 9 - Falhas na transferência dos recursos públicos à saúde no Brasil	87

Quadro 10 - Características do Município de Presidente Kennedy	89
Quadro 11 - Principais premissas do “Caderno de Planejamento Estratégico do Município 2018 – 2035	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distância em Km de Presidente Kennedy aos seus vizinhos limítrofes ...	54
Tabela 2 - Gasto em Saúde Anual dentre 2009 a 2019 em Presidente Kennedy	73
Tabela 3 - Gasto em Saúde anual do Município de Presidente Kennedy e nos seus Municípios limítrofes dentre 2009 a 2019	74
Tabela 4 - Número de habitantes atualizados anualmente em Presidente Kennedy e nos seus Municípios limítrofes dentre 2009 a 2019	75
Tabela 5 - Gasto anual em saúde per capita do Município de Presidente Kennedy e nos seus Municípios limítrofes dentre 2009 a 2019	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gasto anual em saúde per capita – comparativo de Presidente Kennedy com seus vizinhos limítrofes dentre 2009 a 2019.....	76
Gráfico 2 - Percentual de distribuição de recursos para a saúde pública.....	85

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1.....	68
-------------------	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AAMAC	Assistência Ambulatorial de Médio e Alto Custo/Complexidade
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMA	Central de Regulação de Consultas, Exames e Procedimentos
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo
APS	Atenção Primária à Saúde
CES-ES	Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria Geral da União
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CIM	Consórcio Público da Região Polo Sul
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPDOC	Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea
CTN	Código Tributário Nacional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
WFVM	Estrada de Ferro Vitória a Minas
EIA	Estudo de Impacto Ambiental
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAN	Fração Assistencial Especializada
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNDESUL	Fundo do Desenvolvimento do Espírito Santo
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICEPS	Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
ICMS	Imposto sobre Mercadorias e Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEMA	Instituto Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentarias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAC	Média e alta complexidade
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não-governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PDRS	Plano Diretor de Regionalização de Saúde
PMPK	Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSs	Postos de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBT	Sistema Tributário Brasileiro
SESA-ES	Secretária de Estado de Saúde do Espírito Santo
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
STB	Sistema Tributário Brasileiro
STN	Secretária do Tesouro Nacional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-ES	Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo
TFA	Teto Financeiro da Assistência
TFG	Teto Financeiro Global
TFGE	Teto Financeiro Global do Estado
TFGM	Teto Financeiro Global do Município
UBSAs	Unidades Básicas de Saúde de Apoio
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
USFs	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	21
2.1.1 As legislações do SUS e suas dificuldades de implementação.....	23
2.1.2 A atenção primária à saúde no SUS.....	29
2.2 POLÍTICAS ORÇAMENTÁRIAS VOLTADAS À SAÚDE PÚBLICA.....	34
3 OBJETIVOS	46
3.1 OBJETIVO GERAL.....	46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
4 MÉTODO	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 O MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY E OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	49
5.2 A GESTÃO DA SAÚDE MUNICIPAL.....	56
5.3 RECURSOS DA SECRETARIA DE SAÚDE E SUAS APLICABILIDADES.....	71
5.4 ORÇAMENTOS PARA GASTOS COM A SAÚDE - DISPONIBILIZAÇÃO E TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES.....	77
5.5 MAIOR TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO DOS RECURSOS.....	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como objetivo base a Assistência em Saúde que se configura em uma das Políticas Públicas brasileiras detentoras de um dos papéis político-sociais mais importantes em todo território nacional. Esta se encontra estruturada sob as disposições do art. 196º da Constituição Federal (CF) de 1988 na qual a saúde é regida como sendo um direito de todos e dever do Estado, sendo garantida de atendimento, com acesso universal e igualitário para as inúmeras ações e serviços voltados à sua promoção, proteção e recuperação, com vistas a que se propicie a redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1988).

Logo após a promulgação da Carta Magna (BRASIL, 1988), no que tange às garantias constitucionais para a saúde no Brasil e seu atendimento público, foi criada a Lei nº 8080/1990 dispondo a respeito das competências no âmbito do SUS e clarificando a abrangência de cada ente federado (União, Estado e Município) neste contexto, haja vista ser este órgão o responsável pelo atendimento à saúde pública nacional que se faz presente em todo o território nacional para atendimento da Atenção Primária por intermédio de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e/ou em Postos de Saúde (PSs) espalhados em bairros (BRASIL, 1990).

Todavia, embora reconhecido internacionalmente como resultado exemplar da aplicação de Políticas Públicas no âmbito da saúde pública, o SUS também é alvo gerador de inúmeras discussões e divergências, dada a formação da opinião pública sobre a qualidade do atendimento de seus serviços. Assim, muito se aborda e argumenta a respeito dos recursos financeiros pertinentes à Saúde Pública no Brasil e suas formas de administração municipal, as quais, para além de seguirem as disposições legais da CF (BRASIL, 1988) e da Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990), se alicerçam em leis estaduais e municipais que consideram certas especificidades locais, dentre as quais se destaca o recebimento de tributos e *royalties* (*) (BRASIL, 1997; 2010; 2012c).

Levando-se em conta a proposta deste estudo, relevante se enfatizar que a tributação de um Município corresponde aos impostos, taxas e contribuições arrecadados,

classificados como obrigação, e que são vinculados ou não uma vez que dependem de prestação de serviço ou atividade de ordem estatal. Por certo, envolve complexidades a serem discutidas particularmente no campo da administração pública, considerando-se que é influência direta sobre a economia local e de um país. Para tanto, os tributos devem ser administrados de maneira a alavancar o crescimento econômico e contribuir para melhor condição de vida da população.

Indo ao encontro disto, é importante que se saliente a responsabilidade da sociedade neste processo de fiscalizar e cobrar dos governos o direcionamento público dos tributos. Isto se faz, a partir da divulgação de conhecimento a todos, informando-se sobre o que é a tributação e o seu direcionamento nos serviços públicos, bem como de que forma interfere na vida cotidiana das pessoas, principalmente daquelas que dependem de atendimentos públicos base, configurados na educação e na saúde.

Complementando-se o acima exposto, há de se ressaltar que a tributação bem-feita está diretamente relacionada ao bem-estar da população, sendo essencial a exposição de dados e valores do que foi arrecadado, suas distribuições e como e quanto desse valor retorna para o povo na implementação de oferta e cobertura. Neste contexto, este estudo procurou enfatizar a atenção à saúde no âmbito municipal, isto pois, a tributação de um Município é um tema muito complexo, principalmente quando relacionado ao destino dado às arrecadações tributárias.

A partir disto, este estudo se centralizou no entendimento quanto à relevância do recebimento e distribuição de receitas municipais em prol da saúde, apoiando-se na realidade do Município de Presidente Kennedy no Estado do Espírito Santo, no qual, mesmo com o incremento recente do uso na Política de Saúde de parcela de recursos oriundos dos “*Royalties* de Petróleo”, os munícipes não compreendem a competência em saúde municipal.

A cidade de Presidente Kennedy possui uma carga tributária muito alta e os serviços públicos no entendimento da população, são de baixa qualidade. Para além disso, há falta de compreensão populacional pertinente à problemas legais associados ao uso de alguns recolhimentos e repasses. Nesse sentido, segundo a Prefeitura Municipal

do Município (2020), a Secretaria Municipal de Fazenda é a responsável pela tributação do Município integrando o Sistema Estruturante de Promoção Empresarial e Desenvolvimento da Economia, tendo por finalidade, executar ações que possam promover o desenvolvimento municipal como também a elaboração de projetos a fim de alavancar a economia local, visando a geração de empregos, trabalho, renda e impostos, o que tem esbarrado em entraves e, muitas vezes, em morosidade na tramitação (2022, grifo do autor)

Com relação ao acima exposto, vale uma ressalva quanto à investigação sobre este assunto, que se faz necessária principalmente por conta da falta de credibilidade ou entendimento das pessoas sobre toda a tramitação que envolve o recebimento de *royalties* e seus destinos, sobretudo, por parte da gestão pública, pois, se tratando de articulação entre saúde e desenvolvimento, a realidade pode ser bastante complexa.

Entende-se de acordo com o exposto por Oliveira e Melo (2018) que dado o fato do mundo neste século XXI passar por grande instabilidade econômica, na administração pública se torna imprescindível manter-se o controle dos recursos utilizados e do patrimônio na busca pelo conhecimento das reais necessidades de um Município para o andamento do serviço público. Deste modo, cabe mencionar que Presidente Kennedy como um dos Municípios que compõem o Sistema Unificado de Saúde, deve manter a assistência neste âmbito a todos os indivíduos. Porém, apesar de todos os investimentos realizados, percebe-se certa insatisfação por parte dos munícipes, no que tange as receitas e os serviços em saúde efetivamente ofertados (grifo do autor, 2022).

O Município de Presidente Kennedy dispõe de uma legislação específica sobre transparência e uma série de instrumentos para a apuração de dados com fins de se tornar visível a contabilidade pública como visto na página inicial do *site* de sua Prefeitura. Entretanto, apesar da atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e da Gestão Municipal, no que se refere à divulgação das ações realizadas pelo Município através da Secretaria Municipal de Saúde, faz-se necessária a condução de estudos científicos para propiciar maiores transparências das informações dos gastos públicos em saúde do município.

Sendo assim, o interesse em desenvolver o presente estudo deu-se primeiramente frente a importância da temática principalmente no contexto socioeconômico da cidade de Presidente Kennedy o que se soma à vivência profissional do seu pesquisador que é formado em Administração desde 2015 e que dentre outras experiências no segmento administrativo, possui aquela de ter sido durante oito anos servidor da Secretaria Municipal de Saúde, dos quais quatro anos atuou como Gerente de Administração e Serviços da Secretaria Municipal de Saúde no Município estudado.

Logo, tal motivação propiciou a este pesquisador o propósito de inteirar-se sobre esse assunto através dessa pesquisa, buscando ampliar o conhecimento das políticas públicas como forma de auxílio em tomadas de decisão, compreendendo que, à medida que o conhecimento se torna mais abrangente, colide com realidades que possivelmente escondem problemas.

Diante disto, pode-se afirmar que o que torna este estudo importante não é somente o interesse de escrevê-lo, mas também de tentar proporcionar à comunidade de Presidente Kennedy uma maior compreensão sobre as competências em saúde do Município e dos serviços por ele, prestados. Dessa forma, buscou-se uma aproximação com a temática visando-se destacar os elementos que propiciarão maior clareza à população Kennedense quanto aos investimentos realizados pela municipalidade.

Argumenta-se no contexto acima justificado, que este tipo de pesquisa demonstrará a importância do trabalho da administração do Município de Presidente Kennedy, bem como os apontamentos dos possíveis entraves que possam dificultar a aplicabilidade dos recursos em prol da saúde em Presidente Kennedy, e que se alicerçou na indagação a respeito da possibilidade de se tornar mais transparente o uso dos recursos públicos de diversas fontes destinados à Política de Saúde no Município de Presidente Kennedy, como também à qualidade dos serviços prestados pela gestão municipal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A palavra saúde, em sua ordem etimológica, pode ser compreendida segundo a concepção de Luz (2009, p. 1) como “um Estado positivo do viver, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana”. Tal conceito segundo esta estudiosa, traz um consenso que há tempos se configura como uma das mais importantes dimensões da vida no planeta Terra, e que demanda a tomada de hábitos que não degradem a harmonia dos organismos, em prol de que se evitem o surgimento de doenças e males nocivos ao equilíbrio orgânico individual e coletivo.

Nessa simetria, a partir do final da II Grande Guerra Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), na busca de conceber um caráter mais abrangente das questões pertinentes à preservação e cuidados com a saúde mundial, tracejaram novas definições em que a saúde pudesse ser vista a partir de contextos sociais, biológicos e psicológicos que se inserem na vida humana (FOCAULT, 1977). Posteriormente, o conceito adotou uma dimensão ambiental, de forma a exprimir e ampliar o campo da saúde pública global (LUZ, 2009).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) garante a saúde como um direito humano, a qual no Brasil se efetiva pelo mandato constitucional que lhe garante ser “direito de todos” e “dever do Estado” como disposto no art. 196º da Constituição Federal (CF) de 1988, mediante a estruturação e aplicação de “políticas sociais e econômicas visando a redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O direito cidadão toma base no art. 5º da CF, dispondo que “todos são iguais perante a lei” e sem distinção de qualquer natureza, garantindo deste modo, o acesso às ações e serviços públicos e privados assegurados “à todas as pessoas, independentemente

de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais”, cujas garantias no âmbito da saúde, foco deste estudo, são complementadas no seu art. 6º (BRASIL, 1988).

Diante destas garantias legais, e com foco na proposta deste estudo, há de se mencionar que o Sistema Único de Saúde (SUS) integra as disposições da CF (BRASIL, 1988) representando um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública em nível global, e reúne, em seus serviços, os classificados na Atenção Primária, Secundária e Terciária, com acesso garantido de forma integral, universal e gratuita para toda a população do país (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011; DITTICIO, 2014; MODOLO, 2017; NOVO JUNIOR; PINHEIRO, MACEDO, 2019).

Explica Gil (2006), que anteriormente à promulgação da Carta Magna de 88, a Atenção Primária à Saúde (APS) se apresentava como um modelo de referência para organizações dos serviços, sendo a mesma, a principal alternativa para as mudanças do modelo assistencial sob a competência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) criado pela Lei nº 6.439/77 (BRASIL, 1977).

A Lei nº 6.439/77 instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) redesenhando a institucionalidade do sistema previdenciário com vistas à especialização e integração das suas diferentes atividades e instituições (BRASIL, 1977). Posteriormente, o SINPAS passou a ser uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), reconhecido atualmente como Ministério da Previdência Social (MPS), e sendo redenominado para Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (FLEURY; CARVALHO, 2021).

Segundo informam os representantes do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea da Fundação Getúlio Vargas (FGV-CPDOC), o INAMPS tinha como objetivo prestar atendimento médico à população que contribuía com a previdência social. Isto é, aquela que trabalhava com carteira assinada e o fazia por meio de estabelecimentos próprios em parceria majoritária do atendimento pela iniciativa privada, configurando segundo Fleury; Carvalho (2021, p.1) a “presença de

convênios que estabeleciam a remuneração por procedimento. Diante disto, consolidava a lógica de cuidar da doença e não da saúde”.

Todavia, na década de 70 surgiu o movimento da Reforma Sanitária que, segundo Modolo (2017) e também Novo Júnior; Pinheiro e Macedo Júnior (2019), nasceu no meio acadêmico como forma de oposição técnica e política ao regime militar, conduzindo que o INAMPS, durante os anos 80, sofresse sucessivas transformações no que dizia respeito à universalização progressiva do atendimento, isto pois, já se via em processo transitório com o SUS.

Neste aspecto histórico, interessante destacar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) como marco na história do SUS, uma vez que por ser aberta à participação societária, permitiu a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) através da parceria entre o INAMPS e os governos estaduais, sendo também a base para a estruturação da seção "Da Saúde", constante da CF de 88 (MODOLO, 2017; NOVO JÚNIOR; PINHEIRO; MACEDO JÚNIOR, 2019; FLEURY; CARVALHO, 2021).

Sumariamente, pode-se citar que a implantação do SUS ocorreu gradualmente, o que imprimiu ao mesmo, o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço, e com isso, extinguindo o INAMPS conforme o promulgado na Lei nº 8.689 (BRASIL, 1993).

Tendo o SUS por conceito base, o direito à saúde e fundamentando-se nas diretrizes legais da Carta Magna de 88, é importante, diante da proposta deste estudo, que se destaquem as legislações relevantes à organização do SUS em território nacional, como relatado na sequência.

2.1.1 As legislações do SUS e suas dificuldades de implementação

A principal legislação voltada a saúde pública no Brasil denomina-se por Lei Orgânica da Saúde e se estabelece sob o nº 8080/90, dispondo sobre as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes dentre outras providências” (BRASIL, 1990). A referida legislação, explicita a integralidade da assistência partir da articulação e continuidade de uma gama de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos que são necessários para cada caso e em todos os níveis de complexidade do SUS, incluindo neste universo, a assistência terapêutica integral, a assistência farmacêutica e a formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM).

Para além disto a Lei nº 8080/90 regulamenta também o uso e aplicabilidade de equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde, direcionando o controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias que são de interesse da saúde e que estão integralizadas ao Conselho Federal e/ou Regional de Farmácia (BRASIL, 1990).

Outra legislação a se destacar é a de nº 13.021/14 (BRASIL, 2014), que em seu artigo 8º dispõe o atendimento no SUS também sob as premissas da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) estabelecida sob a Resolução nº 338/04 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) sendo parte integrante da Política Nacional de Saúde, e que atende as disposições da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Ainda neste contexto legal, importante fazer-se menção à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 198/04 como “estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, com intento de articular a integração entre ensino, serviço e comunidade” (BRASIL, 2004b). A PNEPS direciona a gestão regionalizada do SUS e alicerça deste modo o desenvolvimento de iniciativas qualificadas em prol de se enfrentarem necessidades e dificuldades do sistema, bem como a transformação de práticas laborarias embasadas em reflexões críticas, propondo assim, “o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços” (BRASIL, 2004b).

As diretrizes de implementação da PNEPS foram posteriormente publicadas via Portaria GM/MS 1.996/07, constituindo um grande avanço na condução regional da política e da participação interinstitucional de Comissões de Integração EnsinoServiço

(CIES), propondo e adição, definições para orçamentos de projetos e ações (BRASIL, 2007). Neste caso, a PNEPS estabelece critérios de alocação mais transparentes e explícitos e, implica ainda, em análises da implementação dessa política nos Estados e Municípios segundo o gerenciamento do Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) (FRANÇA *et al.*, 2016).

No âmbito do SUS, a PNEPS tem como requisito legal a Portaria nº 2.761/2013, a qual é orientada conforme seu art. 3º, pelos princípios do “diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular” (BRASIL, 2013 a), sendo ainda em conformidade com seu art. 4º, direcionada pelos seguintes eixos estratégicos: “I - participação, controle social e gestão participativa; II - formação, comunicação e produção de conhecimento; III - cuidado em saúde; e IV - intersectorialidade e diálogos multiculturais” (BRASIL, 2013a).

Em continuidade as ações das Políticas Nacionais da Saúde, há de se enfatizar a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um dos marcos legais da PNPES e que foi promulgada segundo a Portaria MS nº 3.194/2017. A EPS considera como premissas “as relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, docência e atenção à saúde, bem como, as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”, visando, portanto, prover reconhecimento e valorização “da produção local de cotidianos de saúde e com isso, ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes” (BRASIL, 2017a).

Nesse universo legal de políticas públicas e ações voltadas à saúde, a EPS representa uma ferramenta político-pedagógica altamente estratégica, pois se volta a incorporar o ensino às necessidades do processo de trabalho em saúde como um todo. Também engloba uma proposta de aprendizagem no trabalho, incorporando as ações de se aprender e de se ensinar ao cotidiano das organizações. Logo, se alicerça na aprendizagem significativa com vistas a possibilitar transformações nas práticas profissionais (BRASIL, 2014, 2017a), o que vai ao encontro da proposta deste estudo.

Resumidamente, a EPS é destinada à públicos multiprofissionais que constituem as equipes de saúdes dos diferentes níveis organizacionais da rede de serviços, tendo por finalidade propor mudanças nas práticas técnicas e sociais de saúde, com ênfase na garantia à acessibilidade, qualidade, humanização no atendimento, atenção à saúde, e ainda, no aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2017a). Para tanto, se embasa em ações educativas que permitem sua representatividade como sendo uma estratégia pedagógica potencialmente associada a mecanismos e temas passíveis de conduzir a reflexões sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviços da saúde. Isto se dá através da “proposta do aprender a aprender que demanda trabalho em equipe onde se edificam cotidianos que por suas vezes, se constituem como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2014, 2017a).

A EPS se objetiva, portanto, à qualificação e ao “aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema” (BRASIL, 2014; Brasil 2017a). Este aperfeiçoamento, como disposto nestas legislações, ocorre de forma contínua e orientada na busca de melhorias aos aspectos do acesso, da qualidade e da humanização na prestação de serviços, fortalecendo os processos de gestão político-institucional do SUS que passam a ofertar maior transparência e qualidade no âmbito federal, estadual e municipal.

Considerando-se as análises discorridas, ressalta-se, neste contexto, as concepções de França *et al.* (2016), Souza (2016) e Gonçalves *et al.* (2019) sobre a relevância das Leis Orgânicas de Saúde e suas normativas responsáveis por regulamentar e fomentar SUS, suas ações e programas viabilizadas à todo território nacional, e que abordam as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, como também a organização e funcionamento dos seus serviços, o que para estes autores, legitima seu acesso e funcionamento.

7Embasando-se nisto, o que se compreende a partir das disposições legais discorridas e fundamentando-se nas explanações de Novo Júnior; Pinheiro e Macedo Júnior (2019), o SUS ao contar com participações privadas, em caráter complementar,

descentraliza o contexto político-administrativo principalmente dado pela municipalização dos serviços e das ações de saúde, havendo melhor redistribuição de atribuições e recursos aos municípios. Portanto, fica evidente que somente a partir dessas leis é que algumas atribuições são observadas em relação ao SUS, dentre as quais, os autores salientam: assistência terapêutica integral; assistência farmacêutica; controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas; garantia do Programa de Orientação Familiar; participação na preparação de recursos humanos; acompanhamento do Programa Saúde do Trabalhador; vigilância epidemiológica; vigilância nutricional e Vigilância sanitária, denotando a complexidade administrativa do setor público.

Ainda assim, como se nota em algumas análises literárias que fundamentaram este estudo, a implementação das leis orgânicas da saúde, decretos e portarias, tem enfrentado inúmeros desafios ao longo da história e em todo o território nacional, dado divergentes fatores. Sobre tais dificuldades, o estudo de Ferraz; Vendruscolo e Marmett (2014) demonstram que a formulação da PNEPS estruturou elementos norteadores para sua implementação, incentivando assim, que a política fosse conduzida de forma regional, com participação interinstitucional e intersetorial, porém, também evidenciam avanços e dificuldades enfrentadas no processo de análises da implementação dessa política.

Dentre estas, os autores acima destacam: a falta ou baixa articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e CIES, bem como da implantação das CIES regionais; mínima participação de gestores municipais; falta de definição de parâmetros voltados à criação de projetos; ausência de avaliação sobre os projetos já desenvolvidos; mudanças requeridas nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde, e ainda, problemas com uso dos recursos financeiros (FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014).

Também se identifica como fator que dificulta o processo de implementação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, e que talvez represente o principal, como enfatizam Novo; Pinheiro e Macedo Júnior (2019), a questão da competência comum dos entes federados para cuidados da saúde pública, a qual pode ser referida como

“o cuidar da saúde”, sendo denominada como ‘executiva ou administrativa’, e que, segundo a Lei nº 8.080/90, confere um dever a todos os entes federativos no que é tangível aos cuidados da saúde pública (BRASIL, 1990).

