O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano V | Volume 13 | Nº 37 | Boa Vista | 2023

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.7765253

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

FINANCIAMENTO DO SUS EM ARAPIRACA (AL): ORIGEM DAS RECEITAS POR ESFERA GOVERNAMENTAL (2010 - 2017)

Eduardo Artur Souza Silva[1]

Diego de Oliveira Souza[2]

Natália Santos Corrêa de Sá[3]

Indyara de Farias Dores Souza[4]

Salviane dos Santos Barbosa[5]

Resumo

Diante de um histórico de subfinanciamento da saúde pública brasileira, essa pesquisa buscou analisar o financiamento do Sistema Único de Saúde em Arapiraca, observando a origem das receitas (por esfera governamental) na execução financeira dos blocos de financiamento, entre 2010 e 2017. Considerou-se dados do "Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde". Os valores foram ajustados, tendo em vista a interferência da inflação. Realizou-se regressão linear para a identificação do comportamento dos valores na série. A análise também considerou uma perspectiva teórica crítica, porquanto se tome a dinâmica genérica da economia como referencial imprescindível para entender os casos particulares. Constatou-se que há estagnação das receitas municipais com aumento dos recursos federais, o que vai de encontro à tendência nacional e, portanto, se constitui em grave ameaça ao sistema local, sobretudo ante um contexto de avanço neoliberal contra a saúde pública.

Palavras Chave: Financiamento. Governo Local. Saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

Faced with a history of underfinancing of Brazilian public health, this research sought to analyze the financing of the Unified Health System in Arapiraca, observing the origin of revenues (by government sphere) in the financial execution of the financing blocks, between 2010 and 2017. Data from the "Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde" were considered. The values have been adjusted for inflation interference. Linear regression was performed to identify the behavior of the values in the series. The analysis also considered a critical theoretical perspective since the general dynamics of the economy is taken as an essential reference to understand the particular cases. It was found that there is stagnation in municipal revenues with an increase in federal resources, which is contrary to the national trend and therefore poses a serious threat to the local system, especially in a context of neoliberal advance against public health.

Keywords: Financing. Health. Local Government. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Desde o início do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, houve divergências sobre como implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) em um país de dimensões continentais, com maior eficiência e menor discrepância social. No cerne das discussões, a suposta insuficiência de recursos

[1] Graduando em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail: eduardo.artur.456@hotmail.com

[2] Professor da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Doutor em Serviço Social. E-mail: diego.souza@arapiraca.ufal.br

[3] Graduanda em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: santalia39@hotmail.com

[4] Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: indyarafarias@gmail.com

[5] Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: salvianeb@hotmail.com

financeiros e a dificuldade de diálogo entre as esferas governamentais se tornaram entraves para a operacionalização de um sistema de saúde que garantisse a universalidade. Com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) n. 29, em 2000, houve um passo importante no que diz respeito ao âmbito jurídico-legal do financiamento, com vistas ao aumento da disponibilidade de recursos financeiros, mediante alocação regional de receitas das três esferas governamentais. Estados e municípios foram incumbidos de aplicar 12% e 15% de sua receita tributária, respectivamente, enquanto a União teve sua participação vinculada ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2000).

Piola, Sá e Vieira (2018) demonstraram que houve um aumento significativo dos recursos a partir da EC n. 29/2000, assim como maior participação dos estados e municípios no financiamento da saúde. Houve, também, entre 2000 e 2010, aumento de 112% no gasto total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e 89% no gasto per capita, considerando o conjunto das receitas das três esferas governamentais.

O nível de participação de cada esfera governamental no financiamento do SUS continua sendo alvo de inúmeras discussões desde as definições da Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990). A transferência fundo a fundo permite o repasse por meio da descentralização de recursos diretamente do fundo federal, modelo ratificado, posteriormente, pela EC 29/2000 e pela Lei Complementar (LC) 141/2012 (BRASIL, 2012). As transferências passaram a ser feitas por blocos (até 2017) com o objetivo de maior controle e transparência desses repasses, permitindo melhor fiscalização da aplicação dos recursos, além de maior flexibilidade para que possam ser remanejados para a execução de quaisquer ações e serviços públicos de saúde associados ao mesmo bloco (BRASIL, 2000).

Não obstante, o financiamento da saúde sempre ter estado aquém do reivindicado pelo movimento da Reforma Sanitária e o aumento da responsabilidade dos municípios em executar, não só as ações que lhe cabem, mas os novos gastos compensatórios em face da queda de participação da União, o contexto se agravou após a onda de recessão econômica estabelecida desde 2014. Com efeito, a aprovação da EC n. 86/2015 modificou o parâmetro de financiamento que a União destinava à saúde, adotando a Receita Corrente Líquida (RCL), o que fica abaixo do que se pretendia se adotado a Receita Corrente Bruta (BRASIL, 2015). Além disso, a aprovação da EC n. 95/2016 – que limitou os gastos públicos por 20 exercícios financeiros, a partir de 2018, ao mesmo valor investido no exercício anterior, apenas ajustado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, 2016) – retroalimentou a problemática do subfinanciamento do SUS, o que corrobora a relevância das pesquisas sobre a temática.

