UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

MÁRCIO LEONARDO DE SANTANA MARINHO FALCÃO

ANÁLISE DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE E DA COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS: tendência 2008 a 2018

Recife
2020

MÁRCIO LEONARDO DE SANTANA MARINHO FALCÃO

ANÁLISE DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE E DA COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS: tendência 2008 a 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde na área de concentração em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dra. Maíra Galdino da Rocha Pitta

Coorientadora: Prof.ª Dra. Michelle Melgarejo da Rosa

Recife

2020

Catalogação na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

F178a Falcão, Márcio Leonardo de Santana Marinho
Análise dos gastos públicos em saúde e da cobertura da atenção primária dos municípios pernambucanos: tendência 2008 a 2018 / Márcio Leonardo de Santana Marinho Falcão. - 2020.
66 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.ª Dra. Maíra Galdino da Rocha Pitta e Coorientadora Prof.ª Dra. Michelle Melgarejo da Rosa.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020.
Inclui referências.

1. Gastos em saúde. 2. SIOPS. 3. Atenção Primária em Saúde. I. Pitta, Maíra Galdino da Rocha (Orientadora). II. Rosa, Michelle Melgarejo da (Coorientadora). III. Título.

330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2020 – 080)

MÁRCIO LEONARDO DE SANTANA MARINHO FALCÃO

ANÁLISE DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE E DA COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS: tendência 2008 a 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde na área de concentração em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Aprovada em: 25/05/2020

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Rodrigo Gomes de Arruda (Examinador Externo)
Universidade Salgado de Oliveira

_____

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Dra. Joyce Nunes dos Santos Lucena (Examinadora Externa)
Fundação HEMOPE

Aos meus pais, Ana Lúcia e Edvaldo Falcão *(in memoriam*), alicerces para construir tudo que sou hoje.

A minha esposa Mariana Falcão, a meus enteados João Victor e Vanessa e ao meu filho, Luís Guilherme pelos dias e noites que compreenderam a minha ausência para a elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Nem sempre nos lembramos de agradecer as conquistas que temos. Muitas vezes é mais fácil e comum pensar num novo objetivo quando o projeto tão almejado finalmente foi conquistado. No entanto, o maior projeto que nós temos é o do crescimento interior, do cerne do ser humano: seu espírito.

Agradeço imensamente a Deus por me dar esta oportunidade de crescer profissionalmente e de buscar a excelência em cada dia da minha carreira profissional.

A minha família, em especial a minha esposa Mariana Carvalho Falcão, pela compreensão da ausência em diversos momentos, para conclusão deste projeto.

A minha turma de mestrado, pelas discussões construtivas e grandes amizades que se formaram ao longo deste caminho.

Finalmente, não posso esquecer dos meus facilitadores nesta caminhada, minha orientadora, Profa. Dra. Maira Galdino da Rocha Pitta, pela cordialidade, paciência e direcionamentos sempre coerentes. A minha coorientadora, Profa. Dra. Michelle Melgarejo da Rosa, por sua disponibilidade em fazer observações, correções e sugestões a este trabalho. A Profa. Dra. Tatiane Menezes, por mostrar diferentes caminhos para buscarmos conhecimento com sua experiência e objetividade. A Andrewen Felipe, pelas horas de estudo comigo em econometria e Stata ®, pelas observações e auxílio no desenvolvimento deste estudo. Aos amigos Flávio Lago, pelo auxílio na ferramenta do SIOPS e Ana Lúcia Albuquerque, por passar sua experiência e expertise sobre a atenção básica. A Tunísia, secretária do PPGGES, por sempre nos receber de forma solícita e resolver as diversas demandas que levava como vice representante da turma, além de cada profissional que compõe o programa PPGGES.

As experiências vividas neste programa, todas as perguntas, debates e situações, fizeram deste mestrado, realmente, um curso inesquecível. A todos, o meu sincero obrigado!

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

(FREIRE, 2000, p.134).

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido analisada como a mais bem-sucedida reforma da área social sob o novo regime democrático brasileiro. Tem na Atenção Primária a Saúde (APS), uma estratégia de organização voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população. Integra ações preventivas e curativas, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. As transferências dos recursos federais para o financiamento da APS sofreram mudanças que colaboraram com a expansão desta, com ênfase na municipalização e descentralização. Com demandas cada vez maiores e escassez nos recursos, o desafio dos gestores públicos tem sido planejar seus gastos de modo que o aspecto econômico não comprometa a prestação de serviços adequados a população. Para um melhor controle e transparência no uso desses recursos, o ministério da saúde criou o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). Este trabalho se motiva a demonstrar a evolução dos gastos públicos em saúde dos municípios pernambucanos, bem como, quer-se identificar os fatores que tiveram maior participação nos gastos em saúde destes municípios no período de 2008 a 2018. Se baseia em um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e longitudinal, que analisou dados do SIOPS, do IBGE e do e-Gestor Atenção Básica. A análise demonstrou uma tendência crescente, com um incremento de 11,63% na média populacional da região, um aumento real de 179,8% na média dos gastos totais em saúde dos municípios, um aumento real de 122,76% na média de gastos per capita oriundo de arrecadação própria, um crescimento de 3,9 pontos percentuais na média de investimentos em saúde, um crescimento de 6,26 pontos percentuais na média de participação de serviços terceirizados por pessoas jurídicas, uma redução de 2,29 pontos percentuais na média de gastos com medicamentos e uma redução de 3,4 pontos percentuais na média de gastos com pessoal na saúde. A média cobertura da estratégia de saúde da família e da atenção básica também seguiu uma tendência crescente, saindo de 87,78% e 88,35%, respectivamente em 2008, e atingindo uma média 92,11% e 92,99% de cobertura, respectivamente em 2018. Os resultados evidenciam um aumento substancial dos gastos em saúde, a participação, cada vez maior, dos recursos dos tesouros municipais, para manutenção e ampliação da atenção primária à saúde e melhor infraestrutura para a saúde da família.

Palavras-chave: Gastos em Saúde. SIOPS. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

The creation of the Unified Health System (SUS), has been analyzed as the most successful reform of the social area under the new Brazilian democratic regime. Primary Health Care (PHC) has an organizational strategy aimed at responding in a regionalized, continuous and systematic way to most of the health needs of a population. It integrates preventive and curative actions, representing the first level of contact of individuals, family and community with the national health system. The transfers of federal resources for PHC financing underwent changes that contributed to its expansion, with an emphasis on municipalization and decentralization. With increasing demands and scarcity of resources, the challenge for public managers has been to plan their spending so that the economic aspect does not compromise the provision of adequate services to the population. For better control and transparency in the use of these resources, the Ministry of Health created the Information System on Public Health Budgets (SIOPS). This work is motivated to demonstrate the evolution of public health expenditures in the municipalities of Pernambuco, as well as, we want to identify the factors that had greater participation in health expenditures in these municipalities in the period from 2008 to 2018. It is based on a quantitative study, descriptive, retrospective and longitudinal, which analyzed data from SIOPS, IBGE and e-Manager Primary Care. The analysis showed an increasing trend, with an 11.63% increase in the region's population average, a real increase of 179.8% in the average of total municipal health expenditures, a real increase of 122.76% in the average of per capita spending from own funds, an increase of 3.9 percentage points in the average of investments in health, an increase of 6.26 percentage points in the average participation of outsourced services by legal entities, a reduction of 2.29 percentage points in the average expenditure on medication and a reduction of 3.4 percentage points in the average expenditure on health personnel. The average coverage of the family health strategy and primary care also followed an increasing trend, leaving 87.78% and 88.35%, respectively in 2008, and reaching an average of 92.11% and 92.99% of coverage, respectively in 2018. The results show a substantial increase in health expenditures, the increasing participation of municipal treasury resources for the maintenance and expansion of primary health care and better infrastructure for family health.

Keywords: Health expenditure. SIOPS. Primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do estado de Pernambuco..... 28

Figura 02 – Distribuição das gerências regionais de saúde (GERES) do estado de Pernambuco..... 29

Figura 03 – Evolução da média populacional dos municípios pernambucanos..... 35

Figura 04 – Evolução da média dos gastos totais em saúde dos municípios pernambucanos..... 37

Figura 05 – Evolução da média dos gastos em saúde per capita dos municípios pernambucanos..... 38

Figura 06 – Evolução da média dos gastos com recursos próprios per capita dos municípios pernambucanos..... 39

Figura 07 – Evolução da participação média dos investimentos em saúde dos municípios pernambucanos..... 40

Figura 08 – Evolução da participação média dos serviços terceirizados dos municípios pernambucanos..... 41

Figura 09 – Evolução da participação média dos gastos com medicamentos dos municípios pernambucanos..... 42

Figura 10 – Evolução da participação média dos gastos com pessoal em saúde dos municípios pernambucanos..... 43

Figura 11 – Evolução da participação de cada indicador na média dos gastos em saúde nos municípios pernambucanos..... 44

Figura 12 – Evolução da média de cobertura populacional pela AB e ESF dos municípios pernambucanos..... 45

Figura 13 – Evolução da estimativa de cobertura da ESF nos municípios de Pernambuco..... 46

Figura 14 – Evolução da estimativa de cobertura da AB nos municípios de Pernambuco..... 47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Municípios pernambucanos com maior destaque em crescimento populacional..... 36

Tabela 2 – Municípios pernambucanos com maior destaque em densidade populacional..... 36

Tabela 3 – Correlação da cobertura da atenção básica por gastos totais em saúde por habitante/ano, Pernambuco, 2008-2018..... 48

Tabela 4 – Correlação da cobertura da estratégia de saúde da família por gastos totais em saúde por habitante/ano, Pernambuco, 2008-2018..... 48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
APS	Atenção Primária a Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GERES	Gerência Regional de Saúde
hab/km²	Habitante por quilômetro quadrado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
NHS	National Health System
NOB	Norma Operacional Básica
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OSS	Organizações sociais em saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
p.p.	Pontos percentuais

PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**15**
1.2	**Objetivos**.....	**16**
1.2.1	Objetivo Geral.....	**16**
1.2.2	Objetivos Específicos.....	**16**
2	**REVISÃO DE LITERATURA**	**17**
2.1	**O Sistema Único de Saúde**.....	**17**
2.2	**Atenção Primária a saúde**.....	**18**
2.3	**Financiamento, gastos e sistema de informação em saúde**.....	**19**
2.3.1	Financiamento em saúde.....	**20**
2.3.2	Gastos em saúde.....…….....	**24**
2.3.3	Sistemas de Informação em saúde.....	**26**
2.4	**Caracterização do local de estudos**.....	**27**
2.4.1	Dados socioeconômicos.....	**30**
3	**METODOLOGIA** …….....	**31**
3.1	**Tipo de estudo**.....	**31**
3.2	**Fonte e coleta de dados**.....	**31**
3.3	**Aspectos éticos**.....	**31**
3.4	**Variáveis do estudo**.....	**31**
3.5	**Processamento e análise dos dados**.....	**32**
4	**RESULTADOS**.....	**35**
4.1	**Evolução populacional**.....	**35**
4.2	**Evolução dos gastos totais em saúde**.....	**36**
4.3	**Evolução dos gastos com recursos próprios em saúde**.....	**39**
4.4	**Evolução dos investimentos em saúde**.....	**40**
4.5	**Evolução dos gastos médios com serviços terceirizados em saúde**.....	**41**
4.6	**Evolução dos gastos médios com medicamentos**.....	**42**
4.7	**Evolução das médias de gastos com pessoal em saúde**.....	**43**
4.8	**Evolução comparativa dos gastos médios com pessoal, medicamentos, serviços terceirizados e investimentos em saúde**.....	**44**
4.9	**Evolução da média das coberturas de ESF e AB**.....	**45**
4.10	**Análise de Regressão**.....	**48**

5 DISCUSSÃO……..... **49**
6 CONCLUSÕES **57**
REFERÊNCIAS **59**

1 INTRODUÇÃO

O processo de reforma sanitária Brasileira coloca a saúde como um direito de todos os cidadãos, sendo a base fundamental para a construção do Estado de bem-estar social proposto pela constituição. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido avaliada como a mais bem-sucedida reforma da área social sob o novo regime democrático mundial (MARQUES; MENDES, 2007).

Diferentes políticas de saúde e diretrizes gerais para a organização do SUS foram criadas mantendo elementos de continuidade entre si, sob a luz das Leis Federais da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (MENDES; MARQUES, 2009).

A Atenção Primária a Saúde (APS), conforme afirma Martins, Garcia, Sodré e Farah (2018), é uma estratégia de organização da atenção à saúde, voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população. Integra ações preventivas e curativas, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Indubitavelmente, a APS quer levar os cuidados em saúde onde pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (WHO, 1978).

O marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), apresentando-se como uma proposta mais abrangente dentro da expectativa de atenção à saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O PSF foi ganhando relevância na organização do sistema de saúde e passou a ser reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Incorporou elementos de outros sistemas fundamentados da APS nas propostas definidas na Conferência de Alma Ata, tendo como princípios o acesso universal, o cuidado continuado, integral e coordenado à saúde (SILVA; BAITELO; FRACOLLI, 2015).

A expansão da APS por meio da municipalização foi tomada como prioridade pelo Ministério da Saúde (SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017).

Com demandas cada vez maiores e escassez nos recursos, o desafio dos gestores públicos tem sido planejar seus gastos de modo que o aspecto econômico não comprometa a prestação de serviços adequados a população e que a tomada de decisões seja baseada em evidências para a programação e pactuação das políticas em saúde.

A criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), pelo Ministério da Saúde, reuniu informações sobre o financiamento e o gasto com saúde

pública dos municípios, dos estados e da União. Esse sistema permitiu visualizar, conforme o grau de agregação desejado, o dispêndio e a capacidade de financiamento das ações e serviços públicos de saúde, em nível local, estadual ou federal. (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

A aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em maio de 2000, reforçou e impôs a atenção dos gestores para o equilíbrio e o controle das contas públicas, e fixou limites para os gastos públicos de caráter continuado, como a despesa com mão-de-obra capacitada (MEDEIROS; ALBUQUERQUE; DINIZ; ALENCAR, 2014). Acompanhar o comportamento das instâncias subnacionais em relação aos gastos públicos é essencial para a análise do processo de descentralização do SUS (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006).

O estado de Pernambuco com seus 184 municípios e a ilha de Fernando de Noronha, estão inseridos neste contexto de austeridade fiscal. São eles os responsáveis pela atenção básica de forma mais localizada (SES, 2019).

Este estudo, propôs-se a avaliar a evolução dos gastos públicos municipais em saúde, suas fontes de receita, fatores que tiveram maior participação nos gastos, bem como avaliar o impacto dos gastos em saúde na evolução na cobertura da APS nos municípios pernambucanos no período de 2008 a 2018.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a evolução dos gastos na Atenção Primária em saúde dos municípios pernambucanos entre 2008 e 2018.

1.2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o percentual de cobertura da atenção primária à saúde dos municípios pernambucanos de 2008 a 2018;
- Acompanhar a evolução dos principais indicadores de gastos em saúde nos municípios pernambucanos de 2008 a 2018 disponíveis no SIOPS;
- Estimar o efeito dos gastos em saúde na cobertura da atenção primária em saúde nos municípios Pernambucanos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Público de Saúde Brasileiro resultou de décadas de luta do movimento denominado Reforma Sanitária, com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento à população. O SUS foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 (CARVALHO,2013).

O SUS foi implantado como um sistema federativo com a participação das três esferas de governo, mediante a realização de serviços universais e gratuitos em todo território nacional, tendo a descentralização como diretriz básica e com o mecanismo constitucional do controle público, por meio do controle social, passando a ser o único sistema universal de saúde da américa latina. Foi espelhado de experiência de países como o Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

A Lei 8.080/90 contém dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema (BRASIL,1990). A Lei 8.142/90 dispõe sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS – o conselho e a conferência de saúde – e transferências intergovernamentais de recursos (BRASIL,1990).

As normatizações federais para o processo de descentralização foram editadas e substituídas ao longo dos anos, conforme será discorrido adiante. Nos anos de 1990, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), em 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, reformulada em 2002), em 2006 o Pacto pela Saúde e, em 2011, o Decreto 7.508.

A NOB/93 criou a comissão intergestores tripartite (CIT) e a comissão intergestores bipartite (CIB). A CIT como um instrumento de debates sobre a política nacional de saúde com participação de estados e municípios e unidades da federação. Além de atuar nas decisões relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e dos diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS (BRASIL, 1993).