No exposto, a Lei nº 8.080/90 determina que os entes federativos (União, Estado, Distrito Federal e Municípios), desiguais e assimétricos do ponto de vista econômico, social, demográfico, geográfico, principalmente no que concerne à organização de serviços, exijam, do legislador ordinário, a necessidade de distribuir essa competência entre os entes federativos (BRASIL, 1990).

Entretanto, dada a desigualdade entre os entes federativos, nota-se que a partir do artigo 15º ao 18º da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), as competências de cada qual estão definidas como também o papel que cada uma exerce na rede de ações e serviços de saúde. Logo, demanda uma organização regionalizada (regiões de saúde) que também é legalmente direcionada nos termos do Decreto 7.508/11 determinando que cabe à União, a gestão federal da saúde por intermédio do Ministério da Saúde, onde o próprio Governo Federal, é a principal fonte financiadora (BRASIL, 2011a).

Deste modo, como rege a Lei 8080/90, compreende-se que os Municípios são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território, devendo o gestor municipal aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo Estado (BRASIL, 1990).

Complementarmente, salienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a) que, o Município é responsável por formular suas próprias políticas de saúde, sendo este um importante parceiro na implementação de políticas nacionais e estaduais de saúde, o que deve ocorrer coordenada e planejadamente em nível municipal, com o devido respeito às leis e normas federais. Porém, os municípios podem ainda estruturar parcerias com demais Municípios com vistas a assegurar o pleno atendimento de sua população, principalmente no que tange a procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que seja capaz de ofertar.

Importante ressaltar neste sentido, que historicamente o MS como estabelece o Decreto n. 7.508/11, “aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e Estados e Municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos” (BRASIL, 2011a). Portanto, é o responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, todavia, não é o executor das ações. A execução de projetos, depende de seus parceiros: Estados, Municípios, organizações não governamentais (ONGs), fundações, empresas. É ainda quem planeja e elabora normas legais, avaliando e fazendo uso de instrumentos voltados ao controle do SUS.

Como incumbência, os Estados e o Distrito Federal devem criar secretarias específicas para a gestão de saúde, devendo o gestor estadual aplicar recursos próprios, inclusive nos Municípios, com repasses pela União (BRASIL, 2011a). Como já mencionado, além de ser “um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde”, o Estado também formula suas próprias “políticas de saúde, e coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal” (BRASIL, 2017a). Todavia, cabe aos gestores estaduais a responsabilidade de organização do atendimento à saúde em seu território. Enquanto os Municípios são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território, devendo o gestor municipal aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo Estado (BRASIL, 2017a).

Em adendo às questões relatadas concernentes à implementação das políticas públicas de saúde no Brasil nas esferas federal, estadual e municipal, Mendes (2011) observa que no decorrer dos anos, a sociedade brasileira vem passando por grandes transformações, cuja metamorfose ocorre por origem social, demográfica, política e econômica, gerando expressivos impactos nas condições de saúde e vida da população. Como resultado, surgiram novas demandas para o sistema de saúde, repercutindo no direcionamento dos recursos públicos destinados aos setores, mediante a implantação das formas de financiamento das políticas públicas durante a história do País.

Para Mendes (2011), tais impactos sofreram agravamento devido ainda a desigualdade social, diversidade sociocultural e singularidade epidemiológica que se

faz presente nas regiões brasileiras e que condizem com as dificuldades de implementação e aplicabilidade das leis orgânicas da saúde em todo o território nacional, como já discutido anteriormente (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011; DITTICIO, 2014; FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014; FRANÇA *et al.*, 2016; MODOLO, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2019; NOVO JUNIOR; PINHEIRO, 2019).

Contudo, visto as demandas e necessidades da população brasileira e de suas características regionais, após a criação do SUS e do desenvolvimento de seus mecanismos, o conceito de Atenção Básica tem sido utilizado como referência aos serviços municipais, o que remete à relevância de o contextualizar no universo do Sistema Único de Saúde, como visto a seguir.

2.1.2 A atenção primária à saúde no SUS

A “Atenção Básica à Saúde” (ABS) denominada ainda por “Atenção Primária à Saúde” (APS), que como explicam Giovanella (2018) e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a), condiz com um termo introduzido pelo Movimento Sanitário Brasileiro, proferindo uma diferenciação ideológica, correlacionado ao reducionismo presente à ideia de Atenção Primária, busca construir um sistema público universal, promovendo uma concepção de cidadania ampliada e se refere ao primeiro nível de atenção em saúde. Corresponde deste modo, ao conjunto de ações de saúde que ocorre de forma individual e coletiva, e para tal, aborda uma série de atividades voltadas a promoção e a proteção da saúde.

Tais termos são utilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde. Assim a ABS ou APS se estabelece como uma ferramenta elaborada para intervenção e formulação teórica aos Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde, objetivando e assumindo o papel de principal recurso à organização, constituição e articulação das redes de atenção à saúde de muitos países (CECILIO *et al.*, 2012).

Para o Ministério da Saúde, a APS é “a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS” (BRASIL, 2021, p. 1). Sua orientação se fundamenta nos princípios da Constituição Federal de 88 e da Política

Nacional da Saúde, sempre se alicerçando nos princípios da “universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade” (BRASIL, 1988, 1990).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada pela Portaria nº 2.488/2011 direcionando e normatizando a organização da APS (BRASIL, 2011b), sendo fundamentada também sob as disposições das Portarias nº 822/GM/MS/ 2006, nº 90/GM/2008 e nº 2.920/GM/MS/2008, tendo em vista que estas fazem referência aos Municípios da federação, e que por tal configuração, possuem o direito ao recebimento de recursos diferenciados para implementação e aplicabilidade da ESF (BRASIL, 2012a).

Em adição o já discorrido, de acordo com o informado no *site* da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2021, p. 1), o objetivo da APS é o de “orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade”, razão pela qual e indo ao encontro da citação acima, opera como um filtro com capacidade de “organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos”.

Dentre as ações direcionadas pela APS, tem-se “a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2020a, p. 1), as quais se executam com a finalidade de se desenvolver uma atenção integral, positivamente impactante às condições de saúde das coletividades.

Mediante os fatos acima, Giovanella (2018) relata, em sua tese, que a APS se alicerça sobre três componentes essenciais. O primeiro se associa ao acesso universal, ou seja, com a promoção do direito igualitário a todos e o contato inicial com o sistema de saúde. O segundo condiz com a indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, isto pois, dispõe das condições econômicas e sociais que afetam a saúde. E o terceiro pilar, por sua vez, se associa com a participação social. Para a estudiosa, os três parâmetros coincidem com as diretrizes do Sistema Único de Saúde para garantia ao direito à saúde.

Sob tal concepção, cita-se que:

[...] a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (BRASIL, 2021, p. 1).

Fica evidenciado, mediante a citação acima e concomitantemente ao discorrido, que a APS é a mola propulsora dos serviços do SUS em todo o território nacional, e para tal, conta com uma gama de estratégias, buscando ofertar um serviço de saúde populacional com qualidade. Neste sentido estratégico, o Quadro 1 destaca os principais programas e iniciativas da APS.

Quadro 1 – Principais estratégias da Atenção Básica à Saúde no Brasil

ESTRATÉGIAS E INICIATIVAS	DIRECIONAMENTO
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Implantando em 1994, é um programa que visa a entrega de serviços multidisciplinares às comunidades, realizadas através das Unidades de Saúde da Família (USFs), com atividades como consultas, exames, vacinas, radiografias dentre outras necessidades e outros procedimentos. Atua em comunhão com as Unidades de Saúde Fluviais, Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e Academias de Saúde, que englobam o conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) na busca de cuidar da população no ambiente em que vivem.
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	Criado em 1991, este programa procura por alternativas, intuindo a melhoria das condições de saúde das comunidades em que se faz presente.
Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS)	Lançada em dezembro de 2019, tem por premissa apoiar os gestores municipais na tomada de decisões, como também ofertar à população o conhecimento a ela destinado.
Programa Saúde na Hora	Trata-se de um programa implementado pela Portaria n. 397/2020 que viabiliza o custeio aos Municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das USFs e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em todo o território nacional, possibilitando a adesão em quatro tipos de formato de funcionamento, da seguinte forma: USF com 60 horas semanais, USF com 60 semanais horas com Saúde Bucal, USF com 75 horas semanais com Saúde Bucal e USF ou UBS com 60 horas semanais simplificado.
Programa Médicos pelo Brasil	A criação do programa em 2019, com a premissa de substituir o Programa Mais Médicos, tem como finalidade ampliar a oferta de médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, por intermédio de especialistas em Medicina de Família e Comunidade.
Previne Brasil	Instituído pela Portaria 2.979/2019, o programa contém novas diretrizes de financiamento, funcionamento e reformulação de estratégias de gestão da atenção primária no SUS, cuja parte da
	distribuição dos recursos se dará com base na métrica de desempenho.

Equipes de Consultórios de Rua	Trata-se de uma estratégia dos SUS lançada em 2011, com vistas a atender pessoas em situação de rua.
Programa Melhor em Casa	Também lançado no ano de 2011, trata-se de um programa voltado ao atendimento domiciliar, e atendimento domiciliar.
Programa Brasil Sorridente	Implementando em março de 2004, este programa busca o atendimento bucal das populações mais carentes por intermédio da reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Brasil (2021) e Fiocruz (2021).

Nota-se a partir das informações contidas no Quadro 1, que a APS tem responsabilidade em direcionar divergentes programas e iniciativas voltadas aos cuidados com a saúde da população nacional, onde o SUS exerce um papel vital seja pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) ou pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), as quais sendo órgãos municipais de atendimento do Sistema Único de Saúde, devem estar evidenciadas nos *sites* das Secretárias Municipais de Saúde.

Ainda na busca de se apresentar a Atenção Primária em atendimento pelo SUS, a Lei nº 141/2012 (BRASIL, 2012b) direciona no que se refere às responsabilidades comuns a todas as esferas públicas, os seguintes itens:

- I - Contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;
- II - Apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde;
- III - Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
- IV - Contribuir com o financiamento tripartite da atenção básica;
- V - Estabelecer, nos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção básica;
- VI - Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;
- VII - Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades;
- VIII - Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica;
- IX - Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação;
- X - Divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;

- XI - Promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à atenção básica; XII - Viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no País, e;
- XIII - Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012b, p. 27-28).

Vale ressaltar que, em soma as responsabilidades comuns das esferas federal, estadual e municipal, acima citadas, a APS também determina aquelas específicas ao Ministério da Saúde e as pertinentes as Secretárias Estaduais de Saúde, que por suas vezes, orientam as Secretárias de Saúde Municipais (BRASIL, 2012b).

No que se refere à infraestrutura, as UBSs devem ser edificadas em conformidade com as normas sanitárias vigentes, e embasadas no Manual de Infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS. Estas unidades de saúde devem ser devidamente cadastradas, tendo uma estrutura física mínima, clínica e odontológica, predisposta na Lei nº 141/12, e sempre primando pela prevenção e manutenção do espaço físico por meio das boas práticas. Devem contar com equipes multiprofissionais como rege o art. 4º, inciso V desta lei e, da existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento, o que engloba dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente (BRASIL, 2012b).

Com relação à instituição junto aos profissionais das UBSs, a PNAB também determina (BRASIL, 2012a) dentre outras tantas premissas, aquelas com ênfase as tidas como específicas para cada profissional e função exercida, sendo estas:

1. Educação permanente das equipes de Atenção Básica;
2. Definição do território de atuação destes profissionais;
3. Desenvolvimento das ações e programas voltados à prevenção de riscos em diferentes aspectos;
4. Intervenções clínico-sanitárias, quando devidas;
5. Acolhimento humanitário à população;
6. Implementação de ações educativas e orientativas às comunidades;
7. Participação no planejamento da saúde municipal;
8. Inteiração e interação com outras ações privadas no contexto da saúde;

Diante do discorrido a respeito do SUS, fica evidente sua complexidade administrativa dada a gama de legislações e diretrizes que o estruturam em todo o território nacional, somadas às diferentes especificidades, denotando deste modo e de forma muito exponencial, sua importância como agente socioeconômico.

Todavia, complementarmente à Atenção Básica, tem-se ainda: 1) Atenção Secundária à Saúde - correspondente aos serviços especializados, prestados em hospitais e ambulatórios e que envolve, por exemplo, atendimento pediátrico, cardiológico, neurológico, ortopédico, psiquiátrico, ginecológico dentre outros encontrados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os quais são direcionados pelo atendimento na atenção primária à saúde (ERDMANN *et al.*, 2013) e 2) Atenção Terciária à Saúde - faz relação com os atendimentos de alta complexidade executáveis somente em hospitais de grande porte e que possuam parceria com o SUS, e envolvem, por exemplo, os tratamentos oncológicos, transplantes, partos de alto risco, cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida, distúrbios genéticos e hereditários, etc. (ERDMANN *et al.*, 2013).

A partir desta realidade, e na busca de se evidenciar a proposta desta investigação, o capítulo subsequente teve por objetivo trazer os resultados da análise bibliográfica sobre a questão orçamentária disponibilizada pelos governos para a área da saúde, especificamente.

2.2 POLÍTICAS ORÇAMENTÁRIAS VOLTADAS À SAÚDE PÚBLICA

Orçamento é a palavra correspondente à avaliação ou cálculo especulativo de um determinado custo para um produto ou serviço, tendo como principais características: a receita condizente com o valor arrecadado ou disponível e a despesa pertinente ao valor a ser gasto para a conclusão ou manutenção de algo (DICIONÁRIO DIGITAL DE SIGNIFICADOS, 2011). Portanto, é algo que se faz presente no cotidiano humano sob diferentes aspectos que englobam também, os pertinentes a manutenção de serviços públicos dos governos, afetando direta ou indiretamente a vida dos cidadãos.

Os orçamentos são classificados com base em critérios que contribuem na compreensão global deste instrumento e todas as suas funções e possibilidades, e de maneira tal, que promovam informações suficientemente capazes de atender as demandas administrativas e de gestão na tomada de decisões mais assertivas (SENADO FEDERAL, 2020).

A partir destas explanações conceituais, no que tange às Políticas Orçamentárias também denominadas por Políticas Fiscais, Lopreato (2006) explica que estas integram a Política Econômica de um País, uma vez que definem o orçamento e seus componentes, como também os gastos públicos, tributações e impostos nas esferas Federal, Estadual e Municipal. Tais políticas se objetivam a controlar e assegurar a manutenção da estabilidade econômica de um local, e com isso, amortecem as flutuações cíclicas da economia, possibilitando seu crescimento contínuo garantindo inflações baixas e empregabilidade.

Assim, a Política Orçamentária de forma sumarizada, tem por finalidade: 1) acelerar o crescimento econômico; 2) garantir o emprego pleno de todos os recursos produtivos da sociedade (o que engloba o capital humano e o material) e; 3) assegurar a estabilidade de preços com vistas a não ocorrência de grandes oscilações nos indicadores gerais de preços. Para tal, a Política Fiscal tem cunho expansionista que direciona a tomada de decisões e medidas econômicas em prol do aumento da despesa pública ou da redução de impostos. Entretanto, também tem uma perspectiva contracionista haja vista que possui a premissa de reduzir gastos públicos e aumentar impostos ou até suas combinações (LOPREATO, 2006).

Neste contexto, e com base no descrito, é necessário que se considere a variação dos gastos públicos condizentes com as despesas ou investimentos dos governos em todas as suas esferas e em empreendimentos que visam conceber o bem-estar das sociedades. Também se deve considerar as variáveis de impostos que correspondem a arrecadação monetária de recursos e, teoricamente, devem ser revestidos para investimentos nos gastos públicos.

Ainda em conformidade com os dizeres do Senado Federal (2020), o modelo orçamentário brasileiro observa classificações para as despesas, dentre as quais têm destaque a classificação institucional, funcional e programática, mas também aquelas correspondentes à natureza da despesa, por fonte de recursos, e ainda, ao tipo, classe, natureza de receita, e fonte de recursos.

O sistema tributário nacional é embasado no Código Tributário Nacional (CTN), sendo este, a Lei norteadora. No Brasil, inclui aplicabilidade dos tributos, extensão, alcance, limites, direitos e deveres dos contribuintes, atuação dos agentes fiscalizadores e demais normas tributárias, estando contido na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Sobre o Sistema Tributário Brasileiro, a Lei nº 5.172/1966 esclarece em seu art. 2º, que o mesmo é regido pelo disposto na Emenda Constitucional nº 18/1965, mas também em: leis complementares nos âmbitos federal, estadual e municipal; resoluções do Senado Federal e; limites das respectivas competências, observandose sempre as disposições da Carta Magna (BRASIL, 1966, 1965).

Oposto desse modo, o Sistema Tributário Nacional compreende uma série de normas que definem a hierarquização dos poderes de tributar e fiscalizar as empresas brasileiras e que, de acordo com o art. 146 da Constituição Federal/1988, cabe a Lei Complementar nº 5.172/66 o seguinte:

- I. Dispor sobre conflitos de competência, em matéria tributária entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
- II. Regular as limitações constitucionais ao poder de tributar;
- III. Estabelecer normas gerais em matéria de legislação tributária, especialmente sobre: a) Definição de tributos e de suas espécies, bem como, em relação aos impostos discriminados nesta Constituição, a dos respectivos fatos geradores, bases de cálculo e contribuintes; b) Obrigação, lançamento, crédito, prescrição e decadência tributários; c) adequado tratamento tributário ao ato cooperativo praticado pelas sociedades cooperativas (BRASIL, 1966).

Fundamentado nas disposições legais acima, na linha de pensamento de Moraes (2016), a competência tributária nada mais é do que a habilidade privativa e constitucionalmente atribuída ao ente político, para que este, com base na lei, proceda à instituição da exação tributária. Apenas as pessoas jurídicas de direito público têm

capacidade tributária ativa, podendo ser colocadas na posição de sujeito ativo de obrigações tributárias, como determina o Art. 119 do CTN.

Desse modo, a Constituição Federal atribui a competência tributária aos entes políticos conforme ditam os artigos 153º a 156º, outorgando a cada qual, o poder de instituir e cobrar exações tributárias, devendo, as pessoas jurídicas de Direito Público, atuar nos pareceres constitucionais, bem como nos limites de suas respectivas parcelas de poder (MORAES, 2016). Assim sendo, o estudioso conclui que o exercício da competência tributária - poder atribuído constitucionalmente à União, aos Estados, Distrito Federal e Municípios para angariar recursos financeiros indispensáveis à promoção do bem comum-, é uma faculdade, todavia, é indelegável, intransferível e irrenunciável, podendo ser exercida a qualquer tempo pelo ente político, obstada, no entanto, a sua ampliação para além dos ditames constitucionais.

Disserta Mantaia (2016) que a principal característica da obrigação tributária se alia ao pagamento que corresponde ao seu objeto principal, seja do próprio tributo quanto da multa tributária. No que se refere às obrigações acessórias, segundo o mesmo autor, estas são devidas para que se possam fiscalizar e/ou arrecadar tributos, visando, deste modo, facilitar a aplicação da obrigação tributária principal, mas também de promover uma comprovação de que tal fiscalização esteja realmente sendo efetivada.

Contudo, no contexto deste estudo, o acesso universal à saúde pública é algo complexo que requer financiamentos de alto padrão, os quais são devidamente repostos de forma contínua, dada a necessidade do aumento de recursos investidos no SUS, bem como por intermédio da relação entre a saúde pública com a privada (CISLAGHI, TEIXEIRA e SOUZA, 2011). Assim, no que é tangível à Política Orçamentária do SUS, a Constituição de 1988 estruturou o orçamento do Estado brasileiro em três esferas: o orçamento fiscal, o orçamento das estatais e o orçamento da Seguridade Social (BRASIL, 1988).

Dessa forma, o financiamento do SUS “nas ações e serviços de saúde são implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal e financiados com

recursos próprios da União, dos Estados e Municípios”. Todavia, também contam com fontes extras de financiamento “onde todos são devidamente contemplados no orçamento da seguridade social”, devendo, cada governamental, assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde (BRASIL, 1988).

De acordo com a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, da Lei 141/2012, e da EC 86/2015, são definidos valores percentuais assim distribuídos: a) Para a União - em torno de 15% da receita para a saúde; b) para os Estados - 12% e; c) Para os Municípios - 15%. Neste montante se incluem os seguintes blocos de recursos: 1) atenção básica; 2) a média e alta complexidade (MAC); 3) vigilância da saúde; 4) ações farmacêuticas e; 5) gestão (BRASIL, 2000, 2012b, 2015).

Em conformidade com Sousa (2017), o modelo de difusão da transparência pública entre conselheiros de saúde se estrutura a partir do aspecto fiscalizatório e da transparência da gestão nas reuniões que impactam negativamente tal difusão. Neste contexto, para o autor, a eficiência, eficácia e efetividade das transparências públicas no controle da saúde, no Brasil, requerem investimentos na inclusão digital, com a devida capacitação dos profissionais, com vistas a conhecerem a operacionalidade dos portais governamentais que se somam às necessidades de informação dos conselheiros.

Sob tal aspecto, em conformidade com as orientações da Controladoria Geral da União (CGU, 2021), as transferências governamentais condizem com os recursos federais aplicados diretamente por órgãos e entidades da Administração Pública Federal relativos às despesas públicas concernentes a aquisição e contratação de obras e compras e no pagamento de salários e diárias pertinentes a gastos públicos, e que podem ser usados diretamente na execução de trabalhos ou no repasse dos recursos para os governos estaduais e federal, de acordo com a classificação modalidade de aplicação da despesa.

Isto quer dizer que o governo federal com base nos dispositivos constitucionais é o responsável pelas transferências governamentais aos Estados, Distrito Federal e

Municípios pertinentes aos montantes arrecadados dos tributos federais/estaduais sendo a distribuição dos *royalties* do petróleo e gás natural, que se pratica atualmente, fruto da conjugação de dois critérios: a alíquota e a localização da lavra, relevantes ao combate das desigualdades sociais, bem como, na diminuição dos impactos econômicos. Dentre estas arrecadações se destaca o Fundo de Participação dos Municípios, o qual “tem aporte do Estado a partir da receita do Imposto sobre Mercadorias e Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS)” (SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL, 2017, p. 1).

Também é importante citar que as transferências regulares ou eventuais da União para Estados, Municípios e Distrito Federal, se condicionam à contrapartida destes níveis de governo nas normas legais vigentes e no previsto na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a qual, segundo rege o art. 165 da Constituição Federal de 1988, também estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (BRASIL, 1988).

A LDO se embasa nas metas e prioridades “para o ano seguinte, fixando a quantidade de recursos necessários” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2021, p. 1). Estes recursos para serem atingidos, demandam que se tracejem regras, vedações, limites das despesas, regulamentem-se transferências a entes públicos e privados, disciplinando desta forma, o equilíbrio entre receitas e despesas e indicando prioridades para financiamentos devidos junto aos bancos públicos.