Diante do exposto e da possibilidade de melhor conhecer a saúde pública regional, identificar as possíveis incongruências orçamentárias existentes e fortalecer o controle social da saúde, esse artigo tem

por objetivo analisar o financiamento do SUS no município de Arapiraca, Alagoas (AL), de acordo com a origem das receitas (por esfera governamental), entre 2010 e 2017. Considera-se a totalidade do orçamento disponível na execução financeira dos recursos destinados aos blocos de financiamento: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, investimento e gestão do SUS. O artigo pretende contribuir com o estudo geral do financiamento do SUS, no sentido de oferecer dados para as comparações regionais e ajudar a entender as discrepâncias existentes, sobretudo na distribuição e utilização dos recursos (GUEDES; SILVA, 2023). Espera-se, ainda, contribuir para a realidade local do município de Arapiraca, possibilitando intervenções específicas para a região e para a formação de profissionais de saúde voltados à atuação no SUS.

REVISÃO DA LITERATURA

O subfinanciamento do SUS tem sido, frequentemente, objeto de estudo, em especial nas áreas de saúde pública/saúde coletiva e economia da saúde. Na verdade, pode-se afirmar que as pesquisas ocorrem na interface dessas áreas, abordando aspectos que vão desde a crítica da economia política (considerando as relações internacionais que refletem no financiamento das políticas sociais) até o debate sobre a eficiência na aplicação dos recursos.

No âmbito da crítica da economia política, Correia (2005) argumenta que, desde 1989, diversos países em desenvolvimento se comprometeram em adotar medidas neoliberais em troca de empréstimos e da consolidação de relações comerciais internacionais, haja vista as determinações advindas do Consenso de Washington, em processo capitaneado por organismos financeiros multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM).

No mesmo sentido, Salvador (2008) enfatiza que os países em desenvolvimento (ou dependentes) precisaram ajustar as suas políticas sociais (ou as intenções de construí-las) conforme a dinâmica do mercado financeiro, garantindo que o compromisso com o pagamento dos juros da dívida pública fosse “honrado”, em detrimento do adequado financiamento de políticas sociais, a exemplo da política de saúde.

Consoante Correia (2005) e Souza (2019), no que diz respeito ao SUS, isso se materializou em documentos orientadores enviados pelo BM ao governo brasileiro, desde a década de 1990, indicando que se deveria adotar modelos de atenção básica pautados na ideia de pacotes mínimos, focalizados em certas doenças e populações, na lógica de um tipo de cobertura universal que prioriza a redução de custos para um suposto aumento da eficiência.

Essa tendência manteve o SUS subfinanciado desde suas origens, pois nunca se chegou perto do patamar reivindicado no movimento da Reforma Sanitária, que apontava que seria necessário o que equivalente a 10% do Produto Interno Bruto (PIB) investidos em saúde pública, para iniciar a construção do novo sistema. O máximo conseguido, até então, gira em torno dos 4% (oscilando para mais ou para menos) a partir de 2011, o que é agravado pelo fato de o investimento privado estar em patamar equivalente e, em alguns anos, sendo até maior (MENDES, 2013). Esse patamar de subfinanciamento leva a problemas estruturais, discrepâncias regionais e dificuldade de resolutividade dos problemas de saúde da população, o que retroalimenta outros problemas sociais (MASSUDA *et al*., 2018).

No outro polo do debate, estão os estudos do Banco Mundial (2019, 2020), advogando que é preciso evitar desperdícios, no sentido de tornar os sistemas de saúde mais eficientes. Essa tendência até reconhece que países como o Brasil possuem baixo investimento em saúde pública, considerando o patamar internacional, mas argumentam que é preciso, antes de qualquer coisa, ajustar a situação fiscal. Com isso, o BM empreende esforços para mostrar que as unidades de saúde desperdiçam recursos e, portanto, a única saída possível seria buscar gestões mais eficientes. Trata-se de uma tergiversação que desvia o foco do subfinanciamento – como problema que obsta a concretização da plena proposta de universalidade de saúde –, abrindo caminho para lógicas mercantis de saúde, inclusive entregando a gestão dos serviços de saúde para empresas privadas ou que funcionam sob essa lógica (SOUZA, 2019).

Alguns estudos internacionais corroboram a perspectiva de que o subfinanciamento e as medidas governamentais de austeridade são pouco eficientes, em termo de saúde. No caso da China, observou-se que a redução da participação pública no investimento em saúde resultou em menor eficiência, porquanto as reformas da década de 1990 fizeram com que o governo deixasse de ser o único provedor da saúde, passando-se a cobrar taxas e abrindo espaço para a lógica produtivista. Isso resultou na oferta redundante de serviços desnecessários e da carência de serviços socialmente desejáveis, negligenciando os problemas de saúde de populações mais vulneráveis (LIU; MILLS, 2002).

O caso grego se tornou emblemático quando se trata de repercussões das medidas de austeridade em face de crises econômicas. Tyrovolas, Kassebaum Stergachis (2018) mostram que, pós-crise de 2008, a Grécia reduziu cerca de 10% do financiamento em saúde, considerando o período entre 2008 e 2014. Ao mesmo tempo, viu-se o deterioramento da situação de saúde da população grega, com o aumento de doenças transmissíveis, a exemplo da incidência da tuberculose e da mortalidade por HIV, assim como de doenças e agravos não transmissíveis, a exemplo da depressão, suicídio, câncer, cirrose, distúrbios neurológicos, doenças renais e cardiovasculares.

