

Nota Técnica

Gasto com atenção básica das três esferas de governo: possibilidades e limitações das análises a partir de bases de dados orçamentário-financeiras

**Luciana Mendes Santos Servo
Andrea Barreto de Paiva**

Nº 15

Brasília, março de 2013

Gasto com atenção básica das três esferas de governo: possibilidades e limitações das análises a partir de bases de dados orçamentário-financeiras

Luciana Mendes Santos Servo*

Andrea Barreto de Paiva**

1. Apresentação

Este trabalho teve início a partir de uma proposta do Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESID) da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, cujo objetivo era avaliar os vazios assistenciais¹ em relação aos parâmetros preconizados pelas políticas do Ministério da Saúde. Nesse momento, havia, também, um interesse da equipe técnica do Ipea em avaliar os custos de se implantar um sistema público de saúde conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988.

Após algumas reuniões entre as duas equipes, delineou-se uma linha de pesquisa denominada “Necessidade de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS”, que tem por objetivo de longo prazo analisar os recursos necessários para implantar um sistema que atenda as diretrizes constitucionais e os normativos posteriores relacionados ao SUS. Essa linha tem por objetivos secundários analisar seus custos, recursos existentes (físicos e financeiros), lacunas entre os recursos existentes e aqueles necessários conforme as diretrizes constitucionais e das políticas públicas pactuadas pelos três entes federados.

A atuação do Estado se materializa por meio de planos, políticas, programas e ações de governo, sendo indispensável conhecê-los quando se quer estimar necessidade de financiamento. Na área de saúde são muitas as ações do Estado, gerando a exigência de um ponto de partida. Optou-se por iniciar a discussão a partir da atenção básica/primária em saúde, considerada a porta de entrada preferencial para o sistema público de saúde e potencial ordenadora dos cuidados em saúde. Essa proposta foi apresentada ao Departamento de Atenção Básica em Saúde (DAB) que concordou com seu delineamento e passou a colaborar na execução do projeto.

Dessa forma, o primeiro projeto foi denominado “Necessidade de financiamento do SUS: começando pela atenção básica”. Ele foi estruturado em três subprojetos, a saber: 1º) custos das ações e serviços de atenção básica; 2º) gastos das três esferas de governo em atenção básica; 3º) necessidade (adicional) de financiamento da atenção básica, definida pela diferença entre gastos e custos.

* Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc).

** Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc).

Agradecemos o apoio das equipes do Desid e Dasis e os comentários de Edvaldo Batista de Sá, Matheus Stivali e Roberta da Silva Vieira. Os erros e omissões são de inteira responsabilidade das autoras.

¹ Vazios assistenciais seriam locais sem oferta de infraestrutura ou recursos humanos conforme padrões preconizados pelas políticas públicas.

Esta nota está diretamente relacionada ao subprojeto de gastos em atenção básica. Seu objetivo é analisar as informações disponíveis nos sistemas orçamentário-financeiros gerenciados pelo governo federal e a possibilidade de utilizá-los para estimar o gasto público com atenção básica das três esferas de governo. Para os gastos do governo federal, os dados estão disponíveis no Sistema Integrado da Administração Financeira (Siafi) e no Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor). O Senado Federal elaborou uma plataforma que consolida informações desses sistemas, denominada Siga Brasil. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) apresenta informações com outras desagregações além das disponibilizadas por esses mecanismos. No caso dos estados e municípios, existe o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), gerenciado pelo Ministério da Saúde. Há também dados orçamentário-financeiros que são consolidados pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN) do Ministério da Fazenda, a saber, os dados da Execução Orçamentária dos Estados e Finanças Públicas do Brasil – Dados Contábeis dos Municípios (Finbra).

Esta nota concentra-se na discussão metodológica sobre as possibilidades e limitações dessas fontes de dados para estimar o gasto público total com atenção básica em saúde. Apresenta os diversos conceitos de atenção básica que podem ser delineados a partir dessas informações orçamentário-financeiras, utilizando para isso as informações do governo federal que são disponibilizadas com maior detalhamento. A análise das informações federais é utilizada para discutir as limitações dos dados consolidados para estados e municípios. Essas análises foram feitas para o ano de 2010².

Na próxima seção será feita uma análise do gasto com atenção básica realizado pelo governo federal, utilizando os dados do Siga Brasil e do FNS. A partir desse referencial, apresentam-se os dados para estados e municípios disponíveis no Finbra, comparando-os com as análises feitas por Ritzel e Prado (2012), que utilizaram os dados do Siops. Por fim, são consolidadas as principais limitações e discutidas algumas possibilidades futuras.

2. Estimativas dos gastos do Ministério da Saúde com Atenção Básica

A programação orçamentário-financeira do Ministério da Saúde segue as diretrizes do planejamento federal e da contabilidade pública. No processo de planejamento desse nível de governo, elabora-se o Plano Plurianual (PPA), por meio do qual deveriam ser determinadas as prioridades de governo para um período de quatro anos, definindo programa e ações; e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que define metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente ao de sua elaboração e, entre outros, define o limite de recursos a serem aplicados no período de 12 meses (01 de janeiro a 31 de dezembro). A partir da LDO é elaborada a Lei Orçamentária Anual (LOA), por meio da qual são estimadas as receitas e definidos os limites de despesas, relacionando-as a cada ação de governo.

² O ano de 2010 foi escolhido porque, no momento de elaboração desta nota, era aquele para o qual as informações estavam disponíveis. Além disso, dentro do projeto de Necessidade de Financiamento da Atenção Básica, encontra-se em fase de conclusão um estudo sobre os custos dos recursos humanos, que cujas análises foram feitas a partir da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) para 2010, último ano para o qual os microdados foram disponibilizados para o Ipea.

No PPA 2008-2011, havia 13 programas (12 finalísticos e um de gestão) sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, entre eles o programa 1214 - Atenção básica em Saúde (ver Quadro 1). Em geral, parte-se dessa estrutura para analisar a execução orçamentário-financeira do governo federal por programas e ações, realizando uma primeira definição programática daquilo que se entende por atenção básica.³

Quadro 1 – Programas do Ministério da Saúde - PPA 2008-2011

Programa
1436 Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde
1220 Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada
1293 Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
1214 Atenção Básica em Saúde
1201 Ciência, Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde
1446 Implementação da Política de Promoção da Saúde
1312 Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde
1185 Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar
1287 Saneamento Rural
1291 Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados
1289 Vigilância e Prevenção de Riscos Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços
1444 Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos
0016 Gestão da Política de Saúde

Dentro do arcabouço da Contabilidade Pública brasileira, além da classificação programática (por programa e ação), existe também, o recorte por função (entre elas, a Saúde) e de suas subfunções (que inclui a subfunção Atenção Básica)⁴. Na análise das informações orçamentário-financeiras é possível considerar apenas o gasto na subfunção atenção básica realizado pelo Ministério da Saúde ou para todos os órgãos do governo federal. Isso se deve ao fato de que nos sistemas que trazem informações sobre a execução orçamentário-financeira federal (Siafi, Sidor e Siga Brasil), as mesmas são apresentadas de acordo com a estrutura funcional-programática (ver Anexo A). Assim, é possível obter a informação para cada esfera orçamentária, órgão de governo, unidade orçamentária, função, subfunção, programa, ação, localização do gasto, fonte e natureza da despesa, que inclui: categoria econômica, grupo de despesa, modalidade de aplicação. As informações podem ser obtidas para vários recortes, como, por exemplo, subfunção por programa e órgão; subfunção por ação e natureza de despesa; programa por natureza de despesa e órgão, e assim por diante.

A depender do recorte analítico pode haver diferenças no valor apurado do gasto com atenção básica (Tabela 1). Em 2010, na análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde, o Programa 1214 “Atenção Básica em Saúde” teve recursos alocados nas subfunções 301 – Atenção Básica; 306 – Alimentação e Nutrição; 303 –

³ Ainda que o ponto de partida seja o PPA, as denominações podem se tornar confusas à medida que ações desse Plano são denominadas pelo Ministério da Saúde de programa, tais como: Programa Saúde da Família, Programa de Volta para Casa, Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama e do Colo de Útero, Programa Saúde. Essa nota não se propõe a fazer uma discussão dos motivos para isso ou uma análise mais ampla do processo de planejamento federal (ver Cardoso Jr, 2011; Giacomoni; Pagnussat, 2006; Garcia, 2012; Garcia, 2000).

⁴ Especificamente pela Portaria Nº 42 de 14 de abril de 1999.

Suporte Profilático e Terapêutico; 131 – Comunicação Social; e 122- Administração Geral. Contudo, 99,4% dos recursos desse programa foram relacionados à subfunção 301 – Atenção Básica.

Quando se analisa os recursos aplicados na subfunção 301, observa-se que, no Ministério da Saúde, ela se refere a outros programas, além do programa 1214, entre eles, ao programa 1312 – Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à Saúde e 0750 – Apoio Administrativo. Inclui também programas que têm recursos do Ministério da Saúde mas que são de responsabilidade de outros órgãos, como o programa Brasil Quilombola⁵ (Anexo B). Ainda assim, 96,8% dos recursos dessa subfunção estão relacionados ao programa 1214 – Atenção Básica em Saúde.