No âmbito da Saúde, que é o foco deste estudo, “os repasses ocorrem por meio de transferências pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS)” instituído pelo Decreto nº 64.867/69, sendo este o gestor financeiro dos recursos destinados “a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde”, como também, “dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do SUS” (PORTAL FNS, 2021, p. 1).

O FNS tem por objetivo corroborar no fortalecimento da cidadania perante contínua melhoria do financiamento das ações de saúde, cujo capital alocado é transferido para os Estados, Municípios e o Distrito Federal buscando-se assim, a descentralização da

execução de seus serviços, investindo em suas redes, e ainda, fomentando a cobertura assistencial e hospitalar no âmbito do SUS. Para tal o financiamento da saúde é transferido nas “modalidades Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação” (PORTAL FNS, 2021, p. 1).

Tais repasses também se utilizam de mecanismos que disponibilizam informações para toda a sociedade e que dizem respeito “aos custeios, investimentos e financiamentos no âmbito do SUS” (FNS, 2021, p. 1). Estes estão sob a orientação, supervisão e gestão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que se embasa, para tal, no “Plano Nacional de Saúde e no Planejamento Anual do Ministério da Saúde” fundamentados nos Orçamentos Anuais, nas Diretrizes Orçamentárias e nos Planos Plurianuais.

Complementarmente, as transferências governamentais voltadas à Saúde, contemplam segundo Sousa (2017), as transferências "fundo a fundo", mas também pagamentos diretos executados aos prestadores de serviços e beneficiários cadastrados, considerando valores e condições definidas nas portarias do Ministério da Saúde em adendo a transferências voluntárias relativas às entregas de recursos correntes ou de capital à outra esfera da federação. Tudo, com vistas à cooperação, auxílio ou assistência financeira não decorrente de determinação constitucional, legal, ou que se destine ao SUS.

Lê-se no Portal FNS (2021) que o referido Fundo é composto pelos seguintes itens:

- a) 45% dos recursos, como rege o Decreto nº 2.867/1998, bem como a Lei nº 8.212/91, advêm do Seguro voltado aos Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), para atendimento a vítimas de acidentes em hospitais da rede SUS;
- b) Investimentos dos Estados, Municípios e União, cujos valores são determinados segundo o constante na Lei Complementar nº 141/2012 da seguinte forma: 12% para os Municípios e o Distrito Federal (anual); 15% para os Estados, e a quantia aplicada pela União, que corresponde ao montante comprometido no exercício financeiro anterior em soma ao percentual

correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da LDO anual e;

- c) O Ressarcimento executado pelas operadoras de planos de saúde que se associem aos serviços prestados de seus atendimentos e que estão previstos nos contratos dos seus clientes auferidos em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, que integrem o SUS, como previsto na Lei nº 9.656/98.

Também é relevante mencionar que a Portaria nº 828/2020 do Ministério da Saúde, delega que os repasses aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal devem ser organizados em Blocos de Financiamento, separados em áreas de Manutenção e de Estruturação (BRASIL, 2020b), como visto no Quadro 2.

Quadro 2 - Blocos de Financiamento voltados à distribuição de recursos ao SUS

BLOCOS DE FINANCIAMENTO	AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
Bloco de Manutenção: voltados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, o que inclui financiamentos de despesas com reparos e adaptações estruturais, como também de reformas e adaptações de bens imóveis, sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros.	Atenção Primária Atenção Especializada Assistência Farmacêutica Vigilância em Saúde Gestão do SUS
Bloco de Estruturação: aplicáveis de acordo com as definições do ato normativo, sendo destinados, exclusivamente, para aquisição de equipamentos, obras de novas construções, ampliação de imóveis existentes, e obras de reforma de imóveis já existentes, todos para uso no contexto da saúde pública	Atenção Primária Atenção Especializada Assistência Farmacêutica Vigilância em Saúde Gestão do SUS

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados do Portal FNS (2021).

No exposto, os Conselhos de Saúde, em suas análises, chamam a atenção para a necessidade de se promover a capacitação dos conselheiros por meio de treinamentos e cursos regulares, provendo, sistematicamente, informações demandadas para o exercício do controle social da saúde. Tanto que o relatório final da 8ª CNS de 1986 fundamentou a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição de 1988, quando da criação do SUS, e ainda que ocorra de quatro em quatro anos a Conferência Nacional de Saúde. Os rumos para aperfeiçoamento do SUS são definidos somente após as Conferências estaduais e municipais (MODOLO, 2017; SOUSA, 2017).

Importante frisar que os Conselhos de Saúde condizem com os órgãos de controle do SUS, estabelecidos nos âmbitos municipal, estadual e federal, cujo objetivo é o de permitir a interferência populacional na gestão da saúde, e com isso, defender os interesses coletivos no que tange ao atendimento pleno dado pelas ações governamentais. Exercem, portanto, o controle social em busca de se garantir, na prática, a qualidade e o respeito à dignidade humana pertinentes ao direito constitucional que direciona questões da saúde pública (SOUSA, 2017).

Sendo assim, os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, possuem como meta a tomada regular de decisões, como também do acompanhamento, controle e fiscalização da política de saúde, inclusive, propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo. Com relação a isto, Modolo (2017) frisa que o grupo de Conselheiros é constituído por representantes do governo, profissionais da saúde, prestadores de serviços e comunidade.

Nota-se, mediante o já estudado, que a Política de Saúde no Brasil vem desenvolvendo mecanismos próprios ao longo dos anos, os quais, de acordo com Leite, Lima e Vasconcelos (2012), interagem com algumas variáveis estruturais e institucionais que se desenvolvem diante das necessidades dos vários atores envolvidos na gestão do Sistema Único no Brasil.

Neste sentido, segundo os mesmos pesquisadores acima, com relação à gestão do SUS, as secretarias municipais de saúde, no território nacional, embora amparadas pelos instrumentos de planejamento, em grande parte se configuram somente como simples prestadoras de serviços dada a insuficiência dos instrumentos de planejamento que, no geral, apontam basicamente os objetivos e metas com foco centrado nas exigências normativas, sem que retrate a realidade local. Logo, a autonomia setorial das secretarias de finanças municipais no que se refere às ações de saúde, tende a encontrar uma gama de problemas que impactam a elaboração e repasse orçamentário. Tais problemas decorrem da ausência de estrutura organizacional, uma vez que o planejamento dos recursos, comumente, “é elaborado pelas prefeituras, especificamente pelo seu contador, e em alguns casos, a direção

dos recursos não indica a necessidade da população” (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012, p. 1).

Como já visto, o art. 194 da CF integra a seguridade social com a previdência e a assistência social, sendo organizada pelo poder público, considerando-se a diversidade da base do financiamento, sendo o SUS financiado nos termos do art. 195º da Carta Magna que, por sua vez, dispõe que este seja realizado com “recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dentre outras fontes” (BRASIL, 1988, p. 1). Ou seja, segundo Manguiera *et al.* (2001, p. 6) o orçamento “é de responsabilidade das três esferas do governo, e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde”.

Em adendo ao já mencionado e como complementa Manguiera *et al.* (2001), o fluxo dos recursos direcionados ao SUS são recolhidos de fontes federais tais como: arrecadações diretas do DPVAT, da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social, da Contribuição Social sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas e da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira. Estas são repassadas para o Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que por sua vez, promove a transferência regular e automática dividida para o fundo estadual e o municipal, intuindo a geração dos recursos de saúde, bem como a remuneração dos serviços de saúde produzidos por estes âmbitos, com o devido repasse em conta específica, dos valores conveniados e de instrumentos congêneres.

Para tanto leva em conta os seguintes itens:

1. O Teto Financeiro Global (TFG), baseado na Programação Pactuada e Integrada (PPI);
2. O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE), que se fundamenta no PPI, para negociações e aprovações específicas sob as reais disponibilidades financeiras do Ministério da Saúde, e que se soma aos tetos de todos os Municípios; e
3. O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido com base no PPI, sendo submetido as análises e aprovações devidas e fixado em negociações específicas, sendo finalmente formalizado como ato próprio do Secretário Estadual de Saúde. Vale lembrar que os repasses se condicionam à existência do Fundo de Saúde Estadual ou Municipal e à apresentação do

Plano de Saúde que deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde, sendo vedada qualquer transferência para financiamento de ações que neste não constem, excedentes situações emergenciais, e que são realizáveis somente pelo Banco do Brasil (MANGUEIRA *et al.*, 2001).

Nesta compreensão, os especialistas acima descrevem que o Teto Financeiro da Assistência (TFA), seja este estadual ou municipal, se alicerça no Piso de Atenção Básica (PAB), separado em duas partes: a) fixa - voltada para a atenção básica ambulatorial e; b) variável - direcionada aos incentivos para programas de atenção básica específicos, que inclui a vigilância sanitária e epidemiológica.

Porém, Manguieira *et al.* (2001) pontuam que os recursos do SUS também se sustentam na Assistência Ambulatorial de Médio e Alto Custo/Complexidade (AAMAC) que se divide na Fração Assistencial Especializada (FAN) embasada em aspectos como: procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órtese e prótese ambulatoriais e no Alto Custo/Complexidade (APAC - Autorização de Procedimento de Alto Custo) e ainda, na Atenção Hospitalar

Entretanto, como explicam Leite, Lima e Vasconcelos (2012), embora a maioria dos Municípios apresente uma Proposta Orçamentária em conformidade com o Plano de Saúde, estas não traduzem as reais necessidades da população, tendo em vista a não execução de pesquisas e estudos de demanda que se somam à articulação técnica com a área da saúde e com o Conselho Municipal de Saúde. Na concepção destes autores estes documentos, no geral, somente repetem as ações dos anos anteriores, resultando na não aplicabilidade da Lei nº 8.080.

Neste contexto, ainda pontuam tais estudiosos, que:

Os demonstrativos orçamentários financeiros constituem materiais essenciais para o acompanhamento, e a fiscalização por parte do conselho (Lei 8.080-Art. 33), porém este enfrenta problemas: as informações demoram a ser repassada e algumas vezes nem ocorre. Os conselheiros não têm capacidade para interpretar os dados, não existe compromisso com relação às suas responsabilidades, ocorrendo substituições constantes na equipe, o que dificulta treinamentos e algumas vezes existem divergências políticas entre conselheiros e prefeito. Sendo assim, o processo de planejamento e

orçamento (art. 36) não é fundamentado em sugestões dos órgãos deliberativos (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012, p. 1).

Para além do acima citado, existem lacunas nas ações dos Conselhos Municipais, que geralmente não contam com profissionais qualificados ao entendimento do cumprimento da fiscalização orçamentária em soma à falta de comprometimento dos conselheiros e à renovação de mandatos (MANGUEIRA *et al.*, 2001; LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

A partir disto, em 2019, o Ministério da Saúde criou o “Programa Previne Brasil”, dando uma nova roupagem ao financiamento da atenção básica prestada pelo SUS, reformulando estratégias de gestão, onde parte da distribuição dos recursos se alicerça na métrica de desempenho. Este Programa, segundo Gobbo Júnior (2019) transformou o modelo até então aplicado, onde os indicadores de saúde ultrapassavam sete centenas, mas que, contrariamente, demandam a adequação do serviço, trazendo à tona discussões a respeito da reestruturação dos cuidados com a saúde pública e a forma de se avaliar suas qualidades.

O Previne Brasil determina que a cada quadrimestre ocorra uma avaliação e um *score* fundamentado nos indicadores, sendo que a remuneração por desempenho deve considerar a nota alcançada para que ocorra a distribuição mensal dos recursos, havendo, se necessário, a realização de revisões para adequações de metas e de qualidade (GOBBO JÚNIOR, 2019).

Neste contexto, o ano de 2020 considerou sete indicadores, e a cada ano, mais sete serão incorporados, os quais se somam as estratégias voltadas as ações e programas realizados/as de acordo com o Plano de Saúde. A finalidade, de acordo com Gobbo Júnior (2019), é a de cobrir as principais lacunas de cuidado com a saúde em diferentes vertentes, existentes nas localidades, intuindo minimizar os impactos vivenciados pela APS e assim melhorar a qualidade dos serviços do SUS.

Também é importante fazer menção à “Nota Técnica 24/2020 – Recursos SUS para o Enfrentamento da COVID-19 e Transposição e Transferência de Recursos”, haja vista as criticidades que a pandemia acarretou ao sistema público de saúde no Brasil. Esta Nota Técnica, como exposto pela Confederação Nacional de Municípios (CNM, 2020),

tem por objetivo fornecer segurança jurídica e contábil, imprescindíveis ao uso dos valores repassados pelo FNS, facilitando, deste modo, a compreensão do direcionamento dos recursos na “Atenção Primária, na Média e Alta Complexidade, na Gestão, na Vigilância em Saúde ou na Assistência Farmacêutica” (BRASIL, 2020d, p. 1).

Em complemento, a CNM (2020, p. 1) explica que a Nota Técnica 24/2020 também “esclarece os procedimentos de transposição e transferência dos saldos existentes nas contas dos Fundos de Saúde”, os quais são regidos pela Lei Complementar 172/2020, autorizando, em seu art. 1º, que Estados, Distrito Federal e Municípios transponham e transfiram seus “saldos financeiros remanescentes de exercícios anteriores e constantes de seus respectivos Fundos de Saúde provenientes de repasses do Ministério da Saúde”, desde que, como rege seu art. 2º, sejam destinados exclusivamente à execução de ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2020c, p. 1).

Ainda de acordo com a Lei Complementar 172/2020, tal transposição e transferência de saldos financeiros dos Fundos de Saúde deverão ser comprovados em Relatório Anual de Gestão, porém, sem serem considerados como parâmetros para mensuração de futuros repasses financeiros por parte do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c).

Assim destaca-se que:

Essa medida é considerada uma janela de oportunidade para um aporte estimado em cerca de R\$ 13 bilhões para Estados e Municípios reforçarem o enfrentamento à Covid-19, além de poder solucionar grande parte das dificuldades com a aplicação dos saldos existentes e o encerramento das respectivas contas bancárias (BRASIL, 2020c, p. 1).

Tendo-se caracterizado o Sistema Único de Saúde e as Políticas Orçamentárias, como também se sumarizado o direcionamento dos recursos financeiros a ele devidos, coube ao capítulo a seguir, discorrer sobre o Município de Presidente Kennedy e suas peculiaridades com relação a este contexto.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os serviços de saúde ofertados e o direcionamento dos recursos orçamentários do município de Presidente Kennedy- ES na perspectiva das políticas de saúde

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

➤ Caracterizar o município de Presidente Kennedy quanto aos serviços que são de responsabilidade municipal e quais são realmente prestados pela

Secretária de Saúde Local

➤ Descrever o direcionamento dos recursos ao orçamento da Secretaria Municipal de Saúde para a prestação dos serviços de saúde pública local.

4 MÉTODO

No que tange à metodologia científica adotada, seguindo-se as orientações de estudiosos como Lakatos e Marconi (2010) e Gil (2017), este estudo se configurou como sendo uma investigação de cunho bibliográfico – documental haja vista que se estruturou a partir de uma revisão de literatura sobre o fenômeno da visibilidade do uso dos recursos e qualidade dos serviços realizados pela política pública de saúde, dando-se ênfase naquela executada no Município de Presidente Kennedy localizado ao Sul do Estado do Espírito Santo, cenário da pesquisa e, onde foram analisados os recursos (tributos municipais, transferências governamentais e *royalties* do petróleo) e os serviços que foram prestados à população dentre os anos de 2009 a 2019.

Deste modo, este estudo também se classificou como uma pesquisa observatório - documental, uma vez que fez uso de uma gama de informações que subsidiaram o alcance de dados necessários para chegar em seus objetivos, promovendo que se ressaltassem as competências em saúde da União, Estado e Município, em análises comparativas dos gastos em saúde dos 05 (cinco) Municípios limítrofes de Presidente Kennedy entre 2009 e 2019, sendo estes: Atílio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Itapemirim, Marataízes e Mimoso do Sul.

Para coleta de dados, foram considerados como critérios de inclusão as seguintes fontes primárias: a) plataforma de consultas disponíveis na *internet* - Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo (TCE-ES cidades), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)¹ e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)², ou SIOPS/DATASUS³ Sistema

¹ DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

² SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde.

³ Sistema disponibilizado pela internet que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

Informatizado, de Alimentação Obrigatória e Acesso Público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde (MS), no período de 2009 a 2019.

Como fontes secundárias, destacam-se: livros, monografias, dissertações, teses, artigos e publicações avulsas, do próprio Sistema Tributário Brasileiro (STB), dentre outros, cujo alcance se deu por meio dos descritores: administração pública, gestão em saúde pública, educação permanente; sistema tributário e SUS, em publicações de 2010 a 2021, salvo obras tidas como relevantes ao enriquecimento de sua fundamentação teórica.

O procedimento de análise de dados contou com os seguintes passos:

- a) Levantamento da receita própria arrecada pelo Município, através da plataforma de consultas, relativos aos procedimentos de coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos, cujas fontes discriminam o percentual de cada receita e o gasto em saúde do Município e sua origem;
- b) Levantamento do quantitativo de habitantes informado por cada Município limítrofe no período estabelecido para o estudo, através da plataforma do aplicativo TABNET/DATASUS e posterior execução da contabilização dos gastos de cada Município por habitante, tornando visível o investimento per capita;
- c) Revisão de literatura com base nos critérios de inclusão já identificados;
- d) Compilação dos dados primários e secundários para a estrutura bibliográfica descritiva e posterior elaboração do capítulo denominado “Maior Transparência na Gestão dos Recursos”, visando-se demonstrar os investimentos do Município de Presidente Kennedy nos serviços em saúde de qualidade para atendimento das demandas de seus munícipes, fazendo-se uma comparação com os gastos dos seus vizinhos limítrofes.

Dessa forma, organizada a pesquisa, contemplou-se a associação entre os dados documentais, angariados com a revisão de literatura, para a devida análise, deduções e a informatização dos resultados, visando-se demonstrar o procedimento sistemático

ao entorno da arrecadação tributária, transferências governamentais e *royalties* do petróleo e suas aplicabilidades na saúde pública municipal.

Os aspectos éticos da pesquisa foram preservados, uma vez que não implicou no uso direto de seres humanos como participantes da investigação, daí a configuração como uma pesquisa documental, e sim, na participação indireta do número populacional residente da cidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Município de Presidente Kennedy está localizado no Sul do Estado do Espírito Santo e possui uma área total de abrangência de 583,932 km, sendo ainda circunvizinhado por 05 (cinco) Municípios limítrofes. Encontra-se na região Sudeste Brasileira, e neste contexto de divisas, faz fronteira ao sul com o Estado do Rio de Janeiro, demarcado pela ponte sobre o Rio Itabapoana, e ainda com as cidades de Marataízes e Itapemirim ao norte, Atilio Vivacqua e Mimoso do Sul ao oeste, e, Oceano Atlântico à leste (PRESIDENTE KENNEDY, 2020).

A título de se evidenciar sua localização geográfica, apresenta-se na Figura 1, um mapa da cidade de Presidente Kennedy-ES e de seus limites territoriais.

Figura 1– Mapa da localização geográfica estadual do Município de Presidente Kennedy ao sul do ES



Fonte: Agências Postais WordPress (2018).

O principal acesso ao Município é feito através das rodovias ES-060, que interliga todo o litoral do Estado do Espírito Santo, inclusive com o Estado do Rio de Janeiro, e pela ES-162 que liga a BR 101, esta, percorrendo todo o País de nordeste a sul (PRESIDENTE KENNEDY, 2020).

O município de Presidente Kennedy dista de Vitória, capital do Estado, em 158 Km, porém, em linha reta, esta distância cai para 116 Km. O tempo que dura a viagem de uma cidade a outra é de pouco mais de 2 horas (ROTA MAPAS, 2021).

Considerando-se o foco deste estudo, a Tabela 1 demonstra a distância de Presidente Kennedy de seus vizinhos limítrofes.

Tabela 1 – Distância em Km de Presidente Kennedy aos seus vizinhos limítrofes

MUNICÍPIO LIMÍTROFE	DISTÂNCIA EM KM
Atilio Vivacqua	25,6 Km
Marataízes	23,1 Km
Itapemirim	24 Km
Mimoso do Sul	34,2 Km

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Cidade-Brasil (2021).

Neste contexto, Presidente Kennedy integra a Mesorregião Sul do Estado do ES e integra a Microrregião de Itapemirim (CIDADE-BRASIL, 2021). Contudo, o Plano Diretor de Regionalização do Estado do ES considera o Município como parte de sua Macrorregião Sul, se inserindo também na Microrregião de Itapemirim. Tais classificações se estabelecem diante de aspectos peculiares a cada região, como por exemplo: variáveis de definição espacial, economia de escala e escopo, nível de escolaridade, distância da capital, dentre outros, o que também estrutura o Plano Diretor de Regionalização de Saúde (PDRS) (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Nos anais históricos, como consta no *site* da PMPK (2020), o Município foi inicialmente erguido pelo Padre José de Anchieta em 1581, quando este edificou a primeira igreja católica situada às margens do Rio Itabapoana, curso fluvial este que banha para além do Estado do Espírito Santo, Minas Gerais e o Rio de Janeiro. O objetivo do Padre

Anchieta era a catequização dos indígenas que habitavam a região, conhecida, há época, como Itapemirim que, em tupi-guarani, como exposto no Dicionário Digital Tupi (2020), significa “pedra pequena” e denominava todo o caminho de água com pedras que formam pequenas cachoeiras, abrangendo o sul do ES e o norte do Rio de Janeiro.

O trabalho do Padre Anchieta deu margem à chegada de comércios e habitações, gerando deste modo, uma pequena economia local, que acabou por culminar no desmembramento e na emancipação política do Município, ocorrido somente em 1964. Neste evento, a cidade receberia a denominação de Batalha, todavia, foi renomeada em homenagem ao trágico falecimento do Presidente dos Estados Unidos, John F. Kennedy (PRESIDENTE KENNEDY, 2020).

O Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) demonstrou que a cidade possuía, quando da execução do mesmo, cerca de 11.742 habitantes em seu território de 583,932 km², entretanto, em uma nova pesquisa realizada em 2017, registrou um contingente populacional estimado em torno de 11.658 habitantes. Destes, 6.518 indivíduos são do sexo masculino e 5.056 do sexo feminino (IBGE, 2017).

Segundo dados, Presidente Kennedy é a cidade com maior índice do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do Brasil (KENNEDY EM DIA, 2016). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Município em 2010 foi de 0.657, considerado como médio/baixo, tendo faixa etária inferior a 15 anos com 2.436 habitantes, de 16 a 59 anos conta com 7.074 indivíduos e, de 60 anos ou mais, com 804 pessoas.

Contudo, insta mencionar que, em consulta ao Sistema de Gestão em Saúde do Município, onde ocorre uma atualização diária dada pelas informações colhidas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vislumbra-se um quantitativo populacional que se encontra em 14.600 habitantes, sendo 7.329 do sexo masculino e 7.271 do sexo feminino (PRESIDENTE KENNEDY, 2020). Estes dados são obtidos diretamente na base de dados da Secretária de Saúde de Presidente Kennedy, por este pesquisador enquanto gerente do setor.