A CIB é uma instância privilegiada para de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS (BRASIL,1993). Todos os estados possuem uma CIB, formada paritariamente por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado de Saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo conselho de secretarias municipais de saúde (COSEMS). Analisa os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual.

A NOB/96 trata da promoção e consolidação do pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da gestão da atenção à saúde dos seus munícipios e a redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1996).

A Portaria GM/MS nº. 399/2006 estabeleceu o Pacto Pela Saúde com a substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso e Gestão, bem como a integração das formas de repasse dos recursos federais por meio de cinco blocos: Atenção Primária; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS e Alta e Média Complexidade (BRASIL, 2006).

Outro ponto significativo para o SUS foi o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990. Instituiu as regiões de saúde, fundamentais para o planejamento, assistência à saúde e a articulação Inter federativa. A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários se dá por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (BRASIL, 2011).

2.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde foi consagrada a partir da Conferência Internacional no ano de 1978, em Alma-Ata, definida como a porta de entrada dos sistemas de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (RODRIGUES; SILVA; PERUHYPE; PALHA, 2014). Tem o papel fundamental de promoção do desenvolvimento social e enfrentamento dos determinantes de saúde de caráter socioeconômico com uma série de intervenções de baixo custo para diversos agravos.

O “Relatório Dawson” elaborado na Grã-Bretanha em 1920 instituiu as características da APS e definiu os três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. O relatório foi alicerce para o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) de 1948 e de vários sistemas de saúde pelo mundo.

Também foi também um tema de pauta III Conferência Nacional de Saúde em 1963. Ressalta-se como um contraponto ao liberalismo norte americano do "Relatório Flexner", formulado em 1911 e lastreado no individualismo e reducionismo da atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo Costa (2016), desde 1994, o incentivo econômico dado aos Municípios para a adoção do Programa de Saúde da Família (em 2006 renomeado como Estratégia de Saúde da Família – ESF), no contexto da cooperação federativa, alterou a oferta municipal de serviços de saúde e converteu o modelo assistencial tradicionalmente pautado na assistência hospitalar. A Política Nacional de Atenção Básica, PNAB, acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na CIT, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a ESF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica (GIOVANELLA; MENDONÇA; ALMEIDA; ESCOREL, 2009).

A portaria GM 648/2006, que regulamenta a PNAB, salienta que a atenção básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Define os papéis dos municípios, dos estados e da união na organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações da atenção básica (AB). Trata da composição das chamadas unidades básicas de saúde (UBS), com e sem saúde da família e da composição da equipe multidisciplinar para a atuação na ESF. Neste modelo, a atenção à saúde tem o cerne na família, entendendo seus aspectos sociais, além do ambiente, das condições de vida e saúde. Isto proporciona a todos os profissionais envolvidos, uma visão ampliada do processo saúde-doença, bem como da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Para Arantes, Shimizu, Merchán-Hamann (2016), a definição da ESF como serviço de primeiro contato ou porta de entrada é outro aspecto fundamental para sua implantação como modelo de APS abrangente, que deve servir para o atendimento das maiores necessidades de saúde de uma população bem como para promoção e regulação do acesso a outros níveis de atenção. Trata-se de uma plataforma abrangente e sempre atual para qualquer situação que envolva a atenção à saúde da população.

Esse modelo de atenção à saúde é responsável por construir relações de vínculo com os usuários adscritos em seu território de abrangência e ser resolutivo quanto às suas demandas de saúde. A ESF, através do acolhimento e escuta sensível, pode resolver grande parte dos problemas apresentados em sua comunidade.

2.3 Financiamento, gastos e sistema de informação em saúde

2.3.1 Financiamento em saúde

O entendimento sobre as questões do financiamento envolvidas na determinação das despesas públicas municipais em saúde, além de se fazer necessário, possibilita não só aos gestores e profissionais de saúde, como também aos usuários do SUS uma participação consciente e eficaz no controle social de todo o dinheiro investido, contribuindo assim para um sistema de saúde eficaz e transparente (SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012).

O sistema de saúde brasileiro adotou uma forma mista de alocação orçamentária aos municípios, no qual parte do orçamento lhes é transferido principalmente por repasses diretos ao Fundo Municipal de Saúde. Outra parte é paga diretamente aos estabelecimentos prestadores de serviço conforme sua produção e obedecendo aos valores da tabela padronizada de procedimentos do SUS, ainda, uma terceira fonte de recursos provém da aplicação direta municipal de um percentual mínimo de seus recursos próprios (SOARES; CLEMENTE; FREIRE; SCARPIN, 2016).

O modo como são efetuadas as transferências dos recursos federais para o financiamento da AB sofreu mudanças ao longo do tempo, o que colaborou com a expansão da atenção básica, com ênfase na municipalização e visando a descentralização da saúde (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

A gestão e financiamento do sistema de saúde, pela CF/88, é de responsabilidade da União, estados e municípios, com os recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal de todos os entes federados. (BRASIL, 1988). No governo federal, esses recursos seriam repartidos entre a previdência, à assistência social e a saúde e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento do OSS, excluído o seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde. Contudo, somente com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000) e por meio da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) é que ficou estabelecido a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal tiveram as condições e formas de repasse reguladas pelo Decreto Presidencial nº. 1.232/94. Estes repasses estão vinculados à existência de fundos de

saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde que também irá, com os demais órgãos de controle, fiscalizar a movimentação desses recursos (BRASIL, 1994). Neste mesmo ano, demonstrando a prioridade das medidas de ajuste fiscal, o governo criou o Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas da União (DRUCK) que passou a retirar parte das receitas destinadas à seguridade social e à descentralização –receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (UGÁ; PORTO, 2008).

Nos anos de 1990 ocorreram as Normas Operacionais Básicas (NOB), destacando a NOB 01/96, pela importância para o financiamento da AB, com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), diretamente contribuindo para o desenvolvimento do novo modelo assistencial. A mesma foi seguida pelo Pacto pela Saúde em 2006. Em 2011 pelo Decreto 7.508 (BARBOSA; ZORTEA; CUNHA; SANTOS, 2016). O PAB, altera a lógica de transferência de recursos do governo federal, com uma parte fixa e outra variável, reorganizando o modelo de atenção à saúde para a AB, estimulando a implantação da ESF (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

Com a NOB/96, os recursos de custeio provindos da esfera federal, que configuravam os Tetos Financeiros da Assistência, passaram a ser executados segundo duas modalidades: Remuneração por Serviços Produzidos e Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo). Essa norma alterou também as habilitações de gestão estabelecidas na NOB/93 (BRASIL, 1996).

Já nos anos 2000, a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29/2000), de 13 de setembro de 2000, determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo bem como os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. O parágrafo 3º deu nova redação do artigo 198 e previu a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, por lei complementar, pelo menos a cada cinco anos desde a sua data de promulgação.

A Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012 (LC n. 141/2012) regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, definindo:

> a) o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
> b) percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde;
> c) critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados aos seus respectivos municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

> d) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2012).

A EC 29 definiu a base de cálculo como equivalente ao montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. De 2001 até o ano de 2004, a base de cálculo correspondia ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. (BRASIL, 2000).

Segundo Leite, Lima, Vasconcelos (2012), o aumento da participação de estados e municípios no financiamento do SUS, com a vinculação de recursos mínimos de arrecadação de cada ente federativo em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), representou uma das principais alternativas para solucionar o subfinanciamento. Com a EC29 0bserva-se uma elevação das contribuições com o orçamento da saúde dos estados e, principalmente, os municípios aumentaram, enquanto houve um decréscimo da participação da União (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016).

Com o Pacto pela Saúde, as transferências dos recursos federais para estados e municípios foram modificadas, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006). A criação destes grandes blocos de financiamento procura resolver a excessiva segmentação dos recursos repassados pela União, aos demais entes federativos (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

A Emenda Constitucional n. 86 de 17 de março de 2015 definiu que a partir de 2016 a União aplicaria, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, mas que seria cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

> a) 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
> b) 13,7% da RCL no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
> c) 14,1% da RCL no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
> d) 14,5% da RCL da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta (BRASIL, 2015).

No caso dos municípios, ficou estabelecido um gasto mínimo a ser aplicado na saúde de 15% da arrecadação dos municípios. Isso representou um grande desequilíbrio

orçamentário pelo comprometimento de grande parte dos seus orçamentos para esse setor (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

A instauração da EC 95, em dezembro de 2016, estabeleceu o congelamento de gasto primário federal por 20 anos com significativa redução da participação federal no custeio das ações em saúde, 8.2% de redução ao primeiro ano, gerando consequências na aplicação de recursos em saúde e diminuindo sua sustentabilidade para a população (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Em 28 de dezembro de 2017, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.992. Nessa Portaria, os blocos de financiamento passaram a ser divididos em dois: Custeio e Investimento. (BRASIL, 2017). No intuito de viabilizar maior autonomia na utilização dos recursos financeiros no SUS, os gestores do sistema pactuaram que as transferências da União aos demais entes federados passam a ser realizadas por meio de uma conta financeira de investimento e uma conta de custeio.(PEREIRA; OLIVEIRA JUNIOR; RESENDE, 2019).

As próximas décadas do século XXI, trarão novos desafios para o financiamento do SUS, pois, em 12 de novembro de 2019, foi publicada a portaria Nº 2.979 que institui o programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento da APS, a partir do ano de 2020. O financiamento federal será constituído pela capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo a ações estratégicas, baseado no número de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e nas equipes de atenção primária com base no sistema de informação da atenção básica (SISAB). (BRASIL, 2019).

As opiniões sobre os benefícios deste novo sistema de financiamento ainda se dividem. Para Harzheim (2020), o novo está em processo de implantação desde o início de 2020. O programa enfrenta o desafio de ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS no país, baseado nas melhores experiências de qualidade da APS no mundo, dentro de sistemas universais de saúde. É um modelo de financiamento misto, que busca equilibrar valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas, como ampliação do horário de atendimento, informatização, e formação de especialistas em APS por meio de residência médica e multiprofissional. A proposta do programa tem como princípio fundamental a estruturação de modelo de financiamento que coloca as pessoas no centro do cuidado, a partir de composição de mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem e apresenta como componentes a capitação

ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas e populações vulneráveis.

No entanto, para Giovanella, Franco, Almeida (2020), o modelo explicita a prioridade dada ao cuidado individual e ao atendimento à demanda espontânea. Já que as UBS com no mínimo três equipes poderão oferecer atendimento de 60 horas semanais com flexibilização e redução de carga horária dos profissionais. Os incentivos para o Saúde na Hora apontam para a transformação das UBS, nos municípios de médio e grande porte, em unidades de pronto-atendimento. Além de omissão a outros planos de formação para ESF, desde o nível de graduação até pós-graduação. A manutenção dos atuais programas de Residência Médica em saúde da família será ainda mais difícil frente à proposição de formação prevista seja restrita a um curso de especialização cuja tutoria pode ser exercida por clínicos, e não médicos de família e comunidade. As mudanças no modelo assistencial da APS são ameaças à multiprofissionalidade das equipes, gerando uma prioridade ao pronto atendimento, centralidade no cuidado individual e enfraquecendo o enfoque territorial comunitário e cobertura por cadastramento, ferindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS.

O SUS tem sua trajetória marcada por um subfinanciamento, com constante redução de recursos, sendo isso, peça fundamental para problemas estruturais do sistema (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

2.3.2 Gastos em saúde

Para Santo, Fernando, Bezerra (2012), há uma tendência de crescimento nos gastos com saúde por parte dos municípios, em detrimento dos gastos da União, embora, percentualmente, este ainda apresente maior participação no orçamento. Observou-se o crescimento médio de 190,7% nos gastos com saúde dos 184 municípios do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2007. O Rio de Janeiro apresentou um aumento de 135,9% nas despesas sob responsabilidade do município. O gasto per capita com saúde do município do Rio de Janeiro passa de R$ 120,46 em 2000 para R$ 284,16 em 2007, superior ao gasto nacional. Os estados e, principalmente, os municípios aumentaram progressivamente suas contribuições com o orçamento da saúde, por outro lado, houve o decréscimo da participação da União. O processo de descentralização das receitas foi acompanhado da descentralização de encargos bastante expressivos, fazendo do município a unidade da federação que mais

contribuiu com o setor saúde em termos proporcionais a sua arrecadação (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

As condições para uma gestão financeira com equilíbrio fiscal são asseguradas com a edição da Lei Complementar nº 101, 04/05/2000, popularmente conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Segundo Chieza, Araújo e Junior (2009), a LRF representa uma importante mudança institucional da economia brasileira, tendo como objetivo a definição de normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, envolvendo ações planejadas e transparentes, prevenção de riscos e correção de desvios que afetam o equilíbrio das contas públicas. A LRF trouxe melhorias para o controle dos gastos orçamentárias, exigindo dos municípios um planejamento criterioso sobre os recursos públicos, principalmente na tentativa de garantir os serviços essenciais como a saúde. A despesa com gastos de pessoal passou então a ter limites estabelecidos para cada ente federado, a saber: União (50%), estados (60%) e municípios (60%), utilizando como referência a receita corrente líquida. (BRASIL, 2000).

Para Figueiredo, Prado, Medina e Paim (2018), os indicadores referentes aos gastos em saúde precisam ser acompanhados para fundamentar políticas e possibilitar o debate com evidências científicas. Uma análise temporal dos Gastos em saúde entre Brasil, França, Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido nos anos 2000, e entre 2008 e 2014, demonstrou heterogeneidade nos gastos totais em saúde brasileiros quando comparados aos demais países. Entretanto, observou-se uma certa estabilidade para cada país. O Brasil foi o país com menor participação do gasto público em saúde, 40% no primeiro ano (2000) e 46% no último ano analisado (2014). Em seguida, Portugal manteve a participação do gasto público entre 64% e 68%. Os demais países ultrapassaram 70% do gasto público em saúde, com destaque para o Reino Unido, que alcançou 83% da participação do Estado nas ações e serviços públicos em saúde O gasto total per capita em saúde no Brasil alcançou US$ 947. Os países que apresentaram os maiores valores foram França (US$ 4.959) e Reino Unido (US$ 3.934). O gasto em saúde por habitante no Brasil foi menor do que os gastos apresentados pelos outros países, correspondendo aproximadamente a um gasto público diário de R$ 2,60/dia per capita para cobrir as ações e serviços públicos de saúde da população brasileira, aquém do esperado em comparação com outros países que possuem sistemas universais de saúde. A França teve o maior dispêndio em saúde, alcançando 11,5% do gasto total em saúde como proporção do PIB.

Segundo Cordilha, Lavinas (2018), o investimento em saúde em relação ao total da economia e a participação do setor público, são muito distintos entre esses países. A França

apresenta gastos elevados com saúde em relação ao PIB e ao PIB per capita, com financiamento público bem acima da média mundial, com 87% de todo o gasto com saúde sendo público. O Brasil, por sua vez, possui gastos em relação ao PIB equivalentes à média mundial e peso da provisão pública inferior ao gasto privado. O gasto per capita brasileiro é estimado em 780,00 USD/ano, contra mais de 4.000,00 USD da França. Em 2000, o sistema francês foi eleito o melhor do mundo pela Organização Mundial de Saúde enquanto o Brasil foi classificado em 95º, numa comparação entre 191 países. Em 2016, uma nova classificação feita no Institute for Health Metrics and Evaluation, posicionou a França em 24º lugar e o Brasil em 90º.

2.3.3 Sistemas de informação em saúde

Para o provimento da informação em saúde, foi instituído o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O Departamento foi formalizado pelo decreto 100 de 16/04/1991 (LIMA; JANUÁRIO; LIMA; MOURA, 2015).

Já o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), foi criado como instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional, que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde. Foi institucionalizado pela Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163, de 11 de outubro de 2000 e posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446, de 16 de março de 2004 (BRASIL, 2004). Ele objetiva verificar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde dos entes da federação. Os dados do sistema têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as 21 informações contábeis, geradas e mantidas pela União, estados, Distrito Federal e municípios, além de buscar conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (ALBUQUERQUE, 2014).

O SIOPS disponibiliza dados que são importantes diversos instrumentos de gestão, Plano de Investimentos (PDI), Plano Diretor de Regionalização (PDR), bem como o Plano Municipal de Saúde (PMS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) de um município. Vale salientar também, que esses dados contribuem nos processos de tomada de decisão e auxilia os órgãos fiscalizadores (SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012).