Portanto, é questionável a perspectiva de eficiência do BM, sobretudo considerado a realidade de países com desigualdades sociais mais acentuadas. Nesses países, o sistema de saúde deve ser concebido como um facilitador para o enfrentamento intersetorial das expressões da questão social e, não, como um espaço para mimetizar a lógica mercantil e seus indicadores produtivistas de resultado. Na lógica da universalidade, é indispensável a articulação com a equidade, concebendo a saúde como uma problemática socialmente determinada, a ser enfrentada com a articulação dos vários níveis de governo, sempre com participação social.

Assim, voltando-se o olhar para o caso brasileiro, ora em xeque nessa pesquisa, no âmbito da operacionalização das ASPS, esses impasses apresentam reflexos na relação entre as três esferas governamentais, na garantia de serviços de saúde que sejam mais próximos dos princípios que regem o sistema. A descentralização da gestão tem permitido que municípios planejem, executem e custeiem ASPS em proporção cada vez maior, o que é um processo positivo (CRUZ, 2023), mas que não deveria ocorrer como subterfúgio para que o orçamento federal para a saúde pública fosse minguando. Ao contrário disso, a participação de todas as esferas governamentais deveria aumentar, inclusive acima da inflação (MENDES; SANTOS, 2000).

Por esse prisma, de cunho crítico, são realizados estudos de eficiência em outra tendência, quando ela não se restringe a uma relação de custo-benefício, mas também se considera a capacidade de atingir os princípios definidos no sistema de saúde e, com isso, mitigar iniquidades de saúde (DUGGAL, 2007; ARAÚJO; MENDES, 2023). É o caso dos estudos de Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) em Santa Catarina e de Santos-Neto *et al*. (2019) em São Paulo, uma vez que, em linhas gerais, nas duas pesquisas, mostrou-se que: há heterogeneidade entre os municípios; um alto investimento não resulta, necessariamente, em eficiência; porém, ao mesmo tempo, é muito difícil existir eficiência em situações de subfinanciamento, em especial levando em conta que municípios menores ainda são muito dependentes do orçamento da União.

Esses achados, assim como a conjuntura mais ampla aqui recuperada, colocam-se como parâmetros teóricos para a análise ora apresentada, balizando as inferências reflexivas possíveis de serem feitas ante os resultados deste estudo.

METODOLOGIA

Esse artigo compõe um projeto de acompanhamento do financiamento do SUS em Arapiraca/AL, em curso desde 2016. Vale destacar que Arapiraca é a segunda maior cidade do estado de Alagoas, com 231.747 habitantes (estimada em 2019). Situa-se na região do agreste alagoano, sendo a

principal referência econômica, política e cultural para a região, com PIB per capita de R$ 17.511,69 (dado de 2017) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,649 (dado de 2010) (IBGE, 2010).

A pesquisa ocorreu com base em dados secundários coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Para fins desse artigo, considerou-se a totalidade dos recursos disponíveis na opção execução financeira por blocos, no SIOPS (ou seja, o repasse fundo a fundo destinado aos blocos de financiamento). Não foi realizada análise por bloco, mas sobre o montante dos recursos recebidos pelos blocos, segundo a origem das receitas: federal, estadual ou recursos próprios, entre 2010 e 2017.

O primeiro passo da análise foi ajustar os valores, para o que se utilizou o parâmetro do Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI). A escolha deste índice se deveu à sua amplitude, uma vez que inclui todos os setores da economia. Padronizou-se o ajuste da inflação para dezembro de 2017, considerando ser o último mês da série histórica analisada.

Na sequência, buscou-se identificar a existência de relação da grandeza da receita (por esfera governamental) com a variável anos. Para tal, lançou-se mão de regressão linear simples, realizada separadamente para os valores de cada esfera governamental (variável dependente) com os anos da série (variável independente). Verificou-se a normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

A regressão foi realizada duas vezes para cada esfera governamental: uma vez com os valores nominais (valor registrado no SIOPS) e a outra, com os valores ajustados. Utilizou-se o *software Excel 2019 (6.0)* e considerou-se o Intervalo de Confiança de 95% para a análise da força da relação (R^2), com valor de $p \leq 0{,}05$ como referência para a significância estatística.