Complementando-se as informações acima e segundo os dados do Censo do IBGE (2010), o Município de Presidente Kennedy apresenta expressiva representatividade no PIB nacional, mediante o recebimento de *Royalties* do Petróleo, uma vez que integra o polo petroquímico de Campos dos Goytacazes – RJ. Tais tributos, na sua maioria, se devem as explorações em alto-mar da camada pré-sal. Por outro lado, no que tange à sua economia, abstraindo os *royalties*, tem na agricultura sua maior responsável pela arrecadação municipal, que gira em torno de 70% aos cofres municipais, sendo o município o maior produtor de leite do Estado (PRESIDENTE KENNEDY, 2020).

Neste universo econômico, no que pese aos recursos próprios, pode-se afirmar suas origens das atividades da agricultura, pecuária, pesca, serviços, e pequenas e médias empresas. Finalidades pela qual o Município possui legislações que dispõe de programas específicos de incentivos aos agricultores, conforme disposto nas Leis Municipais nº 1.100/2013 e 1.103/2013 (PRESIDENTE KENNEDY, 2013a, 2013b).

Por ser banhado pelo Oceano Atlântico, o Município de Presidente Kennedy também conta com o turismo como parte de sua economia local, dada as suas belezas naturais e ao fato de estar próximo ao Município de Itapemirim que possui a Pedra do Itabira e a famosa Pedra do Frade e a Freira. Neste cenário turístico, Presidente Kennedy se situa próximo à cidade de Guarapari, ao Norte, tida como principal polo turístico do Estado (cerca de 100 Km), se fazendo enaltecer que os investimentos no turismo ainda são muito incipientes (CIDADE-BRASIL, 2021).

Também com referência à economia local e complementando-se o já discorrido, destaca-se segundo o informado no *site* da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy (2020), que o poder público municipal é o maior empregador da cidade, contando com aproximadamente 1,8 mil servidores, entre efetivos, temporários e comissionados. Isto em virtude dos *royalties* que fomenta o caixa municipal em um montante superior a R\$ 1 bilhão e uma exponencial capacidade de investimento.

Entretanto, como postulado pela própria Prefeitura de Presidente Kennedy (2020), a cidade enfrenta muitos desafios ao desenvolvimento socioeconômico local, que vão além de questões como educação, saúde, segurança, incentivos à economia tradicional. Para tanto, o município busca novos investimentos dentre os quais, fomentar a criação de polos industriais, valendo-se do fato de que possui uma topografia e geografia que favorecem interesses em aspectos logísticos dada a sua localização geográfica já mencionada.

Uma das ações da prefeitura foi “o investimento no Fundo do Desenvolvimento do Espírito Santo, o FUNDESUL, fazendo um aporte de R\$ 50 milhões, para abertura de linhas de créditos para quem deseja ampliar ou abrir um novo negócio no Município” (PRESIDENTE KENNEDY, 2020, p.1).

Adicionalmente ao já mencionado e na pretensão de se descrever a respeito da economia da cidade de Presidente Kennedy, como exposto pelo Governo do Estado do ES (2010), sua relevância nacional se concentra no fato de que a cidade detém a maior reserva de petróleo marítima do Espírito Santo, cuja produção aproxima-se a 1,9 bilhão de barris. Neste sentido, em comparação com outros polos do pré sal, tal fator possibilita ao Município de Presidente Kennedy, oportunidades expressivas de torná-lo a nova capital brasileira do petróleo, trazendo para suas economias, novas empresas de grande porte e novos investimentos, haja vista que a Petrobras, em Jubarte, produz uma média de 220 mil barris por dia.

Dentre os destaques de novos investimentos pretensos na cidade, tem-se o projeto da Cia *Ferrous Resources Limited*, que anunciou um incentivo de R\$ 2,7 bilhões (dois bilhões e setecentos milhões de dólares), devidamente liberado pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais (IBAMA) para a construção do Porto Central de Presidente Kennedy, e que esteve paralisado por falta de recursos (ESPÍRITO SANTO, 2010).

O Porto Central de Presidente Kennedy de acordo com as menções do Instituto Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos (IEMA, 2010), será um Terminal Portuário Especializado na Exportação de Minério de Ferro que segundo o Estudo de

Impacto Ambiental (EIA) da Planta de Filtragem do referido Terminal, conta com uma infraestrutura marítima de primeiro mundo. O investimento de alto porte tem parceria da *Ferrous* com a TPK Logística com o Porto Holandês de Roterdã e com o Governo Capixaba, tendo a pretensão de se tornar o maior complexo portuário privado do país. No período de análise ambiental ocorreram modificações quanto a sua propriedade, uma vez que a Vale S.A (antiga Companhia Vale do Rio Doce), uma das maiores empresas de minério do mundo, concluiu a aquisição da *Ferrous Resources Limited* em dezembro de 2020. Esta aquisição custou “cerca de US\$ 550 milhões (R\$ 2,14 bilhões), incluindo dívidas. O negócio foi fechado com o grupo americano *Icahn Enterprises*, que detinha 77% da *Ferrous*” (KENNEDY EM DIA, 2019, p.1).

Também, neste contexto de investimentos, o Governo Federal, aproveitando-se da possibilidade de construção do Porto Central de Presidente Kennedy, vem desenvolvendo seu planejamento para a construção de “uma ferrovia através da renovação da concessão da Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM)” (FOLHA ES, 2020, p.1), e assim, vem repensando o financiamento da segunda etapa da obra até Presidente Kennedy em parceria com a Vale S.A, que possui o projeto de engenharia deste empreendimento.

Tais investimentos de alta tecnologia são de extrema relevância ao Estado do Espírito Santo, e, principalmente, ao Município de Presidente Kennedy, haja vista que se trata de uma das cidades menos populosas do Estado, com densidade demográfica média de 19,51hab/Km², segundo estimativas do IBGE em 2016. Estes dados se encontram no *site* ES BRASIL (2017), o que, de acordo com o governo municipal, à época desta publicação, a distribuição igualitária da receita do Município entre sua população total possibilitaria um rendimento anual de R\$ 815.093,79 para cada morador, vencendo, deste modo, a realidade de muita pobreza e desigualdades existentes no Município.

Entende-se ser importante enfatizar esta questão do Porto Central neste estudo, tendo em vista que sua construção e operacionalização, se realmente efetivadas, trarão ao Município de Presidente Kennedy, diversos e exponenciais transtornos sociais, avolumando aqueles já existentes e que não conseguem ser solucionados pela

Administração Pública local, o que inclui, e de forma muito expressiva, os que se associam à saúde e ao atendimento via SUS.

Na busca de preparar o Município para estes investimentos de alta potencialidade socioeconômica, a Prefeitura Municipal elaborou o “Caderno de Planejamento Estratégico do Município 2018 – 2035”, cuja estruturação se iniciou em novembro de 2017, se objetivando a preparar e qualificar o Município para o aproveitamento de oportunidades, a partir de suas potencialidades, que como já descrito, o configura como detentor do maior PIB *per capita* do Espírito Santo, embora denote ser um dos menores indicadores de renda e emprego em comparação aos demais Municípios do Estado (PRESIDENTE KENNEDY, 2018a).

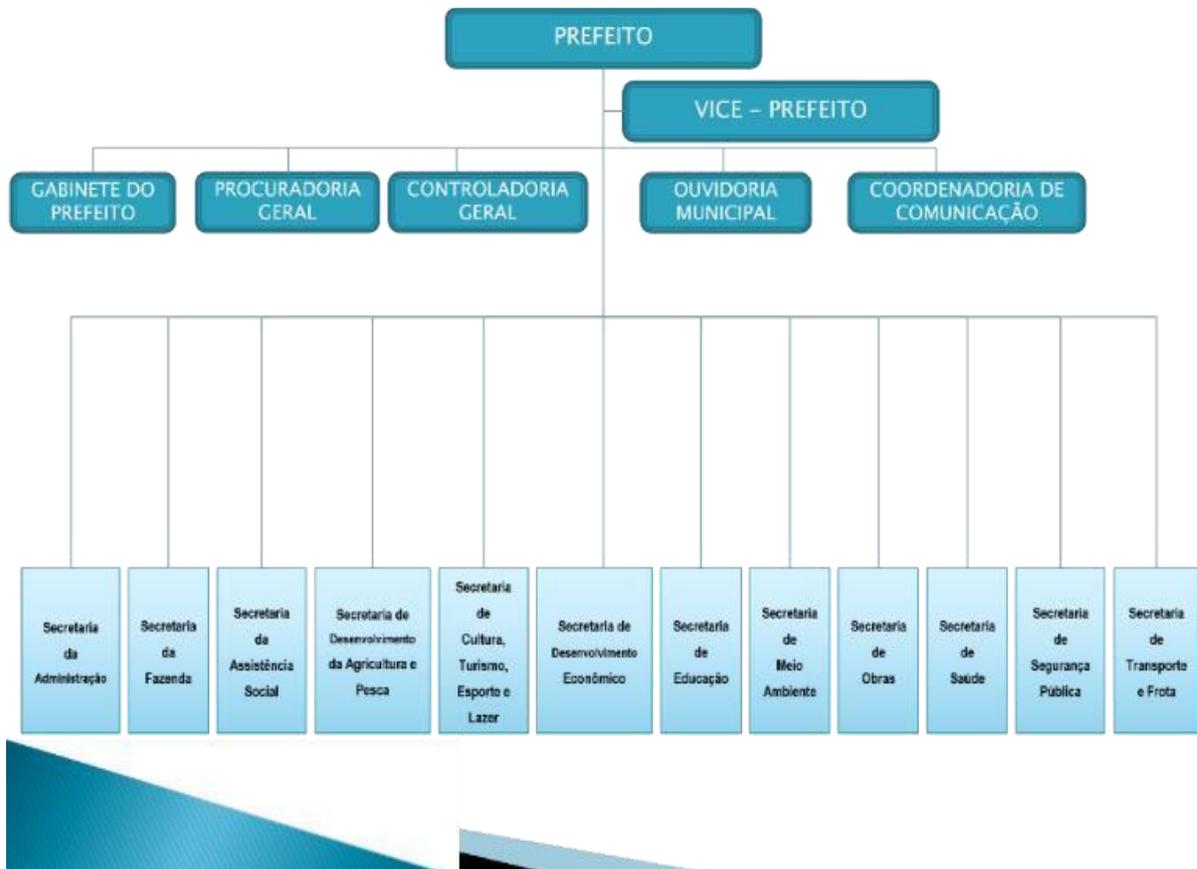
Apesar do ano de 2020 e o primeiro semestre de 2021 tenham configurado como períodos críticos ao contexto socioeconômico global dada a pandemia do COVID-19, afetando todos os países do mundo, o que no Brasil tem denotado sérios agravos alicerçados nas divergências políticas que impactaram negativamente e de forma potencial os âmbitos da saúde, educação e economia, no que se relaciona ao tema Porto Central de Presidente Kennedy (PORTO CENTRAL, 2021), como se lê na própria página do empreendimento, as notícias são as melhores.

Em maio deste corrente ano, os representantes deste audacioso e importante projeto apresentaram à Câmara Municipal da cidade-sede (Presidente Kennedy) a situação presente do seu andamento, como também as perspectivas futuras, onde assuntos como arrecadação de impostos e geração de multiempregos foram o carro-chefe do evento, alinhando ações e estratégias com o governo municipal para sua efetivação e início da construção da obra, prevista ainda para este segundo semestre de 2021 (PORTO CENTRAL, 2021).

No âmbito da gestão administrativa, Presidente Kennedy, através de sua Lei Municipal nº 806 de 2009, direciona sua estrutura conforme o organograma demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Organograma Administrativo da Prefeitura de Presidente Kennedy –ES
 Fonte: PMPK (2020)

A partir destas explicações importantes a respeito de Presidente Kennedy, levando-se em conta o objetivo desta investigação documental, também se faz fundamental discorrer a respeito da Gestão da Saúde local, tendo em vista a temática proposta.



5.2 A GESTÃO DA SAÚDE MUNICIPAL

A Secretaria de Saúde de acordo com o constante no *site* da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy (2020), é subordinada à Sede da Superintendência Regional Sul de Saúde, localizada na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, cuja distância entre ambas giram em torno de 40 km.

Com relação à sua infraestrutura que, dentro do possível, atende as expectativas da Atenção Básica, é composta por: pronto atendimento municipal 24 h, 1 unidade de saúde e mais 9 unidades de apoio, distribuídas nos bairros de Marobá, Jaqueira,

Santa Lúcia, Santo Eduardo, e nas comunidades de Boa Esperança, Gromogol Cancelas, Mineirinho e São Paulo. Além disto, conta com uma Farmácia Básica, um centro de Fisioterapia, uma Central de Regulação de Consultas, Exames e Procedimentos (AMA), um laboratório municipal e unidades de Serviço Social, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica. Todas com suas devidas coordenações e quadros funcionais (Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy, 2020).

Seguindo a legislação do SUS e considerando a relevância de se assegurar a participação e oportunizar a contribuição da população no processo de definição de prioridades e planejamento da política de saúde, o Governo do Estado do ES (2019), na 9ª Conferência Estadual de Saúde, realizada entre maio e junho de 2019, estruturou seu Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023.

Este Plano alinhou as disposições da Política Nacional de Saúde ao Plano Nacional de Saúde vigente, definindo quatro grandes desafios, que por suas vezes, deram vez à uma carteira de projetos, que contemplam: 12 projetos prioritários e 42 entregas, totalizando um montante de R\$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de reais), contando ainda com a ampliação de 900 leitos (novos e substitutivos) (GOVERNO DO ESTADO DO ES, 2019).

O referido Plano foi devidamente aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo (CES-ES) através da Resolução Estadual nº 1.138, de 9 de novembro de 2019, tendo por finalidade tratar a questão do fluxo de assistência médica, ampliando os cuidados na área da saúde (GOVERNO DO ESTADO DO ES, 2019).

Buscando-se compreender o exposto, a Figura 3 apresenta um esboço do Mapa Estratégico acima citado.

Figura 3 – Esboço do Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023



Fonte: Governo do Estado do ES (2019).

Deste modo, com base no mapa acima, os desafios do Governo do Estado e suas Secretárias de Saúde são os seguintes:

1. Ampliar e adequar a infraestrutura física e tecnológica do SUS para torná-los ambientes de acesso resolutivo e acolhedores aos usuários;
2. Reorientar o modelo da atenção e de vigilância em saúde, tornando a atenção básica mais resolutiva e integrada com a atenção especializada;
3. Modernizar e qualificar a resolutividade clínica e a gestão dos serviços de saúde;
4. Incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de formação profissional, de inovação de ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS (ESPÍRITO SANTO, 2019, p. 11)

Porém, antecipando as perspectivas a longo prazo, em 2019, a Secretária de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) promoveu algumas ações de suma importância à saúde da população capixaba (gentílico de quem nasce no Estado do ES), e que também fazem parte do escopo da Secretária de Saúde Municipal de Presidente Kennedy, sendo estas:

- Criação da Fundação Inova Saúde, com o objetivo de administrar sua rede de serviços SUS através de contratos de gestão focados na prestação de serviços, alicerçadas em 12 metas assistenciais quali-quantitativas;
- Criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPS), que atua como uma Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação e como Escola de Governo em Saúde, objetivando-se a aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, a valorização dos servidores públicos neste atuantes;
- Implantação do Programa Estadual de Regulação Formativa Territorial, que tem por meta reorientar a regulação assistencial baseada na oferta/demanda para uma regulação com base na gestão da clínica e na interação e vínculo entre profissionais e serviços da APS, atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar; - Políticas de cofinanciamento (em regulamentação ou já implantadas) e que se dá através da transferência de recursos estaduais aos Municípios;
- Implantação do Programa de Qualificação e Modernização da Gestão Hospitalar, condizente com um conjunto de intervenções na infraestrutura da rede SUS, que adequa seus hospitais e remodela novos contratos e, por fim,
- Busca a implementação de inovações tecnológicas, visando a melhoria da eficiência, efetividade e transparência das políticas públicas e que possam sustentar os projetos assistenciais e o fortalecimento da gestão, que inclui o SUS e seu novo *software* de regulação (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Importante salientar que a Secretária de Saúde de Presidente Kennedy está alinhada ao Plano Estadual de Saúde 2020-2023 e busca, dentro de suas possibilidades, atender suas premissas, bem como no cumprimento ao que se refere à abrangência das responsabilidades dos entes federados para garantia de acesso à Atenção Básica à Saúde Municipal.

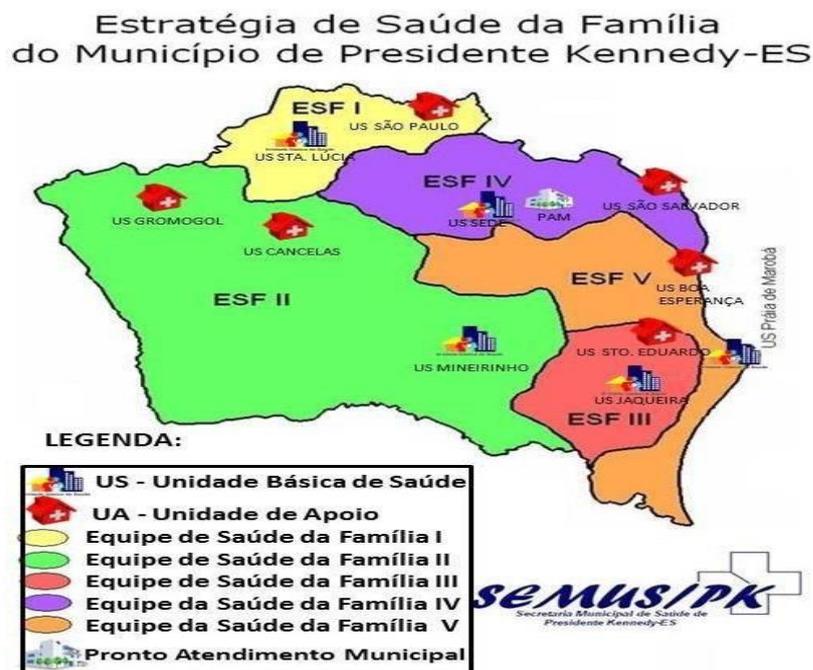
Seguindo-se o já identificado, as Leis Orgânicas de Saúde, enquanto legislações que regulamentam o SUS (Leis 8.080/90 e 8.142/90) em todo o território nacional, abordam condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além de organizar

e direcionar o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde (SOUZA, 2016).

Em complemento ao já estudado, o papel de cada ente federativo na rede de ações e serviços de saúde são organizadas de forma regional, sob gestão do Ministério da Saúde e incentivos financeiros cabíveis a União, sendo os Municípios responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território, com o uso de recursos próprios em soma aos repassados pela União e pelo Estado e, portanto, é também responsável por estabelecer suas próprias políticas de saúde (BRASIL, 1990).

Como supramencionado, apesar do Município possuir poucos habitantes, ele dispõe de uma grande área territorial, com isso, demanda um planejamento da logística de atendimentos de saúde para abranger 100% da população. Após vários estudos e planejamento junto à SESA-ES quanto à divisão das áreas de abrangência territorial da Estratégia de Saúde da Família (ESF) chegou-se na divisão do mapa apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Plano Municipal de Saúde 2018-2021 – Mapa da Estratégia de Saúde da Família de Presidente Kennedy



Fonte: Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy (2018b).

Sendo assim, no ano de 2019 o Município solicitou, junto a Superintendência de Saúde, que fosse realizado um estudo de remapeamento, uma vez que a ESF IV- Sede do Município encontrava-se com número habitacional excessivo. Assim, foi realizado o estudo e concluso da nova área pertencente a sede do Município, passando a constar a ESF VI, e ficando dividido conforme disposto no Quadro 3.

Quadro 3 – Divisão da ESF em Presidente Kennedy a partir de 2019

(Continua)

DIVISÃO DA ESF EM PRESIDENTE KENNEDY A PARTIR DE 2019			
ESF	ÁREA	MICRO	LOCALIDADES
ESF I	Santa Lúcia	Micro área III	Santa Lúcia
			Rebentão
			São Gregório dos Galos
		Micro área II	São Paulo
			Cabral
			Caxeta
		Micro área VIII	Água Preta
			São João dos Lagos
ESF II	Mineirinho	Micro área VII	Mineirinho
			Pesqueiro
			Sítio Cisne
		Micro área VIII	Mineirinho
			Campinas
			Campo Limão
		Micro área I	Cancelas
			Monte Belo
			Palmital
			Duas Barras
			São João do Lago
		Micro área V	Pedra Branca
			Caetés
			São Pedro do Rio Preto
			Bom Jardim
			Posto Caju
		Micro área VI	Rio Preto
			Caetés
			Embarcadouro
			Fazendinha
			Bela Vista
		Micro área IV	Ilha
			Pernambuco
			Serrinha
			Jacaré
			Fazenda Santana
			Guarulhos
		São Bento	

		Micro área III	Gromogol
			Fazenda da Lancha
			São Gregório
			Serrote
(continuação)			
DIVISÃO DA ESF EM PRESIDENTE KENNEDY A PARTIR DE 2019)			
			Pico do Serrote
			Santa Josefa
			Poço Fundo
		Micro área IX	Fazendinha
			Santa Maria
			Duas Barras
SF III	Jaqueira	Micro área V	Jaqueira
		Micro área III	Batatão
			Igreja das Neves
			Campo Novo
		Micro área VII	Jaqueira
			Areinha
Micro área I	Campo do Limão		
Micro área II	Santo Antônio do Marobá		
ESF IV	Sede	Micro área II	Santo Eduardo
		Micro área IV	Campo Novo
			Tabua
			Centro
		Micro área VI	São Salvador
Micro área V	Siricória		
ESF V	Marobá	Micro área IV	Campo Novo de São Salvador
			Criador
		Micro área II	Marobá
			Santa Rosa
			Cacimbinha
		Micro área III	Aroeira
			Boa Esperança
			Jibóia
			Liberdade
		Micro área V	Santana Feliz
			Pedra Que Mela
		Micro área I	Boa Esperança
Boa Esperança			
ESF VI	Sede II	Micro área XI	Jibóia
		Micro área VII	Marobá
			Praia das Neves
		Micro área VIII	Centro
			Leonel
Micro área X	Alegria		

		Micro área IX	Centro
			Desejo

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Sistema de Gestão em Saúde da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy-ES (2019).

Resta esclarecer que, conforme consta no Quadro 3, repetições de nome da mesma localidade em microárea diferente, se justificam frente à necessidade de divisão da área por Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conforme dispõe na alínea “e” do item 5 da Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017b), cabe a “cada ACS realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas”.

Com os diversos estudos realizados pelo Município, em relação à abrangência territorial, considerando-se que a maior parte do Município é considerada zona rural e possui média de aproximadamente 63% da população residente no interior, o mesmo implantou Unidades Básicas de Saúde de Apoio (UBSAs) em microáreas que há época possuía moradores para atendimento, conforme consta no Quadro 4.