Tabela 1 – Gastos em atenção básica do governo federal – Valor empenhado em 2010

Ministério da Saúde*	Empenhado 2010
(i) Programa 1214 - Atenção Básica em Saúde	10.085.079.446,19
<i>(i.a) Subfunção 301 - Atenção Básica</i>	<i>10.021.897.473,61</i>
<i>(i.b) Subfunção 306 - Alimentação e Nutrição</i>	<i>35.480.931,08</i>
<i>(i.c) Subfunção 303 - Suporte Profilático e Terapêutico</i>	<i>14.031.098,18</i>
<i>(i.d) Subfunção 131 - Comunicação Social</i>	<i>7.796.745,00</i>
<i>(i.e) Subfunção 122 - Administração Geral</i>	<i>5.873.198,32</i>
(iii) Subfunção 301 - Atenção Básica	10.349.114.893,23
<i>(iii.a) Programa 1214 - Atenção Básica</i>	<i>10.021.897.473,61</i>
<i>(iii.b) Programa 0750 - Apoio Administrativo</i>	<i>314.575.444,74</i>
<i>(iii.c) Programa 1312 - Prom. Capacidade Resolutiva e Humanização</i>	<i>10.532.113,40</i>
<i>(iii.d) Programa 1336 - Brasil Quilombola</i>	<i>1.499.371,00</i>
<i>(iii.e) Programa 1185 - Regulação e Fiscaliz. da Saúde Suplementar</i>	<i>610.490,48</i>
Governo Federal**	
(i) Subfunção 301 - Atenção Básica	12.008.571.111,80

Fonte: Senado Federal. Siga Brasil.

* A análise da execução orçamentária do MS considera o que foi executado também na Unidade Orçamentária 74202 - Recursos sob supervisão da ANS, que faz parte do Órgão 74000 - Operações Oficiais de Crédito. Esta é a metodologia adotada pela Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS) para totalizar os recursos do Ministério da Saúde.

**Inclui todos os órgãos do Executivo, Legislativo e Judiciário, em várias funções e não somente a função Saúde (código 10).

Quando a análise considera os recursos aplicados na subfunção atenção básica de todos os órgãos e não somente do Ministério da Saúde, a diferença em relação ao Programa 1214 (conceito programático na subfunção 301, ou seja, R\$ 10,02 bilhões) seria de aproximadamente R\$ 2 bilhões. Desse total mais de 95% (ou R\$ 1,9 bi) seria

⁵ Este programa está sob a responsabilidade da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR.

para atenção à saúde de caráter não universal, visto que seria destinado para auxílio-saúde a servidores públicos. Deve-se destacar que parte dos recursos é financiado com a contribuição dos militares por meio de seus regimes próprios de saúde. Em 2010, havia, também, dentro da subfunção atenção básica, valores empenhados em programas de capacitação e atenção à saúde de acesso universal, incluindo o programa Promoção da Capacidade Resolutiva e Humanização do SUS (R\$ 10,1 milhões), Brasil Quilombola (R\$ 1,5 milhão) sob gestão do Ministério da Saúde, bem como no Programa Brasil Escolarizado, sob gestão do Ministério da Educação, onde foram empenhados R\$ 2,4 milhões para ações de saúde na escola (Anexo B).

Para a realização do projeto “Necessidade de Financiamento do SUS”, delimitou-se a atenção básica como aquela definida na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB⁶, instituída pela Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, e na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - Renases⁷, publicada pela Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012.

Na PNAB, em termos orçamentários, essa definição estaria, em geral, circunscrita a algumas ações previstas no Programa 1214 – Atenção Básica em Saúde, uma vez que a Portaria nº 2488 definiu que:

(...) os recursos orçamentários de que trata a presente portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho:

I - 10.301.1214.20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 – Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1214.8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;

IV - 10.301.1214.8730.0001 – Atenção à Saúde Bucal; e

V - 10.301.1214.12L5.0001 – Construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Brasil, 2011, Art.2º).

Se for seguida a risca essa definição conceitual relacionada ao financiamento federal da PNAB, que delimita o orçamento da atenção básica como aquele alocado para as ações 20AD, 8577, 8581, 8730 e 12L5⁸, em 2010 o valor aplicado pelo Ministério da Saúde em atenção básica teria sido de R\$ 9,9 bilhões. A diferença em relação ao total executado no programa 1214 (R\$ 10,08 bilhões), que inclui outras ações além das mencionadas, seria de aproximadamente R\$ 139 milhões e está relacionada à ação de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ação 8573), que responderia por R\$ 68,9 milhões, à ação de Alimentação e Nutrição (R\$ 34,6 milhões), à ação de auxílio-reabilitação psicossocial aos egressos de longas internações psiquiátricas no SUS (R\$ 14 milhões), serviços de atenção à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional (R\$ 8,2 milhões), além de recursos das ações de gestão e administração do programa e de publicidade.

⁶ A Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, aprovou 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).

⁷ A Relação Nacional de Ações e Serviços Públicos de Saúde (Renases), no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi publicada na Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012.

⁸ Esta ação foi criada em 2011, por isso não consta na tabela 2, cujas informações referem-se a 2010.

Contudo, a publicação dessa Portaria não revoga outras, como por exemplo a que trata dos blocos de financiamento (Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007); a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde; a Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que, entre outros, trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica. Assim, o escopo orçamentário-financeiro definido anteriormente seria ampliado por outras portarias mencionadas na PNAB.⁹

Além disso, as ações e serviços da atenção primária¹⁰ são um dos componentes da Renases¹¹ e incluem:

promoção à saúde; prevenção de agravos; Vigilância à saúde; tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território/contexto, observando critérios de riscos e vulnerabilidades; acolhimento e atenção à demanda espontânea incluindo as urgências e emergências nas unidades básicas de saúde; atenção e cuidado continuado/programado tanto nas unidades de saúde como em domicílio (quando for necessário); indicação, prescrição e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos no âmbito da Atenção Primária; atividades de atenção individual e coletivas (ex.: Familiar, Comunitária); atividades de vigilância em saúde; atenção a todos os cidadãos sob sua responsabilidade, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados; ações de Atenção Domiciliar; atenção à Saúde Bucal; atenção através de ações e serviços pertinentes às Práticas Integrativas e Complementares; Vigilância Nutricional e Alimentar e Atenção Nutricional; coordenação do cuidado, incluindo o acesso a ações e serviços fora do âmbito da Atenção Primária.

A partir desse escopo, pode-se dizer que a Renases, a princípio, abarcaria outras ações, que não são citadas na PNAB como sendo oneradas pelo orçamento definido na Portaria que a institui, mas que estariam incluídas em outras portarias. Por exemplo, a ação 8735 - Alimentação e Nutrição para a Saúde, apesar de não constar dentre as ações orçamentárias oneradas da PNAB, faria parte da Atenção Básica pela Renases, quando ela define a “Vigilância Nutricional e Alimentar e Atenção Nutricional” como integrantes da Atenção Primária.

Além disso, apesar da ação de Expansão de Consolidação do Saúde da Família fazer parte daquelas que não seriam oneradas no orçamento (relação definida anteriormente), essa ação poderia, conceitualmente, ser considerada como atenção básica tanto na PNAB quanto na Renases. Assim, se for considerada essa ação e a de Alimentação e Nutrição, ambas dentro do programa 1214 – Atenção Básica em Saúde, o montante referente à atenção básica seria da ordem de R\$ 10,01 bilhões, considerando as ações oneradas pela PNAB e R\$ 10,05 bilhões pela Renases (Tabela 2).

⁹ Agradecemos a Roberta Vieira por chamar atenção sobre os recursos definidos em outras portarias.

¹⁰ A PNAB considera atenção básica e atenção primeira como equivalentes. Sabe-se que existe uma longa discussão conceitual em torno desses termos (ver, entre outros, Ribeiro, 2007). Contudo, essa discussão não será abordada nessa nota.