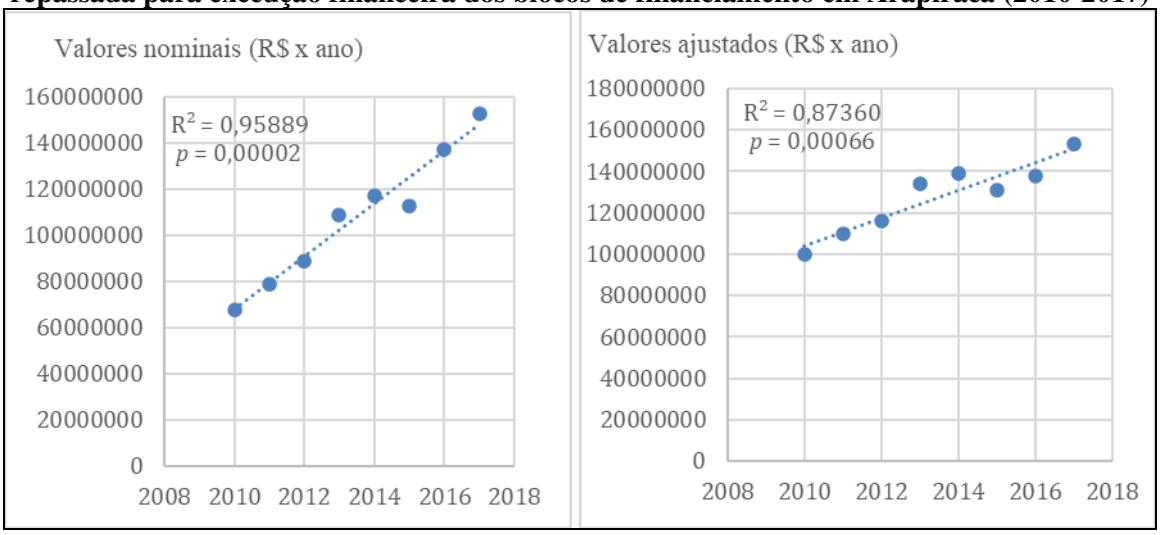
Do ponto de vista teórico, partiu-se da premissa de que não se pode analisar o financiamento da saúde em nível municipal de modo apartado da dinâmica nacional do SUS, tampouco da totalidade do modo de produção e sua relação com os Estados-nação. Portanto, não se pode tomar o financiamento na frieza dos números, com a "suposta 'neutralidade' e 'consensualidade' de equilíbrio das contas públicas e da questão fiscal" (SALVADOR, 2008, p. 35). Com isso, seguiu-se com correlações reflexivas entre a realidade particular investigada e a dinâmica geral do financiamento da saúde pública, conforme disponível em literatura correlata.

Por fim, por não envolver coleta de dados e/ou intervenções com seres humanos, a pesquisa não precisou ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, mas atendeu a todos os princípios éticos, respeitando a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Inicialmente, foram analisadas as receitas de origem federal. No Gráfico 1, para fins de comparação, consta o modelo de regressão (com linha de tendência) dos valores tais quais constam no SIOPS, ao lado dos valores ajustados.

Gráfico 1 – Dispersão dos valores nominais e ajustados da receita federal do SUS repassada para execução financeira dos blocos de financiamento em Arapiraca (2010-2017)



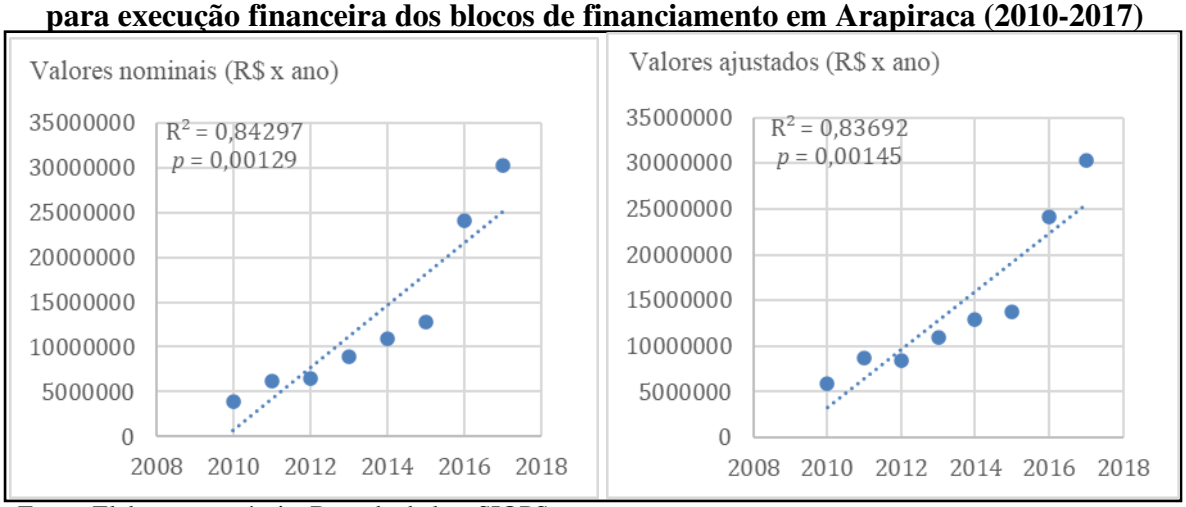
Fonte: Elaboração própria. Base de dados: SIOPS.

Como pode ser constatado, nos valores nominais, há uma forte relação de crescimento com o passar dos anos (R^2 = 0,95889), com significância estatística (p = 0,00002). O menor valor constou no primeiro ano da série, com R$ 67.985.967,57; e o maior, no último ano, com R$ 152.378.241,31. Nem sempre houve aumento de um ano em relação ao anterior, uma vez que 2015 registrou R$ 112.481.926,05, valor inferior aos R$ 117.367.815,12 registrados em 2014, mas superior ao valor de 2013 (R$ 108.523.147,23)

Quando tomados os valores ajustados para dezembro de 2017, a relação de crescimento se confirma, mas com menor intensidade. O modelo de regressão para os valores ajustados revelou que a força da relação ainda é alta (R^2 = 0,87360), com significância estatística (p = 0,00066), mas em patamar inferior ao modelo dos valores nominais. O menor valor foi em 2010, com R$ 100.205.183,87. Em 2017 se observou o maior valor ajustado da série, R$ 153.505.840,30. O ano de 2015 manteve valor inferior ao de 2014, com R$ 131.263.218,8 contra R$ 139.131.106,10. Todavia, diferentemente dos valores nominais, desta vez, o valor de 2015 foi inferior, até mesmo, ao de 2013 (R$ 133.921.535,78).