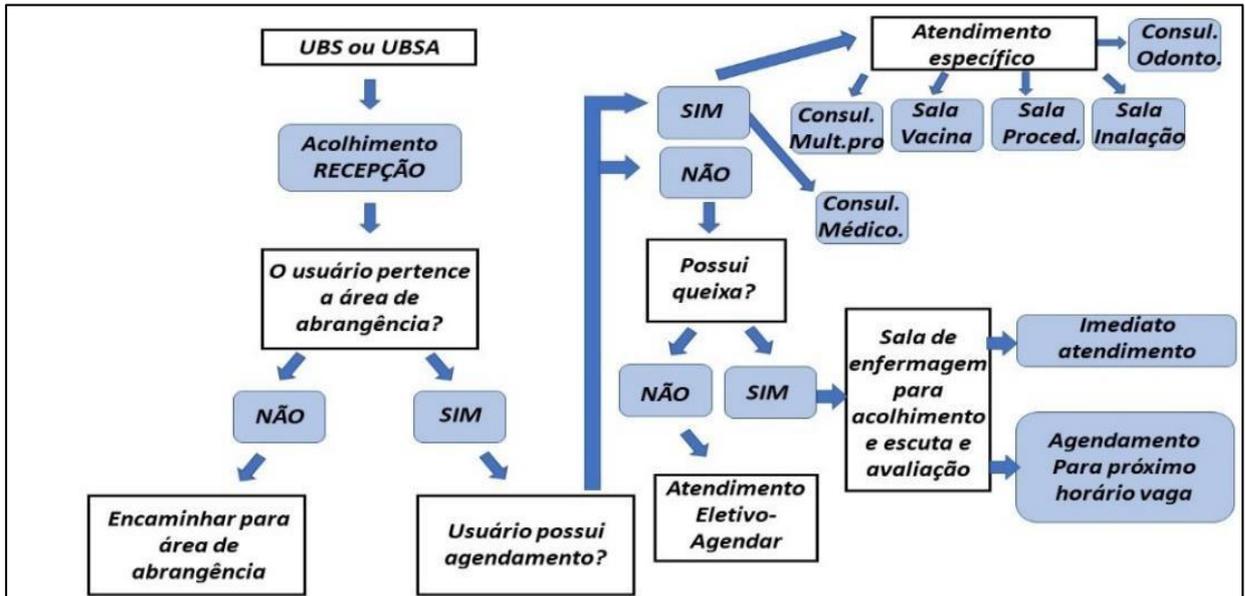
Quadro 4 - Unidades Básicas de Saúde de Apoio- UBSAs de Presidente Kennedy

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE APOIO- UBSAs DE PRESIDENTE KENNEDY		
ESF	LOCALIDADE UNIDADE SEDE	LOCALIDADE UNIDADE DE APOIO
ESF I	Santa Lúcia	São Paulo
ESF II	Mineirinho	Cancelas
		Gromogol
ESF III	Jaqueira	Santo Eduardo
ESF IV	Sede	São Salvador
ESF VI		
ESF V	Marobá	Boa Esperança

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Sistema de Gestão em Saúde da Prefeitura do Município de Presidente Kennedy-ES (2019).

Assim, foram estabelecidas 05 UBSs nas unidades sedes e 06 UBSAs nas microáreas distantes, que possuem quantidade usuários, totalizando 11 Unidades de Saúde, cujo fluxograma de atendimentos está demonstrado no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Atendimentos das UBSs e UBSAs de PK



Fonte: Elaborado pelo Autor (2021).

No fluxograma acima fica nítido o fluxo de atendimento dentro das Unidades Básicas de Saúde do Município, tornando mais visível e compreensível para a população o funcionamento enquanto usuários.

No que tange a composição das Equipes de ESF, conforme disposto no subitem 1 do item 3 da Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017b) verifica-se a seguinte conceituação:

1 – Equipe de Saúde da Família (ESF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017b).

As ESFs dos Municípios brasileiros, de acordo com o mesmo item 3 acima, devem ser compostas por multiprofissionais, como assim disposto:

[...] no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017b).

Fundamentando-se nas disposições acima citadas, as equipes pertencentes às Unidades Básicas de Saúde do Município de Presidente Kennedy são compostas

pelos seguintes profissionais: 01 Médico ESF, 01 Enfermeiro, no mínimo 01 Técnico de Enfermagem, 01 Odontólogo, 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 01 Farmacêutico, 01 Recepcionista, 02 motoristas e Agentes Comunitários de Saúde, no quantitativo que a área de abrangência necessita.

Quanto as equipes das Unidas Básicas de Saúde de Apoio, estas são compostas por: 01 Técnico de Enfermagem, 01 Enfermeiro, 01 Odontólogo, 01 Auxiliar de Saúde Bucal, 01 Recepcionista, no mínimo 01 motorista e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no quantitativo que a área de abrangência necessita.

Além dos profissionais citados acima se fazem presentes os profissionais: Psicólogos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Odontopediatra, Cirurgião Dentista Oral Menor, que se dividem no mínimo em duas UBSs, bem como uma Assistente Social que realiza o monitoramento social com ênfase nos auxílios à saúde.

Embora não se tenha discorrido a respeito da Atenção Secundária e Terciária à Saúde, importante aos objetivos deste estudo observar seu direcionamento no Município em estudo. Assim, nesses atendimentos, o Município de Presidente Kennedy dispõe de algumas prestações de serviços especializados de profissionais não médicos que são: Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Psicólogo. Deste modo, a Secretaria Municipal de Saúde dispõe de setores que englobam a atenção secundária, como segue:

- a) Centro de Fisioterapia - a Secretaria Municipal de Saúde possui um centro de fisioterapia que auxilia as Unidades Básicas de Saúde nos atendimentos de reabilitação entre outros, pois as Unidades Básicas de Saúde não conseguem atender todas as demandas de sua área de abrangência. Veja-se, na Figura 5, um compilado de fotos que denotam os aparelhos existentes no referido Centro Fisioterápico.

Figura 5 – Compilado de fotos dos aparelhos mantidos no Centro de Fisioterapia



Fonte: Acervo do autor (2021).

- b) Centro Psicossocial - No Centro Psicossocial encontram-se lotados profissionais de múltiplas áreas, sendo estes: psicólogo, assistente social e médico psiquiatra, que auxiliam as Unidades Básicas de Saúde no monitoramento e atendimento dos pacientes necessitados do mesmo, bem como, auxílio à gestão quanto aos casos de internação de dependente químico e/ou surto psicológico;
- c) Centro de Especialidade Médica - A Secretaria Municipal de Saúde oferta aos munícipes, desde o ano de 2015, diversas especialidades médicas, onde, atualmente, encontram-se atuantes no Município 09 (nove) modalidades médicas específicas, sendo estas: Ginecologista, Ortopedista, Psiquiatra, Pediatra, Dermatologista, Cardiologista, Oftalmologista, Otorrinolaringologista e Urologista. Todas as demandas de exames e consultas que o Município não fornece e/ou não possui atendimento pela Regulação Estadual, são fornecidas para os munícipes através de Contrato de rateio junto ao Consórcio Público de Saúde CIM Polo Sul.
- d) Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) - Localizada no centro da cidade, concentra o gerenciamento de todas as demandas medicamentosas

das unidades básicas de saúde e do Pronto Atendimento Municipal. Atualmente, o Município possui, em sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), 504 itens, número expressivo em relação aos Municípios vizinhos, como se apresenta mais à frente.

- e) Núcleo de Serviço Social - No Núcleo de Serviço Social encontram-se lotados Assistentes Sociais e Nutricionistas que realizam atendimento local e visitas domiciliares, visando atender os usuários que possuem alguma comorbidade e/ou necessidade de auxílio, como alimentação e/ou órtese e prótese.

O Município dispõe de programas de dispensação de Benefícios Eventuais para os pacientes que necessitam atendimento diferenciado, mediante o preenchimento dos critérios redigidos pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), dados pela publicação de Resolução que descreve tais critérios.

Neste contexto, no ano de 2010, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) publicou, por meio de sua Resolução nº 39, de 9 de dezembro, o “reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde” (CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2010, p. 2), dispondo o que segue:

Art. 1º Afirmar que não são provisões da política de assistência social os itens referentes a órteses e próteses, tais como aparelhos ortopédicos, dentaduras, dentre outros; cadeiras de roda, muletas, óculos e outros itens inerentes à área de saúde, integrantes do conjunto de recursos de tecnologia assistiva ou ajudas técnicas, bem como medicamentos, pagamento de exames médicos, apoio financeiro para tratamento de saúde fora do Município, transporte de doentes, leites e dietas de prescrição especial e fraldas descartáveis para pessoas que têm necessidades de uso.

[...]

Art. 4º Recomendar a observância dos marcos regulatórios quanto às provisões da política de saúde, dentre outras, as abaixo relacionadas: I - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (Portaria Ministério da Saúde - MS nº 1.060, de 05 de junho de 2002); II - CONCESSÃO DE MEDICAMENTOS (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – art. 6º e Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 – art. 20); III - CONCESSÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES (Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 – arts. 18 e 19; Portaria MS nº 116, de 09 de setembro de 1993; Portaria MS nº 146, de 14 de outubro de 1993; Portaria MS nº 321/2007); IV - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – art. 17); V - SAÚDE BUCAL (Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente); VI - CONCESSÃO DE ÓCULOS (Portaria Normativa Interministerial Ministério da Educação - MEC/MS nº 15, de 24 de abril de 2007 – Projeto Olhar Brasil) e Portaria MS nº 254, de 24 de julho de 2009) (CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CNAS,

2010, p. 2).

Nesse sentido legal, o Município de Presidente Kennedy, através dos programas municipais de benefício eventual da saúde, contempla ações que visam a concessão de benefícios a fim de auxiliar o usuário no acompanhamento e tratamento de suas patologias, conforme disposição contida na Resolução do Conselho Municipal de Saúde (CMS) nº 009/2019, que regulamenta a concessão dos seguintes materiais:

- I - Órtese ocular;
- II -Órteses e Meio de Locomoção Muleta, bengala, andador, cadeira de roda e cadeira de banho);
- III -Monitoramento de Glicemia capilar (glicosímetro, fitas e lancetas);
- IV- Meias Elásticas de Compressão;
- V -Materiais auxiliares (cama hospitalar, colchão, travesseiro, escada);
- VII- Fralda (infantil e geriátrica); VII- Leites e dietas enterais.

É importante mencionar que, a prestação de serviço de próteses dentárias, aos munícipes, ocorre de forma total e/ou parcial, onde a Prefeitura busca a melhoria da saúde bucal e autoestima junto ao Programa de Saúde Bucal do Município de Presidente Kennedy.

No que pese à integração dos níveis de Atenção à Saúde (Atenção Básica, Secundária e Terciária) no Município de Presidente Kennedy-ES, evidencia-se que, cabe a Secretaria Municipal de Saúde ofertar ferramentas aos servidores para que acompanhem a população de cada área territorial.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde possui um Sistema de Gestão em Saúde com prontuário eletrônico, que integra todos os níveis de atenção em saúde e setores que realizam atendimento aos munícipes, para acompanhamento dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, agendamento de procedimentos e consultas com profissional do Município, requisição de exames, receituários, encaminhamentos, controle de estoque de materiais, insumos e medicamentos.

Com relação às implementações na saúde pública da cidade, em 2017 ocorreu a implantação do Sistema de Gestão em Saúde no Município, maximizando, deste

modo, os serviços de atendimento aos usuários quanto ao acompanhamento e atendimento, que inclui consulta, exames, procedimentos, transporte dentre outros. Além do mais, é importante mencionar que o “faturamento” das “consultas, atendimento de profissionais não médicos, exames e procedimentos apresentaram também um aumento considerável, uma vez que, o controle e envio das informações para o Ministério da Saúde era calculado manualmente através de conferência de Guias e Boletins de Atendimentos impressos.

O Município vem realizando um cronograma de reforma das Unidades Básicas de Saúde, com auxílio da Secretaria Municipal de Obras. Dentre as melhorias estão inclusas: pintura, reparos, limpeza, novo telhado para contenção de infiltração, drenos para ar-condicionado, novas cerâmicas, bem como outros reparos necessários. Sendo assim, a Figura 6 denota um conjunto de imagens sobre suas fachadas e formato da recepção, como modelos únicos adotados em 2017.

Figura 6 – Fachada das UBSs e formato da recepção adotada



Fonte: Acervo do autor (2021).

Nota-se nas imagens da Figura 6, que o modelo adotado é simples, mas segue uma linha arquitetônica moderna, denotando ainda os cuidados com o posicionamento solar e refrigeração interna, sendo que as recepções das UBSs foram desenhadas de forma a possibilitar o atendimento organizado, conferindo segurança aos profissionais que nelas atuam.

Por sua vez, a Figura 7 permite uma visualização da estruturação dos consultórios médicos das UBSs da cidade de Presidente Kennedy.

Figura 7 – Consultórios Médicos das UBSs de Presidente Kennedy



Fonte: Acervo do autor (2021).

Verifica-se de acordo com a Figura 7, que os consultórios médicos são espaçosos, ventilados na medida certa e possuem os aparatos necessários ao bom atendimento.

Já a Figura 8, demonstra a estruturação dos consultórios odontológicos nas UBSs do município.

Figura 8 – Consultórios Odontológicos das UBSs de Presidente Kennedy



Fonte: Acervo do autor (2021).

Com relação aos consultórios odontológicos demonstrados na Figura 8, também se fez possível observar que estes são amplos, arejados e devidamente estruturados para o atendimento qualitativo das necessidades populacional.

Na Figura 9, traz-se a disposição da sala de enfermagem contida nas UBSs de Presidente Kennedy.

Figura 9 – Salas de Enfermagem das UBSs de Presidente Kennedy



Fonte: Acervo do autor (2021).

Referenciando-se as salas de enfermagem vistas na Figura 9, também se faz viável perceber que as mesmas foram desenhadas pensando-se na oferta de um atendimento de qualidade, uma vez que possuem espaço amplo, ventilação e toda a estrutura a elas demandada.

No geral, este compilado de figuras demonstra que o Município de Presidente Kennedy, a partir de 2017, vem buscando investir na estruturação física, de equipamentos e de atendimento de suas UBSs, com vistas a ofertar uma maior acessibilidade, segurança, conforto e qualidade nos seus serviços de saúde pública.

Complementarmente, no ano de 2020, o Município investiu aproximadamente R\$ 837 mil na aquisição de 10 ambulâncias, para atendimento das necessidades do Pronto Atendimento Municipal e as Unidades Básicas de Saúde, como também para o auxílio de transporte de pacientes, objetivando a qualificação dos serviços em saúde ofertados à população Kennedense, como visto na Figura 10.

Figura 10 – Frota de ambulâncias adquirida como parte de implementações



Fonte: Kennedy em Dia (2020).

Cabe mencionar com base na figura acima, que o Município de Presidente Kennedy em 2021, também realizou a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), investimento este, que visa assegurar a vida dos munícipes na prestação de serviço de urgência e emergência. O usuário realiza a ligação para a Central do SAMU 192, regulada pela Central de Regulação do SAMU, sob competência da SESA-ES.

A Prestação de Serviço do SAMU está sendo operacionalizada através de uma contratada pelo Consórcio Público da Região Polo Sul (CIM Polo Sul). O financiamento é tripartite, com divisão entre União, Estado e Município.

As ambulâncias que prestam serviço ao SAMU seguem a padronização oficial, como se vê na Figura 11.

Figura 11 – Modelo de ambulância padronizada para atendimento ao SAMU



Fonte: PMPK (2021).

Nesse cenário, é importante destacar que o Município oferta aos usuários o serviço de transporte sanitário intermunicipal e interestadual, que envolve veículos pequenos, ambulâncias e vans, para realizar o transporte de pacientes que necessitam de veículo para a realização de consulta, exames e tratamentos, entre eles, os que necessitam de melhor atenção, como pacientes que realizam quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, dentre outros.

Uma vez tendo-se discorrido sobre as características socioeconômicas da cidade de Presidente Kennedy e também a respeito da gestão de saúde local, com vistas ao alcance do problema norteador proposto, na sequência se discorre sobre os recursos da Secretária de Saúde Municipal e suas aplicabilidades.

5.3 RECURSOS DA SECRETARIA DE SAÚDE E SUAS APLICABILIDADES

Com base na proposta deste subcapítulo, torna-se relevante ressaltar que o Município de Presidente Kennedy não possui uma arrecadação própria que supra todas as suas necessidades. A receita é oriunda dos *Royalties* do Petróleo e de participações especiais sobre o total da receita municipal que gira em torno de 80%, a maior entre os Estados brasileiros.

Asseveram Reis e Santana (2015) que os recursos oriundos de *Royalties* do Petróleo possuem grande significância se comparado às finanças públicas, podendo representar possibilidade de ampliação de investimentos e desenvolvimento econômico local.

Entretanto, a realidade de Presidente Kennedy, em arrecadação de impostos municipais, apresenta índice muito baixo, o que dificulta honrar compromissos sem a utilização destes recursos, uma vez que, a maior parte da receita da cidade advém destes e seu uso depende da cobrança e da distribuição em um ordenamento jurídico específico e minucioso (G1, 2015).

Tal realidade do Município de Presidente Kennedy permite perceber que o funcionamento do atual Sistema Tributário Municipal conta com a arrecadação de

impostos, taxas e cobranças que são feitas pelo Município, os quais, presentemente, acumulam dados de somente vinte por cento (20%) das receitas próprias do Município (TCE-ES, 2019), o que inclui o recebimento de *royalties*, no qual configura uma compensação financeira de oitenta (80%) para o Município.

Importante ressaltar que, o Município de Presidente Kennedy é “o que mais arrecada com *royalties* no Estado” apresentando um montante de cerca de R\$ 288,13 milhões em 2014. Se for analisada a participação *per capita*, o Município “recebe cerca de R\$ 25,6 mil por habitante em *royalties* de petróleo” (FAVARO, 2016, p. 1).

Fundamentando-se nestas informações acima, se destaca ainda e em conformidade com reportagem do G1 (2015), que a cidade de Presidente Kennedy, em 2013, apresentou valor acumulado de R\$ 424 milhões em investimentos de recursos de *royalties* de petróleo, cujo valor, há época da reportagem, quase triplicou, chegando a valores superiores a R\$ 981 milhões. Segundo informe do IBGE (2014), o Município está em primeiro lugar do país neste contexto, com PIB per capita de R\$ 551.967,24.

Porém, um estudo publicado na Folha *Online* de 2010, enfatiza que “os *royalties* do petróleo não têm sido suficientes para melhorar a qualidade de vida da população nos principais Municípios produtores”, o que, na realidade de Presidente Kennedy, se concretiza em divergentes complexidades, principalmente por envolver mudanças sociais e “capacidade de produção de bens e serviços” (COSTA FILHO, 2015, p. 1).

Intuindo o entendimento do funcionamento tributário, o Município de Presidente Kennedy-ES faz saber, através da Lei complementar nº 2/2008, em seu art. 1º, o estabelecimento das normas tributárias do Município de Presidente Kennedy, fundamentando-se na Constituição Federal, na Constituição do Estado do Espírito Santo, na Lei Orgânica do Município e na Legislação Tributária Nacional e Estadual.

Esta Lei é denominada como Lei do Código Tributário do Município de Presidente Kennedy, na qual se contemplam inúmeras situações, dentre as quais, parte de menções legais voltadas aos Serviços de saúde, assistência médica e congêneres.

Sobre o destino dos *royalties* destinados à educação e saúde, a parcela da participação no resultado é explicitada pela Lei nº 12.858/2013 em seu art. 1º. Também conforme art. 2º, inciso VI do caput do art. 214º e no art. 196º, exclusivamente para a educação pública, onde a educação básica é priorizada, como também para a saúde, regulados os recursos sob as seguintes determinações legais:

- I - As receitas dos órgãos da administração direta da União provenientes dos royalties e da participação especial decorrentes de áreas cuja declaração de comercialidade tenha ocorrido a partir de 3 de dezembro de 2012;
- II - As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios provenientes dos royalties e da participação especial, relativas a contratos celebrados a partir de 3 de dezembro de 2012;
- III - 50% (cinquenta por cento) dos recursos recebidos pelo Fundo Social de que trata o art. 47 da Lei nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010, até que sejam cumpridas as metas estabelecidas no Plano Nacional de Educação; IV - as receitas da União decorrentes de acordos de individualização da produção de que trata o art. 36 da Lei nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2013b).

Embasando-se nas determinações legais acima descritas, faz-se necessário uma administração pública eficiente, onde a instituição e a arrecadação dos tributos, como sendo da competência do poder público municipal, consolidem o princípio da autonomia e, nesse caso, a efetividade do federalismo fiscal, em relação às outras pessoas políticas estatais. No contexto, os “Municípios têm o pleno exercício das competências tributárias” (SILVA; SILVA, 2018, p. 22).

Na busca de se evidenciar os gastos com a saúde pública de Presidente Kennedy, a Tabela 2 apresenta um apanhado relativo ao período de 2009 a 2019.

GASTOS ANUAL EM SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY/ES -2009 -2019

ANO	VALOR EM R\$
2009	R\$ 9.958.303,09
2010	R\$ 12.580.639,15
2011	R\$ 15.122.936,27
2012	R\$ 12.987.493,14
2013	R\$ 16.664.514,64
2014	R\$ 25.759.856,80
2015	R\$ 24.412.488,10
2016	R\$ 52.215.056,88
2017	R\$ 49.334.714,88
2018	R\$ 55.292.619,95
2019	R\$ 50.133.687,24

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS/DATASUS (2020) e CidadES-TCEES (2020).

Verifica-se, nesta tabela, um aumento de gastos graduais no período estudado, com exponenciais variações dentre alguns anos, as quais são justificadas pelos investimentos da prefeitura junto à Secretária de Saúde Municipal intuindo melhorias contínuas da saúde pública local, e que condizem com obras, manutenções, compras de novos equipamentos, novas contratações de recursos humanos, ampliação das ofertas de serviços de saúde, dentre outras.