¹¹ A Renases “(...) está organizada nos seguintes componentes: i) ações e serviços da atenção básica (primária); (ii) ações e serviços da urgência e emergência; (iii) ações e serviços da atenção psicossocial; (iv) ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; (v) ações e serviços da vigilância em saúde” (Brasil, 2012, art.3º)

Tabela 2 – Ações do Programa “Atenção Básica em Saúde” - 1214

Ações do Programa de Atenção Básica (1214)	Empenhado 2010	Critério	
20AD - PISO DE ATENCAO BASICA VARIÁVEL - SAUDE DA FAMILIA	5.940.729.000,00	PNAB	RENASES
8577 - PISO DE ATENCAO BASICA FIXO	3.656.999.022,94	PNAB	RENASES
8581 - ESTRUTURACAO DA REDE DE SERVICOS DE ATENCAO BASICA DE SAUDE	307.671.820,60	PNAB	RENASES
8573 - EXPANSAO E CONSOLIDACAO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	69.364.671,81		
8730 - ATENCAO BASICA EM SAUDE BUCAL	38.882.108,26	PNAB	RENASES
8735 - ALIMENTACAO E NUTRICAO PARA A SAUDE	35.480.931,08		RENASES
20AI - AUXILIO-REABILITACAO PSICOSSOCIAL AOS EGRESSOS DE LONGAS INTERNACOES PSIQUIATRICAS NO SISTEMA UNICO DE SAUDE (DE VOLTA PRA CASA)	14.031.098,18		
20B1 - SERVICOS DE ATENCAO A SAUDE DA POPULACAO DO SISTEMA PENITENCIARIO	8.250.850,00		
4641 - PUBLICIDADE DE UTILIDADE PUBLICA	7.796.745,00		
2272 - GESTAO E ADMINISTRACAO DO PROGRAMA	5.873.198,32		
Total - Programa 1214	10.085.079.446,19		
Total - Pnab + Ação 8573	10.013.646.623,61		
Total - Renases + Ação 8573	10.049.127.554,69		

Fonte: Senado Federal. Siga Brasil.

Adicionalmente, pela Renases e pela Portaria nº 3252, o escopo da atenção básica também abarcaria algumas ações do programa 1444 – Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos. As ações desse programa estão detalhadas na Tabela 3. Entretanto, faz-se necessário discutir quais devem ser consideradas nessa delimitação do escopo.

Tabela 3 – Ações do Programa “Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos” - 1444

Ação (Cod/Desc)	Empenhado 2010
20AC - INCENTIVO FINANCEIRO A ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICIPIOS PARA ACOES DE PREVENCAO E QUALIFICACAO DA AT	154.542.201,87
20AL - INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICIPIOS CERTIFICADOS PARA A VIGILANCIA EM SAUDE	1.051.760.214,71
20BA - PREVENCAO, PREPARACAO E ENFRENTAMENTO PARA A PANDEMIA DE INFLUENZA	347.658.908,55
2272 - GESTAO E ADMINISTRACAO DO PROGRAMA	25.746.807,96
2689 - TRABALHO DE CAMPO PARA PREVENCAO E CONTROLE DE DOENCAS	1.265.560,20
2D28 - OPERACOES DE ASSISTENCIA ESPECIAL NO EXTERIOR	123.684.233,87
3994 - MODERNIZACAO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EM SAUDE - VIGISUS	-
4365 - PRODUCAO DE VACINAS, REAGENTES PARA DIAGNOSTICO E BIOFARMACOS	-
4382 - SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E CONTROLE DE DOENCAS	20.158.302,62
4641 - PUBLICIDADE DE UTILIDADE PUBLICA	70.500.000,00
6031 - IMUNOBIOLOGICOS PARA PREVENCAO E CONTROLE DE DOENCAS	1.214.533.700,71
6160 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DE SURTOS, EPIDEMIAS, CALAMIDADES PUBLICAS E EMERGENCIAS EM SAUDE	83.836.631,80
6161 - AQUISICAO, ACONDICIONAMENTO E DISTRIBUICAO DE INSUMOS PARA PREVENCAO E CONTROLE DE DOENCAS	53.509.045,92
6170 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DE DOENCAS E AGRAVOS NAO TRANSMISSIVEIS	20.405.496,78
6184 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DA TUBERCULOSE	12.764.255,29
6185 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DA HANSENIASE	8.282.634,24
6186 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DA MALARIA	13.508.797,11
6235 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DA DENGUE	11.854.786,47
6842 - PRODUCAO DE INFORMACAO EM ESTATISTICAS VITAIS E ANALISE DA SITUACAO DE SAUDE	3.049.415,50
8327 - SERVICIO LABORATORIAL DE REFERENCIA PARA O CONTROLE DE DOENCAS	6.432.425,50
8543 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS	5.519.002,71
8670 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE EM HIV/AIDS E OUTRAS DOENCAS SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS	104.655.415,22
8701 - SISTEMA NACIONAL DE LABORATORIOS DE SAUDE PUBLICA	10.331.274,30
8725 - VIGILANCIA, PREVENCAO E CONTROLE DAS DOENCAS IMUNOPREVENIVEIS	8.980.626,15
TOTAL	3.352.979.737,48

Fonte: Senado Federal. Siga Brasil

Se fossem consideradas todas as ações desse programa, a diferença em relação ao escopo da atenção básica que contabiliza os recursos previstos nas ações do programa 1214 seria superior a R\$ 3 bilhões.¹²

Além das diferenças conceituais já pontuadas, duas questões adicionais merecem destaque nessa análise: (i) as ações orçamentárias não refletem tudo aquilo que o Ministério da Saúde denomina internamente de programas, ações ou marcas de governo e (ii) há ações relacionadas a atenção básica à saúde e incorporadas a PNAB que são realizadas conjuntamente com outros ministérios. Por exemplo, em 2010, por meio do PAB Variável (ação orçamentária) foram executados recursos para aquele que o Ministério da Saúde denomina de Programa Saúde na Escola (PSE), mas que, para efeitos do PPA e do orçamento não é nem um programa nem uma ação orçamentária. Além disso, esse programa é realizado em conjunto com o Ministério da Educação. Ainda que seus impactos orçamentários sejam pequenos, caberia discutir se deveriam ser incluídos os recursos aplicados pelo MEC, visto que o PSE foi incorporado a PNAB, ainda que não na relação de ações orçamentárias que serão oneradas.

Dessa forma, é possível observar que, a depender do recorte que se faz ao analisar os dados orçamentário-financeiros, o valor aplicado em atenção básica pode variar significativamente. As maiores diferenças são observadas quando são agregadas: (i) ações de outros programas dentro do próprio Ministério da Saúde, como, por exemplo, a inclusão de todas as ações do programa de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos e (ii) ações de atenção básica realizadas por outros ministérios, em geral, para atenção à saúde de seus servidores. Contudo, há ainda que se considerar as atuações intersetoriais e os recursos que essas aplicam em ações e serviços de caráter universal e que poderiam, a depender do conceito utilizado, ser classificados como atenção básica em saúde.

Assim, para que se possa definir um conceito de atenção básica e o escopo que permita retratá-la de acordo com as informações da PNAB e da Renases, é necessário que as fontes apresentem suas informações com maior detalhamento possível, incluindo e permitindo cruzamentos, principalmente, desagregados pela classificação: funcional (função e subfunção), programática (programas e ações) e, se possível, por natureza de despesa (categoria econômica, GND, modalidade de aplicação e elemento de despesa). Como pode ser observado, esse tipo de informação é apresentado no Siafi, Sidor e Siga Brasil.

3. Gastos com atenção básica de estados e municípios: analisando os dados do Finbra por função e subfunção e comparando com o SIOPS

Atendendo às disposições constante dos artigos 111 e 112 da Lei nº 4.320/64 e do artigo 51 da Lei Complementar nº 101/00 (Lei de Responsabilidade Fiscal), foram criados sistemas no governo federal para o seu acompanhamento, entre eles, o Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios (SISTN), gerenciado pela Secretaria de Tesouro Nacional com o apoio da Caixa Econômica Federal. Os

¹² A matriz de Indicadores e Dados Básicos da Rede Interagencial de Informações para saúde (IDB-Ripsa), inclui dois indicadores, E20 e E21, os quais tratam do gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde e que consideram a Vigilância em Saúde com parte da atenção básica. Ver Ripsa, Ficha de Qualificação. <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=e.21&lang=pt&version=ed6>

estados e a maioria dos municípios prestam informações para esse sistema a partir de formulários pré-definidos.

A Secretaria do Tesouro Nacional (STN) consolida as informações prestadas em vários relatórios. Produz, também, um consolidado denominado “Execução Orçamentária dos Estados” e uma publicação denominada Finanças Públicas do Brasil – Dados Contábeis dos Municípios (Finbra), no qual analisa, também, os balanços consolidados. Nesses sistemas obtêm-se dados de receita e despesa orçamentária, além da composição patrimonial (ativo e passivo). As despesas são apresentadas de duas formas: despesa por natureza e a despesa funcional (função e subfunção). Entretanto, não há cruzamento dessas informações, impossibilitando que se realize simultaneamente a análise funcional e por natureza de despesa, que, como apresentado anteriormente, pode ser feito pelo SIAFI e Siga Brasil.¹³ Além disso, não são disponibilizadas informações sobre em que programas ou ações os recursos foram aplicados, conforme definido no PPA e LOA. **Com as limitações apresentadas acima, não é possível, a partir destes sistemas, definir a despesa municipal ou estadual com atenção básica, utilizando o conceito da PNAB e Renases.**

Outra limitação deste sistema é que não há cruzamento da fonte de recursos (receitas) com sua aplicação nas funções/subfunções (despesa). Dessa forma, pode-se fazer a análise considerando a função saúde e as subfunções a ela vinculadas, mas não é possível saber quanto do recurso aplicado foi recurso próprio de cada estado ou município e quanto foi recurso de transferências intergovernamentais. Entretanto, a informação do gasto estadual e municipal em atenção básica com recurso próprio é essencial para evitar a dupla-contagem, uma vez que os recursos considerados do gasto federal em atenção básica já contemplam os recursos transferidos a estados e municípios.