O comportamento dos valores é semelhante quando se trata da esfera estadual, conforme os Gráficos 2.

Gráfico 2 - Dispersão de valores nominais e ajustados da receita estadual do SUS para execução financeira dos blocos de financiamento em Arapiraca (2010-2017)



Fonte: Elaboração própria. Base de dados: SIOPS

No Gráfico 2, a regressão com valores ajustados tem força de relação considerada alta (R^2 = 0,83692); porém ela é novamente menor que a relação constatada com os valores nominais (R^2 = 0,84297) e com menor significância (p = 0,00145 contra *p* = 0,00129). A importância de ajustar os valores se revela, ainda, no fato de que, em valores nominais, aparenta-se ter um crescimento em 2012 em relação a 2011, de R$ 6.222.558,58 para R$ 6.463.080,12. Entretanto, na verdade, houve decréscimo entre esses dois anos, pois os valores ajustados para dezembro de 2017 revelam que, em 2011, a receita foi de R$ 8.686.726,63, diminuindo para R$ 8.414.045,52 em 2012.

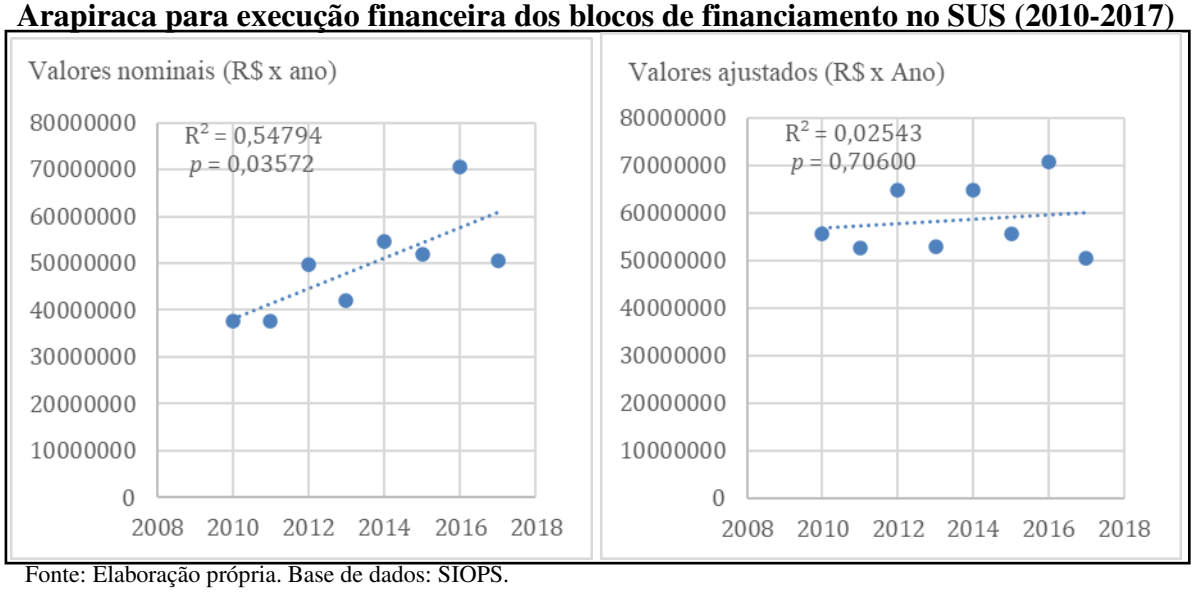
A diferença entre o comportamento dos valores tais quais estão no SIOPS e os ajustados em dezembro de 2017 se acentua na esfera municipal, assim como a relação de crescimento em face dos anos. Note-se que no Gráfico 3 se mantém a relação de crescimento apenas para os valores nominais, mas, inclusive, com o menor R^2 registrado, até então, entre as três esferas governamentais.

Apesar de o comportamento do conjunto dos dados do Gráfico 3 indicar crescimento (com um R^2 moderado de 0,54794), constatou-se uma oscilação, pois sempre houve a intercalação de um ano com queda em relação ao ano anterior, seguido de um ano com elevação. Portanto, nunca houve dois anos seguidos com elevação dos valores, inclusive, sendo a queda no último ano da série (2017, com R$ 50.533.291,76) para um valor abaixo, até mesmo, dos valores de 2014 (R$ 54.573.849,17) e de 2015 (R$ 51.846.866,39).

Quando observados os valores ajustados no Gráfico 3, tem-se, pela primeira vez, uma situação na qual não houve relação de crescimento dos valores ao longo da série, sendo o R^2 muito baixo (0,02543) e sem nenhuma significância (*p* = 0,70600). A tendência da série foi de estagnação e, considerando-se ano a ano, manteve-se a oscilação semelhante à dos valores nominais. No entanto,

devemos registrar que existe um agravante, porquanto o valor ajustado observado no último ano (R$ 50.597.238,12 em 2017) foi o menor entre todos da série, abaixo até mesmo do valor do primeiro ano (R$ 55.644.291,61 em 2010).