Visando-se compreender os investimentos em saúde realizados pelos Municípios limítrofes a Presidente Kennedy, e de forma a que se pudesse fazer um comparativo com os gastos neste âmbito, alicerçando-se no mesmo período de 2009 a 2019, se fez possível verificar o quanto os Municípios selecionados para esta pesquisa investem nos serviços em saúde de qualidade para atendimento das demandas de seus munícipes. Os resultados apurados, estão demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3 – Gasto em Saúde anual do Município de Presidente Kennedy e nos seus Municípios limítrofes dentre 2009 a 2019

GASTO EM SAÚDE ANUAL DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY E NOS SEUS MUNICÍPIOS LIMÍTROFES - 2009 A 2019 (R\$)						
ANO	ATÍLIO VIVACQUA	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ITAPEMIRIM	MARATAÍZES	MIMOSO DO SUL	PRESIDENTE KENNEDY
2009	4.468.952,	31.993.965,	8.984.278,	_____	8.979.602,	9.958.303,
2010	4.650.065,	35.139.990,	11.791.271,	9. 530.119,	9.560.604,	12.580.639,
2011	5.568.879,	41.486.117,	14.783.227,	10. 591.902,	11.032.691,	15.122.936,
2012	7.059.560,	46.499.352,	21.795.621,	16.333.961,	12.426.546,	12.987.493,
2013	7.882.338,	50.335.309,	29.573.134,	17.047.340,	12.002.392,	16.664.515,
2014	8.573.132,	58. 712.407,	42.319.120,	26.233.047,	14.244.615,	25.759.857,
2015	7.951.236,	59. 922.002,	67.603.846	35.828.896,	13.267.686,	24.412.488,
2016	8.730.131,	64.732.647,	59.715.480,	42.767.368,	12.773.170,	52.215.057,
2017	9.083.639,	59.350.902,	56.042.761,	39.796.796,	12.523.705,	49.334.714,88
2018	10.508.770,	73.490.755,	73.351.737,	37.834.713,	13.851.053,	55.292.620,
2019	10.484.573,	80.144.135,	69.136.260,	54.458.923,	15.640.838,	50.133.687,

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS/DATASUS (2020) e CidadES-TCEES (2020).

Nesse sentido, a fim de propiciar maior clareza nos investimentos realizados pelos Municípios identificados na tabela acima, realizou-se, em adição, um levantamento do quantitativo de habitantes informado por cada Município dentre o período estudado, que vai de 2009 a 2019. Os dados foram alcançados na plataforma do TABNET/DATASUS⁴, e se apresentam na Tabela 4.

⁴ Os dados inclusos na Tabela 4 foram encontrados em sítio eletrônico do Tabnet/datasus (DATASUS, 2020), que dispõe a População estimada segundo o próprio Município - Estimativas de 1992 a 2019 utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do FPM (sem sexo e faixa etária) encontrado em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptES.def>.

Tabela 4 – Número de habitantes atualizados anualmente em Presidente Kennedy e nos seus Municípios limítrofes dentre 2009 a 2019

NÚMERO DE HABITANTES ATUALIZADOS ANUALMENTE DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY E NOS SEUS MUNICÍPIOS LIMÍTROFES - 2009 a 2019 (R\$)						
ANO	Atílio Vivacqua	Cachoeiro de Itapemirim	Itapemirim	Marataízes	Mimoso do Sul	Presidente Kennedy
2009	9.361,00	201.259,00	32.761,00	32.502,00	27.124,00	10.903,00
2010	9.840,00	189.878,00	30.988,00	34.147,00	25.898,00	10.315,00
2011	9.967,00	191.042,00	31.209,00	34.412,00	25.880,00	10.373,00
2012	10.080,00	192.156,00	31.421,00	34.674,00	25.858,00	10.429,00
2013	10.862,00	205.213,00	33.610,00	37.140,00	27.309,00	11.130,00
2014	11.023,00	206.973,00	33.952,00	37.535,00	27.329,00	11.221,00
2015	11.181,00	208.702,00	34.272,00	37.923,00	27.349,00	11.309,00
2016	11.335,00	210.325,00	34.585,00	38.301,00	27.369,00	11.396,00
2017	11.804,00	211.649,00	34.628,00	38.670,00	27.388,00	11.742,00
2018	11.765,00	207.324,00	34.032,00	38.108,00	26.191,00	11.488,00
2019	11.936,00	208.972,00	34.348,00	38.499,00	26.153,00	11.574,00

Fonte: Adaptado pelo autor de TABNET/DATASUS (2020).

Para além das informações vistas nas tabelas anteriores, com referência à contabilização dos gastos de cada Município por habitantes, tornando visível o investimento per capita, apresentam-se os seguintes resultados vistos na Tabela 5.

Tabela 5 - Gasto anual em saúde per capita do Município de Presidente Kennedy e nos seus Municípios limítrofes dentre 2009 a 2019

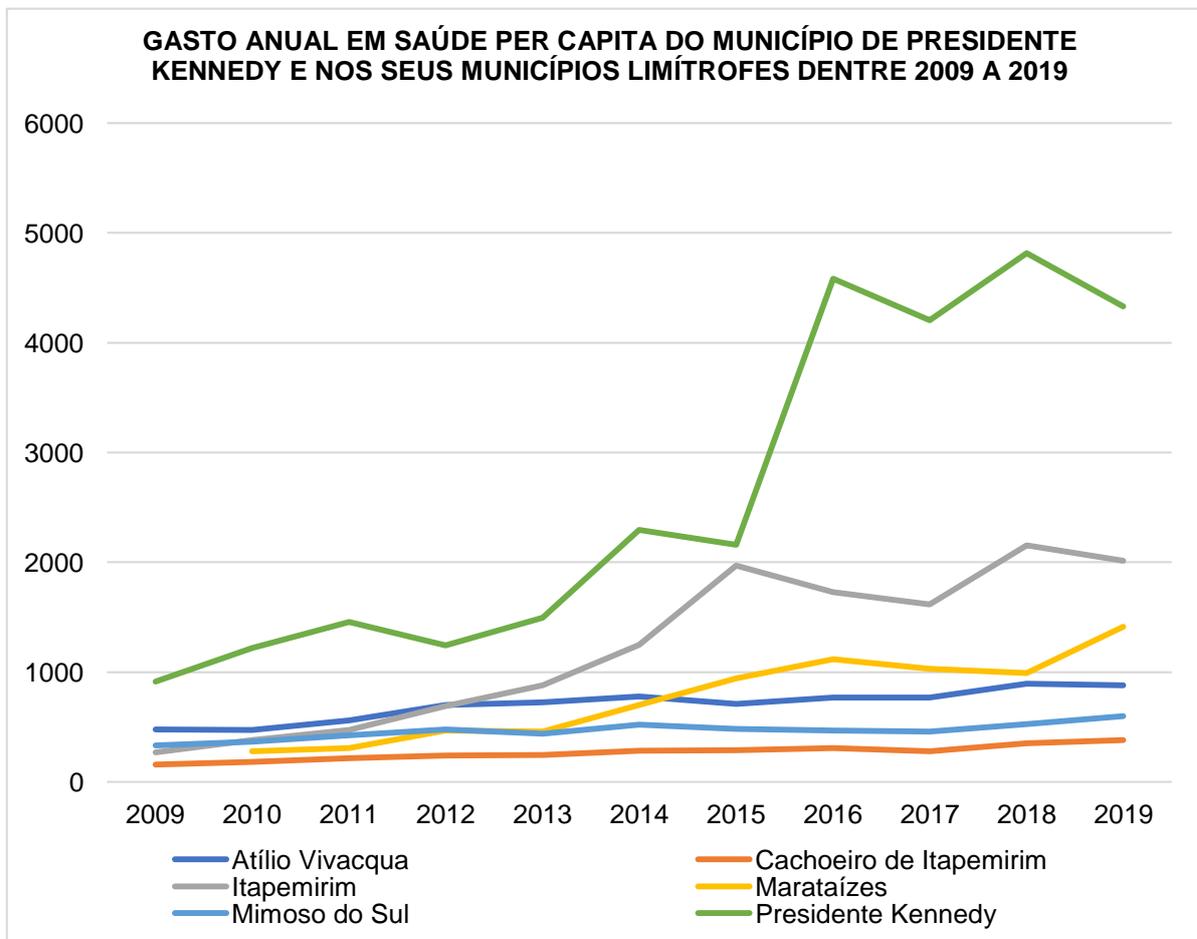
GASTO EM SAÚDE ANUAL PER CAPITA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY E NOS SEUS MUNICÍPIOS LIMÍTROFES 2009 A 2019 (R\$)						
ANO	Atílio Vivacqua	Cachoeiro de Itapemirim	Itapemirim	Marataízes	Mimoso do Sul	Presidente Kennedy
2009	477,40	158,97	272,24	-----	331,06	913,35
2010	472,57	185,07	380,51	279,09	369,16	1.219,65
2011	558,73	217,16	473,68	307,86	426,30	1.457,91
2012	700,35	241,99	693,66	471,07	480,57	1.245,32
2013	725,68	245,28	879,89	459,00	439,50	1.497,26
2014	777,75	283,67	1.246,41	698,90	521,23	2.295,68
2015	711,14	287,12	1.972,57	944,78	485,13	2.158,68
2016	770,19	307,77	1.726,63	1.116,61	466,70	4.581,88
2017	769,54	280,42	1.618,42	1.029,15	457,27	4.201,56
2018	893,22	354,47	2.155,38	992,83	528,85	4.813,08
2019	878,40	383,52	2.012,82	1.414,55	598,05	4.331,58

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS/DATASUS (2020), CidadES-TCEES (2020) e TABNET/DATASUS (2020).

Com base nos dados obtidos, que foram verificados nas Tabelas de 2 a 5, para tornar nítido o grau de gasto em saúde per capita realizado por cada Município em estudo, se fez válida uma ilustração direcionada a este contexto, conforme disposto no Gráfico 1 demonstrado na página seguinte.

A partir da leitura do Gráfico 1, torna-se evidente que o Município de Presidente Kennedy é, dentre os selecionados, o que mais investe em saúde.

Gráfico 3 – Gasto anual em saúde per capita – comparativo de Presidente Kennedy com seus vizinhos limítrofes dentre 2009 a 2019



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS/DATASUS (2020), CidadES-TCEES (2020) e TABNET/DATASUS (2020).

Tendo-se discorrido a respeito dos recursos da Secretária de Saúde de Presidente Kennedy e suas aplicabilidades, o subcapítulo abaixo teve por finalidade identificar e

sugerir ações associadas à disponibilização e transparência de informações pertinentes aos recursos e seus gastos no âmbito da saúde pública municipal.

5.4 ORÇAMENTOS PARA GASTOS COM A SAÚDE - DISPONIBILIZAÇÃO E TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES

As informações relacionadas aos recursos utilizados pelo Município de Presidente Kennedy/ES, encontram-se disponíveis no *site* da Prefeitura, porém, é importante ressaltar que este não dispõe de informações claras e precisas para os usuários no que tange a facilidade na obtenção dos dados e compreensão dos mesmos.

Para tanto, com vistas a conceber um melhor entendimento deste contexto, se faz necessário consultar algumas bases de dados que dispõem e descrevem os recursos gastos em determinado período, dentre os quais, destacam-se os sites da SIOPS/DATASUS TABNET e CidadES-TCEES.

Visando-se um maior entendimento, a Figura 12 apresenta a tela inicial do *site* oficial do Município de Presidente Kennedy/ES.

Figura 12 – Tela inicial oficial da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy



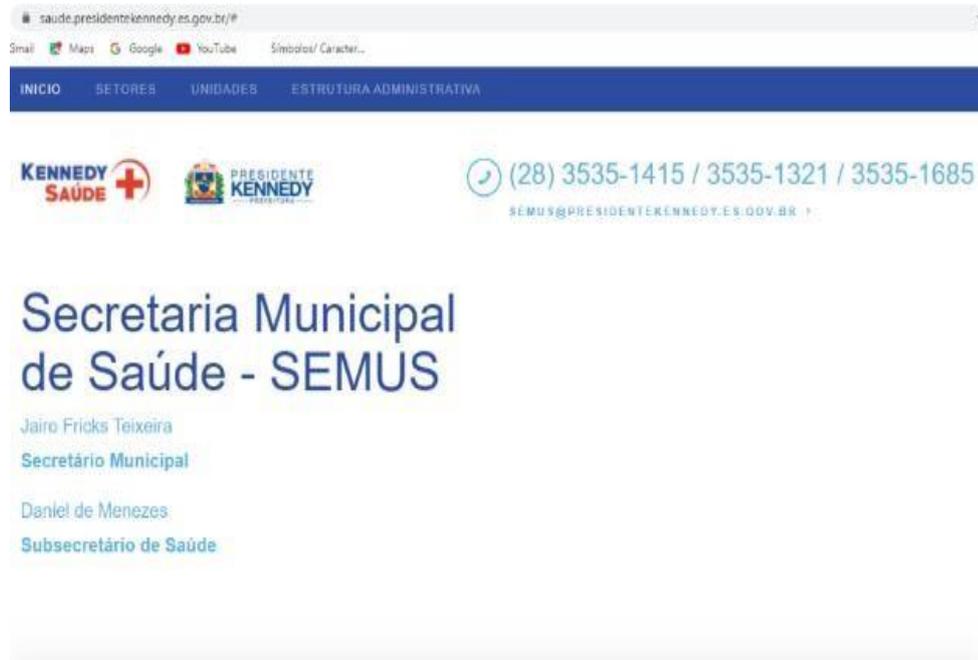
Fonte: PMPK (2021).

A tela inicial do *site* oficial da Prefeitura de Presidente Kennedy segue a formatação comum usada por demais prefeituras no território nacional, com destaque ao *link* que trata de assuntos ligados à Saúde Pública, devidamente ressaltado, o que salienta a

preocupação do governo municipal em orientar e esclarecer dados a respeito deste âmbito base.

Ao se clicar em KENNEDY + SAÚDE, localizado no canto superior direito da tela inicial, é aberta uma página que conduz a um *subsite* da Secretaria Municipal de Saúde, como demonstrado na Figura 13.

Figura 13 – Tela do site oficial da PMPK relativa à Secretária Municipal de Saúde – SEMUS

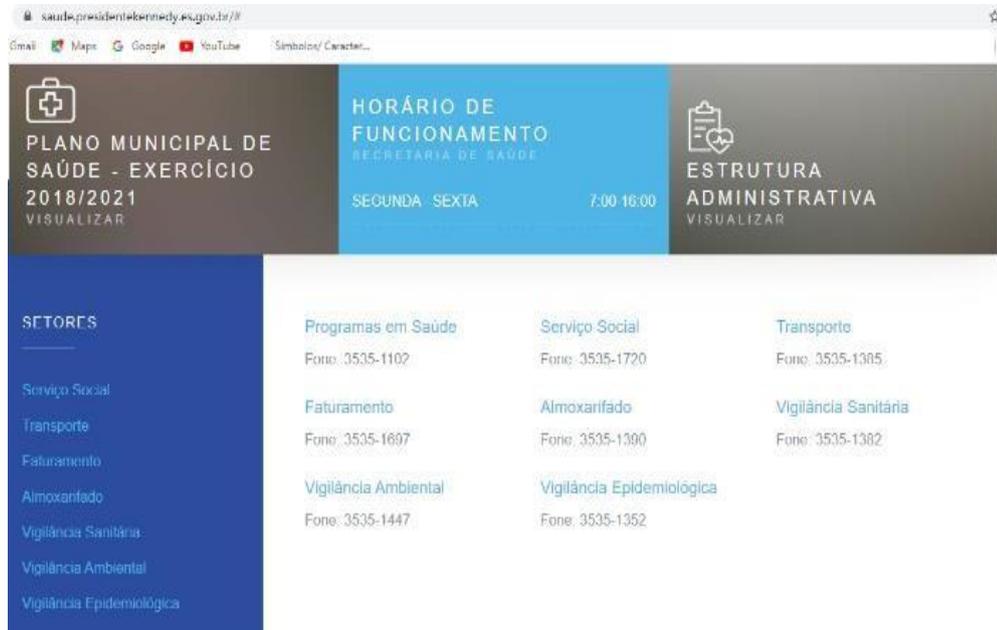


Fonte: PMPK (2021).

Nesta página, para além de constar o nome dos gerenciadores da Secretária Municipal de Saúde, os usuários, os telefones de contato direto com estas, o e-mail para tal, bem como *sublinks* que conduzem ao Plano Municipal de Saúde, atualmente, visualizando-se o exercício de 2018-2021, outro condizente com os horários de funcionamento, um terceiro a respeito da estrutura administrativa do setor, para além de outros setores, como Serviço Social, Transporte, Faturamento, Almoxarifado, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica, que integram a respectiva Secretaria, e seus respectivos telefones (PRESIDENTE KENNEDY, 2021).

Deste modo, alicerçando-se no acima descrito e fazendo-se associação com as disposições e informações sobre o Município, recursos, gastos e investimentos da Secretária da Saúde, a Figura 14 denota a tela a eles relativa.

Figura 14 – Demonstrativo de links de acessibilidade às informações públicas no site oficial da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy



Fonte: PMPK (2021)

Nesta mesma tela, ainda se faz possível ter acesso a informações sobre local, telefones e horários de atendimento das unidades que fazem parte do Sistema de Saúde Municipal, tais como: Pronto Atendimento Municipal, Farmácia Básica Municipal (Sede), Laboratório Municipal, Central de Regulação (AMA), Centro de Fisioterapia, e das UBSs existentes (PRESIDENTE KENNEDY, 2021).

Ainda se observa que a Prefeitura de Presidente Kennedy (2021) se preocupou em apresentar, a população, a estrutura administrativa dos subsetores da Secretária Municipal de Saúde.

Sendo assim, diante da proposta deste estudo, acredita-se que o *subsíte*, constante da Figura 14, pode vir a ser uma excelente ferramenta se melhor aproveitado, intuindo tornar mais transparente os investimentos “gastos” e as prestações de serviços em saúde do Município.

No que tange as sugestões estruturadas a partir deste estudo, sugere-se que, na página inicial e/ou da Secretária de Saúde, seja colocado um vídeo institucional que demonstre todos os serviços prestados pela mesma, bem como as instruções relativas aos caminhos para conseguir o alcance de seus serviços.

Em soma e apoiado na literatura de Gobbo Júnior (2019), sugere-se ainda, que a página oficial de Presidente Kennedy na *internet* contenha os seguintes *hiperlinks*:

1. Relatórios Quadrimestrais: desenvolvidos de acordo com a prestação de conta quadrimestral e que são apresentados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);
2. Relatórios de Gastos Quadrimestrais e Anuais;
3. Fluxograma de Atendimentos - nos diversos níveis de atenção à saúde.

Considerando-se, em adição, que a maior parte do Município de Presidente Kennedy integra a zona rural da cidade, na qual a maioria dos moradores não possuem instrução suficiente para compreensão e acesso de informações na *internet*, acreditase ser de grande valia a realização de Audiências Públicas por localidade e em período noturno, para corroborar na obtenção de mais participantes.

Nestas Audiências Públicas, poderão ser discorridas as competências em Saúde, principalmente as do Município, bem como, os serviços e atendimentos financiados pelo mesmo aos usuários nos níveis de atenção à saúde.

Adicionalmente, sugere-se também que sejam informados, nestas Audiências Públicas, dados comparativos com o direcionamento orçamentário e gastos da Secretária de Saúde com relação aos municípios vizinhos. Como exemplo, pode citar dados da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), que, como discorrido anteriormente, neste ano de 2021 conta com 504 itens, sendo que as cidades vizinhas, segundo suas últimas informações oficiais, apresentavam o demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5 – Modelo de sugestão comparativa – Dados do REMUNE de Presidente Kennedy x Cidades Vizinhas

MUNICÍPIO	Ano de Publicação	QTD
Atílio Vivacqua	2021	117
Cachoeiro de Itapemirim	2018	252
Itapemirim	2018	236
Marataízes	2021	349
Mimoso do Sul	2020	211
Vitória	2021	256

Fonte: Prefeituras de Cachoeiro do Itapemirim (2018); Itapemirim (2018); Atílio Vivacqua (2021); Marataízes (2021); Mimoso do Sul (2020) e Vitória (2021).

Oportunamente, a página oficial da Prefeitura de Presidente Kennedy deverá mencionar os investimentos e gastos pertinentes ao último quadrimestre, devidamente apresentados e aprovados nas últimas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, em cumprimento as legislações que regem o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

5.5 MAIOR TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO DOS RECURSOS

Tomando-se por base os objetivos deste estudo, que visaram, no geral, aferir a possibilidade de tornar mais transparente os tipos de recursos públicos destinados à Política de Saúde da cidade de Presidente Kennedy, comparando-os com os serviços efetivamente ofertados na última década, para que se ofereça uma maior compreensão aos munícipes quanto à execução orçamentária dos programas municipais de saúde em seus aspectos quantitativos e qualitativos, identificou-se o seguinte em relação a revisão de literatura e aos documentos e informações obtidos pelo referido órgão estudado:

a) O SUS no Brasil e seus desafios:

O SUS é o sistema público brasileiro voltado aos cuidados com a saúde da população e que se faz presente em todos os Municípios do território nacional, atendendo os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, cuja estruturação também considera as disposições legais do art. 5 da CF de 88 (BRASIL, 1988), no que tange à questão de direitos cidadãos sob os princípios da igualdade e acessibilidade à

assistência à saúde a que todo cidadão faz jus, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais..

Tendo em vista que o Brasil é um país de extrema dimensão geográfica, questões de ordem pública são complexas e difíceis de se gerir, uma vez que, também consideram as divergências socioeconômicas e políticas existentes, o que, em associação com a saúde pública, não se faz diferente.

Deste modo, o SUS foi direcionado legalmente após evidências críticas na condução da gestão da saúde pública manifestadas na Reforma Sanitária, que concebeu a ele, gradualmente, um controle social maior, como determinado pela Lei nº 8.689 (BRASIL, 1993), sendo efetivamente legalizado segundo a Lei Orgânica n. 8.080/90 (BRASIL, 1990, p. 1), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes dentre outras providências”.

Assim, o SUS integralizou a assistência pública clínico odontológica por intermédio de “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para cada caso e em todos os níveis de complexidade do sistema único de saúde”, instituindo a Política Nacional de Medicamentos, também complementada pela a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b, p.1) e pela Lei 13.021/14 que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2014).

A Atenção Básica à Saúde (ABS), como entendido nas literaturas de Giovanella (2018) e da Fiocruz (2021), é o carro chefe do SUS, pois se alicerça nos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade garantidos pela CF (BRASIL, 1988). Logo, associam a saúde ao desenvolvimento socioeconômico do país, promovendo a participação social mais efetiva, uma vez que, orienta profissionais e população por meio de um conjunto de normativas na prevenção de doenças, soluções aos possíveis casos de agravos e direcionando os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade e, deste modo, organizando o fluxo dos serviços nas redes de saúde, sejam estes simples ou mais complexos.

Trata-se de uma Política que abarca grande complexidade, pois insere uma gama de programas e ações, sendo os mais eminentes: o ESF, os PACS, os CASAPS, o Programa Saúde na Hora, os Médicos pelo Brasil, o Previne Brasil, O melhor em Casa e o Brasil Sorridente, além daquele denominado por Consultórios de Rua, como salientado em Brasil (2021) e pela Fiocruz (2021). Indo além, a ABS padroniza, nacionalmente, as unidades de atendimento, regula as equipes multiprofissionais nelas atuantes e controla os estoques de insumos e a dispensação de medicamentos.

Em soma, se notou em Erdmann *et al.* (2013), que a ABS conta a atenção secundária e terciária à saúde pública no Brasil, as quais fazem relação com atendimentos especializados e de alta complexidade atendidos pelo SUS e com suas parcerias, o que valoriza ainda mais sua proposta legal.