A partir dos sistemas federais, particularmente dos sistemas do Fundo Nacional de Saúde, seria possível buscar as informações sobre transferências para a atenção básica para cada estado e município¹⁴. Contudo, não se tem a informação das transferências entre estes entes federados - entre estados, de estados para municípios e entre municípios. Assim, o que se obteria seria o total de recursos aplicados por estados e municípios, descontadas as transferências federais para atenção básica (ver Anexo F). Ainda assim, restariam inconsistências conceituais visto que os recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde destinam-se a ações e serviços públicos de saúde de caráter universal, mas não há a como obter essas informações por subfunção obtidas para estados e municípios. Ou seja, ao se descontar o total transferido do total de recursos aplicados na subfunção atenção básica (dados que podem ser obtidos pelo Finbra), não é possível afirmar que esses recursos referem-se

¹³ Como mencionado anteriormente, a natureza de despesa inclui: categoria econômica, grupo de despesa, modalidade de aplicação. Os grupos de natureza de despesa são: 1 - Pessoal e Encargos Sociais; 2 - Juros e Encargos da Dívida; 3 - Outras Despesas Correntes; 4 - Investimentos; 5 - Inversões Financeiras; 6 - Amortização da Dívida; 9 - Reserva de Contingência. Nessa nota não foram análises para grupos de natureza de despesa, pois o foco concentrou-se na análise por programas, ações e subfunção.

¹⁴ O anexo F apresenta uma estimativa do gasto com recursos próprios em Atenção Básica das capitais do país. É um dado que também tem que ser analisado com cuidado uma vez que, em quatro capitais, o gasto com recursos próprios foi negativo porque as informações disponíveis referentes à transferência federal foram maiores que o gasto total com atenção básica apresentado por estas capitais (quer seja nas informações do SIOPS quer sejam do Finbra).

exclusivamente a ações e serviços públicos de saúde conforme definidos pela Emenda Constitucional n. 29.¹⁵

O tipo de informação que é possível obter a partir do Finbra é muito próximo daquilo que é possível obter pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Esse sistema é gerenciado pelo Ministério da Saúde e tem por objetivo acompanhar o cumprimento do disposto na Emenda Constitucional 29 (EC 29). Portanto, enquanto o Finbra apresenta os dados para todo o governo federal, o foco do SIOPS é a aplicação dos recursos da saúde (Ministério da Saúde e secretarias). As informações da despesa apresentadas pelo SIOPS referem-se à natureza de despesa e à classificação funcional. **Novamente, verifica-se a mesma limitação dos sistemas do STN para aferir os gastos com atenção básica: as informações que existem não se cruzam e não existem informações da despesa programática**¹⁶. Entretanto, há vários detalhamentos no Plano de Contas do SIOPS que não são disponibilizados pelo Finbra. Por exemplo, as aberturas por categoria econômica de gastos com pagamento de equipes de saúde da família, entre outros.

As possibilidades de uso do SIOPS para estimar o gasto em atenção básica de estados e municípios foram analisadas em detalhes por Ritzel e Prado (2012). Assim, esse trabalho completa esse estudo ao analisar os dados de despesa por função e subfunção que estados e municípios disponibilizam para a STN, comparando, sempre que possível, com aqueles apresentados por aqueles autores.

Devem ser destacadas algumas diferenças na agregação dos dados disponibilizados pelo Tesouro Nacional e no SIOPS. Em relação às informações da STN, no Quadro dos Dados Contábeis Consolidados – Balanço Orçamentário – Despesas por Função (ver Anexo B), observa-se que a função saúde (010) é composta pelas subfunções: Atenção Básica; Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Suporte Profilático e Terapêutico; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Alimentação e Nutrição e demais subfunções. Além disso, há informações sobre todas as demais funções, incluindo a função 004 – Administração, que contempla subfunções administrativas presentes no relatório do SIOPS. Contudo, nos dados consolidados elas se referem a todas as funções e não somente a função saúde. No Siops, os estados e municípios podem informar quanto aplicam de recursos em atividades administrativas relacionados à saúde - administração das secretarias estaduais e municipais de saúde (ver Anexo C).

Essa será a primeira diferença observada entre as informações estaduais apresentadas no Anexo D (referentes às informações da STN) e aqueles consolidados por Ritzel e Prado (2012) – referentes às informações disponibilizadas no SIOPS. Contudo, num olhar mais atento dos dados de 2010, relacionado aos 5.212 municípios

¹⁵ Pelas informações do Finbra, os estados e municípios teriam aplicado, respectivamente, R\$ 3,74 bilhões e R\$ 27,38 bilhões na subfunção atenção básica. O governo federal transferiu R\$ 9,9 bilhões para municípios e R\$ 105 milhões para estados (programa 1214 ou R\$ 104 milhões, subfunção atenção básica). Se os conceitos fossem equivalentes, os municípios e estados teriam aplicado R\$ 20,4 bilhão de recursos próprios em atenção básica. Contudo, como destacado no texto, não há como garantir equivalência conceitual. Além disso, não se sabe quanto os estados transferiram para municípios, ou seja, não se tem informação dos recursos próprios de cada ente.

¹⁶ Para visualização das diferenças entre as informações prestadas pelos sistemas da administração federal no que concerne à estimativa de gasto com atenção básica, ver anexo E.

que prestaram informações nesse ano, observa-se que, em geral, não há diferenças significativas nos percentuais de gasto na função saúde, visto que, aqueles que foram contabilizados como subfunção administrativa e informações complementares no SIOPS, em geral, ficaram como “outras subfunções” da Função Saúde nos dados disponibilizados pela STN.

Quase todos os estados apresentam percentuais de aplicação na subfunção Atenção Básica muito próximos daqueles encontrados por Ritzel e Padro (2012) na análise do SIOPS. Enquanto o Paraná declarou ter aplicado 69% dos seus recursos para saúde em atenção básica, há outros estados que declararam aplicar menos de 1%. A grande divergência entre os dados declarados ao Tesouro Nacional ocorreu no Maranhão, que declarou aplicar 21,44% dos seus recursos da função Saúde na subfunção Atenção Básica, ao passo que no SIOPS declarou aplicar 10,19%. Se forem somados os percentuais dessa subfunção com as “outras subfunções da saúde” e comparado com a soma dos percentuais da subfunção Atenção Básica com a subfunção administrativa e as informações complementares no SIOPS, observa-se que os percentuais ficam, em ambos, em torno de 56% do gasto total na função Saúde.

Assim, a análise das informações consolidadas pelo Tesouro Nacional sobre os gastos dos estados na função saúde mostra que os gastos com atenção básica totalizaram R\$ 3,8 bilhões (ou 6,8%). Na média dos estados, a maior parte dos recursos foi alocada na subfunção “Assistência Hospitalar e Ambulatorial”, com quase 60% do total (contra 46% informados ao SIOPS).

Na análise das informações municipais utilizou-se, para fins de comparação, a mesma proposta feita por Ritzel e Padro (2012), qual seja, agregar os municípios em seis portes populacionais (até 10 mil; 10 até 20 mil; 20 até 50 mil, 50 até 100 mil, 100 até 500 mil, 500 mil ou mais, com intervalos superiores abertos) e por macrorregião (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Contudo, na apresentação dos dados, optou-se, nesta nota, por fazê-lo por porte de municípios (isto é, comparar as macrorregiões em cada porte). Os municípios aplicaram, em média, 39,% dos seus recursos da função saúde em atenção básica. Pelos dados do Finbra, há diferenças entre as regiões em cada porte populacional. Para os municípios de até 10 mil habitantes, aqueles localizados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste declararam aplicar mais de 60% dos seus recursos da saúde em atenção básica, ao passo que no Centro-Oeste esse percentual foi inferior a 50%. Contudo, quando a análise passa a ser para os municípios de 10 até 20 mil habitantes, o Centro-Oeste apresenta percentuais médios de aplicação iguais a 60%, o Sul continua com percentuais acima de 70% e o Sudeste e Nordeste ficam entre 50 e 60%. Os percentuais médios aplicados em atenção básica pelos municípios do Sul do país continuam acima de 60% para os municípios até 100 mil habitantes, mas passam a ficar abaixo de 50% para os municípios de maior porte e naqueles com mais de 500 mil ficam abaixo de 40%. Os percentuais aplicados em atenção básica parecem ser inversamente proporcionais ao tamanho dos municípios, independente da região (exceto para o Centro-Oeste, onde há variações do percentual aplicado independente do porte).