Gráfico 3 – Dispersão dos valores nominais e ajustados dos recursos próprios de Arapiraca para execução financeira dos blocos de financiamento no SUS (2010-2017)



Fonte: Elaboração própria. Base de dados: SIOPS.

No total, considerando os 8 anos estudados, o financiamento do SUS na execução financeira dos blocos, em Arapiraca, somou R$ 1.419.041.275,69 em valores nominais ou R$ 1.668.862.465,74 em valores ajustados para 2017. Desses totais, a parcela de recursos próprios do município foi de 27,82% e 28,01%, respectivamente. A maior participação é da esfera federal, com 60,86% das receitas em termos nominais e 61,21% em termos deflacionados. É bom esclarecer que, além dos recursos federais, estaduais e municipais, esses totais contam com os recursos oriundos de operações de crédito. No período estudado, os recursos dessa origem corresponderam a R$ 57.223.711,03 (4,03%) em valores nominais e R$ 64.811.482,92 (4,57%) em valores ajustados.

Considerando a participação percentual de cada esfera no total das receitas de um ano, constatou-se uma queda considerável da participação municipal, mas com aumento das receitas da União e do estado. De 2010 para 2017, considerando os valores ajustados, os recursos próprios municipais caíram de 34,16% do total das receitas anuais em 2010 para 22,43% em 2017. Enquanto isso, a esfera federal teve sua participação ampliada de 61,51% para 67,63% e a estadual, de 3,59% para 13,39%.

DISCUSSÃO

Diante da análise dos valores destinados por cada esfera governamental, a esfera municipal foi a única que não apresentou relação de crescimento na série. Trata-se de constatação preocupante, pois essa esfera é a responsável por realizar a gestão do SUS em nível de execução da maior parte dos serviços de saúde.

Além disso, o comportamento dos valores aqui identificado vai de encontro ao panorama nacional, pois a implementação do processo de descentralização do SUS resultou na maior participação dos recursos municipais, ao contrário dos recursos da União que continuam diminuindo desde os anos oitenta. Para Mendes e Marques (2014, p. 4),

> no período 1980-1990, a participação do governo federal chegou a representar 77,7% do gasto público realizado no País, nessa área. Nos anos seguintes, em função da implementação do SUS e do crescente comprometimento da instância municipal, a presença relativa do governo federal foi menor, embora ainda hoje seja a mais importante fonte de recursos da saúde. Em 2011, esses recursos corresponderam a apenas 45,5%, inferiores ao financiamento de estados e municípios juntos [...].

Apesar disso, quando analisado o comportamento das receitas municipais tendo como referência os seus próprios valores ao longo dos anos, constatamos uma relação de estagnação para o caso de Arapiraca, mas com crescimento das outras esferas. A situação é ainda mais significativa ao se observar o percentual dos recursos municipais no total da receita de um ano, quando a participação municipal caiu de 34,16% em 2010 para 22,43% em 2017.

Cabe lembrar que a EC 29, em nível nacional, foi bem-sucedida para o aumento da aplicação de recursos dos estados e dos municípios na saúde, quando passaram de 18,6% para 26,4% e de 21,7% para 28,5%, respectivamente. Desse modo, apesar de assegurado um aumento continuado no aporte de recursos para os gastos em ASPS, por meio de transferência fundo a fundo, a elevação dessas despesas foi financiada em maior parte pelos recursos dos estados e dos municípios, em detrimento dos recursos provindos da União, que caíram, no início dos anos 2000, mais de 20% nas regiões Norte e Nordeste, justamente as regiões com maiores desigualdades sociais.

Nesse sentido, Piola, Sá e Vieira (2018) concluíram que a redução das desigualdades regionais apenas seria possível com um aumento da participação do financiamento da União nas despesas com ASPS, sobretudo nas regiões mais pobres do país, pois os seus municípios não conseguiriam manter o patamar de financiamento por muito tempo. Isso devido a um risco de, com o passar dos anos, a reposição da queda de recursos federais a partir de recursos municipais cessar, fazendo com que o orçamento da saúde estagnasse ou, até mesmo, decaísse. No caso de Arapiraca, ao que parece, esse

desfecho se mostra como possibilidade factível, uma vez que a capacidade do município substituir uma possível perda da participação federal não se constitui uma tendência. Porém, nesse caso particular, o aumento das receitas oriundas da União e do estado, conforme até então constatado, não tem permitido que se sinta a exata proporção da ameaça que vem se engendrando para a gestão municipal do SUS em Arapiraca.

O fato é que em outras regiões do país tem-se revelado o desfinanciamento crescente dos recursos federais, colocando em xeque a capacidade de resposta dos municípios a médio e longo prazo (MENDES; SANTOS, 2000). Considerando essa tendência nacional e a diversidade regional, econômica, política e social do país, devemos acompanhar as particularidades de cada município, mas sem perder de vista a dinâmica geral.

Teles, Coelho e Ferreira (2017), ao estudarem o gasto público em saúde nos 417 municípios da Bahia, nos anos de 2013 e 2014, observaram que o processo de descentralização da gestão para estados e municípios representou um grande avanço para as políticas públicas de saúde. No entanto, a alocação de recursos deve tomar como base as condições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada município ou região, sob o risco de minguar as capacidades dos municípios de médio e pequeno porte.