Complementarmente, diante dos desafios do cotidiano na gestão do SUS em território nacional, o Governo Federal, segundo o que se identificou em Brasil (2004, 2013) e ainda em França *et al.* (2016), percebeu a necessidade de criar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) voltada a formação e desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, buscando integrar as suas três bases: ensino, serviço e comunidade. O objetivo maior desta, foi o ofertar mais qualidade e humanização ao diálogo, problematizações, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e comprometimento dos profissionais da saúde pública nos princípios da democracia.

Como parte integrante das Políticas Nacionais de Saúde, o Governo Federal também lançou mão à Educação Permanente em Saúde (EPS) para complementação da PNEPS, com o intuito de reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e com isso, ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes (BRASIL, 2017a).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica de suma relevância à gestão pública no âmbito da saúde, pois promove um aprendizado expressivo que possibilita modificar as práticas dos multiprofissionais no setor, as quais, de acordo com as literaturas de

França *et al.* (2016), Souza (2016) e Gonçalves *et al.* (2019), potencializam não apenas o processo de trabalho, mas também aspectos como autogestão, mudança institucional e transformação como um todo.

Todavia, foram identificadas algumas dificuldades enfrentadas para implementação destes programas e políticas acima evidenciados junto ao SUS, em algumas literaturas específicas, como visto no Quadro 6.

Quadro 6 - Dificuldades encontradas para implementação de programas e políticas públicas junto ao SUS

PONTOS QUE DENOTAM AS DIFICULDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS JUNTO AO SUS
Pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES);
Reduzida implantação das CIES regional;
Participação incipiente dos gestores municipais;
Indefinição de parâmetros para a construção dos projetos;
Ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos;
Mudanças necessárias nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde;
Dificuldades na utilização dos recursos financeiros;
Desigualdades no atendimento às competências comuns aos órgãos federativos, estaduais e municipais, do ponto de vista econômico, social, demográfico, geográfico, principalmente no que concerne à organização de serviços;
Desigualdade social, diversidade sociocultural e singularidade epidemiológica.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Cislighi; Teixeira; Souza (2011); Ditticio (2014); Ferraz; Vendruscolo; Marmett (2014); França *et al.* (2016); Modolo (2017); Gonçalves *et al.* (2019); Novo Junior e Pinheiro (2019).

Neste contexto, embora não se tenha evidenciado, neste estudo, a implementação do PNEPS e da EPS pela Secretária de Saúde de Presidente Kennedy, é possível que se afirme que tal instituição pública municipal vem, gradativamente, tentando modificar a gestão do SUS por meio de ações de reforma de suas unidades, onde se acredita que, futuramente possa também vir a investir nos seus profissionais mais contundentemente, evidenciando seu comprometimento ao atendimento destes programas.

Diante disto, ficou claro que, tanto a PNEPS quanto a EPS se tornam ferramentas essenciais à Secretaria de Saúde de Presidente Kennedy no que se relaciona diretamente com a forma do atendimento como um todo.

Pode-se então afirmar que, as criticidades apresentadas no Quadro 6, impactam a qualidade do atendimento dos serviços de saúde pública ofertadas pelo SUS e, com isso, denotam o não cumprimento à risca das determinações legais contidas nas Políticas Públicas de Saúde, afetando diretamente as transparências dos serviços do SUS, também em Presidente Kennedy.

b) Políticas Orçamentárias da Saúde Pública:

O estudo também permitiu verificar que as Políticas Orçamentárias, denominadas por Políticas Fiscais, integram a Política Econômica de um País, tendo por objetivo, controlar e assegurar a manutenção da estabilidade econômica de um local, amortecendo as flutuações cíclicas da economia e promovendo seu crescimento por meio de inflações baixas e empregabilidade com o emprego pleno de todos os recursos produtivos de uma nação, como evidenciado nos registros literários de Lopreatto (2006) e do Senado Federal (2020).

Contudo, o modelo orçamentário nacional considera para a despesa as classificações: institucional, funcional, programática, de natureza de recursos, a classificação desta, a de natureza de receita e quanto à fonte de recursos, enquanto a receita se baseia na sua natureza e fonte de recursos, as quais se embasam, segundo o Senado Federal (2020), no Código Tributário Nacional contido na CF de 88.

Em conformidade com Moraes (2016), o modelo orçamentário nacional possui como premissa constitucionalizar as tributações em todas as esferas e seus entes políticos, sendo uma faculdade, indelegável, intransferível e irrenunciável, a ser exercida a qualquer tempo pelo ente político.

Rege o CNT que a obrigação tributária pública possui como objeto principal o tributo ou a multa tributária, em soma às obrigações acessórias que, no âmbito da saúde, como se lê em Cislighi, Teixeira e Souza (2011) e em Mantaia (2016), demanda o estabelecimento de um padrão de financiamento que reponha rotineiramente os requerimentos para aumento de recursos investidos no SUS, de forma a poder atender

as necessidades populacionais de cada região, estabelecendo uma relação mais estreita entre o público e o privado.

Para tal, a Política Orçamentária do SUS, segundo determina a CF, se divide em: “orçamento fiscal, orçamento das estatais e orçamento da Seguridade Social” (BRASIL, 198, p. 1), cujas transferências são oriundas dos recursos federais por meio da classificação “modalidade de aplicação da despesa”, e que conta com valores percentuais, assim proporcionados, como demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 4 – Percentual de distribuição de recursos para a saúde pública



Percentual de distribuição de recursos para a saúde pública

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Brasil (2000; 2012b; 2015), SNT (2017) e CGU (2021).

Estes percentuais vistos no Gráfico 2, segundo as fontes analisadas, englobam a manutenção e investimentos em atenção básica; a média e alta complexidade (MAC); vigilância da saúde; ações farmacêuticas e gestão, e royalties do petróleo e gás natural.

Salvo a relevância destas transferências para que se garantam gestões públicas mais fidedignas às necessidades populacionais em divergentes âmbitos, este estudo identificou ainda, que a aquisição de recursos também promove ao Fundo de Participação dos Municípios, seguindo-se as orientações de Grellmann e Silva (2017), a receita do Imposto sobre Mercadorias e Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS).

Fazendo referência à Política Orçamentária, especificamente a voltada à saúde pública nacional, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, o que se dá através de mecanismos que possam disponibilizar informações para a sociedade relativos aos custos, investimentos e financiamentos no âmbito do SUS, recolhidos das fontes federais sobre os tributos vistos na Quadro 7.

Quadro 7 – Tributos federais pertinentes os repasses orçamentários no Brasil

TRIBUTOS FEDERAIS QUE CARACTERIZAM OS REPASSES ORÇAMENTÁRIOS NO BRASIL
DPVAT;
Contribuição para Financiamento da Seguridade Social;
Contribuição Social sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas;
Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira;
ICMS.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Grellmann e Silva (2017); FNS (2021).

Na literatura de Sousa (2017) e do Portal FNS (2021), notou-se que tal gestão é de competência da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, cujos valores são fundamentos no Plano Nacional de Saúde, no Planejamento Anual do Ministério da Saúde, nos Orçamentos Anuais, nas Diretrizes Orçamentárias e nos Planos Plurianuais, assim definidos: 45% dos recursos do seguro os Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT); 12% para os Municípios e o Distrito Federal, ocorrendo anualmente, e 15% para os Estados.

Neste sentido, a quantia aplicada pela União tem a correspondência demonstrada no Quadro 8.

Quadro 8 - Correspondência orçamentária da União

CORRESPONDÊNCIA ORÇAMENTÁRIA DA UNIÃO
Montante comprometido no exercício financeiro anterior em soma ao percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da LDO anual;
Ressarcimento aos serviços das operadoras de planos de saúde que integrem o SUS.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Brasil (1998, 2012).

Estas correspondências são organizadas em blocos de manutenção e/ou de estruturação, de acordo com os fins a que se destinam (BRASIL, 2020b), avaliados,

segundo Modolo (2017) e Sousa (2017), pelos Conselhos de Saúde de todas as esferas, concebendo autonomia as secretarias municipais quanto ao direcionamento dos recursos voltados ao SUS como evidenciado em Leite, Lima e Vasconcelos (2012).

O FNS ainda considera os valores concernentes ao TFG, TFGE e TFGM, todos embasados na PPI, cujo TFA estadual ou municipal é definido a partir do PAB, considerando, para tal, variações fixas voltadas à atenção básica ambulatorial e variáveis para os demais incentivos da atenção básica, incluindo gastos da vigilância sanitária e epidemiológica de cada Estado/Município, os quais são somados as necessidades da AAMAC que, por sua vez, engloba, segundo Manguiera *et al.* (2001), procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órtese e prótese ambulatoriais, no Alto Custo/Complexidade e na Atenção Hospitalar.

No entanto, mesmo com todo o direcionamento para transferência de recursos à saúde pública, nota-se, tanto em Manguiera *et al.* (2001) quanto em Leite, Lima e Vasconcelos (2012), que estes não vão ao encontro das reais demandas populacionais, como se vê no Quadro 9.

Quadro 9 – Falhas na transferência dos recursos públicos à saúde no Brasil

PONTOS CRÍTICOS
Inexistência de estudos geográficos e demográficos na área da saúde;
A relação dos estudos acima com articulações técnicas;
Problemas com a qualificação dos funcionários públicos que tratam do cumprimento das legislações orçamentárias;
Falta de conhecimento pleno sobre as diretrizes das políticas orçamentárias por parte dos conselheiros;
Não comprometimento dos conselheiros.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Gobbo Júnior (2019).

A expectativa para sanar a realidade vista no Quadro acima, como explicado por Gobbo Junior (2019), advêm das ações do Programa Previne Brasil, uma vez que este determina que a cada quadrimestre ocorra uma avaliação e um score com base nos indicadores que direcionarão a nota alcançada de acordo com desempenhos.

Todavia, importante salientar que a partir de 2020, este desempenho passou a ser avaliado sobre sete indicadores e, a cada ano, mais sete serão incorporados, somados às estratégias voltadas as ações e programas realizados/as, de acordo com o Plano de Saúde para gastos do SUS (GOBBO JUNIOR, 2019).

Neste sentido, buscando sanar a criticidade enfrentada pelo SUS mediante a crise pandêmica da COVID-19, a Nota Técnica 24/2020 – Recursos do SUS para o Enfretamento da COVID- 19 e Transposição e Transferência de Recursos, fornece segurança jurídica e contábil ao repasse de valores dados pelo FNS e seus direcionamentos aos programas das Secretárias de Saúde. Esclarece também, os procedimentos de transposição e transferência dos saldos existentes nas contas dos Fundos de Saúde, os quais devem ser comprovados em relatório anual específico, oportunizando, como visto em CNM (2020) e Brasil (2020c, 2020d), um aporte no valor de R\$ 13 bilhões para tal enfrentamento na saúde pública nacional.

Sob tais aspectos orçamentários, e destacando-se as menções das literaturas de Mangueira *et al.* (2001), Leite, Lima e Vasconcelos (2012), Modolo (2017) e Sousa (2017), a Secretaria da Saúde de Presidente Kennedy segue as determinações do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo e do Plano Estadual de Saúde 20202023, também informados o próprio Governo do Estado do Espírito Santo (2019).

Neste planejamento, a promoção da longevidade com qualidade de vida é seu princípio central, o que se dá através de melhorias do SUS na busca de se satisfazer os anseios populacionais dos capixabas e demais residentes no Estado, e que, como visto na literatura de Souza (2016), ocorre com a determinação de missão, valores e visão amplamente revisados para tal, apoiados nas Leis Orgânicas de Saúde (LOS).

Em soma aos repasses da União e do Estado, a receita da cidade advém dos *Royalties* do Petróleo e de participações especiais sobre o total da receita municipal que gira em torno de 80%. Esta é a maior entre os Estados brasileiros, possibilitando, como se observou em Caçador e Monte (2013) e em Reis e Santana (2015), uma melhoria nos investimentos da saúde pública local, que também se executam por meio das

arrecadações de impostos, taxas e cobranças municipais, os quais giram em torno 20% das receitas próprias do Município (TCE-ES, 2019).

A relevância dos *royalties*, destacada neste estudo, e voltada a cidade de Presidente Kennedy, se justifica também pela presença do projeto de construção de um Terminal Portuário Especializado na Exportação de Minério de Ferro e da Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM) que ligará o Município à outras localidades, efetivando, deste modo, o crescimento socioeconômico local, e com ele, impactando a questão da saúde pública local, que necessitará de maiores investimentos no SUS para atendimento da massa populacional que tais empreendimento trarão à cidade.

c) A Saúde Pública em Presidente Kennedy

Presidente Kennedy é uma cidade que apresenta as seguintes características vistas no Quadro 10.

Quadro 10 - Características do Município de Presidente Kennedy

CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY	
Localização:	Região Sudeste - Sul do Estado do Espírito Santo
Área Geográfica:	583,932 km
Pontos Limítrofes:	Municípios de Atílio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Itapemirim, Marataízes e Mimoso do Sul. Oceano Atlântico a Leste.
Vias de acesso:	Rodovia BR-101, ES-162 e ES 060
Distância da capital Vitória:	158 km em linha reta
Regiões socioeconômicas que integra:	Mesorregião Sul do Estado, como também, segundo o Plano Diretor de Regionalização Estadual, a Macrorregião Sul do Espírito Santo.
História:	1851 – Vila fundada pelo Padre José de Anchieta; 1964 – Emancipação para Município
Contingente populacional:	IBGE (2017) – média de 11.658 habitantes (6.518 homens; 5.056 mulheres); Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (2018) - 14.600 habitantes (7.329 homens; 7.271 mulheres).
Dados socioeconômicos:	Baixo IDH; Maior PIB per capita do Brasil; Base econômica: agricultura, turismo e exploração de petróleo e gás natural.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em IBGE (2017); PMPK (2018b); Espírito Santo (2019).

Trata-se de um Município interiorano em pleno desenvolvimento e como tal, cresce de forma gradativa e que, dada a sua potencialidade econômica, contou com um aporte

do FUNDESUL no valor de R\$ 50 milhões como incentivo para abertura de linhas de créditos para empreendedores locais.

Diante das expectativas atuais de crescimento municipal e alinhada ao Plano Estadual de Saúde 2020-2023, a prefeitura elaborou o “Caderno de Planejamento Estratégico do Município 2018 – 2035” com as principais premissas vistas no Quadro 11:

Quadro 11 – Principais premissas do “Caderno de Planejamento Estratégico do Município 2018 – 2035

PRINCIPAIS PREMISSAS DO “CADERNO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO MUNICÍPIO 2018 – 2035
Reformar e organizar as UBSs já existentes;
Implantar unidades de apoio;
Melhorar a estruturação das ESFs dividindo-as em 6 grandes áreas para atendimento das localidades denominadas por Microáreas, de modo a se facilitar o atendimento da ABS e dos agentes comunitários;
Estruturação funcional das UBSs, conforme regem as devidas legislações e políticas públicas de saúde, tanto no âmbito da atenção básica, quanto da secundária e terciária;
Implementação e incentivos ao Programa de Benefícios Eventuais em Saúde para dispensação de dispositivos, acessórios, materiais auxiliares, monitoramentos de índices glicêmicos, fraldas infantis e geriátricas, leite e dietas enterais, seguindo as premissas da Classificação Internacional de Doenças (CID-10);
Intensificação da qualificação de profissionais capacitados para as emissões de laudos médicos necessários para tal concessão;
Melhoria do Sistema Eletrônico de Gestão em Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Brasil (2011b; 2012b; 2020a; 2021); Erdmann *et al.* (2013); Giovanella (2018); PMPK (2018a, 2018b); Fiocruz (2021).

Dentre estes principais pontos planejados no referido Caderno Estratégico da Prefeitura de Presidente Kennedy, este estudo identificou, com comprovação fotográfica, as reformas estruturais das UBSs que, por suas vezes, possibilitaram melhorar também, os procedimentos de atendimento inicial que ocorrem em suas recepções, tendo em vista as melhorias realizadas no Sistema Eletrônico de Gestão em Saúde, agilizando e facilitando os diversos controles da gestão do setor.

Como resultado, verificou-se que, a partir de 2019, o faturamento das consultas do SUS aumentou, tendo em vista à demanda crescente na procura de seus serviços que, através de todas as reformas, se tornaram mais qualitativos.

Somando-se a tudo isto, a Prefeitura também proveu a aquisição, em 2020, de uma frota com 10 ambulâncias para atendimento das UBSs e implantou, no Município, o serviço SAMU, sendo este financiado com o apoio do Estado e da federação, como demonstrado em figuras específicas.

Mediante toda esta análise, e visando o atendimento da proposta deste estudo, foi possível verificar, com base nos dados da SIOPS/DATASUS (2020) e CidadeESCTEES (2020), que, dentre o período de 2009 a 2019, o gasto anual com a saúde pública de Presidente Kennedy teve expressivo crescimento anual, principalmente dentre 2009 a 2010, 2010 a 2011, 2013 a 2014, 2015 a 2016, 2017 a 2018.

Os aumentos mais significativos condizem aos períodos de 2013 a 2014, de 2015 a 2016 e de 2017 a 2018. Segundo informes obtidos na Secretária de Saúde, estes se deram mediante investimentos diversos no setor. Já dentre 2011 a 2012, bem como, 2014 a 2015, 2016 a 2017, e 2017 a 2018, os gastos em saúde anual foram decrescentes, com médias muito similares neste sentido.

Complementando-se, este estudo pôde analisar, comparativamente, os gastos em saúde anual de Presidente Kennedy com seus vizinhos limítrofes segundo os informes da SIOPS/DATASUS (2020) e CidadES-TCEES (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESPÍRITO SANTO, 2020), o que promoveu ao pesquisador verificar, mediante a Tabela 3, que a cidade tem, dentro do período estudado, realizado excelentes investimentos, os quais são superiores aos de Atílio Vivacqua, Mimoso do Sul e Marataízes, ficando atrás apenas de Itapemirim e Cachoeiro de Itapemirim, que, por sua vez, são cidades maiores e melhor estruturadas.

O mais interessante nesta análise foi a identificação de que Presidente Kennedy, de acordo com os dados da TABNET/DATASUS (2020), no período de 2009 a 2019, como visto na Tabela 4, foi o que menos cresceu em termos de habitantes quando comparado aos seus vizinhos limítrofes. Ou seja, embora tenha uma população menor, cuja média é similar somente a de Atílio Vivacqua, a cidade vem investindo em saúde, como comprovado na Tabela 3 deste estudo.

Em continuidade a esta análise primordial ao alcance do objetivo deste estudo, ainda se verificou, comparativamente entre as cidades, dados relativos aos gastos anuais em saúde per capita dentre 2009 e 2019, os quais foram adquiridos das fontes SIOPS/DATASUS (2020), CidadES-TCEES (2020) e TABNET/DATASUS (2020), e que foram apresentados na Tabela 5.

Nesta Tabela 5, fica evidente que, dentre todas as cidades analisadas, Presidente Kennedy é a que mais gasta com saúde por habitante, com valores muito superiores aos de Cachoeiro do Itapemirim, que é uma Macrorregião e que também se resalta no Gráfico 1 em formato de linhas coloridas que expõe os dados da Tabela 5 por um outro prisma visual, salientando o quanto o Município se preocupa com a saúde pública local.

Sendo assim, como resposta ao questionamento, pode-se compreender que tais demonstrativos deveriam ser disponibilizados à população de forma a demonstrar que os recursos do Município, no que é tangível ao âmbito da saúde, vêm sendo muito bem direcionados.

A disponibilização e transparência das informações orçamentárias deste Município são acessíveis no *site* oficial da PMPK, que possui um link específico voltado à Saúde Pública, visando fornecer informações e orientações importantes neste sentido.

Identifica-se que a estruturação da página foi bem pensada e atende necessidades divergentes pertinentes à saúde pública local, até mesmo por indivíduos com menor instrução e pouco conhecimento digital. Todavia, ainda não existe um *sublink* específico para informes a respeito dos gastos públicos em saúde, o que permitiu ao pesquisador sugerir uma reformulação deste com os seguintes pontos: vídeo institucional apresentando todos os serviços prestados pela Secretaria de Saúde local; instruções relativas aos caminhos para conseguir o alcance destes; disponibilização de relatórios quadrimestrais e anuais que denotem recursos x direcionamentos x custos x resultados efetivos; e um fluxograma de atendimentos nos diversos níveis de atenção à saúde.

Considerando-se ainda que Presidente Kennedy é uma cidade essencialmente ruralista, a realização de Audiências Públicas por localidade e em período noturno, seria uma excelente forma de levar à população maiores orientações e esclarecimentos no que diz respeito à saúde pública do Município.

Levando-se em conta também as fontes e direcionamento pertinentes aos 15% dos repasses municipais para gastos com saúde pública, pontuados no Gráfico 2, e segundo os informes das literaturas Brasil (2000; 2012b; 2015), SNT (2017) e CGU (2021), há de se ressaltar que Presidente Kennedy já possui o maior repasse de royalties do país, estes oriundos das transações do pré-sal e da bacia petrolífera existente, os quais serão ainda mais importantes a futuros investimentos do Município em divergentes outros âmbitos, com a chegada do Porto Central e da Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM).

Deste modo, a cobrança populacional quanto aos investimentos dos recursos municipais se fará ainda mais latente, uma vez que, estes empreendimentos conceberão um desenvolvimento socioeconômico muito expressivo, acirrando questões de gestão pública e da política, que refletirão nas ações do governo municipal. Logo, indo além do contexto deste estudo, importante se refletir a respeito da disponibilização e transparência orçamentária da cidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, alicerçado sobre o questionamento quanto a viabilidade de se tornar mais transparente o uso dos recursos públicos de diversas fontes destinados à Política de Saúde no Município de Presidente Kennedy, bem como a qualidade dos serviços prestados pela gestão municipal, permitiu ampliar expressivamente os conhecimentos a respeito da relevância da gestão pública, evidenciando o âmbito da saúde.

Enfatizou-se a relevância do SUS à socioeconômica nacional, permitindo que se justificasse, através da revisão de literatura, a razão pela qual o referido sistema de saúde pública configura-se em um modelo de gestão de saúde em nível internacional, e que, embora apresente alguns pontos críticos no atendimento populacional, confere a eles, razões de ordem política e administrativa.

A estruturação e organização física, administrativa e orçamentária do SUS é bem complexa e regida por uma série de políticas públicas voltadas à saúde, as quais têm como premissa direcionar uma prestação de serviços mais ordenada, acessível e qualitativa à população de todo o território nacional, fundamentando-se, principalmente, nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e humanização, preconizados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), dispostos também no art. 196º da Constituição Federal (CF) de 1988, que rege, tratar-se de um direito de todos e dever do Estado.

O modelo de gestão da saúde pública no Brasil, adotado para o SUS, tem como base a Atenção Básica e, para tal, se alicerça em uma gama de programas e ações na busca de ofertar qualidade à saúde dos brasileiros por meio da prática de serviços diversos em unidades de saúde específicas, bem como com atendimento de agenciamento de saúde e ações integradas à família, que se dão de forma interna e externa, intuindo um atendimento mais amplo e contínuo.