Para Lima, Carvalho e Schramm (2006) o SIOPS é a única fonte sobre despesa municipal em saúde com informação detalhada e abrangente. Sua amplitude e versatilidade o tornam único no âmbito das políticas públicas do Brasil. (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

No âmbito da APS, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998 pelo Departamento da AB/Secretaria da Atenção à Saúde, como um instrumento de apoio às equipes de saúde da família com informações relativas ao processo saúde/doença, bem como informações de caráter administrativo. Assim, com a implantação do SIAB, os dados referentes às famílias passaram a ser registrados oficialmente, sendo possível estimar a cobertura média populacional da saúde da família no Brasil.(DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

O SIAB coleta dados que possibilitam a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangências definidas. Composto por módulos, o SIAB contempla o cadastramento das famílias por meio do qual são levantados dados de escolaridade, condições de moradia, saneamento básico e problemas de saúde. Refere-se também à situação de saúde e acompanhamento de grupos de risco. Finalmente, contempla um módulo para notificação de agravos e registro de produção. O objetivo é permitir o conhecimento da realidade sócio sanitária da população e avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos para possível readequação sempre que necessário (FREITAS; PINTO, 2005).

Em 2013, foi criado pela Portaria GM/MS nº 1.412, o SISAB veio substituir o SIAB. O SISAB propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. Além do SISAB, tem-se o sistema e-SUS AB para captar os dados que são compostos por dois sistemas de software, que instrumentalizam a coleta dos dados, que são inseridos no SISAB. O e-SUS AB foi criado para atender os processos de trabalho da AB, para a gestão do cuidado em saúde, sendo utilizado pelos profissionais de todas as equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dentre outros. Portanto, acredita-se que seja um facilitador do processo de planejamento das ações locais de saúde e um instrumento eficaz para o cuidado (MARTINS; GARCIA; SODRÉ; FARAH, 2018).

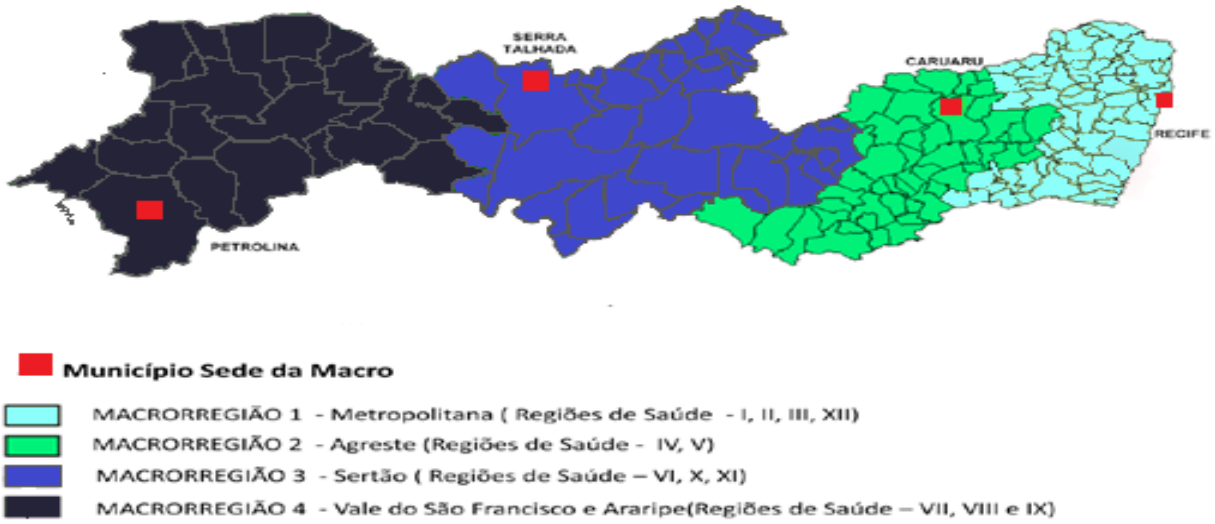
2.4 Caracterização do local de estudos

O trabalho foi realizado com os dados referentes a todos os municípios do estado de Pernambuco entre 2008 e 2018.

O estado se organiza em quatro macrorregiões de saúde, conforme a Figura 01, que são arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde. Estas Regiões específicas organizam serviços de média complexidade especial (procedimentos/ações que requerem maior tecnologia, que apresentam oferta escassa no estado e cuja demanda requer agregação,

ou seja, formação de escala) e alta complexidade complementando, desse modo, a atenção à saúde das populações desses territórios e em 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Ao todo, abrange 184 municípios de Pernambuco e a ilha de Fernando de Noronha, como unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde e responsáveis pela atenção básica de forma mais localizada (SES, 2019).

Figura 01 - Mapa das Macrorregiões de saúde do estado de Pernambuco



Fonte: SES, Pernambuco. Adaptado**.**

O Quadro 01 demonstra as sedes de cada GERES do estado e a Figura 02 apresenta a suas respectivas localizações geográficas.

Quadro 01 – Regiões de Saúde de Pernambuco

Região de Saúde	Cidade Sede
I GERES (19 municípios) + Distrito estadual de Fernando de Noronha	Recife
II GERES (20 municípios)	Limoeiro
III GERES (22 municípios)	Palmares
IV GERES (32 municípios)	Caruaru
V GERES (21 municípios)	Garanhuns
VI GERES (13 municípios)	Arcoverde
VII GERES (7 municípios)	Salgueiro
VIII GERES (7 municípios)	Petrolina
IX GERES (11 municípios)	Ouricuri
X GERES (12 municípios)	Afogados da Ingazeira
XI GERES (10 municípios)	Serra Talhada
XII GERES (10 municípios)	Goiana

Fonte: Elaboração Própria**.**

Figura 02 - Distribuição das gerências regionais de saúde (GERES) do estado de Pernambuco

Fonte: SES, Pernambuco. Adaptado**.**

2.4.1 Dados socioeconômicos

Segundo o IBGE (2018), Pernambuco tem uma população estimada em 9.557.071 habitantes com uma densidade demográfica de 89,63 Hab./km², sendo 73,80% na zona urbana e 26,20% na zona rural. O estado apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,673 o que situa Pernambuco na faixa de Desenvolvimento Humano médio. O rendimento domiciliar nominal per capita médio de Pernambuco é de R$ 871,00, ocupando a 19ª posição entre os estados brasileiros.

3 METODOLOGIA

3.1Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva, retrospectiva e longitudinal, na qual se verifica a evolução dos gastos em saúde dos municípios pernambucanos e da cobertura da APS no período de 2008 a 2018.

3.2 Fonte e coleta dos dados

Os dados desse estudo foram extraídos do SIOPS, DATASUS, do sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor Atenção Básica) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referente aos períodos de 2008 a 2018.

3.3 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada com dados secundários extraídos da base de dados de sistemas que são de domínio público o que tornou desnecessário a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3.4 Variáveis do estudo

As variáveis utilizadas nesta pesquisa estão relacionadas no quadro 02, com as siglas das respectivas fontes de informação.

Quadro 02 - Variáveis selecionadas para análise

VARIÁVEL	FONTE
População do município	IBGE
Densidade populacional	IBGE
Despesa total em saúde	SIOPS
Despesa total em saúde por hab/ano	SIOPS/IBGE
Despesa com recursos próprios em saúde por hab/ano	SIOPS
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com saúde	SIOPS
Participação % da despesa com serviços terceirizados pessoa jurídica na despesa total com saúde	SIOPS
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com saúde	SIOPS
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com saúde	SIOPS
Cobertura populacional estimada pelas equipes da estratégia de saúde da família	e-GESTOR AB
Cobertura populacional estimada pela atenção básica	e-GESTOR AB

Fonte: Elaboração própria**.**

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados de cada variável foram coletados, ano a ano, através dos relatórios disponibilizados nos sítios eletrônicos do SIOPS, do e-GESTOR AB e do IBGE. Em seguida, os dados nominais foram deflacionados a valores de 2018 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e tabulados utilizando o software Microsoft Excel ®, versão 2019.

As informações oriundas do SIOPS tratam das despesas liquidadas, ou seja, despesas efetuadas e averiguadas ao final de cada ano. O gasto total em saúde per capita dos municípios foi obtido pela divisão do gasto total em saúde de cada município pela respectiva população em cada ano do estudo.

Após essa etapa, foi realizado o procedimento estatístico com os dados em painel, balanceados e processados no software Statistical Data Analysis STATA® versão 15.1. Segundo Asteriou e Hall (2007), a estimação com dados em painel é um método eficiente em econometria. Para Hsiao (2014), os modelos para dados em painel oferecem uma série de vantagens, pelo fato de controlarem a heterogeneidade e serem capazes de identificar e

mensurar efeitos que não são possíveis de serem detectados por outras análises, diminuindo a colinearidade entre as variáveis explicativas.

O conceito de gastos em saúde aqui apresentado segue as definições contábeis básicas da despesa do ente federativo em questão. Ou seja, são gastos realizados apenas pelos órgãos vinculados à administração municipal.

Uma análise descritiva foi realizada, analisado a evolução dos gastos com saúde totais e per capita; os gastos em saúde per capita com recursos próprios dos municípios; o percentual de investimentos em saúde, o percentual de gastos com pessoal; o percentual de gastos com terceirização de serviços e o percentual de gastos com medicamentos. Também foi feita uma análise descritiva das evoluções nas coberturas populacionais de AB e ESF.

Todos estes dados foram analisados segundo os valores médios dos 184 municípios ano a ano.

Os dados coletados da cobertura da ESF e AB foram correlacionados numa regressão com efeitos fixos e analisados no programa STATA®, versão 15.1 com as seguintes variáveis de controle: densidade populacional, gastos em saúde per capita. Segundo Hair, Black, Babin, Anderson (1998), a análise de regressão múltipla é uma ferramenta estatística e tem como uma de suas utilidades a análise da relação entre uma única variável dependente e múltiplas variáveis independentes. A regressão possibilita a estimação do grau de associação entre Y, variável dependente e Xi, conjunto de variáveis independentes (explicativas), no intuito de resumir a correlação entre *Xi* e Y no que se refere a direção e magnitude dessa associação, positiva e negativa, fraca ou forte respectivamente. Designadamente, permite-se fazer uso das variáveis independentes para prognosticar os valores da variável dependente. Em regressões multivariadas – compostas de mais de uma variável independente – é factível também revelar a contribuição de cada variável independente sobre a capacidade preditiva do modelo como um todo. Metodologicamente, o modelo é adequado a forma funcional de mínimos quadrados ordinários, expressa que uma reta que minimiza a soma dos quadrados dos resíduos caberá para sintetizar a relação linear entre Y e Xi (LEWIS-BECK; BÉLANGER, 2015). A expressão abaixo representa a notação do modelo de regressão linear:

$$Y = \alpha + \beta 1X1 + \epsilon$$

Tem-se Y simbolizando a variável dependente, isto é, aquilo que queremos explicar. *X1*, por outro lado, simboliza a variável independente, aquilo que o investigador acredita que pode ajudar a predizer a variação de Y. O intercepto (α), similarmente designado de

constante, representa o valor de Y quando *X1* atribui-se valor zero. Desta maneira, na inexistência de variáveis independentes, o intercepto (α) simboliza o valor da média esperada de Y. O coeficiente de regressão (β) simboliza a mudança verificada em Y associada ao acréscimo de uma unidade em *X1*. Por fim, o termo estocástico (ϵ) simboliza o erro em explicar Y a partir de *X1*. Particularmente, ϵ é a diferença entre os valores verificados e os valores preditos de Y, isto é, os resíduos do modelo. Os resíduos de um modelo de regressão são essenciais para a avaliação da capacidade do investigador em gerar um modelo acurado de tradução da realidade estudada. Todos esses procedimentos permitem admitir (prudentemente) que quão inferior forem os resíduos encontrados, mais acertado é o ajuste do modelo à realidade estudada.

Para Marques, Marques (2005), propósito da regressão multivariada é a explicação da variável dependente, analisando as correlações das variáveis independentes com cada uma das variáveis dependentes.

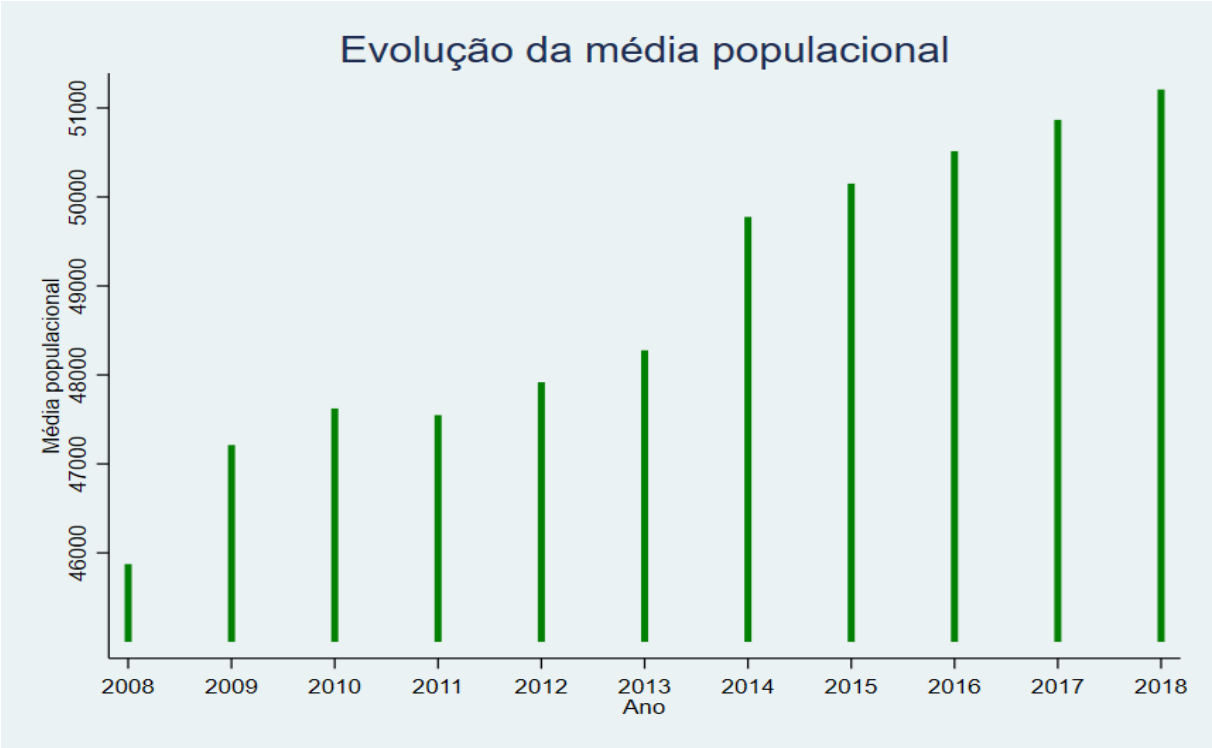
O estudo pretende avaliar a evolução dos gastos na Atenção Primária, que são demonstrados no SIOPS, pelos municípios pernambucanos entre 2008 e 2018, além de testar o grau de associação entre a despesa per capita com saúde e a cobertura de atenção primária aos municípios.

4 RESULTADOS

4.1 Evolução populacional

A análise inicial dos municípios pernambucanos mostrou uma tendência crescente na média populacional no período. Conforme demonstra a figura 03, a média populacional saiu de 45.873 em 2008 para 51.206 em 2018. Um incremento de 11,63% na média populacional. Esta evolução levou a investigação da variação entre os municípios durante o período estudado.

Figura 03 - Evolução da média populacional dos municípios pernambucanos



Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 1 demonstra os municípios com maior destaque em crescimento populacional. Recife obteve o maior crescimento, com um acréscimo de 100.117 habitantes, seguido dos municípios de Petrolina e Caruaru. Por outro lado, o município de Cumaru sofreu a maior retração populacional com uma redução de 6.838 habitantes, seguido de Sairé e Calumbi.

Tabela 1 - Municípios pernambucanos com maior destaque em crescimento populacional

Município	População em 2008	População em 2018	Variação
Recife	1.533.580	1.633.697	100.117
Petrolina	268.339	343.219	74.880
Caruaru	289.086	356.128	67.042
Calumbi	7.577	5.736	- 1.841
Sairé	13.709	10.065	- 3.644
Cumaru	16.388	11.559	- 4.829

Fonte: Elaboração própria.

A evolução desta média populacional levou a investigação do comportamento da densidade populacional durante o período estudado. A Tabela 2, demonstra os destaques nas variações de densidade populacional. O município de Toritama foi o que teve a maior crescimento na densidade populacional, com uma variação de 462 hab/km², seguidos por Recife e Camaragibe. De outra parte, o município de Sairé teve a maior retração, com uma redução de 18,65 hab/km² em uma década, seguido das cidades de Cumaru e Olinda.

Tabela 2 - Municípios pernambucanos com maior destaque em densidade populacional

Município	Densidade populacional em 2008	Densidade populacional em 2018	Variação
Toritama	966,70 hab/km²	1428,68 hab/km²	462 hab/km²
Recife	7051,14 hab/km²	7511,46 hab/km²	460,32 hab/km²
Camaragibe	2475,92 hab/km²	2838,65 hab/km²	362,73 hab/km²
Olinda	8988,54 hab/km²	8973,34 hab/km²	- 15,20 hab/km²
Cumaru	56,08 hab/km²	39,55 hab/km²	- 16,53 hab/km²
Sairé	70,14 hab/km²	51,49 hab/km²	- 18,65 hab/km²

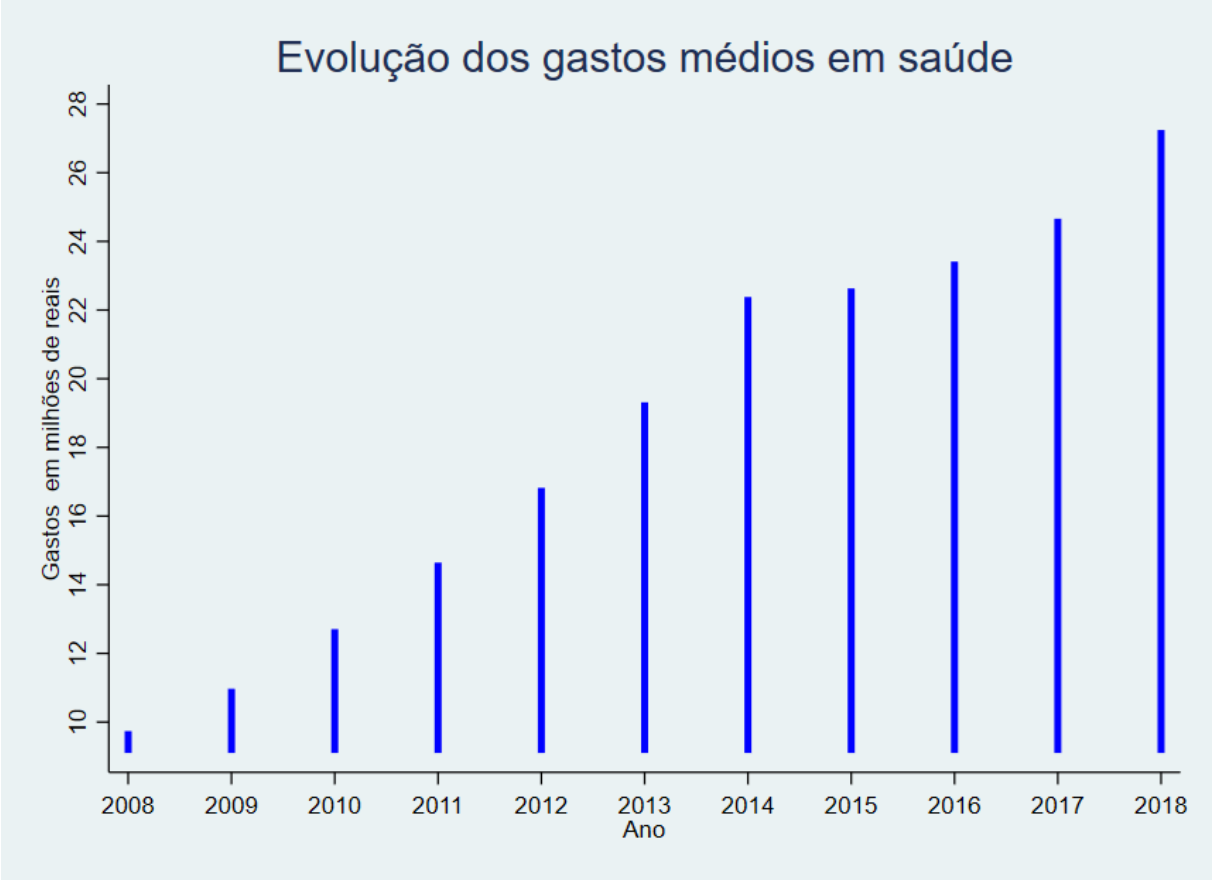
Fonte: Elaboração própria.

4.2 Evolução dos gastos totais em saúde

A Figura 04, demostra a evolução média dos gastos totais em saúde dos municípios de Pernambuco entre 2008 e 2018 em valores nominais deflacionados pelo IPCA. Pode-se observar o aumento real destes gastos ao longo desse período saindo de uma média de R$

9.737.107,10 em 2008 para uma média de R$ 27.243.440,00 em 2018. Um aumento real de 179,8% nos gastos totais com saúde. O município do Recife foi o que teve o maior crescimento ao longo de todo o período estudado, saindo de um gasto de R$ 390.524.576,00 em 2008 para um gasto de R$ 1.148.376.346,00 em 2018. Um aumento real de 194,06% nos gastos totais em saúde.

Figura 04 - Evolução da média dos gastos totais em saúde dos municípios pernambucanos



Fonte: Elaboração própria.

A evolução média dos gastos totais em saúde pode ser melhor representado quando representado como gastos médios per capita, como demonstrado na figura 05. Pode-se evidenciar uma tendência positiva neste indicador. Em 2008, a média dos gastos foi de R$ 342,66 por habitante/ano. No entanto, desde 2016, houve uma diminuição dos valores médios per capita.

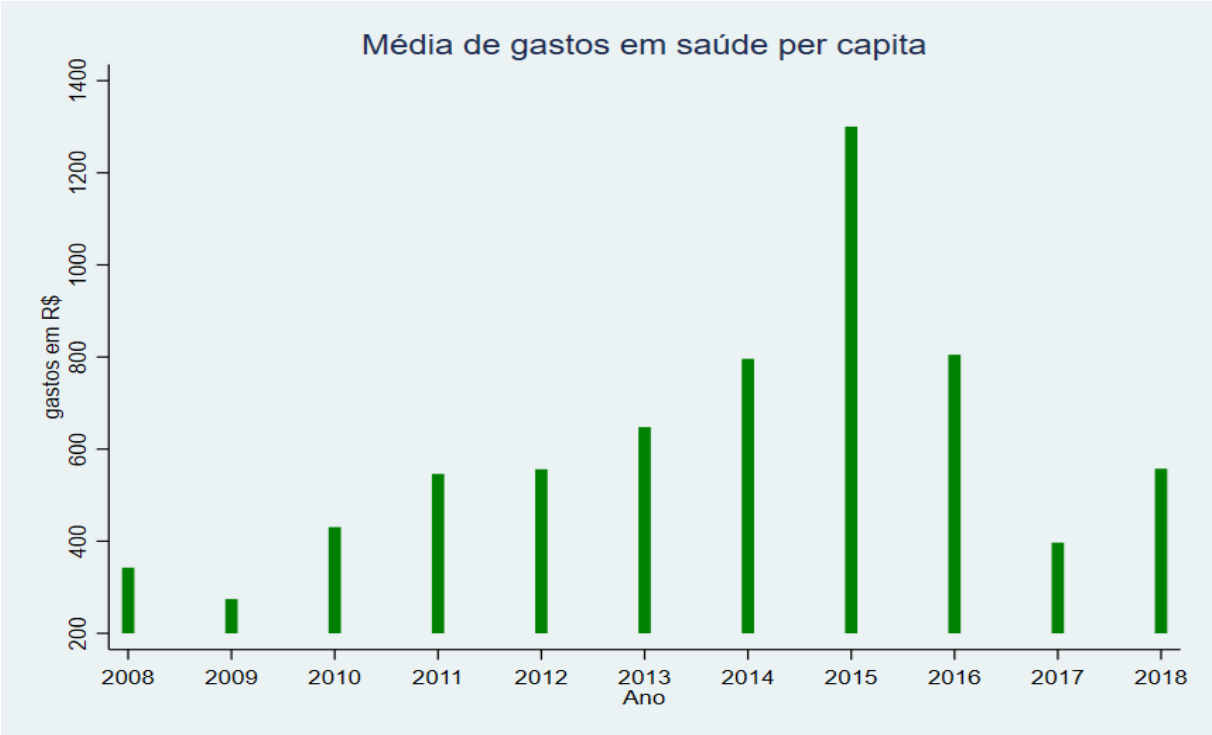
O valor médio atingido em 2018, foi de R$ 557,46 por habitante/ano. Um aumento real de 62,68% numa década.

Em 2008, o município de Ipojuca apresentou o maior gasto per capita, com R$ 1.124,15 por habitante/ano. Já o município de Serra Talhada apresentou o menor gasto per capita, com R$ 179,95 por habitante/ano.

Em 2018, Ipojuca manteve-se como o município com maior gasto per capita em saúde com R$ 1.689,88. Já o município de Taquaritinga do norte apresentou o menor gasto per capita com R$ 273,88 por habitante/ano.

O município de Jaqueira apresentou o maior crescimento de gastos per capita no decênio estudado, saindo de R$ 325,20 em 2008 para R$ 1055,11 em 2018. Um aumento real de 224,45% nos gastos em saúde por hab./ano.

Figura 05 - Evolução da média dos gastos em saúde per capita dos municípios pernambucanos



Fonte: Elaboração própria.

4.3 Evolução dos gastos com recursos próprios em saúde

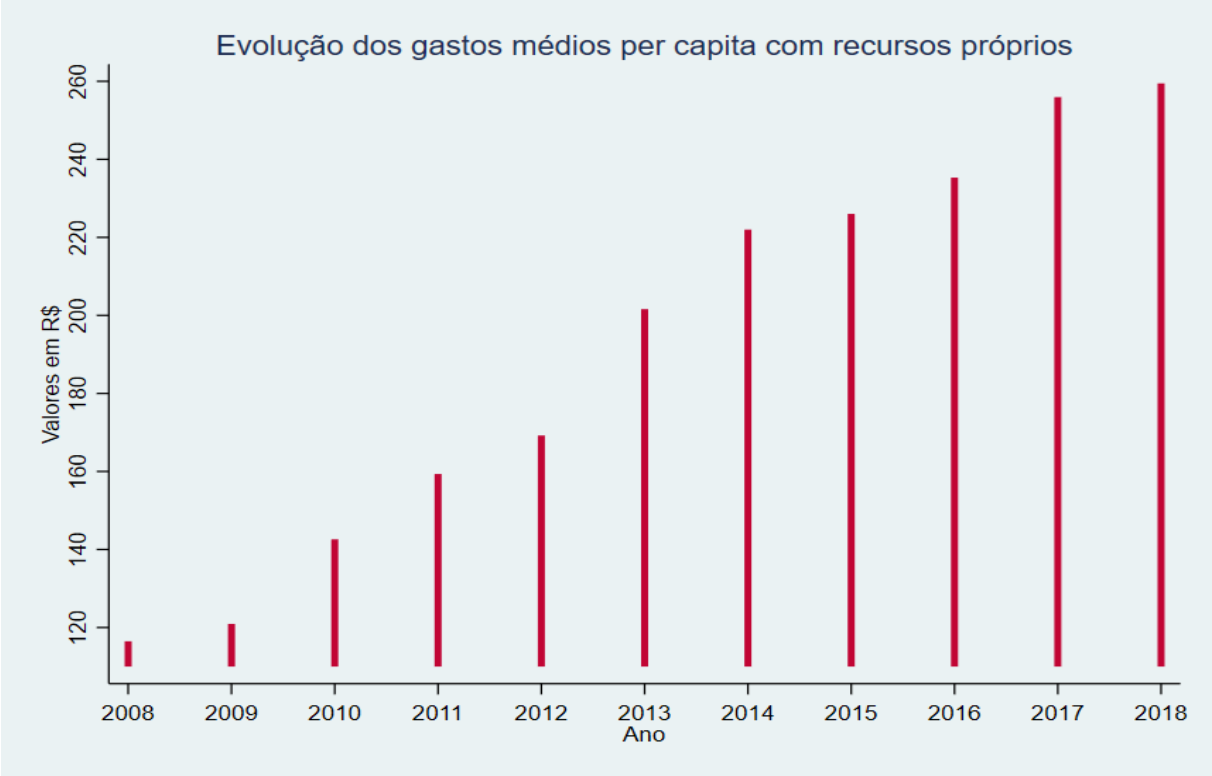
Os valores médios de gastos per capita com saúde oriundos de recursos dos próprios municípios podem ser observados na Figura 06.

A média de gastos per capita oriunda de arrecadação própria era de R$ 116,47 em 2008. Em 2018, esta média alcançou o valor de R$ 259,46. Isto significa um aumento real de 122,76%.

Entre os municípios, podemos destacar Ipojuca, que apresentou o maior gasto per capita com recursos próprios, no valor de R$ 569,05 por habitante/ano. Já o município de Paulista apresentou o menor gasto per capita com recursos próprios, no valor de R$ 51,83 no ano de 2008. Em 2018, Ipojuca manteve-se como município com maior gasto per capita com recursos próprios, com o montante de R$ 1.474,42 por habitante/ano. Já Palmares foi a cidade que apresentou o menor valor per capita com recursos próprios, com o montante de R$ 107,16.

O maior crescimento no decênio foi do município de Ipojuca, com R$ 904,37 de aumento real.

Figura 06 - Evolução da média dos gastos com recursos próprios per capita dos municípios pernambucanos



Fonte: Elaboração própria.

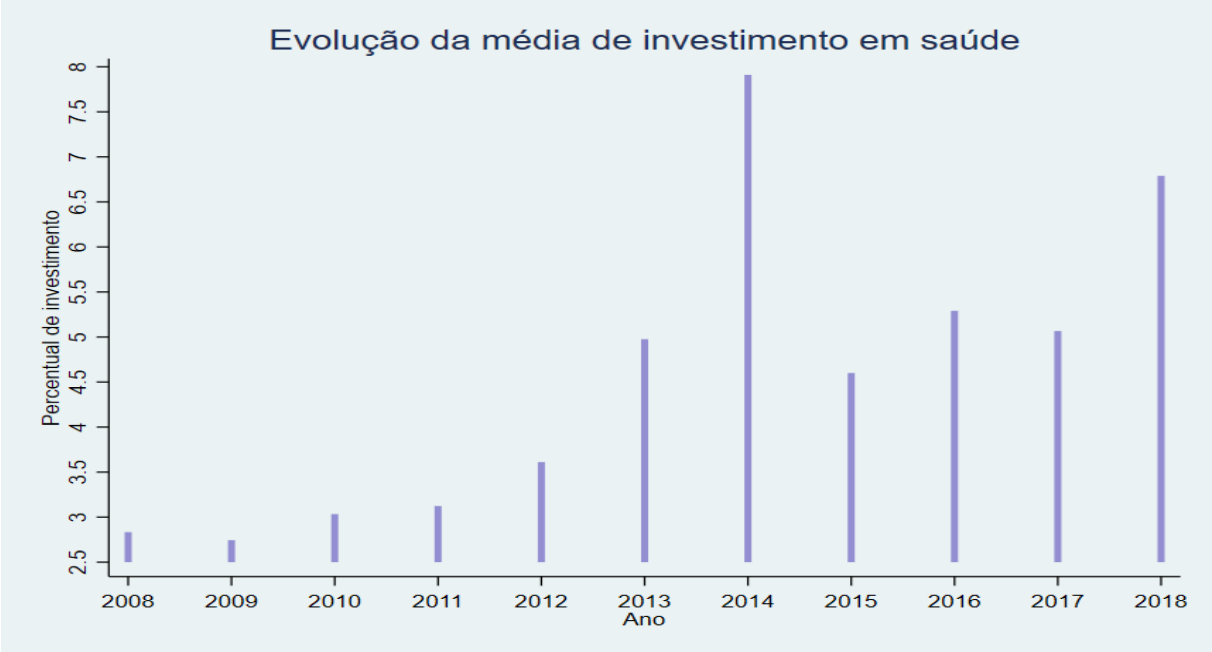
4.4 Evolução dos investimentos em saúde

Ao longo do período que este estudo abrange, uma evolução significativa nas médias percentuais destinados aos investimentos em saúde pode ser notada. No primeiro ano analisado pelo estudo, a média municipal era de 2,83% dos recursos. Este percentual foi crescendo ano a ano, atingindo o máximo em 2014, com o valor de 7,9% dos recursos. Após este ano, ele sofreu uma diminuição, alcançando, em 2018, o valor médio de 6,79% conforme Figura 07. Em uma década houve um crescimento de 3,9 pontos percentuais (p.p.) na média de investimentos em saúde.

Em 2008, o município de Betânia foi o que destinou o maior percentual para investimentos em relação aos seus gastos totais em saúde, com 14,57%. De outra parte, o município de Calçado foi o que apresentou o menor percentual com apenas 0,06% de investimento.

Em 2018, o município de Salgadinho foi o que teve maior percentual investido com 30,69%, enquanto o município de Lagoa dos gatos foi o que declarou menor investimento, com o percentual 0,07% dos seus gastos com saúde. O município de Salgadinho também foi o que teve o maior crescimento no decênio estudado, saindo de 1% de investimento em 2008 para 30,69% em 2018.

Figura 07 - Evolução da participação média dos investimentos em saúde dos municípios pernambucanos.

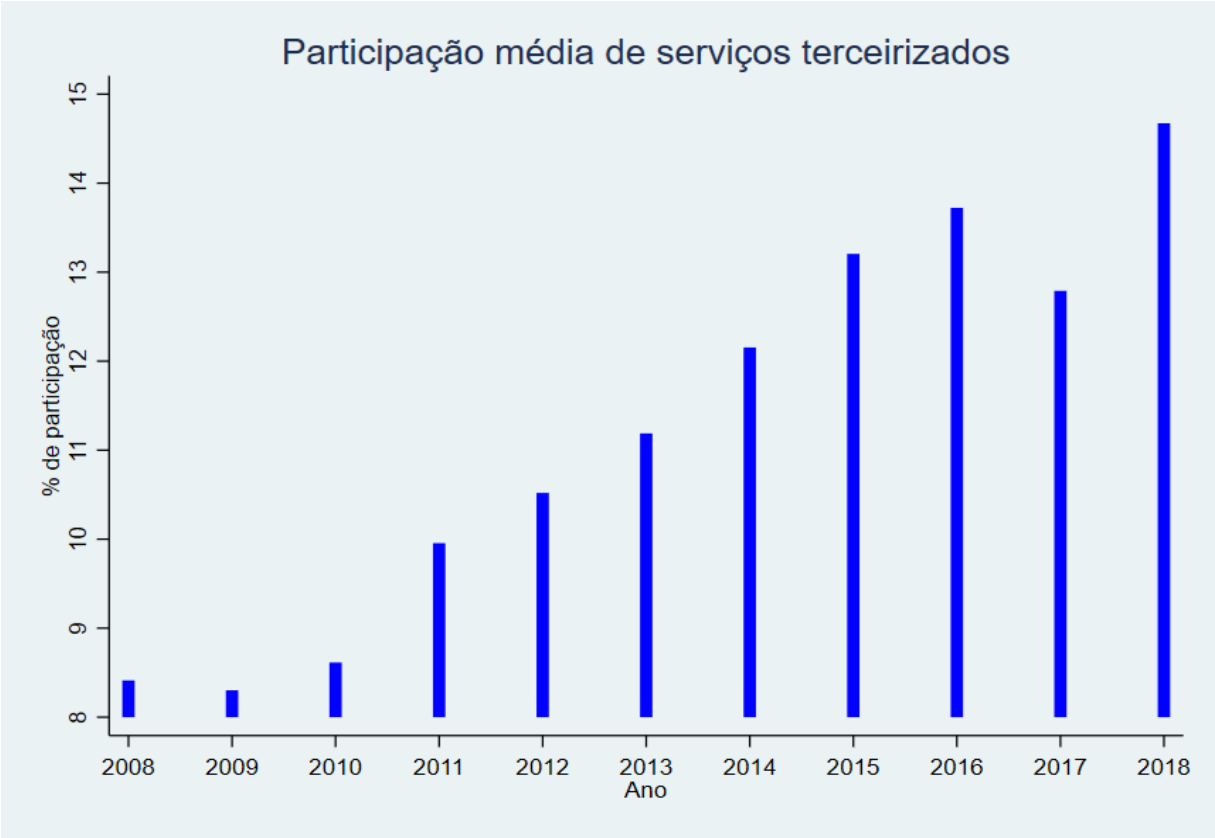


Fonte: Elaboração própria.

4.5 Evolução dos gastos médios com serviços terceirizados em saúde

A participação percentual média dos gastos com serviços terceirizados por pessoa jurídica, que são todos os serviços realizados por empresas privadas a serviço dos municípios, está representada na Figura 08, e demonstra uma tendência ascendente deste indicador, que saiu de uma média de 8,41% em 2008 para 14,67% de valor médio em 2018. Um crescimento de 6,26 p.p. na média de participação de serviços terceirizados por pessoas jurídicas nos gastos dos municípios em dez anos.

Figura 08 - Evolução da participação média dos serviços terceirizados dos municípios pernambucanos.



Fonte: Elaboração própria.

Pode-se observar que em 2008, o município de Joaquim Nabuco foi o que apresentou o maior percentual de prestação de serviços terceirizados com 44,83% dos seus gastos totais em saúde. Em contrapartida, o município de Tupanatinga foi o que apresentou o menor percentual de terceirização de serviços com 1% dos seus gastos com saúde.

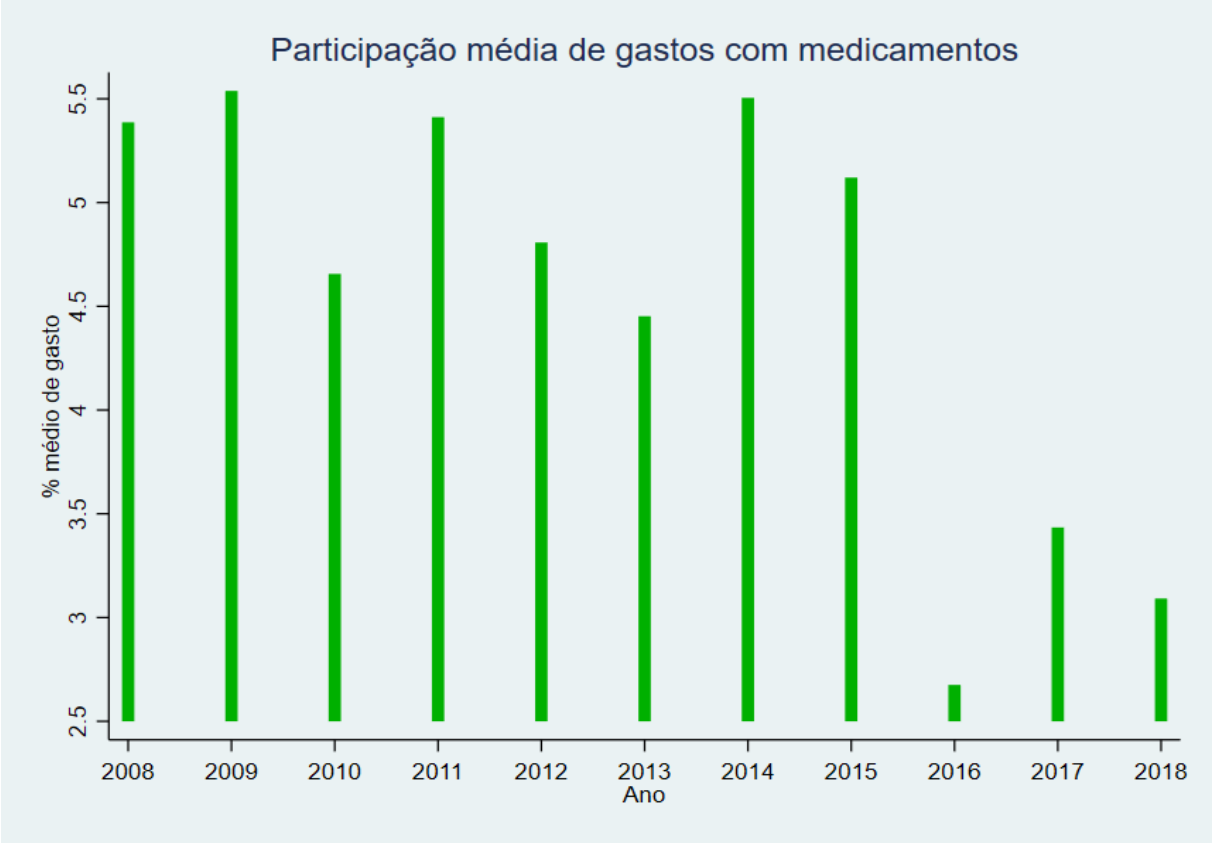
No ano de 2018, a média de participação de serviços terceirizados subiu para 14,67% dos gastos em saúde, um aumento de. Neste mesmo ano, o município de Xexéu apresentou a maior participação de terceirização, com 54,27% dos seus gastos com saúde destinados para

este fim. No outro extremo, encontra-se o município de Correntes, apresentando 1,45% de seus gastos em saúde com serviços terceirizados.

4.6 Evolução dos gastos médios com medicamentos

A evolução do percentual médio de gastos com medicamentos, dos municípios pernambucanos, pode ser observada na Figura 09.

Figura 09 - Evolução da participação média dos gastos com medicamentos dos municípios pernambucanos



Fonte: Elaboração própria.

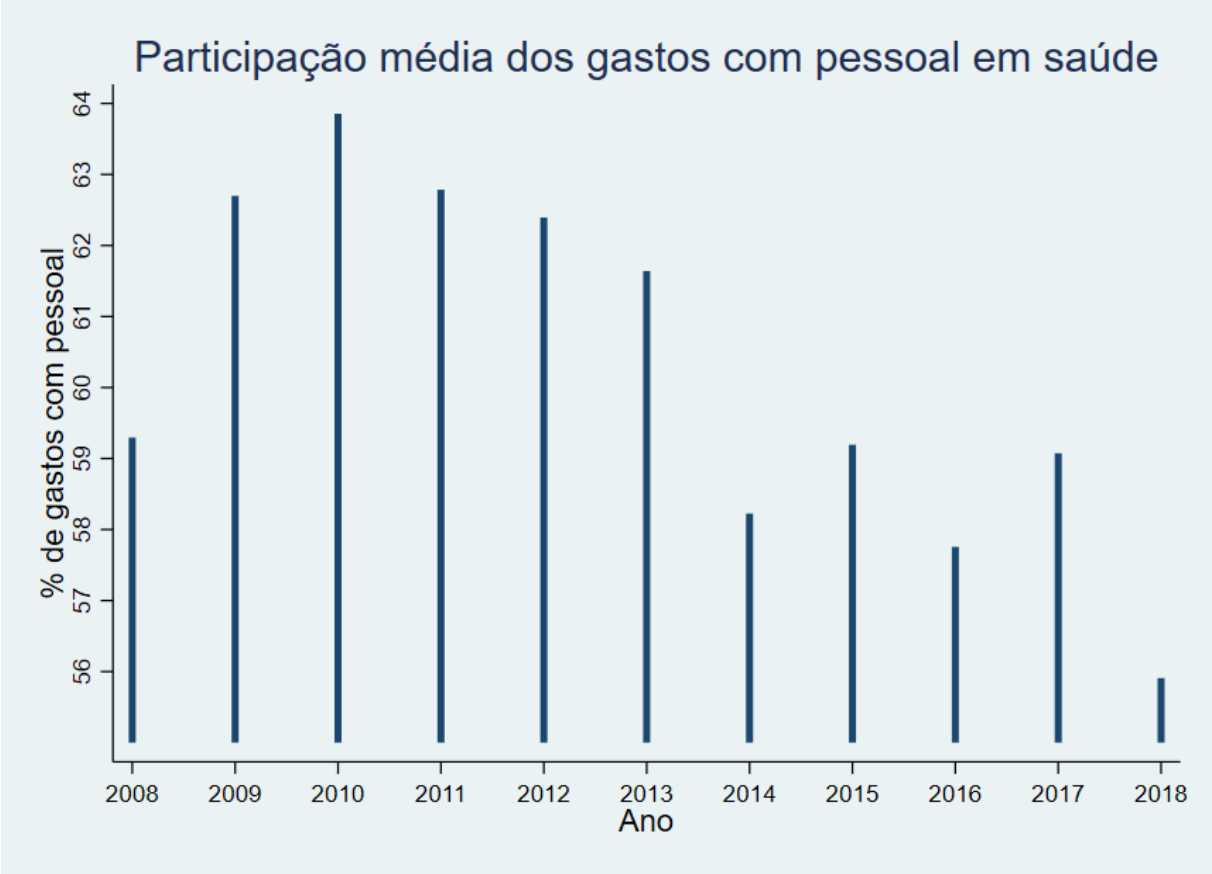
A análise do Gráfico 09 demonstra uma redução dos valores declarados ao longo dos últimos 3 anos do estudo. No ano de 2008, o percentual médio de gasto com medicamento foi de 5,38% do total de gastos com saúde, já em 2018, este percentual cai para 3,09%, uma redução de 2,29 p.p. na média de gastos com medicamentos. O município de Orocó foi o que declarou o maior valor para este indicador em 2008, com 21,5% do seu gasto em saúde destinado a este fim. Por outro lado, a cidade de Pombos foi a que destinou menor percentual, com 0,25% do seu gasto com saúde voltado para os gastos com medicamentos.

Em 2018, a cidade de Venturosa foi a que declarou o maior percentual de gastos com medicamentos, com 15,57% dos seus gastos com saúde destinados para esta finalidade. De outra parte, o município de São Joaquim do Monte foi o que declarou o menor percentual de gastos com medicamentos, com 0,01% do seu gasto em saúde.

4.7 Evolução das médias de gastos com pessoal em saúde

A média de gastos com pessoal em saúde em relação aos gastos totais em saúde é demonstrada na Figura 10.

Figura 10 - Evolução da participação média dos gastos com pessoal em saúde dos municípios pernambucanos



Fonte: Elaboração própria.

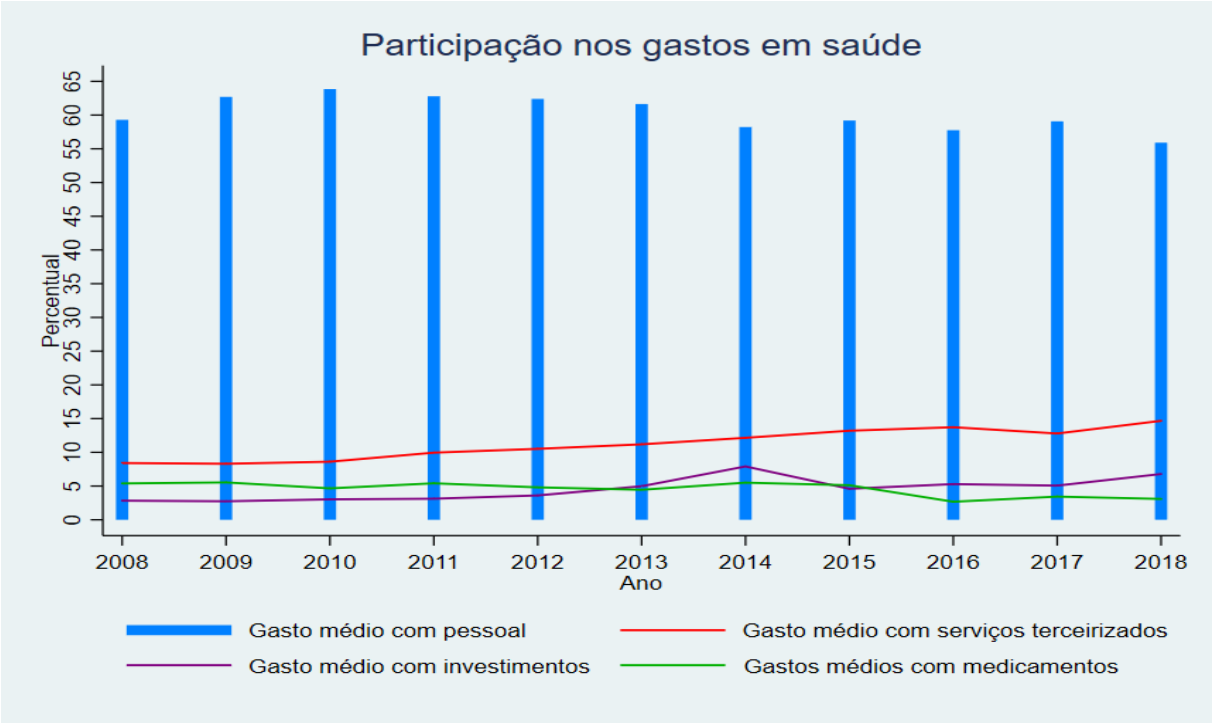
Pode-se observar uma tendência decrescente deste indicador, após ele ter atingido seu pico de média em 2010 com 63,85% dos gastos com saúde destinados a isto. Em 2008, a média de gastos com pessoal dos municípios era de 59,30%, com destaque para os municípios de Goiana com 84,11% dos seus gastos com saúde destinados a pagamento de pessoal, e, de

outra parte, Itacuruba com 9,19% dos seus gastos com saúde destinados a pagamento de pessoal. Já no ano de 2018, temos uma média 55,90% de gastos com pessoal, onde salienta-se o município de Calçado com maior gasto com pessoal na saúde, comprometendo 83,12% do seu gasto com saúde para este fim. No outro extremo, encontra-se o município de Agrestina, que compromete 18,6% dos seus gastos com saúde para pagamento de pessoal. O município de Ribeirão foi o que apresentou o maior aumento de gastos com pessoal em relação ao total de gastos com saúde, saindo de 30,78% em 2008 para 78,11% em 2018. Observou-se uma redução de 3,4 p.p. na média de gastos com pessoal na saúde.

4.8 Evolução comparativa dos gastos médios com pessoal, medicamentos, serviços terceirizados e investimentos em saúde

A variação dos gastos com pessoal, com medicamentos, com serviços terceirizados e com investimento ao longo do tempo do estudo pode ser observada na Figura 11. Observa-se que gastos com pessoal em saúde é o que gera maior impacto nos gastos, apesar de sua tendência negativa, seguida de gastos com serviços terceirizados de pessoa jurídica. Os gastos com investimentos em saúde têm superado os gastos com medicamentos declarados, nos últimos três anos do período estudado.

Figura 11 - Evolução da participação de cada indicador na média dos gastos em saúde nos municípios pernambucanos

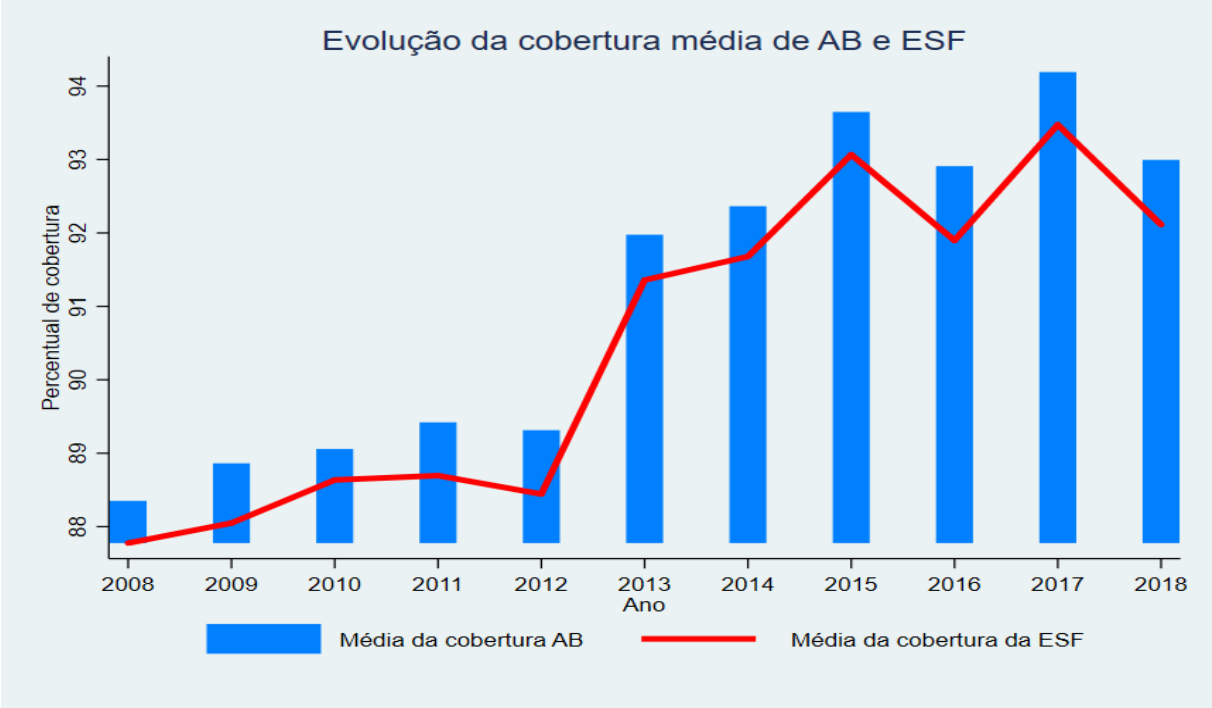


Fonte: Elaboração própria.

4.9 Evolução da média das coberturas de ESF e AB

A evolução da média da cobertura populacional estimada tanto pela estratégia de saúde da família, quanto da atenção básica pode ser demonstrada na Figura 12.

Figura 12 - Evolução da média de cobertura populacional pela AB e ESF dos municípios pernambucanos



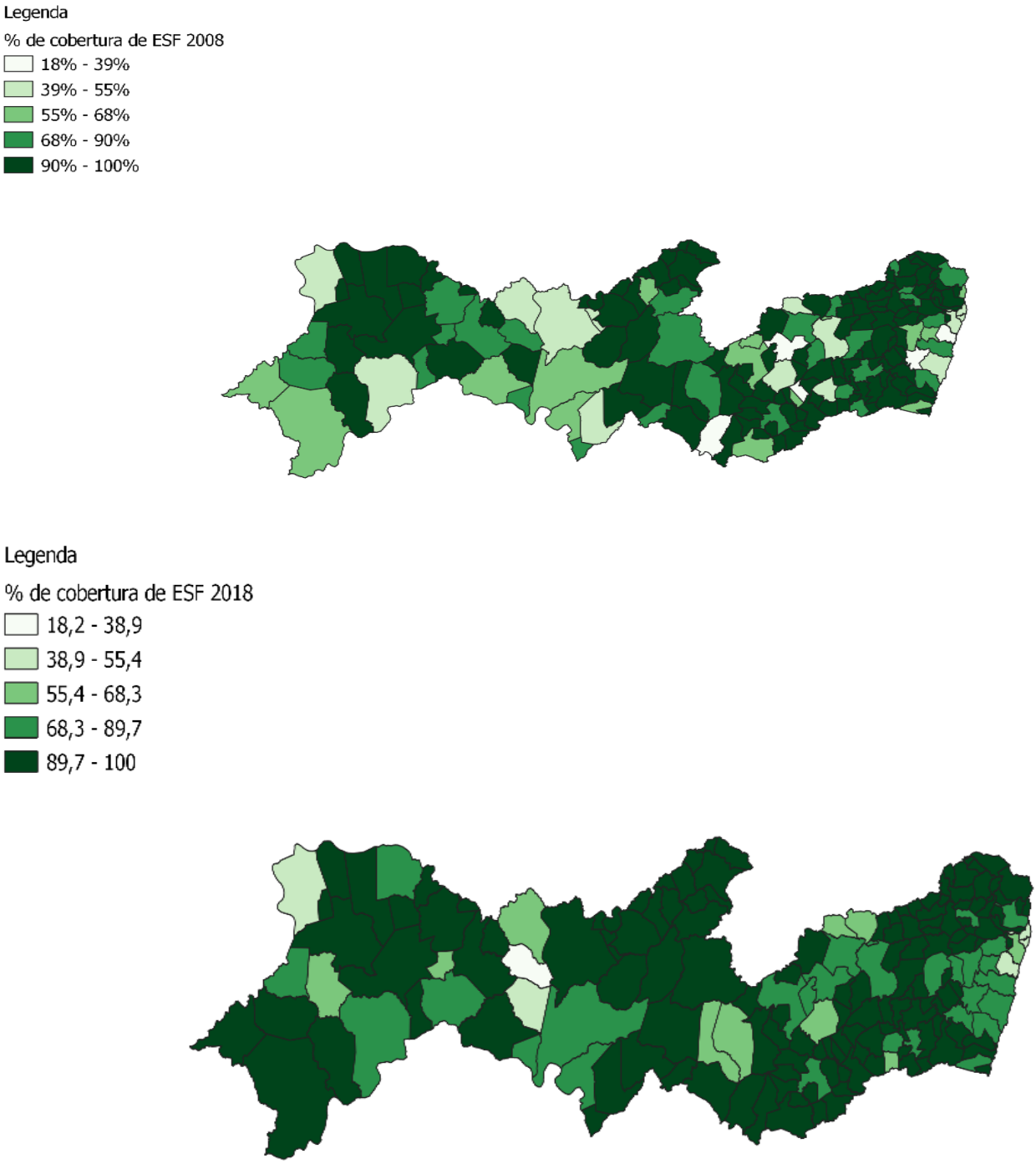
Fonte: Elaboração própria.

Pode-se observar uma tendência crescente deste indicador, após ele ter atingido seu pico de média em 2017, com 93,47% de cobertura de ESF e 94,19% de cobertura de atenção básica. Em 2008, a média cobertura de ESF e AB era de 87,78% e 88,35%, respectivamente. No estado, 94 municípios tinham 100% estimativa de cobertura de estratégia de saúde da família e 97 municípios com estimativa de 100% de cobertura populacional de atenção básica. O município de Águas Belas, apresentou a menor expectativa de cobertura de ESF e de AB com 18,16%. Já no ano de 2018, temos uma média 92,11% e 92,99% de cobertura de ESF e atenção básica, respectivamente, onde pode-se destacar que 119 municípios possuem uma estimativa de cobertura de ESF de 100% e 122 municípios possuem uma estimativa de cobertura de AB de 100%. O município que apresentou a menor estimativa de cobertura de ESF e de AB foi Mirandiba, com 22,59% de cobertura.

O município que apresentou a maior evolução de estimativa de cobertura foi Águas belas que saiu de 18,16% de estimativa de cobertura em 2008 para 100% de cobertura em 2018.

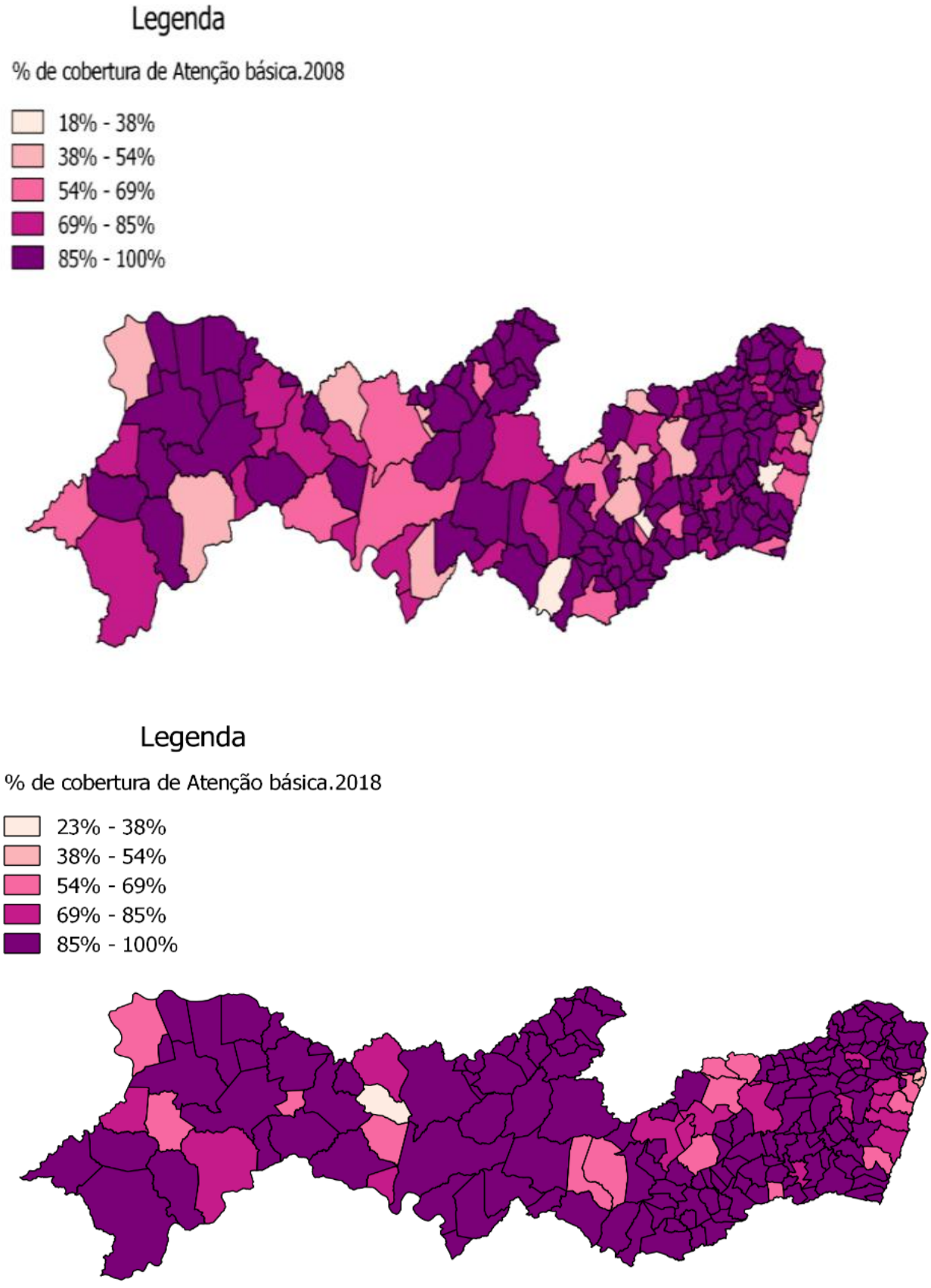
As Figuras 13 e 14 demonstram, respectivamente, a evolução nas estimativas de cobertura da ESF e AB de 2008 para 2018 de todos os municípios.

Figura 13 - Evolução da estimativa de cobertura da ESF dos municípios de Pernambuco



Fonte: Elaboração própria

Figura 14 - Evolução da estimativa de cobertura da AB nos municípios de Pernambuco



Fonte: Elaboração própria

4.10 Análise de regressão

Na Tabela 3 estão apresentados o efeito dos gastos totais em saúde por habitante/ano, em logaritmo, correlacionado com a cobertura na AB nos 184 municípios de Pernambuco. Foram verificadas 2020 observações e o resultado apresentado na tabela controlando o efeito fixo, revela uma associação significativa, ao nível de 5%**, (valor-p <0,0001), onde estima-se que o aumento de 1% nas despesas per capita dos municípios aumente em 3,7% a cobertura na AB dos municípios.

Tabela 3 – Correlação da cobertura da atenção básica por gastos totais em saúde por habitante/ano, Pernambuco, 2008-2018

Variável independente	Coeficiente	Desvio padrão	P-valor
gastos totais em saúde hab/ano	0,0373446	0,006664	<0,0001
Constante	0,676953	0,041862	<0,0001

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 4 estão apresentados o efeito dos gastos totais em saúde por habitante/ano, em logaritmo, correlacionado com a cobertura na ESF nos 184 municípios de Pernambuco. Foram verificadas 2020 observações e o resultado apresentado na tabela controlando o efeito fixo, revela uma associação significativa, ao nível de 5%**, (valor-p < 0,0001), onde estima-se que o aumento de 1% nas despesas per capita dos municípios aumente em 3,66% a cobertura na ESF dos municípios.

Tabela 4 – Correlação da cobertura da ESF por gastos totais em saúde por habitante/ano, Pernambuco, 2008-2018

Variável independente	Coeficiente	Desvio padrão	P-valor
gastos totais em saúde hab/ano	0,0366471	0,0065536	<0,0001
Constante	0,6741559	0,0411692	<0,0001

Fonte: Elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que ao deflacionar os valores, a preço de 2018, houve um incremento 179,8% na média dos gastos totais em saúde, enquanto a população média cresceu 11,63%. Para Zucchi, Del Nero e Malik, (2000) ,o aumento dos gastos em saúde tem como principais fatores o envelhecimento populacional, o acréscimo de profissionais médicos, aumento da disponibilidade dos serviços de saúde, bem como a evolução tecnológica dos procedimentos. Apesar da relevância, esses elementos são insuficientes para elucidar o incremento dos gastos em saúde. Os aspectos econômicos influenciam tanto a prestação de serviços quanto o nível de saúde populacional, e isto têm gerado bastante apreensão, considerando que o setor gera despesas num compasso distinto ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), do país.

Existe uma tendência de aumento de uso da população de serviços do SUS, como sugere Garcia, Sant'anna, Magalhães, Aurea (2013). Os gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas, a partir das Pesquisas de Orçamentos Familiares de 1995 a 2009, permitiu verificar que estes gastos se reduziram, apesar da proporção de famílias que teve registro desse tipo de gasto ter permanecido estável. A redução dos valores do gasto médio com saúde ocorreu principalmente entre as famílias de menor renda. Além disso, o gasto com saúde das famílias se tornou menos regressivo, uma vez que aquelas de menor renda passaram a ter um menor comprometimento com gastos em saúde, enquanto para as de maior renda, ocorreu o inverso. A oferta de serviços de saúde pelo SUS possibilita às famílias de baixa renda alocar seus recursos com outros bens de consumo.

Os gastos em saúde per capita médios, saíram de R$ 342,66 por habitante/ano em 2008 para R$ 557,46 por habitante/ano em 2018. com um aumento real de 62,68% numa década. Para Santo, Tanaka (2011), o aumento dos gastos públicos per capita com saúde no Brasil não se constitui de um fenômeno recente, desde a segunda metade dos anos 1990 o Brasil já demonstrava esta tendência.

Estudo de Massambani, Nascimento, Camara, Diniz (2013) observou que houve crescimento nos gastos com saúde pública per capita no período de 2000 a 2011. A região Nordeste obteve a maior taxa de crescimento, com cerca de 134,84% e a região Sul com mais de 84,34%, nos doze anos analisados.

Os valores médios de gastos em saúde per capita dos municípios pernambucanos ainda estão distantes dos gastos médios nacionais e também internacionais. Ainda em 2014, o gasto total per capita em saúde no Brasil alcançou US$ 947. Países como França e Reino Unido

tiveram gastos de US$ 4.959 e US$ 3.934 neste mesmo período. O gasto em saúde por habitante no Brasil foi aquém do esperado em comparação com outros países que possuem sistemas universais de saúde. França teve o maior dispêndio em saúde, alcançando 11,5% do gasto total em saúde como proporção do PIB (FIGUEIREDO; PRADO; MEDINA; PAIM, 2018).

Os gastos médios municipais com arrecadação própria saíram de R$ 116,47 em 2008, para R$ 259,46. Isto significa um aumento real de 122,76%. Segundo, Scatena e Tanaka (2001), o crescimento deste gasto por parte dos municípios do estado de Mato Grosso, na ordem de 3,5 vezes maior do que o crescimento da receita e da despesa total. No entanto, ao contrário do aumento da receita ocorrido nos municípios de médio e pequeno porte, desde a promulgação da Constituição de 1988, aqueles com população acima de 200.000 habitantes registraram crescimento da receita abaixo da média nacional. Em contrapartida, a despesa municipal com saúde experimentou um incremento diretamente proporcional ao porte populacional, chegando a uma taxa de 90% nos municípios entre 500.000 e um milhão de habitantes.

Dados do estudo de Araújo, Gonçalves, Machado (2017), destacam que o gasto per capita dos municípios com recursos próprios é menor nas regiões Norte e Nordeste, e maior nas regiões Sul e Centro-Oeste, em relação à região Sudeste. Com aumento no gasto com recursos oriundos de arrecadações municipais conforme a população crescia, com exceção dos municípios entre 200.001 e 400.000 habitantes.

Estudo realizado por Rodrigues, Elias, Dourado, Vianna (2010), encontrou, em nível nacional, alguns resultados semelhantes e outros distintos desta pesquisa, pois tanto o gasto total em saúde quanto o per capita foram menores nos municípios menos populosos, sobretudo nas regiões do Norte e do Nordeste do País, sendo maior o gasto realizado no Sudeste, principalmente para os municípios com população superior a 500 mil habitantes. Em síntese, gastou-se mais nas regiões mais ricas e nos municípios mais populosos do Brasil. O detalhe é que 90,6% das localidades brasileiras possuem menos de 50 mil habitantes.

A alocação de receitas próprias dos municípios volta-se para despesas remuneratórias, decorrentes de efetivo exercício de cargos, empregos ou funções de confiança. Isso provavelmente decorre da própria descentralização e necessidade dos municípios gerarem condições de efetivação das políticas no território em um setor com uso intensivo de força de trabalho profissionalizada. Apesar das diversas modalidades de transferências para custeio dos serviços do SUS, cabe aos municípios, em última instância, as condições de efetivação das políticas no território. As despesas per capita apresentadas pelos municípios de pequeno porte,

equivaleram ou foram superiores aos com mais de 200.000 habitantes, o que inclui as capitais. Uma possível aproximação entre unidades territoriais tão dispares pode se dar por múltiplos motivos. Entre possíveis explicações, os primeiros poderiam apresentar despesa per capita mais alta pelas dificuldades em captar recursos, recrutar e fixar profissionais, principalmente os médicos, e cobrir procedimentos de média e alta complexidade, além de problemas de economia de escala.(ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

No indicador de investimentos em saúde, podemos notar uma evolução significativa, saindo de médias de 2,83% dos recursos em 2008 para o valor médio de 6,79% em 2018. Um aumento de 3,96 p.p. na média de investimentos em saúde. Em estudo recente de Sousa, Borges, Soares, Silva e Timóteo (2019), os autores relatam que a ampliação das ações e dos serviços, bem como o investimento financeiro destinado a ESF resultaram em importantes reduções na mortalidade infantil, na mortalidade em adultos por doenças cardíacas e cerebrovasculares, além de evitar hospitalizações desnecessárias por doenças crónicas comuns e as Internações por Condições Sensíveis à atenção primária. Macinko e Mendonça (2018), relatam que desde a criação da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis (ICSAP), estudos têm demonstrado associação entre cobertura da ESF e redução dessas hospitalizações, com as taxas dessas internações variando de acordo com o grau de implantação da ESF e estabilizando, quando a expansão da cobertura da ESF foi sustentada. Os autores ainda afirmam que revisão sistemática recente demonstrou que, entre os 13 estudos da temática ICSAP avaliados, 8 encontraram redução dessas internações entre 0,7% e 11% para cada aumento de 10% na cobertura da ESF, após controlar os efeitos de outros fatores que influenciam as taxas de hospitalização na população.

O processo de municipalização permitiu a instituição do SUS a partir da ampliação do acesso à saúde mas provocou a criação de milhares de sistemas locais isolados, uma vez que os governos locais assumiram a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde, em um contexto em que a maioria dos municípios apresentava pequena base populacional e limitada capacidade institucional. A maior parte dos recursos federais da saúde é destinada à manutenção da rede já existente, por meio do pagamento de serviços prestados e transferências intergovernamentais para estados e municípios. Isto indica uma tendência à manutenção do direcionamento dos fluxos financeiros do SUS para os loci onde já há infraestrutura instalada e mão de obra qualificada, mantendo as disparidades regionais (GADELHA; MACHADO; LIMA; BAPTISTA , 2011).

Estudo de Costa, Pattussi, Morimoto, Arruda (2016), relata que em Porto Alegre os investimentos financeiros em APS foram de R$ 127.910.812,76, em 2002. Enquanto em

2013, foram investidos R$ 234.056.900,02. Esta variação correspondeu a um aumento de 83%. Ao relacionar os investimentos em APS com os totais em saúde, a proporção destinada à APS passou de 13,9% em 2002 para 19,5% em 2013. Valores muitos superiores as médias encontradas no nosso estudo em Pernambuco.

Os gastos médios com terceirização de serviços por pessoa jurídica demonstram uma tendência ascendente, de 8,41% de média em 2008 para 14,67% de valor médio em 2018. Um aumento de 6,26 p.p. na média de participação de serviços terceirizados por pessoas jurídicas nos gastos dos municípios em dez anos.

Para Druck (2016), a experiência da terceirização no serviço público de saúde nos últimos quinze anos mostrou um crescimento significativo. Em São Paulo, por exemplo, observou-se um aumento das terceirizações em saúde por meio de contratos de profissionais sem concursos públicos e sem qualquer fiscalização da administração pública.

Martins, Molinaro (2013), ressaltam também o fato de que parte considerável dos trabalhadores é contratada de forma terceirizada, por empresas prestadoras de serviço, e que a qualificação destes profissionais, não tem sido considerada, do ponto de vista legal, como uma responsabilidade do Estado (empregador). No entender dos Órgãos de Controle, tais como Controladorias e Tribunais de Contas, não se pode alocar recursos públicos para formação e qualificação neste tipo de relação contratual. Este posicionamento inibe a efetivação de um processo permanente e necessário de qualificação trazendo consequências tanto para o trabalhador quanto para a qualidade do serviço prestado. Nos últimos anos, a entrada mais acentuada de entidades privadas na gestão de serviços de saúde, evidencia uma significativa inserção de processos de terceirização do gerenciamento do SUS com organizações sociais em distintos estados e municípios do Brasil. Esse tipo de ação insere o sistema em um processo de privatização, uma vez que atua na desvinculação da força de trabalho da estrutura do sistema de saúde (GARRIDO-PINZÓN; BERNARDO, 2017).

O trabalho de Coelho e Greve (2016), ressalta os vários modelos de contratação para prestação de serviços públicos praticados simultaneamente no Brasil. Estes vão desde a prática de contratos de gestão em hospitais públicos geridos por funcionários públicos a contratos de gestão em hospitais e centros de saúde públicos geridos por organizações sociais de saúde (OSS). Estas OSS, autarquias e fundações públicas disponibilizam tanto profissionais de saúde para atuarem em UBS, quanto o serviço de gestão dessas unidades, fazendo a chamada “contratação indireta”.

De outra parte, vale salientar que o percentual médio de gastos com medicamentos, encontrados na pesquisa, gerou dados bastante interessantes. Em 2008, representava 5,38% do

total de gastos com saúde, já em 2018, este percentual cai para 3,09%, uma redução de 2,29 p.p. na média de gastos com medicamentos. Vale destacar também, o percentual do ano de 2016, de 2,67%, devido a vários municípios pernambucanos não terem declarado gastos com medicamentos no referido ano.

Garcia, Guerra Júnior e Acúrcio (2017) afirmam que nos últimos anos as despesas com medicamentos vêm crescendo em ritmo mais acelerado que os outros gastos em saúde nos três entes federativos. Considerando-se um cenário de limitação orçamentária e fiscal, uma elevação cada vez maior dos gastos denota a necessidade de uma avaliação econômica a fim de alocar melhor os recursos públicos.

Estudo de Cunha (2014), observou um crescimento de 38% nos gastos com medicamentos nos municípios brasileiros, no período de 2009 a 2012. Também Santos (2014), destaca uma taxa de crescimento total de 213,67% nos gastos do município de Jaboatão dos Guararapes de 2008 a 2013, atribuído à inflação, número de apresentações e tipos de classes terapêuticas de medicamentos, além da taxa de cobertura da estratégia saúde da família.

No município do Rio de Janeiro, Silva, Pereira, Mendes, Luiza (2016), também observaram o aumento dos gastos médios com medicamentos da atenção básica por habitante, no período de 2008 a 2014, ultrapassando o valor pactuado *per capita* a partir de 2013.

O estudo também demonstrou os gastos médios dos municípios com profissionais de saúde onde se pôde observar uma leve tendência decrescente deste indicador, saindo de uma média de gastos com pessoal de 59,30% em 2008, para uma média 55,90% de gastos com pessoal em 2018.

Medeiros, Albuquerque, Tavares, Souza (2017) já retratavam que os limites para as despesas com pessoal impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal vêm sendo apontados pelos gestores municipais como obstáculo à política do setor, já que estabelece como limite para as despesas totais com pessoal de 54% a 60% da RCL e o não cumprimento desse limite torna os municípios mais vulneráveis aos dispositivos e às sanções previstas na LRF.

Em consonância com este estudo, o trabalho de Rocha Filho, Silva (2009), verificou a produtividade e os custos com pessoal das atividades de oito equipes de duas unidades do PSF de Fortaleza, Ceará, em 2004, onde constatou que os maiores gastos foram com pessoal, 75%, principalmente com os membros das equipes do PSF.

Dados do estudo de Santos Neto, Mendes, Pereira, Paranhos (2017), mostram o financiamento e o gasto do SUS dos sete municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo no período de 2009 a 2012, também apontou que a

maior parte dos recursos nos municípios da região, em todos os anos estudados, foi direcionada para gastos com pessoal com 53,73% dos gastos em saúde. Numa análise do desenvolvimento da APS nas metrópoles brasileiras, Costa (2016), também considerou que cidades com alta despesa com ações e serviços de saúde tenderiam a limitar os gastos com a expansão da ESF por força das restrições legais que impediriam o crescimento das despesas do governo municipal e identificou como consequências negativas da expansão da ESF a contabilidade do gasto com pessoal dos grandes municípios, acentuada pelas restrições da LRF para este fim.

A análise de todos os indicadores apontados neste estudo revela que gastos com pessoal em saúde foi o que gerou maior impacto nos gastos, apesar de sua tendência negativa, seguida de gastos com serviços terceirizados de pessoa jurídica e que os gastos com investimentos em saúde vêm superado os gastos com medicamentos declarados nos últimos três anos do recorte pesquisado, este último refletiu no aumento da cobertura da APS no período analisado, conforme será discutido mais à frente.

Baptistelli e Leopoldo (2009), demonstram que a qualidade dos gastos públicos não depende somente da sua expansão. Neste sentido, as elevações dos gastos públicos não se convertem, necessariamente, em melhorias na sua qualidade.

Para Almeida (2018), a elevação dos gastos públicos em saúde apesar de ser uma medida importante e necessária, pode não ser suficiente para promover a redução das desigualdades de renda e a geração do bem-estar da população, pois a qualidade do gasto público em saúde também está associada a outros aspectos, tais como o objeto e a forma como são executados esses gastos.

Neste sentido, um estudo de Brinckmann, Heinzen, Silva Andrett e Pfitscher (2019), verificou a eficiência com os gastos públicos com saúde de 258 municípios do Estado de Santa Catarina, no período de 2008 a 2014. A análise aplicou um sistema de entradas e saídas de em que as entradas se referem às despesas orçamentárias com a função saúde e as saídas são representadas pelos produtos gerados. Os resultados demonstraram que somente dois municípios atingiram o índice de eficiência de 100% nos anos analisados, enquanto os menos eficientes foram dez municípios e tendo os demais municípios oscilaram em torno da mediana, o que apontou a necessidade de profundas melhorarias na gestão dos recursos públicos destinados à saúde.

Vale salientar que, apesar de toda esta evolução nos gastos, entre os países que possuem um sistema universal de saúde, o único país que o gasto privado supera o público é o Brasil. Em contrapartida, nos demais países, o desembolso do Estado representa cerca de 60%

do total, segundo dados da Associação Brasileira de Economia da Saúde. O cenário é inverso ao dos países europeus, com organização predominantemente pública e gastos governamentais em torno de 80% do total dos gastos em saúde.(AQUINO; NETO; ALMEIDA; CARVALHO VÉRAS, 2019).

Este trabalho também demonstrou a evolução da cobertura de AB e ESF nos municípios pernambucanos, no período de 2008 a 2018, com uma tendência crescente deste indicador, saindo de uma cobertura média de 87,78% para ESF e 88,35% para AB em 2008, para uma cobertura média de 92,11% para ESF e 92,99% para AB em 2018. Dos 184 municípios pernambucanos apenas 94 municípios tinham 100% estimativa de cobertura de estratégia de saúde da família e 97 municípios com estimativa de 100% de cobertura populacional de atenção básica em 2008. Observa-se uma mudança de cenário em 2018 onde 119 municípios possuem uma estimativa de cobertura de ESF de 100% e 122 municípios possuem uma estimativa de cobertura de AB de 100%.

Segundo Neves, Flores, Duro, Nunes (2018), as coberturas de ESF em 2006 e 2016 foram de 45,3% e 64,0%, respectivamente no Brasil. Mostrando um aumento de 18,7 pontos percentuais no período, revelando uma tendência crescente da cobertura no país. Esse aumento na cobertura da estratégia é resultado dos esforços liderados pelo MS – dentro do respeito à autonomia local – para cada município aderir espontaneamente à ESF, sua expansão e consolidação.

Dados sobre a evolução da cobertura populacional da AB no estado do RS de 2007 a 2018, Breier (2019), observou que ao longo dos últimos 11 anos a cobertura populacional pela AB no estado do RS aumentou gradativamente. No ano de 2007, metade da população do estado tinha cobertura. Ao confrontar os dados de 2018, nota-se um aumento de 22,95% da cobertura populacional. Já a ESF, em 2007, possuía uma cobertura de 31,61% da população total. Em 2018, foi possível constatar o aumento considerável da cobertura, totalizando 60,08%. Foi possível observar que do índice atingido de 74,43% da cobertura populacional pela AB no estado do RS, 60,08% equivale à atuação da ESF. Esses dados corroboram com os encontrados em nossa pesquisa, onde os índices de cobertura pela AB e ESF são muito próximos, o que reflete a ação da ESF na cobertura populacional.

Pernambuco mostra resultados consonantes aos dados nacionais com crescimento de cobertura nos municípios do interior bastante acentuado enquanto a capital ainda não atinge um grande percentual de cobertura. Segundo Pinto, Giovanella (2018), a ampliação do acesso à atenção básica nacional pode ser constatada por meio da grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos, que passaram de 2.054 em

julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 4,4% para cerca de 70% da população. Destacam-se os municípios do interior do País, que passaram no mesmo período de 4,4% para 76,5% de cobertura, enquanto que as capitais ampliaram de 4,2% para 45,5%.

O aumento de cobertura da AB é de suma importância, já que o nível de atenção primária à saúde (MARTINS; GARCIA; SODRÉ; FARAH, 2018) tem capacidade de resposta para 75 a 85% das necessidades em saúde de uma comunidade. É esperado que esse nível de atenção represente a entrada para todas as novas necessidades e problemas da população, fornecendo atenção a toda população e contemplando a maioria dos agravos à saúde – exceto os muito incomuns ou raros – e coordene ou integre a atenção fornecida em outros pontos da rede de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Vale salientar a cobertura de 100% da população pela ESF em 122 municípios pernambucanos em 2018 frente aos 94 municípios que tinham este indicador em 2008. Em estudo no estado de Rondônia, por exemplo, a cobertura média da ESF para todo o estado de Rondônia progrediu de 60,4% em 2012 para 71,3% em 2016. No entanto, dois municípios ainda carecem de implantação desse serviço e em apenas oito municípios, a população já conta com 100% de cobertura da ESF; e para os demais, a cobertura da ESF foi bastante variável, de 35,8 a 100%. (SANTOS; LIMA; FONTES, 2019).

6 CONCLUSÕES

O estudo possibilitou a identificação de fatores influenciadores dos gastos com saúde nos últimos anos nos municípios pernambucanos. A partir dos resultados discorridos, percebe-se uma importante evolução nos gastos em saúde tanto de recursos das esferas governamentais quanto de recursos próprios para atenção primária nos municípios pernambucanos, mas ainda estão distantes dos gastos médios nacionais e também nos gastos per capta. Some-se a isto, a inflação, como fator macro econômico que influencia no reajuste dos serviços terceirizados contratados, nos preços dos medicamentos, e demais aspectos analisados neste trabalho.

A evolução da cobertura ao longo do período estudado foi outro fato relevante, com os municípios de pequeno porte com alta cobertura na atenção primária, destacando a estratégia de saúde da família neste cenário.

A União é, em grande medida, a maior financiadora da atenção primária, mas os municípios têm aumentado significativamente sua participação orçamentária própria. É ele o ente federativo responsável direto pela provisão da ESF e AB, devendo assegurar a equidade e eficiência nos seus gastos, para que a população tenha acesso no momento oportuno, uma vez que este nível de atenção é a principal porta de entrada no sistema de saúde e deve resolver a maioria dos problemas do seu território.

Num contexto onde os gastos com saúde são crescentes e os recursos não são repassados conforme as pactuações, é essencial uma gestão eficiente local para otimizar a alocação adequada dos recursos. A aplicação de estudos econômicos pode contribuir com os gestores para a tomada de decisão em busca de uma maior eficiência.

Notou-se que outro meio importante que pode contribuir para a eficiência dos gastos no âmbito da atenção primária, é o desenvolvimento de estratégias de gestão que promovam o desenvolvimento da rede própria de saúde para mitigar o uso de serviços terceirizados, além de políticas de saúde que visem a expansão da atenção primária. Contudo, torna-se necessário uma mudança na conduta dos diversos agentes que compõem o sistema.

O estudo apresenta como limitação a não inclusão dos gastos com a judicialização de medicamentos e outras demandas para saúde que são arcadas com recursos próprios do município, o que pode levar a uma subestimação dos gastos de maior ou menor âmbito nos municípios.

Os resultados evidenciam um aumento substancial dos gastos em saúde dos municípios pernambucanos e a participação, cada vez maior, dos recursos dos tesouros

municipais no sentido de estabelecer as prioridades na atenção primária, direcionando a aplicação do capital financeiro. Sugere-se a continuidade da pesquisa para averiguar a qualidade do gasto, investigando-se as aquisições de serviços terceirizados, os gastos com pessoal, com aquisição de medicamentos e com investimento em novas unidades de saúde em relação às necessidades da população, além de uma análise da eficiência destes gastos, comparando-se o que foi adquirido com o que foi consumido, principalmente com recursos municipais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. A. L. **Avaliação da regularidade na alimentação do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

ALMEIDA, J. C. **Qualidade do gasto público em atenção primária à saúde**: efeitos sobre a desigualdade de renda nos municípios brasileiros no período de 2008 a 2013. 2018.

AQUINO, J. M. de; NETO, S.; ALMEIDA, J. V. B. A. R.; CARVALHO VÉRAS, J. G. T. de . Políticas de austeridade dos cortes de gastos públicos na saúde: uma revisão de Literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 25, p. e664-e664, 2019.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. J. C. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, p. 1499-1510, 2016.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. J. C. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 953-963, 2017.

ASTERIOU, D.; HALL, S. G. J. H. P. M. Applied Econometrics: a modern approach, revised edition. **Macmillan International Higher Education**, 46, n. 2, p. 117-155, 2007.

BAPTISTELLI, P.; LEOPOLDO, F. I. D. P. J. S. L. **Qualidade dos gastos públicos dos municípios mineiros na área da educação**. 2009.

BARBOSA, M. G.; ZORTEA, A. P.; CUNHA, F. M. ; SANTOS, T. C. **Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil**: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. 2016.

BRASIL. Portaria nº2. 979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000a. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, de 18 de março de 2015. Brasília, 2015a.

BRASIL. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012b. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7827.htm. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. Decreto nº 8.202, de 6 de março de 2014. Dispõe sobre o prazo previsto no inciso II do capítulo do art. 166 do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, para o ano de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=07/03/2014. Acesso em 12 set. 2018.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF,19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 –Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm. Acesso em: 21 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil],** Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006c. Seção 1, p. 49-67.

BRASIL. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 junho 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº.141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências**. Diário Oficial da União**, Brasília, DF,13 jan. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº. 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 agosto 1994.

BRASIL. Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000b. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 53, 16 de janeiro de 2013. Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e fixa prazos para registro e homologação de informações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 jan. 2013. Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2203, de 5 de novembro de 1996.**

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 2047. Dispões sobre as diretrizes operacionais para a aplicação da EC 29. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 nov. 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2047.htm. Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2017 [citado 2 maio 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude. gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 12 fev.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do SIOPS aplicado aos municípios.** Brasília, 2010. 141 p. Disponível em:http://www.latecnologiaemsaude.com.br/arquivos/cosems_2011/manual_SIOPS_2010.pdf . Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 13 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF; 2019. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em: 16 fev. 2019.

BREIER, J. **Análise da cobertura populacional da atenção básica de saúde no Rio grande do sul e seu impacto sobre a mortalidade infantil**. 2019.

BRINCKMANN, R.; HEINZEN, K. H.; DA SILVA ANDRETT, M. C.; PFITSCHER, E. D. J. C. ANÁLISE DE EFICIÊNCIA DOS GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA ENTRE 2008 E 2014.**Contabilometria. Brazilian Journal of Quantitative Methods applied to Accounting**, Monte Carmelo, v. 6, n. 2, p. 77-91, jul./dez. 2019.

CASTRO, A. L. B. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. **Financiamento da atenção básica no SUS**. 2018.

CHIEZA, R.; DE ARAÚJO, J. P.; JUNIOR, G. E. S. J. E. F. **Impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre os componentes da despesa dos municípios gaúchos**: análise econométrica. 30, 2009.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. J. D. As Organizações Sociais de Saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. **DADOS- Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016.

CORDILHA, A. C.; LAVINAS, L. J. C. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. **Lições da França e do Brasil**. 23, p. 2147-2158, 2018.

COSTA, J. S. D. ; PATTUSSI, M. P.; MORIMOTO, T.; ARRUDA, J. S. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1289-1296, 2016.

COSTA, N. de R. J. C. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.

CUNHA, C. R. de. **Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros no período de 2009 a 2012**. 2014.

DRUCK, G. J. T., educação e saúde. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.14, p. 15-43, 2016.

DUARTE, M. de L. C.; TEDESCO, J.; PARCIANELLO, R. R. J. R. G. de E. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. RGE - **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 111-117, 2012.

FIGUEIREDO, J. O.; PRADO, N. M. d. B. L.; MEDINA, M. G.; PAIM, J. S. J. S. e. D. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 37-47, 2018.

FREITAS, F. P. de; PINTO, I. C. J. R. L. A. de E. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n. 4, p. 547-554, 2005.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de.; BAPTISTA, T. W. d. F. J. C. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p. 3003-3016, 2011.

GARCIA, L. P.; SANT'ANNA, A. C.; MAGALHÃES, L. C. G. de.; AUREA, A. P. J. C. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 1, p. 115-128, 2013.

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. de. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 221-233, 2017.

GARRIDO-PINZÓN, J.; BERNARDO, M. H. J. C. de S. P. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. e00050716, 2017.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de J. C. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; ALMEIDA, P. F. de; ESCOREL, S. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 783-794, 2009.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. **Multivariate data analysis**. Prentice hall Upper Saddle River, NJ, 1998. v. 3.

HARZHEIM, E. J. C. "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p.1189-1196, 2020.

HSIAO, C. **Analysis of panel data**. Cambridge university press, 2014. v. 54. 1107038693.

IBGE. Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais_tab_uf_zip.shtm. Acesso em: 12 mar. 2019.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. d. J. C. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciencia & Saúde Coletiva,** v.17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

LEWIS-BECK, M. S.; BÉLANER, É. J. F. P. Quantitative methods in political science: Research in France and the United States. v.13, n. 2, p. 175-184, 2015.

LIMA, A. C.; JANUÁRIO, M. C.; LIMA, P. T.; DE MOURA, W. J. R.-R. F. Z. S. DATASUS: o uso dos Sistemas de Informação na Saúde Pública. **Revista FATEC Zona Sul**, v.1, n. 3, p. 16-31, jun. 2015.

LIMA, C. R. d. A.; CARVALHO, M. S.; SCHRAMM, J. M. d. A. J. C. d. S. P. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, set. 2006.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. J. S. e. D. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saude e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial1, p. 18-37, set. 2018.

MARQUES, J. M.; MARQUES, M. A. M. J. R. d. F. As componentes principais no descarte de variáveis em um modelo de regressão múltipla. **Revista FAE**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 93-101, jan./jun. 2005.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. J. S. e. S. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. J. C.; COLETIVA, S. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, p. 1667-1676, 2013.

MARTINS, R.; GARCIA, M. C. M.; SODRÉ, M. R.; FARAH, B. F. J. R. d. A. RELATO DE EXPERIÊNCIA: importância do sistema de informação na estratégia de saúde da família. **Revista APS**, v. 21, n. 1, p. 141, 2018.

MASSAMBANI, M. O.; DO NASCIMENTO, S. P.; DA CAMARA, M. R. G.; DINIZ, S. S. J. E. Gastos com saúde pública para municípios selecionados do estado do Paraná: uma análise a partir do modelo de ajustes de poligonais. **Economia & Região**, v.1, n. 2, p. 76-99, 2013.

MEDEIROS, K. R. de; DE ALBUQUERQUE, P. C.; DINIZ, G. T. N.; ALENCAR, F. L. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). **RAP. Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1113-1133, 2014.

MEDEIROS, K. R. de.; ALBUQUERQUE, P. C. de.; TAVARES, R. A. W.; SOUZA, W. V. d. J. C. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1759-1769, 2017.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. de; OLIVEIRA, J. R. de; ANDRADE, G. C. L. de J. S. e. D. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n.116, p. 38-51, jan./mar. 2018.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. d. S. J. S. e. D. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v.42, p. 224-243, 2018.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. J. C.; COLETIVA, S. O financiamento do SUS sob os" ventos" da financeirização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, p. 841-850, 2009.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. de C. G.; SILVA, A. L. A. de J. S. e. S. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 329-335, 2017.

NEVES, R. G.; FLORES, T. R.; DURO, S. M. S.; NUNES, B. P. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017170, 2018.

PEREIRA, B. L. S.; OLIVEIRA JUNIOR, A. C. R.; RESENDE, D. J. R. S. P. de. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único. **RSP. Revista de Saúde Pública**, v.53, p. 58, 2019.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. de F. P. de J. C. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1511-1524, 2016.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. J. C. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M. de; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, p. 411-422, 2016.

ROCHA FILHO, F. de S.; SILVA, M. G. C. de J. C. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 919-928, maio/jun. 2009.

RODRIGUES, L. B. B.; SILVA, P. C. d. S.; PERUHYPE, R. C.; PALHA, P. F. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

RODRIGUES, R.; ELIAS, P.; DOURADO, D.; VIANNA, P. Federalismo, relação público-privado e gasto público em saúde no Brasil. **Rev. Pol. Planej.** v. 1, n. 1, p. 141-156, 2010.

SALAZAR, B. A.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L. J. C. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 783-796, 2017.

SANTO, A. C. G. de E.; TANAKA, O. Y. J. C. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, 2011.

SANTO, E.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. J. C. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, p. 861-871, 2012.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 32, n.1, p. e00194815, 2016.

SANTOS, B. V. de.; LIMA, D. da S.; FONTES, C. J. F. J. E. e. S. da S. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, v. 28, n.1, p. e2017- 2497, 2019.

SANTOS, J. N. dos. **Análise do gasto público com medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica do município do Jaboatão dos Guararapes:** tendência 2008 a 2013. Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

SANTOS NETO, J. A. dos; MENDES, Á. N.; PEREIRA, A. C.; PARANHOS, L. R. J. C. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciencia e Saúde Coletiva** v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. J. I. E. dos S. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 10, n. 1, p. 19-30, 2001.

SILVA, R. M. da.; PEREIRA, N. C.; MENDES, L. V. P.; LUIZA, V. L. J. C. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p. 1421-1432, 2016.

SILVA, S. A. da; BAITELO, T. C.; FRACOLLI, L. A. J. R. L. A. da E. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015.

SOARES, R. F.; CLEMENTE, A.; FREIRE, F. da S.; SCARPIN, J. E. J. R. de A. P. Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 4, p. 563-586, jul. /ago. 2016.

SOUSA, R. A.; BORGES, F. M.; SOARES, F. R.; SILVA TIMÓTEO, N. L. da. Internações por condições sensíveis à atenção primária e investimento em saúde, Piauí, Brasil, 2017. **Anais do IHMT**, v.18, p. 76-82, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002. 8587853724.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. J. C. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciencia e Saúde Coletiva,** v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 473-505.

VIEIRA, F. S.; SÁ, R. P. de; BENEVIDES, R. d. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v.10, n. 3, p. 1-28, 2016.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. J. S. e. S. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.