Souza, Melo e Santos (2019) já haviam analisado o caso de Arapiraca, entre 2014 e 2017, considerando os investimentos por blocos de financiamento. Constataram que o aumento do conjunto dos recursos para o SUS de Arapiraca aparenta ser maior que de fato é, quando se contrasta os valores nominais e os ajustados, o que ratificamos no presente artigo. Na ocasião, os autores destacaram que não houve crescimento dos valores ajustados em 2015 em relação a 2014, justamente em um período de pico da crise econômica nacional, o que, então, reverberou no financiamento do SUS municipal.

Concomitante a discussão sobre o (sub)financiamento do SUS é necessário dimensionar os problemas relacionados à gestão ineficiente dos recursos públicos em saúde, visto que essa associação impacta diretamente na integralidade e universalidade da política de saúde. Em estudo ecológico nos municípios da Rota dos Bandeirantes, localizada no estado de São Paulo, no período de 2009 a 2012, Santos-Neto *et al*. (2019) verificaram a eficiência técnica do gasto em saúde. Para isso, realizaram o cálculo do Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) através dos indicadores estruturais e indicadores de resultados coletados SIOPS e no DATASUS.

Com o estudo, constatou-se que a eficiência técnica em saúde está diretamente relacionada ao maior quantitativo da receita empregada diretamente pelo município e o maior gasto per capita. Porém, alguns dos munícipios que compõem a amostra, mesmo dispondo de menor estrutura, atingiram melhores resultados que os circunvizinhos, mostrando assim que houve gestão eficiente da estrutura

disponível. Logo, o quantitativo da receita se revelou como condição necessária para a eficiência, porém, não suficiente (SANTOS-NETO *et al*., 2019).

Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) também utilizaram o IETS para avaliar os municípios que integram a 25ª região de Saúde de Santa Catarina. Em 2010, essas cidades apresentam os menores IDH do estado em que estão situadas, bem como os menores indicadores no Índice de Desempenho do SUS no ano seguinte.

A relevância do estudo acima é reforçada ao se constatar que mesmo com alto percentual de aplicação de receitas, superior as médias de outros municípios, a região não conseguiu reduzir os indicadores de mortalidade. As cidades de Mafra, Papanduva e Monte Castelo apresentaram os melhores índices de eficiência técnica entre os municípios da amostra, enquanto São Bento do Sul revelou um dos piores índices, mesmo sendo um dos municípios com maiores despesas. Dessa forma, ratifica-se que existe ineficiência técnica na aplicação dos recursos, o que reforça a necessidade de "implementação de mecanismos mais apurados de acompanhamento, controle e avaliação da qualidade das ações e dos serviços de saúde locais" (MAZON; MASCARENHAS; DALLABRIDA, 2015, p.1).

Apesar da importância da eficiência dos gastos, não se pode usar esse argumento com um subterfúgio que legitima o subfinanciamento da saúde. Ainda que seja necessário melhorar a eficiência técnica, o cerne dos problemas de saúde se deve, mesmo, ao patamar de financiamento aquém do necessário para garantir um sistema universal, equânime e integral (SOUZA, 2020).

Vale salientar que, o subfinanciamento do SUS está, intrinsecamente, relacionado com as medidas de austeridade fiscal que o Estado contemporâneo impõe ao SUS. Destaca-se a criação do Fundo Social de Emergência em 1994, que com o tempo passou a ser denominado por Fundo de Estabilização Fiscal e, em 2000, por Desvinculação das Receitas da União (DRU). Com esse mecanismo fiscal, se "definiu, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para o uso do governo federal, longe de seu objetivo de vinculação: a seguridade social" (MENDES, 2013, p. 987). Tais perdas na Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social) foram primordiais para a diminuição do investimento em saúde. Essa conformação de desvio fiscal estabelecido pela DRU, trata-se, basicamente, de uma forma de gerar superávit primário e, assim, criar expectativas no mundo financeiro de que o compromisso com a dívida da união será cumprido (SOUZA, 2019).

A dinâmica neoliberal, dessa forma, é o fio condutor para observar a dinâmica financeira experimentada pelo SUS, sobretudo pela mediação das instituições representantes do grande capital, a saber: o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Cumpre destacar que é através do BM e de sua concepção voltada à "lógica de custo-efetividade", que se infere a questão de que a

estratégia economicamente mais baixa e efetivamente mais alta deve ser implementada, ignorando a ideia central do SUS, que é efetivar assistência de saúde integral, universal e equânime (SOUZA, 2020).

Essa dinâmica de subfinanciamento ganha fôlego com as novas medidas de austeridade, a exemplo EC n. 95/2016, no Brasil. Assim, a austeridade precisa ser entendida como um conjunto de políticas econômicas em resposta à crise do sistema do capital, porquanto se vislumbra amenizar seus impactos, mas que acaba por sacrificar as políticas sociais e alimentar o sistema da dívida pública (SALVADOR, 2008).

É fato, portanto, que o SUS precisa ser mais bem financiado e as medidas de austeridade fiscal se consubstanciam em um pujante impasse à efetivação da proposta original, inclusive em nível local, uma vez que, a exemplo do município de Arapiraca, há um grande peso do investimento da esfera federal nas finanças dos municípios (o que assume maior relevância no caso aqui estudado, tendo em vista o comportamento das receitas municipais entre 2010 e 2017), tornando-os extremamente sensíveis à macrodinâmica econômica e política, ainda mais porque o sistema de saúde, apesar de descentralizado, é único.