Tal realidade só se faz possível mediante uma Política Orçamentária bem estruturada, e que no Brasil, no que é tangível aos repasses à saúde, segue uma variedade de disposições que consideram as necessidades nas três esferas públicas, tanto as

existentes quanto as pretensas, e que determinam os percentuais relativos à cada qual.

Considerando-se o foco deste estudo, centrado na análise da gestão da saúde em Presidente Kennedy, se fez possível identificar que o Município, apesar de ser ainda pequeno no contexto urbano, apresenta-se como potencial área de desenvolvimento socioeconômico, já salientado pelo PIB por ele representado em nível nacional, uma vez que, detém altos valores em royalties, os quais ainda poderão ser mais ampliados com a efetivação dos projetos do Porto Central e da Estrada de Ferro, que estão em fases de liberações.

No que pese a porcentagem de 15% de investimento disposto nas legislações nacional que garantem o custeio da gestão pública em saúde do município estudado, estas se valem também das arrecadações municipais e *royalties* do petróleo.

Assim, com relação à gestão da saúde pública na cidade, dentro do período estudado, que correspondeu de 2009 a 2019, notou-se que os investimentos vêm se demonstrado potenciais, principalmente quando comparados aos realizados pelas cidades limítrofes, dentre as quais, Cachoeiro do Itapemirim, que é sede de uma Macrorregião superimportante no desenvolvimento do Estado do Espírito Santo.

O estudo pôde ainda apresentar a forma pela qual Presidente Kennedy divulga informações sobre a saúde pública na cidade, realizáveis por meio digital através do *site* da prefeitura e um *link* específico, no qual o usuário acessa as orientações e diferentes dados sobre a temática.

Todavia, também foi possível identificar a inexistência de informações a respeito do orçamento e do direcionamento de recursos e seus gastos à saúde pública local no referido *site*, o que promove curiosidade, insegurança, dúvidas e formações de opiniões, por vezes, contrárias ao que a gestão do Município vem se comprometendo a fazer, principalmente de 2017 até o corrente ano, onde lançou um Caderno de Planejamento Estratégico do Município 2018 – 2035, que também faz jus as questões da saúde pública, promovendo altos investimentos em reformas físicas e funcionais

das UBSs existentes, aquisição de frota de ambulâncias e integralização ao SAMU, dentre outras.

Diante do estudado, tanto nas literaturas de revisão bibliográfica quanto nas informações adquiridas na Prefeitura e na Secretaria de Saúde de Presidente Kennedy, em soma às observações deste pesquisador, que é funcionário deste setor nesta cidade, pode-se, em resposta à indagação e objetivo central nele proposto, afirmar-se que, embora haja um engajamento da gestão municipal em manter informações relativas aos serviços por ela prestados, ainda é incipiente a divulgação e transparência das informações que condizem com os recursos públicos e seus direcionamentos à saúde pública.

Desse modo, o estudo permitiu ao pesquisador algumas sugestões, tanto de ordem eletrônica quanto em formato físico, para que haja uma maior participação da população local, que em sua grande maioria é composta de ruralistas, bem como, buscando ampliar os conhecimentos destes no que diz respeito aos seus direitos de cidadãos de acessibilidade aos serviços do SUS, quanto aqueles que dizem respeito à efetividade da aplicação dos recursos angariados.

Logo, é passível de se compreender a necessidade contínua e aprofundada de estudos e pesquisas associados às questões de gestão pública nos Municípios brasileiros, não somente no que se refira à saúde, mas também à educação, à segurança e aos investimentos em infraestrutura, e que possam demonstrar a importância que a população exerce na cobrança e fiscalização da aplicabilidade dos recursos para tal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 18, de 01 de dezembro de 1965.** Reforma do Sistema Tributário. Brasília, DF: D.O.U de 6.12.1965. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc1865.htm. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966.** Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios, 1966. Brasília, DF: DOU de 27.10.1966, e retificado em 31.10.1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5172.htm. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 6.439, de 1 de setembro de 1977.** Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: DOU de 2.9.1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 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, DF: D.O.U. de 20.9.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.689, de em 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Brasília, DF: D.O.U de 28.7.1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de 3 setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República. DOU de 14.9.2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. D.O.U de 07 de maio de 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.

Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de saúde ... Brasília, DF: Ministério da Saúde. D.O.U. de 14; 02.2004b. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/downloads/portaria-no-198gm-em-13-defevereiro-de-2004/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. **Portaria nº GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF. Ministério da Saúde: **D.O.U de 21.8.2007.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 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, DF. D.O.U. de 29.6.2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 08 set. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. D.O.U. de 22.10.2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.** Série E – Legislação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. **Lei 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. Brasília, DF: D.O.U. de 16.1.2012b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 12 set. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. D.O.U de 20.11.2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.858, de 9 de setembro de 2013.** Dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do caput do art. 214 e no art. 196 da Constituição Federal; altera a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989; e dá outras providências. Brasília, DF: D.O.U. de 10.9.2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12858.htm. Acesso em: 12 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014.** Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília, DF: D.O.U de 11.8.2014 - Edição extra. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 07 ago. 2021.

BRASIL. **Ementa Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.** Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF: D.O.U. de 18.3.2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017.** Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. D.O.U. de 29/11/2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. D.O.U. de 22.10.2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 07 ago. 2021.

BRASIL. **O que é Atenção Primária?** Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2020a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 08 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020:** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2020b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0828_24_04_2020.html. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020.** Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de

Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais. Brasília, DF: Presidência da República. D.O.U. de 16.4.2020c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp172.htm. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 024, de 17 de abril de 2020.** Aplicação dos recursos SUS para Coronavírus “Covid-19”, Emendas Específicas e Especiais; Transposição e Transferência de saldos – LC 172/2020. Brasília, DF: CNM. 2020d. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/NT_n.24.2020-Applicacao-dos-recursos-SUSpara-o-enfrentamento-da-Covid-19-e-transposicao-e-transferencia-de-recursosLC_1722020_2020.07.02.pdf. Acesso em :21 ago. 2021.

BRASIL. Antes do SUS, a saúde era para poucos. In: **Em Discussão (online)**. Brasília, DF: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/saude/contexto/antes-do-sussaude-era-para-poucos>. Acesso em: 08 ago. 2021.

CAÇADOR, S. B.; MONTE, E. Z. Impactos dos *royalties* do petróleo nos indicadores de desenvolvimento dos Municípios do Espírito Santo. **Interações**, Campo Grande, v. 14, n. 2, p. 267-278, jul. /dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/FfcccWqbSPH8t7B7kXRqdLq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. LDO- **Lei de Diretrizes Orçamentárias**. 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leisorcamentarias/ldo>. Acesso em: 05 set. 2021.

CECILIO, L. C de O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? In: **Ciênc. Saúde coletiva** Vol. 17, n. 11. Nov. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Mh6Tmq6MKRwydtwmJKyhh6x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2021.

CIDADE-BRASIL. **Estado do Espírito Santo – Município de Presidente Kennedy**. 2021. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-presidentekennedy-es.html>. Acesso em: 09 ago. 2021.

CISLAGHI, J.F.; TEIXEIRA, S.O.; SOUZA, T. O Financiamento do SUS: principais dilemas. In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS. 2011, 1. **Anais...** IPEA CODE. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS - CNM. **Nota Técnica da CNM explica como usar recursos da saúde nas ações contra a Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/nota-tecnica-da-cnmorienta-o-uso-recursos-da-saude-nas-acoes-contra-a-covid-19>. Acesso em: 21 ago. 2021.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO – CGU. **Transferências de Recursos x Gastos Diretos**. 2021. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/pagina-interna/603238-gastos-diretos-xtransferencias-de-recursos>. Acesso em: 02 set. 2021.

COSTA FILHO, N. A maldição do petróleo: a difícil sincronia entre recursos de royalties, participação especial e desenvolvimento no Município de Presidente Kennedy/ES. **Rev. AMBIENTE ACADÊMICO**, v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/04/revista-ambiente-academicoedicao-1-artigo-1.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CNAS. **Resolução n. 39 de 9 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. D.O.U. de 16.10.2010. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/resolucao_cnas_39.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def>. Acesso: 22 jul. 2021.

DATASUS/ SIOPS. **Indicadores Municipais** – Presidente Kennedy-ES. Disponível em: <http://siopsasp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>. Acesso em: 22 jul. 2021.

DICIONÁRIO DIGITAL DE SIGNIFICADOS. **O que é orçamento?** 2011. Disponível em: <https://www.significados.com.br/orcamento/>. Acesso em: 07 ago. 2021.

DICIONÁRIO DIGITAL TUPI. **Itapemirim**. 2020. Disponível em: <http://www.dicionariotupi.com.br/dicionario/significado-tupi-itapemirim/>. Acesso em: 08 ago. 2021.

DITTICIO, C. **Gestão pública e políticas públicas no Brasil**. São Paulo: Editora Sol, 2014. 160 p.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. N. 21, spe., Fev 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cbBdJkRpWnv74KRLYDsjqcB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2021.

ES BRASIL. **Presidente Kennedy**: “o desafio de trocar as rodas com o carro andando”. Abril de 2017. Disponível em: <https://esbrasil.com.br/28758-2/>. Acesso em: 04 ago. 2020.

ESPÍRITO SANTO. **Investimentos previstos para as microrregiões do sul do Espírito Santo 2009- 2014**. Secretaria de Estado de Economia e Planejamento – SEP. Instituto Jones dos Santos Neves. Vitória, ES. Maio de 2010. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/525>. Acesso em: 26 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde**. 2019. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2021.

FAVARO, C. Presidente Kennedy tem mais de R\$ 1 bilhão no banco. **Jornal A Tribuna**. Vitória, 20 de jan. 2016, p.22 – Economia. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/ConteudoDigital/20170116_aj24213_municipio_presidente_kennedy.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Atyn1CruS9YJ:https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8366/8871+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 08 set. 2020.

FLEURY, S; CARVALHO, A. I. de. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. 2021. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-deassistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 07 ago. 2021.

FOCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOLHA ES. **Briga de gigantes**: ferrovia até Anchieta e Presidente Kennedy fica de fora, 2020. Disponível em: <https://www.folhadoes.com/noticia/geral-espiritosanto/72916/briga-gigantes-ferrovia-ate-anchieta-presidente-kennedy-fica-fora>. Acesso em: 06 ago. 2021.

FRANÇA, T. et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. I **Atas CIAIQ 2016: Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 02, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/738>. Acesso em: 15 out. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 08 ago. 2021.

G1 ES. **Recurso de royalties passa de R\$ 900 milhões em P. Kennedy, no ES**, 20 de maio de 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/espiritosanto/noticia/2015/05/recurso-de-royalties-passa-de-r-900-milhoes-em-p-kennedyno-es.html>. Acesso em: 20 fev. 2020.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, V. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d783NS5x4f47Z6pyBR5pgvv/?lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas. 2017.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, V. 34, n. 8. Ago. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2018.v34n8/e00029818/pt/>. Acesso em: 02 ago. 2021.

GOBBO JÚNIOR, M. **Previne Brasil**: entenda a o novo financiamento da atenção básica. 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/previne-brasil-entenda-a-onovo-financiamento-da-atencao-basica/>. Acesso em: 21 ago. 2021

GONÇALVES, C. B. et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 01, p. 12-23, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rXN9qmbtGqyp4W4Xtwnzxb/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2020.

GRELLMANN, G; SILVA, L.G.Z. da. Transferências governamentais: uma análise da variação fundo de participação dos Municípios e ICMS na região do Conselho Regional de Desenvolvimento Rio da Várzea. In: SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO EM COMÉRCIO INTERNACIONAL, DESENVOLVIMENTO E INTEGRAÇÃO REGIONAL, 8, 2017, Cerro Largo-RS. **Anais...** Universidade Federal da Fronteira do Sul, Campus Cerro Largo, RS. 2017. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:t64a4sllCnwJ:https://www.uffs.edu.br/campi/cerro-largo/viii-simposio-iberoamericano-de-cooperacao-para-odesenvolvimento-e-a-integracao-regional/anais+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 28 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=32> em: 01 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Panorama Presidente Kennedy**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/presidente-kennedy/panorama>. Acesso em: 22 ago. 2020.

INSTITUTO ESTADUAL DE MEIO AMBIENTE E RECURSOS HIDRICOS – IEMA. **EIA - Estudo de Impacto Ambiental da Planta de Filtragem e Terminal Portuário Privativo para Embarque de Minério de Ferro Presidente Kennedy/ES**. 2010. Disponível em:

<https://iema.es.gov.br/Media/iema/CQAI/EIA/2010/PORTU%C3%81RIO%20PRESIDENTE%20KENNEDY/02.%20Dados%20do%20Empreendimento%20.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

KENNEDY EM DIA. Presidente Kennedy tem mais de R\$ 1 bilhão no banco.

Kennedy em dia, 20 de janeiro de 2016. Economia. Disponível em:

<https://kennedyemdia.com.br/noticia/1892/presidente-kennedy-tem-mais-de-r-1bilhao-no-banco>. Acesso em: 17 nov. 2021.

KENNEDY EM DIA. Vale anuncia conclusão da compra da *Ferrous Resources*.

Kennedy em dia, 2019. Disponível em:

<https://kennedyemdia.com.br/noticia/5562/vale-anuncia-conclusao-da-compra-daferrous-resources>. Acesso em: 06 ago. 2021.

KENNEDY EM DIA. Prefeitura entrega 10 novas ambulâncias para a população de Presidente Kennedy. **Kennedy em dia**, 2020. Disponível em:

<https://kennedyemdia.com.br/noticia/6770/prefeitura-entrega-10-novas-ambulanciaspara-a-populacao-de-presidente-kennedy>. Acesso em: 1 out. 2021.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. de. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEITE, V.R.; LIMA, K.C; VASCONCELOS, C.M. de. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um Estado brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva**, Vol. 17, n.7. Jul 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/rHLKBhjX7t6DQNHvPbVdPGp/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2021.

LOPREATO, F. L. C. **O papel da política fiscal**: um exame da visão convencional.

2006. 34 p. Texto para discussão. IE/UNICAMP, n. 119. Fev. 2006. Disponível em:

<https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/1749/texto119.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

LUZ, M. D. Saúde – origens etimológicas do termo. In: **Dicionário da Educação**

Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. 2009. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MANGUEIRA, J.A.B. et al. **Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS repassados ao Fundo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Jan. 2001. Disponível em:

http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/2/docs/orientacoes_aplicacao_recursos_sus_2.pdf. Acesso em: 17 ago. 2021.

MANTAIA, C.A. Obrigação tributária e seus aspectos legais. **Âmbito Jurídico**, 01 de agosto de 2016. Disponível em:

<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitotributario/obrigacao-tributaria-e-seus-aspectos-legais/>. Acesso em: 05 maio 2020.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2011. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/uploads/2017/07/mendesred-es-de-atencao-a-saude-em-goias.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

MODOLO, Daniel. **Resumo - História do SUS**. 10 de novembro de 2017. Disponível em: <https://www.residenciamedica.com.br/resumo-historia-do-sus/>. Acesso em: 04 set. 2020.

MORAES, W. **Competência tributária: conceito e características**. **Jus. Com.**, 13 de novembro de 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/49070/competenciatributaria-conceito-e-caracteristicas>. Acesso em: 01 nov. 2019.

NOVO JÚNIOR, B. N.; PINHEIRO, V. N. SUS - histórico e legislação. **Jus.com.br**, fev. jun. 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/73160/legislacao-do-sus>. Acesso em: 10 set. /2020.

NOVO JÚNIOR; B. N.; PINHEIRO, V. N.; MACEDO, JÚNIOR, A. M. Legislação do SUS. In: **Jus.com.br**, abr. 2019. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o-SUS-Vin%C3%ADciusN%C3%BA%C3%B1ez-Pinheiro-ebook/dp/B07QBJM595>. Acesso em: 11 set. 2020.

OLIVEIRA, M.R. de; MELO, L.C.F. de. O perfil da Administração Pública no século XXI: uma releitura à luz dos direitos fundamentais. **Revista Digital de Direito Administrativo da Universidade do estado de São Paulo (USP)**. Vol. 5, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdda/article/view/141599>. Acesso em 28 de mar. 2022.

PORTAL FNS. **Sobre o FNS**. 2021. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso em: 05 set. 2021.

PORTO CENTRAL. **Porto Central faz apresentação para a Câmara Municipal de Presidente Kennedy**. Maio de 2021. Disponível em: <https://portocentral.com.br/pb/porto-central-faz-apresentacao-para-a-camaramunicipal-de-presidente-kennedy/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ATÍLIO VIVACQUA. **REMUME 2021 – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**. 2021. Disponível em: Atílio Vivacqua-<https://www.pmav.es.gov.br/uploads/files/remume-2021-atilio-vivacqua-es.pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM. **Portaria n.**

805/2018. Cachoeiro do Itapemirim, ES: Secretária Municipal de Saúde. 18 de set. 2018. Disponível em: Cachoeiro-<https://www.cachoeiro.es.gov.br/site-pmci/wpcontent/uploads/2019/12/remume-2018-1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEMIRIM. **REMUME 2018.** 2018. Itapemirim, ES. D.O.U. de 23 de abr. 2018. Disponível em: https://www.itapemirim.es.gov.br/abrir_arquivo.aspx?cdLocal=12&arquivo={813755C8-7FCD-D3B1-A84C-B9CEC83FC066}.pdf#search=%22remume%22>. Acesso em: 13 out. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARATAÍZES. **Decreto n. 2.724, de 13 de janeiro de 2021.** Aprova a instrução normativa de competência da secretaria municipal de saúde e dá outras providências. Marataízes, ES: D.O.U. de 13 de jan. 2021. Disponível em: [Marataízeshttps://www.marataizes.es.gov.br/uploads/diario_oficial/diario-oficial-n-3172-13-012021-1610585948.pdf](https://www.marataizes.es.gov.br/uploads/diario_oficial/diario-oficial-n-3172-13-012021-1610585948.pdf). Acesso em: 13 out. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIMOSO DO SUL. **REMUME 2020.** 2020. Disponível em: Mimoso-
<https://mimosodosul.es.gov.br/Home/wpcontent/uploads/2020/12/REMUME-2020.2.pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

PRESIDENTE KENNEDY – PMPK. **Lei Complementar n. 02 de 19 de dezembro de 2008:** dispõe sobre o código tributário do Município de Presidente Kennedy e dá outras providências. Prefeitura Municipal: 19 de dez. 2008. Disponível em: <http://legislacaocompilada.com.br/kennedy/Arquivo/Documents/legislacao/html/C22008.htm>. Acesso em: 25 de ago. 2021.

PRESIDENTE KENNEDY – PMPK. **Lei Municipal nº 806, de 04 de fevereiro de 2009.** Dispõe sobre a estrutura administrativa da prefeitura municipal de Presidente Kennedy e dá outras providências. Prefeitura Municipal: 04 de fev. 2009. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br/uploads/documento/20200520133453estrutura-administrativa-lei-806-2009.pdf>. Acesso em: 02 maio 2021.

PRESIDENTE KENNEDY – PMPK. **Lei Municipal nº 1.100, de 24 de setembro de 2013.** Institui o programa especial de atendimento ao produtor rural no Município de Presidente Kennedy/ES e dá outras providências. Presidente Kennedy: Prefeitura Municipal. 24 de setembro de 2013a. Disponível em: <http://legislacaocompilada.com.br/kennedy/Arquivo/Documents/legislacao/html/L11002013.html>. Acesso em: 08 maio 2021.

PRESIDENTE KENNEDY – PMPK. **Lei Municipal nº 1.103, de 10 de outubro de 2013.** Autoriza o poder executivo municipal a conceder benefícios aos pequenos produtores com vistas ao fomento da atividade agropecuária no Município de Presidente Kennedy e dá outras providências. Prefeitura Municipal: 10 de outubro de 2013b. Disponível em: <http://legislacaocompilada.com.br/kennedy/Arquivo/Documents/legislacao/html/L11032013.html>. Acesso em: 08 maio 2021.

PRESIDENTE KENNEDY – PMPK. **Caderno Planejamento Estratégico Presidente Kennedy – 2018- 2035**. 2018a. Disponível em:

<https://www.portocentral.com.br/wpcontent/uploads/2018/07/Livro-para-o-site.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

PRESIDENTE KENNEDY – PMPK. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 2018b. Disponível em:<

https://www.presidentekennedy.es.gov.br/uploads/filemanager/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE_2018%20A%202021_OFICIAL_APROVADO%20PELA%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2009.2017%20DO%20CONSELHO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.

PRESIDENTE KENNEDY – PMPK. **Presidente Kennedy**. 2020. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br/>. Acesso em: 31 jul. 2021.

PRESIDENTE KENNEDY – PMPK. **SAMU 192**: Presidente Kennedy contará com atendimento móvel de urgência. 2021. Disponível em:

<https://www.presidentekennedy.es.gov.br/noticia/ler/2936/samu-192-presidentekennedy-contara-com-atendimento-movel-de-urgencia>. Acesso em: 01 out. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUNE**. 2021. Disponível em:

Vitória https://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20090828_rel_meMedicamentosdicament_essenciais.pdf. Acesso em: 01 out. 2021.

REIS, D. A.; SANTANA, J. A. Os efeitos da aplicação dos royalties petrolíferos sobre os investimentos públicos nos Municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 91-117, jan. /fev. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/wGXy8wJK3np3YB8FsMZZCYp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

ROTA MAPAS. **Distância entre Vitoria e Presidente Kennedy no ES**. 2021.

Disponível em: <https://www.rotamapas.com.br/distancia-entre-vitoria-e-presidentekennedy-es>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL – STN. **Transferências Constitucionais**.

Disponível em: <https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2600:1>. Acesso em: 02 set. 2021.

SENADO FEDERAL. **Classificação Orçamentária**. 2020. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/orcamento/glossario/classificacao-orcamentaria>. Acesso em: 08 ago. 2021.

SILVA, A. D.; SILVA, A. D. Autonomia municipal no federalismo fiscal brasileiro: A Eficiência na Administração Tributária Municipal. **Dom Helder Revista de Direito**, Vol. 1, n. 1, set. /dez. 2018. Disponível em: <http://revista.domhelder.edu.br/index.php/dhrevistadedireito/article/view/1414>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SOUSA, J. H. B. **O encontro da transparência pública com a participação social: um estudo do uso da transparência governamental no controle social do SUS**. 2017. 120 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9369/1/Tese_jose_helder.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

SOUZA, N. **Legislação Aplicada ao SUS**: Resumo e Questões comentadas Lei Orgânica 8.080/90. 09 de agosto de 2016. Disponível em: <https://www.pontodosconcursos.com.br/artigo/14183/natale-souza/legislacaoaplicada-ao-sus-resumo-e-questoes-comentadas-lei-organ>. Acesso em: 14 ago. 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - TCE-ES. **Painel de Controles**. 2019. Disponível em: <https://paineldecontrole.tcees.tc.br/>. Acesso em: 28 ago. 2021.