Quando a análise passa a ser feita para o gasto per capita médio em cada porte populacional, observa-se que, em geral, esse também se reduz com o porte do município.

Ainda que esses dados apresentem indicações interessantes para análise da atenção básica, eles se mostram limitados pelos diversos motivos destacados anteriormente: (i) podem estar misturando gastos universais e gastos para atendimento a clientela fechadas (gastos não universais); (ii) não permitem conhecer o objeto e objetivo final do gasto para além da análise funcional, não possibilitando cruzamentos com a programação de cada nível de governo; (iii) não permitem saber qual o percentual do gasto é realizado com recursos próprios de cada ente federado; (iv) não permitem identificar uma base conceitual ou parametrização comum e, com isso, não permitem aproximar daquele que seria o gasto preconizado pela PNAB e para as ações e serviços previstos na Renases.

4. Considerações finais

Na esfera federal, definidas as delimitações conceituais, é possível aferir os gastos com atenção básica conforme delimitação feita pela PNAB e Renases, uma vez que os sistemas disponíveis apresentam informações com maior grau de detalhamento no que diz respeito à classificação funcional e programática, com possibilidade de cruzamento destas informações. Entretanto, ainda se faz necessário ampliar o detalhamento das informações orçamentárias para aproximar aquilo que está expresso no orçamento daquilo que seria o preconizado na PNAB e na Renases.

Em relação aos estados e municípios, os dois sistemas apresentados não permitem obter a informação necessária para se aferir o gasto com atenção básica: quer pela insuficiência das informações prestadas pelos sistemas federais disponíveis (do MS e da STN), quer pela dupla contagem que ocorreria caso estes sistemas fossem considerados. Desta forma, será necessário avançar nas análises e elaborar propostas metodológicas para esse trabalho, no que diz respeito aos estados e municípios.

Até o momento, a proposta foi iniciada com o mapeamento das informações disponibilizadas nos sistemas de informação orçamentários e financeiros geridos pela administração federal. Parte desse trabalho foi apresentando nessa nota, envolvendo os dados disponibilizados para o governo federal e no trabalho de Ritzel e Prado (2012).

Em relação aos gastos estaduais e municipais, além da análise das informações disponibilizadas por sistemas gerenciadas pelo governo federal como Finbra e SIOPS, pretende-se complementar a análise por meio da exploração de outros sistemas de informação disponibilizados pelas secretarias de fazenda e secretarias de saúde estaduais e municipais.

A proposta é dar continuidade à estimativa dos gastos municipais em saúde considerando que haverá lacunas de informação sobre o gasto com atenção básica. Adicionalmente, terá que ser feito um cruzamento mais detalhado para avaliar a consistência dessas informações por município.

Para fazer uma análise de consistência, além das categorizações utilizadas nas análises de receitas municipais, as estimativas de gasto obtidas na primeira fase seriam cruzadas com as informações de oferta e produção nos sistemas do Ministério da Saúde, tais como informações de cadastramento e habilitação dos sistemas da atenção

básica; informações da estrutura de oferta presentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e quantitativos de produção presentes em outros sistemas, tais como SIA, SIH, APAC etc.

Nessa fase, possivelmente será importante desenvolver técnicas estatísticas e econométricas de estimação, considerando, a partir da literatura, o que poderia afetar o gasto com atenção básica em saúde. Entre outros, poderiam ser feitas análises cruzando essas informações com aquelas obtidas nas análises de custo e outros dados de remuneração. Essas informações estão sendo consolidadas em nota relacionada ao custo da atenção básica elaborada para esse projeto, que utiliza dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e informações provenientes de pesquisa de campo sobre qualidade do emprego realizada pelo Nescon-UFMG.¹⁷

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Brasília, 2012.

CARDOSO JR, José Celso. Planejamento Governamental e Gestão Pública no Brasil: Elementos Para Ressignificar o Debate e Capacitar o Estado. Brasília: Ipea, Texto para Discussão n. 1.584, marco de 2011.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. Reorganização do processo de planejamento do governo federal: o PPA 2000-2003. Brasília: Ipea, Texto para Discussão n. 726, maio de 2000.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. PPA: O QUE NÃO É E O QUE PODE SER. In: Ipea. Políticas Sociais: acompanhamento e análise n. 20, Brasília, 2012. Artigo Especial.

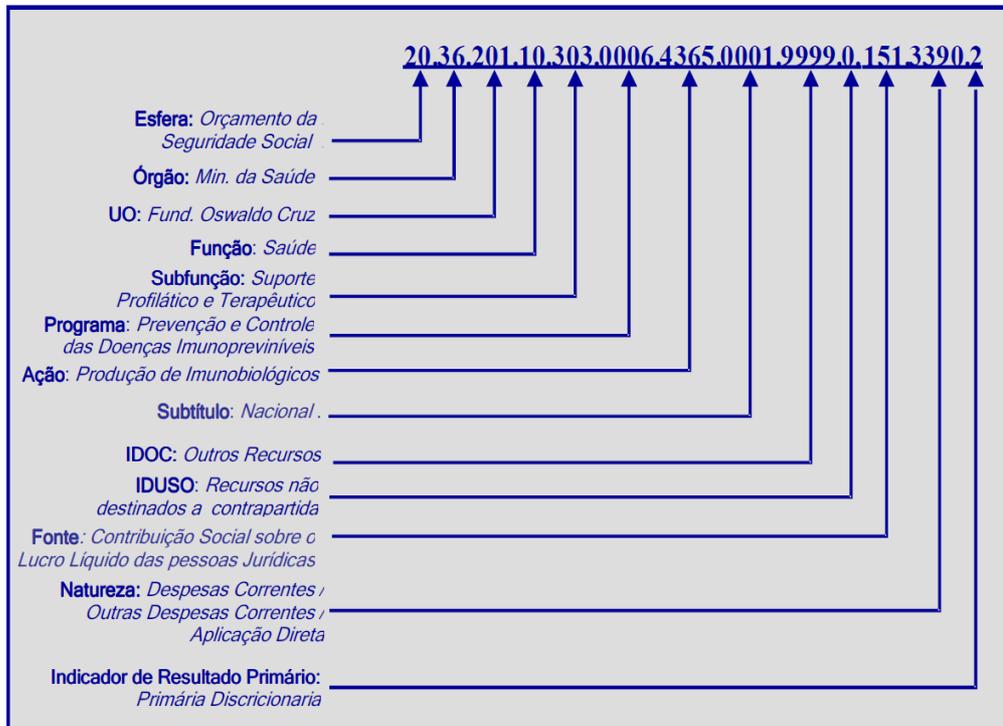
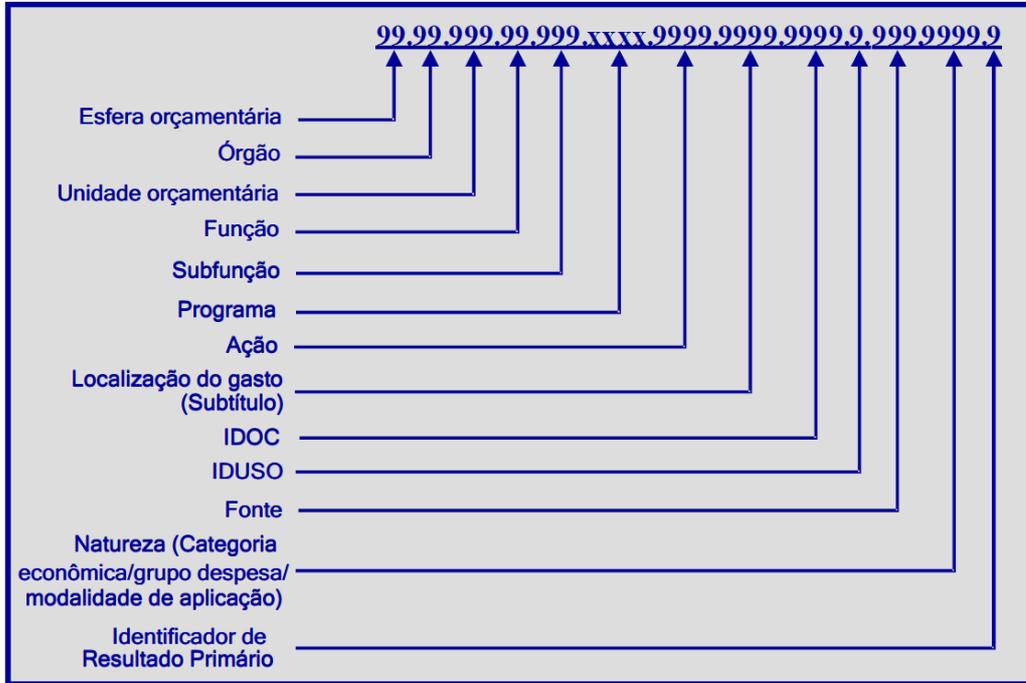
GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José Luiz (Org.). Planejamento e orçamento governamental: coletânea. Brasília: ENAP, 2006. v. 1 e 2.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. São Paulo: USP. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina para obtenção do título de mestre, 2007.

RITZEL, Jonas; PRADO, Clementina Corah. Nota técnica nº 73/2012/DESID/SE/MS, de 11 de dezembro de 2012.

¹⁷ UFMG. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon. Monitoramento da qualidade do emprego na estratégia saúde da família – Relatório Final. Belo Horizonte, julho, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2458.pdf>. Acessado em: 19 de dezembro de 2012.

Anexo A – Estrutura da Programação Orçamentária



Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Manual Técnico de Orçamento (MTO) Versão 2010. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2009, p.35.

Anexo B – Distribuição dos recursos da subfunção atenção básica em saúde por órgão, programas e Ações

Tabela B. Distribuição dos recursos da subfunção atenção básica aplicados em ações universais, por órgão, programa e ação*

Órgão	Programa	Ação	Valor	
Ministério da Educação	1061 - Brasil Escolarizado	4042- Capacitação para promoção da saúde na escola	2.400.000,00	0,02%
Ministério da Saúde			10.033.928.958,01	
	<i>1214 - Atenção Básica em Saúde</i>		10.021.897.473,61	99,86%
	<i>1312 - Promoção da capacidade resolutiva e da humanização na atenção à saúde</i>	6178 - Implementação das políticas de saúde da população idosa	3.333.120,71	
		6188 - Implementação das políticas de atenção à saúde do trabalhador	3.027.109,99	
		6233 - Implantação e implementação das políticas de saúde mental	923.785,70	
		8527 - Implementação de políticas de saúde da população do sistema penitenciário	948.098,00	
		8762 - Implementação de ações e serviços às populações em localidades estratégicas e vulneráveis de agravo	2.299.999,00	
		<i>Total</i>	10.532.113,40	0,10%
	<i>1336 - Brasil Quilombola</i>	8215 - Atenção à saúde das populações quilombolas	1.499.371,00	0,01%
Total Geral			10.036.328.958,01	100,00%

Fonte: Senado Federal. Siga Brasil. LOA 2010. Despesa de Execução.

*As ações do programa 1214 foram apresentadas na tabela 2.

Anexo C – Parte do Formulário Modelo Finbra – Despesa por Função e Subfunção

ANEXO II-E			
QUADRO DOS DADOS CONTÁBEIS CONSOLIDADOS			
BALANÇO ORÇAMENTÁRIO – DESPESAS POR FUNÇÃO			
Estado:			UF:
CNPJ:			Exercício:
CAMPO	CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$ 1,00)
1		Total da Despesa por Função (Exceto INTRA-ORÇAMENTÁRIAS)= (2+6+10+14+27+32+37+41+47+53+61+67+76+80+85+90+94+98+105+110+119+123+130+137+141+147+154+159)	
2	001	Legislativa = (3+4+5)	
3	031	Ação Legislativa	
4	032	Controle Externo	
5	XXX	Demais Subfunções	
6	002	Judiciária = (7+8+9)	
7	061	Ação Judiciária	
8	062	Defesa do Interesse Público no Processo Judiciário	
9	XXX	Demais Subfunções	
10	003	Essencial à Justiça = (11+12+13)	
11	091	Defesa da Ordem Jurídica	
12	092	Representação Judicial e Extrajudicial	
13	XXX	Demais Subfunções	
14	004	Administração (15+...+26)	
15	121	Planejamento e Orçamento	
16	122	Administração Geral	
17	123	Administração Financeira	
18	124	Controle Interno	
19	125	Normatização e Fiscalização	
20	126	Tecnologia da Informação	
21	127	Ordenamento Territorial	
22	128	Formação de Recursos Humanos	
23	129	Administração de Receitas	
24	130	Administração de Concessões	
25	131	Comunicação Social	
26	XXX	Demais Subfunções	
27	005	Defesa Nacional = (28+...+31)	
28	151	Defesa Aérea	
29	152	Defesa Naval	
30	153	Defesa Terrestre	
31	XXX	Demais Subfunções	
32	006	Segurança Pública = (33+...+36)	
33	181	Policciamento	
34	182	Defesa Civil	
35	183	Informação e Inteligência	
36	XXX	Demais Subfunções	
37	007	Relações Exteriores = (38+39+40)	
38	211	Relações Diplomáticas	
39	212	Cooperação Internacional	
40	XXX	Demais Subfunções	
41	008	Assistência Social = (42+...+46)	
42	241	Assistência ao Idoso	
43	242	Assistência ao Portador de Deficiência	
44	243	Assistência à Criança e ao Adolescente	
45	244	Assistência Comunitária	
46	XXX	Demais Subfunções	
47	009	Previdência Social = (48+...+52)	
48	271	Previdência Básica	
49	272	Previdência do Regime Estatutário	
50	273	Previdência Complementar	
51	274	Previdência Especial	
52	XXX	Demais Subfunções	
53	010	Saúde = (54+...+60)	
54	301	Atenção Básica	
55	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	
56	303	Suporte Profilático e Terapêutico	
57	304	Vigilância Sanitária	
58	305	Vigilância Epidemiológica	
59	306	Alimentação e Nutrição	
60	XXX	Demais Subfunções	
61	011	Trabalho = (62+...+66)	
62	331	Proteção e Benefícios ao Trabalhador	
63	332	Relações de Trabalho	
64	333	Empregabilidade	
65	334	Fomento ao Trabalho	
66	XXX	Demais Subfunções	

Fonte: STN: Quadro dos Dados Contábeis Consolidados 2010. In:

http://www3.tesouro.gov.br/estados_municipios/index.asp. Acesso em 05 de dezembro de 2012.

Anexo D. SIOPS - Consulta – Dados Informados- Histórico da Despesa por Subfunção

Quadro B - Consulta de Despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa e estado

Código	Nome
1	SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS
121	Planejamento e Orçamento
122	Administração Geral
123	Administração Financeira
124	Controle Interno
126	Tecnologia da Informação
128	Formação de Recursos Humanos
131	Comunicação Social
2	SUBFUNÇÕES VINCULADAS
301	Atenção Básica
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
303	Suporte Profilático e Terapêutico
304	Vigilância Sanitária
305	Vigilância Epidemiológica
306	Alimentação e Nutrição
3	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
271	Previdência Básica
272	Previdência do Regime Estatutário
273	Previdência Complementar
274	Previdência Especial
571	Desenvolvimento Científico
572	Desenvolvimento Tecnológico e Engenharia
573	Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico
841	Refinanciamento da Dívida Interna
842	Refinanciamento da Dívida Externa
843	Serviço da Dívida Interna
844	Serviço da Dívida Externa
845	Transferências Intragovernamentais
xxx	Outras

Fonte: Ministério da Saúde. Siops. In: http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncao.php. Acesso em 05 de dezembro de 2012.

Anexo E – Gasto Funcional

Tabela E1. Participação das Subfunções de Saúde nos Gastos com Saúde dos Estados em 2010 (%)

Macrorregião	UF	Saúde (Função 10)	Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Demais Subfunções - Saúde
Norte	AC	100,00%	1,77%	98,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,05%
	AM	100,00%	0,19%	30,97%	7,60%	0,05%	2,39%	0,00%	58,80%
	AP	100,00%	1,50%	24,74%	8,28%	0,20%	1,78%	0,00%	63,50%
	PA	100,00%	2,98%	54,02%	0,98%	0,09%	0,91%	0,01%	41,02%
	RO	100,00%	9,98%	24,26%	7,39%	0,04%	1,91%	0,00%	56,42%
	RR	100,00%	0,57%	49,53%	1,41%	0,72%	0,32%	0,00%	47,46%
	TO	100,00%	1,12%	41,97%	1,18%	0,09%	0,74%	0,00%	54,91%
Nordeste	AL	100,00%	3,48%	36,59%	7,84%	0,12%	1,25%	0,00%	50,71%
	BA	100,00%	1,48%	62,63%	4,16%	0,10%	1,49%	0,00%	30,14%
	CE	100,00%	3,68%	41,57%	11,85%	1,09%	1,53%	0,00%	40,27%
	MA	100,00%	21,44%	35,78%	3,16%	0,26%	1,14%	2,93%	35,28%
	PB	100,00%	0,30%	45,19%	7,68%	0,02%	0,82%	0,02%	45,97%
	PE	100,00%	0,34%	44,78%	6,10%	0,08%	1,38%	0,00%	47,32%
	PI	100,00%	4,02%	35,11%	0,02%	0,01%	4,44%	1,48%	54,92%
	RN	100,00%	0,41%	92,68%	5,12%	0,68%	0,46%	0,00%	0,65%
SE	100,00%	22,00%	55,08%	0,00%	0,10%	0,38%	0,00%	22,43%	
Centro-Oeste	DF	100,00%	4,79%	44,68%	0,69%	0,23%	0,17%	0,00%	49,45%
	GO	100,00%	3,25%	66,85%	0,00%	0,09%	0,48%	0,00%	29,34%
	MS	100,00%	4,90%	36,02%	4,91%	13,78%	1,06%	0,01%	39,32%
	MT	100,00%	6,33%	32,13%	11,52%	0,22%	0,83%	0,00%	48,97%
Sudeste	ES	100,00%	1,44%	64,49%	6,50%	0,01%	0,13%	0,00%	27,43%
	MG	100,00%	17,04%	49,18%	4,92%	0,27%	1,27%	0,02%	27,30%
	RJ	100,00%	0,91%	46,60%	10,75%	0,70%	1,47%	1,52%	38,06%
	SP	100,00%	0,00%	87,01%	3,31%	0,01%	0,39%	1,59%	7,70%
Sul	PR	100,00%	68,43%	12,17%	8,87%	0,00%	0,84%	2,64%	7,05%
	RS	100,00%	5,63%	73,83%	0,00%	0,19%	0,35%	0,00%	19,99%
	SC	100,00%	3,24%	62,14%	0,00%	0,15%	0,37%	0,00%	34,09%
Total Estados		100,00%	6,76%	59,43%	4,49%	0,35%	0,90%	0,72%	27,35%

Fonte: Ministério da Fazenda. STN. Execução Orçamentária dos Estados 2010. Elaboração das autoras.

Tabela E2. Gastos dos Estados na Função e nas Subfunções da Saúde em 2010 (Valor R\$)

DISCRIMINAÇÃO	Saúde = (54+...+60)	Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Demais Subfunções - Saúde
AC	508.110.814,38	8.989.045,89	498.854.766,09	-	-	-	-	267.002,40
AL	657.650.040,16	22.896.226,15	240.648.960,15	51.572.162,18	802.803,94	8.243.986,36	-	333.485.901,38
AM	1.713.110.557,87	3.310.953,84	530.535.997,52	130.118.012,03	881.870,05	40.985.621,27	-	1.007.278.103,16
AP	346.038.271,81	5.187.503,19	85.600.217,63	28.657.721,01	701.672,59	6.147.345,56	-	219.743.811,83
BA	3.663.086.480,59	54.246.743,84	2.294.318.361,34	152.357.259,60	3.604.747,82	54.559.222,99	-	1.104.000.145,00
CE	1.628.955.017,64	59.950.975,57	677.221.545,81	193.007.001,31	17.792.179,39	24.991.732,81	-	655.991.582,75
DF	1.826.944.204,82	87.501.204,62	816.205.424,42	12.648.302,38	4.121.997,14	3.016.429,58	46.059,71	903.404.786,97
ES	1.391.467.219,43	20.022.065,33	897.386.777,87	90.427.239,15	93.637,73	1.869.642,57	-	381.667.856,78
GO	1.697.268.884,59	55.163.782,00	1.134.579.290,71	-	1.456.166,54	8.158.865,26	-	497.910.780,08
MA	1.166.897.805,32	250.209.099,81	417.565.450,96	36.873.461,34	3.025.538,75	13.353.787,39	34.202.023,05	411.668.444,02
MG	4.493.591.539,37	765.581.580,44	2.210.128.746,32	220.891.657,70	12.276.385,52	56.864.292,92	998.265,66	1.226.850.610,81
MS	737.888.921,59	36.185.133,02	265.753.286,54	36.252.319,67	101.654.316,72	7.854.731,71	66.095,59	290.123.038,34
MT	836.953.176,08	53.003.230,64	268.923.872,25	96.376.462,57	1.862.675,47	6.929.988,71	-	409.856.946,44
PA	1.627.068.177,80	48.406.308,19	878.893.229,22	15.957.558,38	1.488.832,30	14.876.504,64	100.292,83	667.345.452,24
PB	869.606.335,98	2.594.901,85	392.982.014,82	66.774.633,73	184.860,26	7.126.205,23	150.010,05	399.793.710,04
PE	2.949.971.959,61	9.962.420,60	1.321.038.425,20	180.084.033,50	2.216.064,21	40.685.012,22	62.755,61	1.395.923.248,27
PI	771.479.275,63	31.041.560,32	270.870.348,21	132.276,65	62.909,57	34.288.043,03	11.402.678,23	423.681.459,62
PR	2.568.838.345,13	1.757.944.814,57	312.604.650,12	227.730.374,87	-	21.616.461,56	67.799.681,00	181.142.363,01
RJ	3.513.083.255,20	31.898.162,27	1.636.953.230,20	377.703.720,58	24.445.330,39	51.474.816,84	53.470.980,94	1.337.137.013,98
RN	916.073.656,75	3.762.488,76	848.993.417,49	46.893.634,92	6.193.039,53	4.237.052,49	-	5.994.023,56
RO	606.900.336,39	60.548.081,69	147.248.227,39	44.839.180,64	227.251,48	11.601.086,14	-	342.436.509,05
RR	271.890.488,13	1.538.976,03	134.666.230,30	3.841.781,43	1.947.545,74	867.437,90	-	129.028.516,73
RS	3.197.667.055,20	179.956.194,53	2.360.932.595,87	98.094,31	6.214.506,01	11.124.679,21	-	639.340.985,27
SC	1.843.944.515,39	59.803.112,81	1.145.838.633,15	-	2.816.425,26	6.841.235,45	-	628.645.108,72
SE	668.898.020,30	147.179.112,81	368.446.610,43	-	663.460,13	2.574.773,80	-	150.034.063,13
SP	14.549.948.679,49	-	12.659.757.559,39	480.890.108,32	824.394,80	56.129.343,76	232.036.983,55	1.120.310.289,67
TO	682.300.644,83	7.616.756,15	286.365.555,37	8.043.560,57	593.335,98	5.029.494,31	-	374.651.942,45
TOTAL ESTADOS	55.705.633.679,48	3.764.500.434,92	33.103.313.424,77	2.502.170.556,84	196.151.947,32	501.447.793,71	400.335.826,22	15.237.713.695,70

Fonte: Ministério da Fazenda. STN. Execução Orçamentária dos Estados 2010. Elaboração das autoras.

Tabela E3. Participação das Subfunções de Saúde nos Gastos com Saúde dos Municípios em 2010 (%)

Porte de Município	Região	Saúde	Atenção Básica	Assistência Hospitalar	Suporte Profilático	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Outras Desp na Função Saúde
Até 10 mil	Norte	100,0%	53,1%	30,0%	0,5%	0,9%	1,4%	0,7%	13,4%
	Nordeste	100,0%	61,7%	18,2%	1,5%	0,7%	1,7%	0,4%	15,7%
	Sudeste	100,0%	67,6%	18,9%	0,8%	0,7%	1,3%	1,2%	9,5%
	Sul	100,0%	79,4%	14,8%	0,8%	0,6%	0,7%	0,6%	3,0%
	Centro-Oeste	100,0%	49,7%	29,1%	0,4%	0,7%	1,3%	0,6%	18,2%
10 a 20 mil	Norte	100,0%	47,6%	21,3%	0,3%	1,0%	1,4%	0,4%	28,1%
	Nordeste	100,0%	56,0%	22,5%	0,7%	0,7%	1,5%	0,7%	17,9%
	Sudeste	100,0%	59,4%	28,0%	1,0%	0,7%	1,4%	0,9%	8,6%
	SUL	100,0%	73,1%	20,0%	0,9%	1,0%	0,6%	0,7%	3,7%
	Centro-Oeste	100,0%	60,7%	25,1%	0,5%	0,8%	1,4%	0,6%	10,8%
20 a 50 mil	Norte	100,0%	42,5%	29,6%	0,8%	1,1%	2,3%	0,7%	23,0%
	Nordeste	100,0%	50,4%	25,2%	1,0%	0,7%	1,8%	0,5%	20,4%
	Sudeste	100,0%	52,5%	28,9%	1,3%	1,1%	1,5%	1,0%	13,6%
	Sul	100,0%	69,5%	19,3%	1,9%	0,9%	0,9%	0,4%	7,1%
	Centro-Oeste	100,0%	45,2%	32,4%	1,7%	0,7%	1,6%	0,3%	18,0%
50 a 100 mil	Norte	100,0%	38,1%	32,7%	1,0%	0,6%	1,9%	1,1%	24,7%
	Nordeste	100,0%	40,4%	39,2%	1,2%	0,6%	2,1%	0,4%	16,2%
	Sudeste	100,0%	38,4%	42,0%	1,6%	0,9%	2,1%	0,4%	14,6%
	Sul	100,0%	60,1%	26,9%	3,6%	0,9%	1,2%	0,2%	7,0%
	Centro-Oeste	100,0%	60,1%	26,9%	3,6%	0,9%	1,2%	0,2%	7,0%
100 a 500 mil	Norte	100,0%	31,6%	25,7%	1,2%	0,7%	3,0%	0,0%	37,8%
	Nordeste	100,0%	33,2%	38,0%	3,0%	0,5%	2,4%	0,3%	22,5%
	Sudeste	100,0%	34,5%	43,5%	2,2%	0,7%	1,8%	1,0%	16,3%
	SUL	100,0%	38,9%	39,5%	5,7%	0,9%	1,0%	0,4%	13,7%
	Centro-Oeste	100,0%	30,7%	37,0%	1,2%	0,4%	1,9%	0,1%	28,9%
Acima de 500 mil	Norte	100,0%	31,7%	26,5%	4,1%	0,1%	2,7%	0,0%	35,0%
	Nordeste	100,0%	14,2%	48,5%	1,6%	0,6%	1,1%	0,1%	33,9%
	Sudeste	100,0%	28,4%	42,7%	1,1%	0,4%	0,8%	0,0%	26,6%
	Sul	100,0%	26,9%	62,0%	0,0%	0,6%	1,4%	0,0%	9,2%
	Centro-Oeste	100,0%	44,1%	45,2%	0,9%	0,0%	1,9%	0,0%	7,9%
Total Municípios		100,0%	39,8%	36,7%	1,7%	0,7%	1,4%	0,5%	19,3%
Valor (em R\$ bi)		68,85	27,38	25,26	1,16	0,45	0,98	0,32	13,31

Fonte: Ministério da Fazenda. STN. Finbra 2010. Elaboração das autoras.

Tabela E4. Gastos *per capita* dos Municípios na Função e nas Subfunções da Saúde em 2010 (Valor R\$)

Porte Populacional	Macrorregião	Saúde	Atenção Básica	Assistência Hospitalar	Suporte Profilático	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Outras Desp na Função Saúde
Até 10 mil	Norte	357,3	189,8	107,2	1,6	3,3	4,9	2,7	47,8
	Nordeste	327,8	202,3	59,8	4,9	2,4	5,4	1,5	51,5
	Sudeste	470,0	317,9	88,8	3,9	3,5	5,9	5,6	44,4
	Sul	454,6	361,0	67,1	3,7	2,9	3,2	2,7	13,8
	Centro-Oeste	479,0	238,2	139,5	1,8	3,2	6,3	2,8	87,2
10 a 20 mil	Norte	280,5	133,6	59,7	0,7	2,8	3,8	1,0	78,8
	Nordeste	286,0	160,2	64,2	2,0	2,1	4,4	1,9	51,3
	Sudeste	388,8	231,1	108,8	4,0	2,8	5,4	3,4	33,3
	Sul	331,5	242,5	66,1	3,1	3,2	2,0	2,4	12,2
	Centro-Oeste	384,0	233,1	96,4	1,8	3,1	5,5	2,4	41,6
20 a 50 mil	Norte	242,4	103,1	71,7	1,9	2,6	5,6	1,7	55,8
	Nordeste	270,5	136,4	68,3	2,7	1,8	4,8	1,4	55,1
	Sudeste	386,0	202,8	111,5	5,0	4,2	5,9	4,0	52,7
	Sul	295,2	205,2	56,9	5,5	2,7	2,6	1,3	21,0
	Centro-Oeste	388,8	175,7	126,0	6,7	2,7	6,4	1,3	70,0
50 a 100 mil	Norte	236,8	90,1	77,4	2,3	1,4	4,4	2,7	58,5
	Nordeste	281,5	113,7	110,3	3,3	1,7	5,8	1,2	45,6
	Sudeste	420,0	161,3	176,4	6,9	3,8	8,7	1,7	61,2
	Sul	295,7	177,7	79,4	10,8	2,8	3,7	0,6	20,8
	Centro-Oeste	295,7	177,7	79,4	10,8	2,8	3,7	0,6	20,8
100 a 500 mil	Norte	269,8	85,2	69,3	3,3	1,8	8,0	0,0	102,1
	Nordeste	325,7	108,0	123,7	9,9	1,8	7,9	1,0	73,4
	Sudeste	421,7	145,3	183,3	9,4	2,9	7,7	4,3	68,8
	Sul	391,1	152,3	154,3	22,2	3,4	3,8	1,4	53,7
	Centro-Oeste	363,2	111,3	134,4	4,2	1,3	6,8	0,3	104,9
Acima de 500 mil	Norte	307,8	97,4	81,7	12,5	0,3	8,2	0,0	107,7
	Nordeste	399,7	56,9	193,9	6,4	2,4	4,4	0,3	135,4
	Sudeste	461,0	130,8	196,6	5,2	1,9	3,5	0,0	122,8
	Sul	520,0	139,7	322,2	0,0	3,2	7,3	0,0	47,6
	Centro-Oeste	534,5	235,7	241,5	5,0	0,0	10,2	0,0	42,2
Total Municípios		365,9	145,5	134,3	6,2	2,4	5,2	1,7	70,7

Anexo F – Organização do tipo de informação das informações disponibilizadas por sistemas de informações administrados pelo Governo Federal que podem contribuir para a estimativa de gasto com atenção básica

Sistemas	Classificação da despesa	Apresentação da Informação	Esfera
1) SIAFI	Funcional	Estas informações podem ser cruzadas. Por exemplo, é possível saber qual o elemento de despesa (natureza de	Federal
2) Siga Brasil	Programática		
3) Sidor	Natureza de despesa		
4) Execução Orçamentária dos Estados/STN	Funcional	Estas informações não podem ser cruzadas. Não existe informação da despesa por programa ou ação.	Estadual
5) Finbra/STN	Natureza de despesa		Municipal
6) SIOPS/MS	Funcional	Estas informações não podem ser cruzadas. Não existe informação da despesa por programa ou ação.	Estadual e Municipal
	Natureza de Despesa		

Fonte: Siga Brasil, STN, Siops/MS.

Anexo G – Estimativa do gasto municipal das capitais em Atenção Básica com recursos próprios – 2010

Capitais	Gasto na Subfunção Atenção básica		Diferença (A-B)	Transferência federal (C)	Gasto próprio municipal ¹ (D=B-C)
	SIOPS (A)	FINBRA (B)			
Porto Velho	11.643.887,17	11.643.887,17	-	18.943.339,00	- 7.299.451,83
Rio Branco	53.386.680,83	61.668.198,93	8.281.518,10	12.769.538,00	48.898.660,93
Manaus	172.772.534,19	172.685.386,39	- 87.147,80	57.410.531,00	115.274.855,39
Boa Vista	72.572.873,35	72.572.873,35	-	11.371.430,00	61.201.443,35
Belém	138.689.439,76	138.689.440,00	0,24	41.660.186,00	97.029.254,00
Macapá	42.779.617,74	42.779.617,74	-	21.441.568,00	21.338.049,74
Palmas	22.002.907,24	22.002.907,24	-	11.834.639,00	10.168.268,24
São Luís	41.112.210,27	41.112.210,27	-	34.204.254,00	6.907.956,27
Teresina	45.585.151,63	45.585.151,63	-	49.168.579,00	- 3.583.427,37
Fortaleza	261.685.669,01	233.575.937,40	- 28.109.731,61	90.852.619,00	142.723.318,40
Natal	52.660.985,99	52.660.985,99	-	28.169.286,00	24.491.699,99
João Pessoa	73.766.656,09	73.766.656,09	-	45.256.209,00	28.510.447,09
Recife	9.866.050,00	9.866.049,96	- 0,04	64.852.425,00	- 54.986.375,04
Maceió	24.352.948,71	24.352.948,71	-	26.663.193,00	- 2.310.244,29
Aracaju	48.184.049,31	48.184.049,31	-	28.813.074,00	19.370.975,31
Salvador	116.084.796,84	116.084.796,84	-	81.968.179,00	34.116.617,84
Belo Horizonte	147.799.968,56	147.267.328,12	- 532.640,44	123.519.859,00	23.747.469,12
Vitória	18.307.575,36	18.307.575,36	-	16.362.989,00	1.944.586,36
Rio de Janeiro	773.566.965,96	773.566.965,96	-	150.468.791,00	623.098.174,96
São Paulo	1.739.773.980,73	1.739.773.980,73	-	349.605.507,00	1.390.168.473,73
Curitiba	350.140.641,82	309.368.429,52	- 40.772.212,30	64.058.346,00	245.310.083,52
Florianópolis	146.362.561,88	139.082.097,04	- 7.280.464,84	22.218.183,00	116.863.914,04
Porto Alegre	132.123.102,58	132.123.102,58	-	37.470.087,00	94.653.015,58
Campo Grande	97.969.872,84	91.152.257,11	- 6.817.615,73	32.371.098,00	58.781.159,11
Cuiabá	163.797.704,87	163.797.704,87	-	18.404.907,00	145.392.797,87
Goiânia	367.180.291,89	367.180.291,89	-	42.942.322,00	324.237.969,89

Fonte: Siops/MS, Finbra/STN, Sala de Situação/MS (<http://189.28.128.178/sage/>)

Nota: (1) Para o cálculo da estimativa do gasto próprio municipal não foi possível excluir as receitas provenientes de transferências estaduais, uma vez que não há sistema que disponibilize este tipo de informação referente à subfunção Atenção Básica.