CONCLUSÃO

Constatou-se que, quando se trata de valores ajustados pela inflação, o comportamento das receitas próprias do município se mostrou estagnado, mesmo que tenha tido algum crescimento quando observados apenas os valores nominais. O percentual da participação municipal no total das receitas do SUS, no município, também diminui de 2010 para 2017. Assim, a ampliação das receitas federais e estaduais se constituiu no suporte à saúde pública nesse período em face das limitações municipais.

Tomando a dinâmica de financiamento do SUS em cidades do interior brasileiro, como Arapiraca, fica evidente o impacto do financiamento federal e a necessidade peremptória da interação tripartite. Com a descentralização, a transição para a maior participação dos municípios na composição do orçamento da saúde pública deve ser pactuada, sistematizada, com controle social e, sempre, pautada nas demandas locais.

A intensificação das medidas de austeridade parece incidir com maior impacto em municípios menores, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, conforme estudos anteriores demonstraram. Nesses municípios, há maiores desigualdades sociais, iniquidades de saúde e maior peso do investimento federal na saúde. Portanto, são mais suscetíveis à dinâmica nacional, como menor potencial de respostas próprias.

Vale salientar que o presente estudo possui limites, tendo em vista que se limitou a análise da origem dos recursos na execução financeira destinada aos blocos, não houve uma análise da recursos por fora dos blocos, da eficiência técnica e nem o detalhamento dos serviços executados. O estudo também considera o período anterior à pandemia da Covid-19, quando houve aportes emergenciais no orçamento da saúde e colocou-se em xeque a EC n. 95/2016. Por fim, é de substancial importância avaliar o financiamento ante a relação das esferas governamentais, a fim de vislumbrar lacunas de investimento que podem ser sanadas a curto e médio prazo, mediante os dispositivos legais válidos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.; MENDES, A. "Eficiência na atenção à saúde no SUS: revisão para uma crítica às recomendações do Banco Mundial". **Journal of Management & Primary Health Care**, vol. 15, 2023.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Washington: Banco Mundial, 2019.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo**: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasil – revisão das despesas públicas. Brasília: Banco Mundial, 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000**. Brasília: Planalto, 2000. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 19/03/2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 86, de 18 de março de 2015**. Brasília: Planalto, 2015. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 19/03/2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília: Planalto, 2016. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 19/03/2023.

BRASIL. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: Planalto, 2012. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 19/03/2023.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 19/03/2023.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais (Tese de Doutorado em Serviço Social). Recife: UFPE, 2005.

CRUZ, S. A. M. "Políticas de saúde pública e a transformação do modelo do Welfare State no Brasil". *In*: SENHORAS, E. M. (org.). **Saúde Pública**: Agendas Multidisciplinares. Boa Vista: Editora IOLE, 2023.

DUGGAL, R. "Poverty and health: Criticality of public financing". **Indian Journal of Medical Research**, vol. 126, n. 4, 2007.

GUEDES, T. A; SILVA, F. S. "Gestão de saúde pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 13, n. 37, 2023.

IBGE – Instituo Brasileiro de Geografia E Estatística. **Cidades e Estados**: Arapiraca. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LIU, X.; MILLS, A. "Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations". **Social Science and Medicine**, vol. 54, n. 11, 2002.

MASSUDA, A. *et al*. "The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience". **BMJ Global Health**, vol. 3, 2018.

MAZON, L. M.; MASCARENHAS, L. P. G.; DALLABRIDA, V. R. "Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil". **Saúde e Sociedade**, vol. 24, 2015.

MENDES, A. "A longa batalha pelo financiamento do SUS". **Saúde e Sociedade**, vol. 22, n. 4, 2013.

MENDES, A; MARQUES, R. M. "O financiamento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde". **Saúde em Debate**, vol. 38, 2014.

MENDES, A; SANTOS, S. B. "Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas". **Saúde e Sociedade**, vol. 9, 2000.

PIOLA, S. F.; SÁ, R. P.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SALVADOR, E. **Fundo Público no Brasil**: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007) (Tese de Doutorado em Serviço Social). Brasília: UNB, 2008.

SANTOS-NETO, J. A. *et al*. "Avaliação da eficiência técnica em saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil". **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 24, 2019.

SOUZA, D. O. "Sistemas Universais de Saúde: Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde". **Saúde em Debate**, vol.43, 5, 2019.

SOUZA, D. O. "Under the leadership of the World Bank: challenges in, and perspectives of, the SUS conter-reform". **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 30, n. 1, 2020.

SOUZA, D. O; MELO, A. R. R.; SANTOS, A. M. A. "Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS): análise do caso particular de Arapiraca/AL (2014-2017)". **Diálogos Interdisciplinares**, vol. 8, n. 7, 2019.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. "Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades". **Saúde em Debate**, vol. 41, 2017.

TYROVOLAS, S.; KASSEBAUM, N.J.; STERGACHIS, A. "The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016". **The Lancet Public Health**, vol. 8, n. 3, 2018.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano V | Volume 13 | Nº 37| Boa Vista |2023

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima