

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Aline Marques Gomes

Receitas e Despesas no Sistema Único de Saúde (SUS): uma análise a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011-2018

Rio de Janeiro

2020

Aline Marques Gomes

Receitas e Despesas no Sistema Único de Saúde (SUS): uma análise a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011-2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Claudia Cristina de Aguiar Pereira

Coorientador(a): Prof^ª. Dra. Sheyla Maria Lemos Lima

Rio de Janeiro

2020

Aline Marques Gomes

Receitas e Despesas no Sistema Único de Saúde (SUS): uma análise a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011-2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 02/07/2020

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Carla Jorge Machado
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Assis Luiz Mafort Ouverney
Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Marina Ferreira de Noronha
Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Sheyla Maria Lemos Lima (Coorientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Claudia Cristina de Aguiar Pereira (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

A trajetória ao longo do Mestrado, por muitas vezes, foi marcada pela privação do convívio de familiares e amigos. Contudo, esse círculo de pessoas sempre apoiou a opção pelo Mestrado, apesar das advertências, sempre realistas, quanto à dificuldade da vida acadêmica. Entretanto, apesar de todas as adversidades, o desafio de contribuir com o desenvolvimento científico e fortalecimento do SUS foram sustentáculos desse trabalho.

Os primeiros agradecimentos se dirigem a Deus, em sua infinita misericórdia, e aos meus pais, por toda a sua dedicação e sacrifício, sendo meu porto seguro nos momentos de dificuldade, além do apoio incondicional em todas as situações. A meu companheiro, Rafael, pelo carinho e compreensão em relação aos meus estudos, além do seu companheirismo no processo da dissertação. A minha prima, Thais, pela sua generosidade, presença importante em todos os momentos desse percurso, sempre a estender uma mão amiga.

Aos amigos que fizeram parte dessa trajetória, com os quais ainda posso desfrutar da amizade. Todos eles fazem parte dessa caminhada e, certamente, proporcionaram muitos ensinamentos. Dentre eles, agradeço especialmente à Ana Helena e à Geisa Nascimento pelo rigor científico quanto ao aspecto técnico da dissertação, que muito contribuíram para meu desenvolvimento profissional. Aos meus companheiros de caminhada por cada palavra de vivência, carinho e estímulo, que me agraciaram com conhecimento e amizade, que pretendo carregar para a vida.

Às minhas orientadoras pela confiança depositada e pelos ensinamentos compartilhados durante todos esses anos de convivência. Agradeço também sua compreensão nos momentos que não pude dedicar-me adequadamente às leituras e discussões, destacando constantemente a necessidade de conciliar as diversas atividades.

Dedico à minha filha, Rosa, gestada juntamente com essa dissertação. A expectativa da sua chegada despertou o amor mais genuíno que pode existir, e proporcionou novas forças na reta final dessa empreitada.

Não há povo amorfo. Não há massa bruta e indiferente. A massa é formada de homens e a natureza de todos os homens é a mesma: dela é a paixão, a gratidão, a cólera, o instinto de luta e o de defesa.
(FERREIRA, 2001, 61p.)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a evolução das receitas e despesas com o SUS, nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018. Trata-se de estudo descritivo, de natureza quantitativa, baseado em dados secundários, extraídos do SIOPS, dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018. Foram extraídos os valores relativos às variáveis de receitas totais de cada município; de receitas adicionais para o financiamento da saúde; e, de despesas relacionadas à saúde, as quais são apresentadas de duas maneiras distintas, a primeira quanto à origem do recurso e a segunda quanto ao gasto com as subfunções vinculadas. Para possibilitar a comparação entre os anos, os valores foram corrigidos pela inflação, através do IPCA-IBGE. Para análise, as receitas e despesas foram agrupadas segundo as Regiões de Saúde do estado, IDH e por porte municipal, e também foram calculados os valores per capita. As receitas totais e adicionais para o SUS (valor total e per capita) apresentaram crescimento no período compreendido entre 2011 e 2014, seguido de queda progressiva até 2017. Observou-se leve acréscimo das receitas em 2018. O início da queda do volume de receitas coincidiu com a recessão econômica vivenciada pelo Brasil, de 2014 a 2016. Após a recessão profunda, observou-se uma recuperação lenta da economia entre 2017 e 2019. A forte participação das transferências intergovernamentais destacou-se nas Regiões de Saúde Centro-Sul e Noroeste, nos municípios com IDH médio, e naqueles de menor porte populacional. Ficou evidenciada forte participação da União nas receitas adicionais para o SUS em todos os grupos de municípios estudados. No início do período estudado houve maior participação do estado do Rio de Janeiro, a qual reduziu drástica e progressivamente, ao longo do período estudado. Em linhas gerais, a despesa total em saúde e a despesa per capita cresceram até o ano de 2014, decresceram entre 2015 e 2016 e retomaram o crescimento em 2017 e 2018. Os grupos de municípios apresentaram predominância de recursos próprios municipais sobre os recursos transferidos de outros entes federativos. Observou-se na maioria dos municípios maior despesa com atenção em média e alta complexidade. Maior gasto com atenção básica foi observado nos municípios da Região de Saúde Baía da Ilha Grande, de IDH médio e de menor porte populacional. Neste contexto, o estudo em tela evidencia que os municípios foram sobrecarregados financeiramente diante das adversidades econômicas que atingiram outras esferas governamentais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Financiamento Governamental. Gastos em Saúde. Cidades. Orçamentos.

ABSTRACT

The objective of this work was to evaluate the evolution of revenues and expenses with SUS, in the municipalities of the state of Rio de Janeiro, in the period from 2011 to 2018. It is a descriptive study, of quantitative nature, based on secondary data, extracted from the SIOPS, of the 92 municipalities in the state of Rio de Janeiro, from 2011 to 2018. The values related to the variables of each municipality were extracted; total revenue; additional revenue for health financing; and, health-related expenses, which are presented in two different ways, the first as to the origin of the resource and the second as to the expenditure on the linked sub-functions. To enable the comparison between the years, the values were adjusted by inflation, using the IPCA-IBGE. For analysis, revenues and expenses were grouped according to the state's Health Regions, HDI and by municipal size, and the values per capita were also calculated. Total and additional revenues for the SUS (total and per capita value) increased in the period between 2011 and 2014, followed by a progressive decrease until 2017. There was a slight increase in revenues in 2018. The beginning of the decline in the volume of revenues coincided with the economic recession experienced by Brazil, from 2014 to 2016. After the deep recession, there was a slow recovery of the economy between 2017 and 2019. The strong participation of intergovernmental transfers stood out in the Central-South and Northwestern Health Regions, in the municipalities with average HDI, and in those of smaller population size. There was a strong participation of the Federal Government in the additional revenues for SUS in all groups of municipalities studied. At the beginning of the studied period, there was a greater participation by the state of Rio de Janeiro, which drastically and progressively reduced over the period studied. In general terms, total health expenditure and per capita expenditure increased until 2014, decreased between 2015 and 2016 and resumed growth in 2017 and 2018. The groups of municipalities showed a predominance of municipal own resources over resources transferred from other federal entities. In most municipalities, higher expenditure on medium and high complexity care was observed. Higher spending on primary care was observed in the municipalities of the Baía da Ilha Grande Health Region, with medium HDI and smaller population. In this context, this study shows that the municipalities were financially overburdened in the face of economic adversities that affected other governmental spheres.

Keywords: Sistema Único de Saúde (SUS). Financing Government. Health Expenditures. Cities. Budgets.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição de Competências Tributárias exclusivas, segundo a CF88	20
Quadro 2 – Variáveis de Receita líquida dos Impostos e Transferências Constitucionais Legais	39
Quadro 3 – Receitas de Transferências de Recursos do SUS.....	40
Quadro 4 – Variáveis de Despesas com Saúde	40
Quadro 5 – Regiões de Saúde e respectivos municípios do estado do Rio de Janeiro	42
Quadro 6 – Classificação IDH por IDH municipal	43
Quadro 7 – Distribuição dos municípios do Rio de Janeiro, segundo classificação de IDH de 2010	43
Quadro 8 – Classificação de Porte Municipal, segundo dados populacionais	44
Quadro 9 – Classificação de municípios, segundo porte populacional, tendo como referência o ano de 2011	45
Gráfico 1 – Total de receitas municipais* por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	49
Gráfico 2 – Percentual médio de transferências de recursos adicionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), por fonte de receita dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Receitas municipais totais* por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	47
Tabela 2 – Composição percentual das receitas municipais, segundo receitas próprias (RP) e transferências intergovernamentais (TI) por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	48
Tabela 3 – Receita total per capita* por região de saúde do estado do Rio de Janeiro e do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	50
Tabela 4 – Média de receitas municipais totais* por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018 ..	51
Tabela 5 – Composição percentual das receitas municipais segundo receitas próprias (RP) e transferências intergovernamentais (TI) por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	52
Tabela 6 – Receita total per capita* por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	53
Tabela 7 – Média de receitas municipais totais* por porte populacional nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	55
Tabela 8 – Composição percentual das receitas municipais, segundo receitas próprias (RP) e transferências intergovernamentais (TI) por porte populacional nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	55
Tabela 9 – Receita total per capita* por porte municipal do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	56
Tabela 10 – Receitas adicionais totais* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	57
Tabela 11 – Composição percentual* de receitas adicionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) em percentuais por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	58
Tabela 12 – Receitas adicionais per capita* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	59
Tabela 13– Média de receitas adicionais totais* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	60
Tabela 14 – Composição percentual* de receitas adicionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) em percentuais por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	61
Tabela 15 – Receitas Adicionais per capita* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	62
Tabela 16 – Receitas adicionais totais* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por porte populacional nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	63
Tabela 17 – Composição percentual das receitas adicionais* para o Sistema Único de Saúde (SUS) em percentuais por porte populacional nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	64
Tabela 18 – Receitas Adicionais per capita* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	65
Tabela 19 – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)* por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	67
Tabela 20 – Composição percentual das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde	

(ASPS), realizadas com recursos próprios (RP) ou outros recursos (OR) por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	68
Tabela 21– Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) per capita* por região de saúde e do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	69
Tabela 22 – Média de despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)* por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	70
Tabela 23 – Composição percentual das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) realizadas com recursos próprios (RP) ou com outros recursos (OR) por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	71
Tabela 24 – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) per capita* por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.....	71
Tabela 25 – Média de Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) por porte populacional dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	72
Tabela 26 – Composição percentual das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) realizadas com recursos próprios (RP) ou com outros recursos (OR) por porte populacional dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	73
Tabela 27– Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) per capita* por porte municipal do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	74
Tabela 28– Percentuais de despesas com as subfunções atenção básica (AB), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e outras subfunções (OS) de saúde, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	76
Tabela 29 – Despesas per capita* com as subfunções atenção básica (AB) e atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) de saúde, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	77
Tabela 30 – Percentuais de despesas com as subfunções atenção básica (AB), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e outras subfunções (OS) de saúde, por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	78
Tabela 31 – Despesas per capita com as subfunções atenção básica (AB) e atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) de saúde, por classificação de Índice de Desenvolvimento Humana (IDH) do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018...	79
Tabela 32 – Percentuais de despesas com as subfunções atenção básica (AB), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e outras subfunções (OS) de saúde, por porte municipal dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	80
Tabela 33 – Despesas per capita com as subfunções atenção básica (OS), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) de saúde, por porte municipal do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018	81

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1.	OBJETIVO GERAL	14
2.1.1.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	ASPECTOS CONCEITUAIS	15
3.1	SISTEMA FEDERATIVO E FEDERALISMO FISCAL	15
3.1.1	SISTEMA ORÇAMENTÁRIO BRASILEIRO	22
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	24
5	METODOLOGIA	39
6	RESULTADOS	46
6.1	RECEITAS MUNICIPAIS TOTAIS E PER CAPITA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 2011 A 2018	47
6.2	RECEITAS ADICIONAIS PARA O SUS NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 2011 A 2018	57
6.3	DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 2011 A 2018	67
6.4	DESPESAS COM AS SUBFUNÇÕES ATENÇÃO BÁSICA, ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL E OUTRAS SUBFUNÇÕES DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 2011 A 2018	75
7	DISCUSSÃO	82
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	89

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde pública brasileira vem atravessando diversas mudanças estruturais no marco de seu financiamento (ROSSI, DWECK, 2016; JACCOUD, VIEIRA, 2018). As mudanças são fruto de reformas estatais e crises econômicas, que sugerem a redução da participação do Estado na economia (PIOLA, 2006; MENDES, 2005; DAIN, 2007; LIMA 2007; ROSSI, DWECK, 2016; JACCOUD, VIEIRA, 2018). Tais alterações afetam principalmente as políticas públicas de saúde e educação.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, é um marco na conquista de direitos. Surge como fruto dos anseios da população, da sociedade civil organizada, dos movimentos sociais e vem estabelecer uma nova tábua axiológica em relação aos direitos e garantias individuais e sociais. A dignidade da pessoa humana, a cidadania e a soberania, se tornam fundamentos republicanos e a Carta Magna passa a contemplar a democracia representativa e a participativa.

A inserção da saúde na seguridade social teve as demandas para negociação colocadas pelo movimento sanitário no período da constituinte, buscando a defesa de uma concepção ampliada de saúde que viabilizasse o acesso da população à prevenção e à assistência de forma universal, integral e igualitária (NUNES, 2014; BAPTISTA, 2007). Tal luta resultou na conformação da Lei 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). A inclusão da saúde no sistema de seguridade social da Carta Magna, como direito de todos e dever do Estado, seguiu a lógica da universalidade dos sistemas nacionais de saúde. (PAIM, 2009).

No entanto, o desenvolvimento de um sistema de saúde público, universal e descentralizado, enquanto direito de cidadania exige uma estrutura de financiamento complexa e sustentável. Desde o momento de concepção do SUS, o seu financiamento eficaz e efetivo tem sido uma questão para o funcionamento do sistema. E, ainda hoje, as discussões sobre as lacunas do financiamento do SUS perpassam por múltiplas polêmicas e paradoxos. (PIOLA, 2006; MENDES, 2005; DAIN, 2007; LIMA 2007; ROSSI, DWECK, 2016; JACCOUD, VIEIRA, 2018).

Cabe destacar que o gasto público brasileiro com saúde é significativamente inferior ao gasto público de outros países que possuem sistemas nacionais de saúde, com proposta de cobertura universal (PIOLA, 2006). Estudos evidenciam que este gasto tem sido menor que os gastos das famílias com saúde. Ressalta-se que em 2013 o gasto público em percentual do PIB foi de 3,6%, alocados para acolher a mais de 75% da população, que corresponde àqueles sem cobertura da saúde suplementar; já o gasto das famílias foi de 4,4% do PIB (VIEIRA;

BENEVIDES, 2016). Ademais, as crises econômico-financeiras recentes, bem como as reformas compatíveis com o modelo econômico neoliberal, vêm prejudicando a oferta de ações e serviços de saúde, num contexto que recomenda o esvaziamento das políticas sociais em favor da iniciativa privada (ROSSI; DWECK, 2016). Agravando este cenário, o Brasil experimentou forte crise política e econômica, a partir de 2014. Particularmente, o estado do Rio de Janeiro, a partir de 2015, têm vivenciado uma crise financeira sem precedentes, levando-o a declarar estado de calamidade financeira em 2016 (SOBRAL, 2017).

Na história recente, o Brasil apresentou como tradição a aplicação de uma política econômica que alterna momentos de crescimento e desaceleração da economia. Todavia, entre 2014 e 2016 a recessão econômica se apresentou de forma mais grave e longa. (PAULA; PIRES, 2017). Como efeitos secundários da crise de 2014, foi possível observar “aumento do desemprego, a queda da renda, a contração do mercado de crédito e a redução dos investimentos públicos” (PAULA; PIRES, 2017, p.132).

O estado do Rio de Janeiro constatou grave queda na arrecadação de tributos, em função da crise nacional. Sobral (2017), destaca como um aspecto da crise econômica do referido estado, a relação federativa com a União, em razão dos arranjos fiscais e acordos de empréstimos que se estabeleceram. Segundo ele, no caso analisado, é mais vantajoso para a União agir com rigidez quanto ao pagamento das dívidas e incentivar um maior endividamento, a fim de “solidarizar perdas e impor a transferência de seus custos aos mais desfinanciados e com menor poder de barganha” (SOBRAL, 2017, p. 42). Destaca-se que o papel da União como credora neste acordo exige corte de despesas, recomenda “antecipar receitas em troca de vender patrimônio, e se endividar em uma situação fiscal mais arriscada” (Ibid., p. 43). Portanto, considera-se que a forma de administração das dívidas do estado com a União se configura como um instrumento de poder e dominação desta última. O agravamento do caso do Rio de Janeiro evidencia o endividamento temerário e disputas financeiras no cenário nacional, pois há pouca recuperação da dívida ativa das empresas e a não exigência de reparações do governo federal, como por exemplo a Lei Kandir (Id., 2017). Quanto à dívida pública estadual, apurou-se ser de cerca de 107 milhões, sendo que 73,6 milhões são devidos diretamente à União, no entanto, dentre as dívidas ativas de empresas das quais o governo estadual é credor, boa parte do valor é devido por empresas federais, tais como Petrobras e Correios (Id., 2017). Ademais, o governo do estado concedeu diversos benefícios fiscais sob a égide de atrair investimentos para o seu território, resultando em uma renúncia fiscal significativa para a sua sustentabilidade financeira (BARREIRA, 2017). Dessa forma, para a composição do orçamento baseado em recursos próprios, o estado do Rio de

Janeiro dependia fortemente da arrecadação de royalties do petróleo. Todavia, a queda do preço do barril do petróleo, devido à crise econômica mundial de 2008, reduziu a arrecadação de royalties pelo estado do Rio de Janeiro, recurso que era utilizado para quitação de despesas correntes do estado, gerando um colapso nas contas públicas (PUFF, 2016; MARTÍN, 2015). No entanto, observou-se que grande parte dos incentivos fiscais, que deixaram de ser arrecadados pelo Rio de Janeiro foram definidos por políticas do governo federal e concedidos nacionalmente, dessa forma a narrativa das isenções fiscais como única justificativa pra a crise estadual não se sustenta de forma isolada (SOBRAL, 2017).

Outra visão acerca da crise econômica do estado do Rio de Janeiro, em defesa do acordo federal, define a crise como um problema de gestão, em função do excesso de gastos com a folha de pagamento, sendo a crise econômica nacional um fator secundário que evidenciou esse problema de gestão (PUFF, 2016; SOBRAL, 2017). Todavia, a consideração do Rio de Janeiro como um estado perdulário também não define a crise, pois em comparação com outros estados da federação, este não apresenta uma “máquina pública inchada” (SOBRAL, 2017, p. 56). Em proporção do Produto Interno Bruto (PIB) e da Receita Corrente Líquida (RCL), a despesa com pessoal do poder executivo do estado do Rio de Janeiro é uma das menores da federação (Id., 2017). Em resumo a crise financeira do estado do Rio de Janeiro pode ser explicada pela queda das receitas e pela incapacidade de gerar mais receitas, não somente pelo aumento das despesas, todavia foi estabelecido o corte das despesas, o que impacta significativamente nas políticas sociais e faz com que as receitas caiam ainda mais (Id., 2017).

Dessa forma, considerando as polêmicas que norteiam o financiamento do SUS, bem como a supracitada conjuntura nacional e estadual, o objetivo deste trabalho foi avaliar a evolução das receitas e despesas com o SUS, nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018. O processo de descentralização do SUS visava à reorganização do modelo assistencial que outrora orientava a política de saúde, delegando ao município a responsabilidade de ser o principal executor das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), efetivando o processo de municipalização da política (MENDES, 2005). Apesar de contar com todos os entes federativos para a composição do orçamento do SUS, é relevante evidenciar a importância da ênfase na esfera municipal, em razão da “efetiva aproximação entre governante e governados; da reduzida complexidade administrativa; do menor grau de burocratização; e da maior capacidade para fiscalizar e prover os serviços de saúde” (ELIAS, 1996, *apud* MENDES, 2005, p. 8).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as receitas e despesas do Sistema Único de Saúde (SUS), nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018.

2.1.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar as receitas alocadas ao SUS, segundo a fonte (recursos próprios municipais e transferências intragovernamentais).
- Caracterizar as despesas realizadas, segundo a fonte e as subfunções atenção de média e alta complexidade e atenção básica.
- Identificar elementos de ruptura e continuidade, no que tange ao financiamento e gasto do SUS, ao longo do período analisado (2011 a 2018).

3 ASPECTOS CONCEITUAIS

3.1 SISTEMA FEDERATIVO E FEDERALISMO FISCAL

O Brasil se caracteriza pelo arranjo político-territorial federativo, que organiza o Estado e define sua relação com as políticas sociais. A política de saúde, enquanto direito de cidadania refere-se a uma política social que tem por objetivo a garantia da saúde como completo bem-estar físico, mental e social. As políticas sociais emanam das condições de miséria, inerentes ao modo de produção capitalista, em decorrência do fenômeno da industrialização e da necessidade de regular as condições de trabalho (FLEURY; OUVÉRY, 2008). Isto posto, neste tópico, importa apreender o desenho político-institucional que influencia o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, com destaque para o sistema de governo e as características da burocracia (ABRUCIO; FRANZESE, 2007; LIMA 2007).

O federalismo é uma forma de organização territorial do poder político, caracterizado pela dupla autonomia territorial de governo – nível central e níveis descentralizados (SOARES, 2012). Para Soares (2012), o sistema Federativo se conformou como um pacto. De um lado é priorizada a manutenção de um Estado nacional centralizado – frente a inimigos externos, nas trocas comerciais, entre outros fatores. De outro lado, há a defesa de maior autonomia para as comunidades territoriais (SOARES, 2012).

Federação concebida como modo de organização político-territorial fundamentada na legitimidade social e nas decisões coletivas entre níveis de governo, é antagônica ao modelo clássico de Estado unitário, no qual o poder é centralizado no nível federal, considerado hierarquicamente superior aos governos subnacionais (ABRUCIO; FRANZESE, 2007; LIMA 2007).

O pacto federativo é garantido por um marco legal e institucional, que envolve a Constituição Federal e as legislações infraconstitucionais, bem como por instituições federativas que realizam a coordenação entre os entes federativos e também estabelecem freios e contrapesos, conformando um sistema de controle mútuo entre os pactuantes. Para além do controle mútuo, o pacto federativo requer incentivos à colaboração e ao estabelecimento de relações intergovernamentais para decisão conjunta. (ABRUCIO; FRANZESE, 2007; LIMA 2007).

Cabe destacar que a adoção do federalismo, em determinado país, é aventada, a partir da coexistência de heterogeneidades inseridas em uma mesma nação, exaltando a capacidade de

manter unidas e autônomas as partes de um mesmo território (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

O Federalismo teve sua origem nos EUA, após a Proclamação da Independência¹, a fim de unir as treze colônias que conformavam este Estado. Dessa forma, foi instaurada a possibilidade de constituição de um Estado Nacional, com Entidades Subnacionais (SOARES, 2012).

No caso brasileiro, o sistema federativo possui particularidades no que tange ao seu desenvolvimento histórico e a sua efetivação. Desde fins do século XIX, o Brasil se institui como uma república federativa, marcada por oscilações entre a democracia federativa e o autoritarismo centralizador, com destaque para organização em três níveis de soberania: União, Estados e Municípios (SOARES, 2012; LIMA 2007). Todavia, a experiência brasileira foi determinada pela descentralização, em razão da extensão territorial, das disputas e outras questões políticas e oligárquicas que vigoravam à época (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). Atualmente, o Brasil pode ser incluído em um grupo de países caracterizados pela organização em um federalismo cooperativo, marcado pelo grau de autonomia dos entes federativos coordenados verticalmente, com ênfase na União, podendo coordenar-se, também, horizontalmente entre os federados de mesmo nível (SHAH, 2007, *apud* GARSON, 2018).

O federalismo fiscal apreende a repartição fiscal e de competências entre os entes federativos (LIMA, 2007). No federalismo fiscal, a depender da responsabilidade de cada ente federado, atribuídas pelo marco legislativo nacional, serão conferidas as competências tributárias, que irão conformar seu financiamento, bem como a execução do gasto público. Para Riani (2002), as principais fontes de financiamento para um governo são: emissão de moeda, lançamento de títulos públicos, empréstimos bancários (interno e externo) e a tributação. Todavia, em razão dos diversos efeitos provocados por cada uma dessas atividades econômicas, recomenda-se que a tributação seja a principal fonte de receitas de um Estado. Portanto, pode-se apreender que a alocação de recursos, em um sistema capitalista, depende especialmente da tributação e da política orçamentária. E têm potencial de redução da desigualdade social, a depender da estrutura de tais mecanismos (Id., 2002).

¹ Fato histórico ocorrido em 1787.

Apreende-se que os bens públicos, as falhas de mercado e as disparidades sociais demandam a presença do Estado no sistema econômico, gerando para si algumas funções e a necessidade de gerar receitas para viabilizá-las, o que se dá através da tributação. A tributação é regida por um conjunto de princípios que visam à alocação de recursos mais eficiente e equitativa, de forma tal que explora todas as oportunidades a fim de melhorar a situação de cada cidadão, e preocupa-se com a redução das desigualdades sociais. (GIAMBIAGI, 2011).

No caso da saúde pública, a intervenção estatal se justifica pela amplificação das desigualdades sociais, na medida em que “que a pobreza e o mercado com seu processo competitivo tendem a reforçar e ampliar as distâncias entre os indivíduos.” (CONASS, 2011, p. 39).

Portanto, com vistas à garantia da eficiência tributária, segundo Garson (2018), é consenso na literatura que a maior parte dos tributos devem ser arrecadados pelo nível central², cabendo aos governos subnacionais duas fontes de renda: a receita tributária arrecadada e as transferências intergovernamentais.

As transferências intergovernamentais se estruturam com vistas a reduzir o alto grau de dependência financeira dos governos subnacionais, suprimindo as brechas verticais e horizontais (GARSON, 2018). A brecha vertical é um desequilíbrio fiscal medido pela relação entre recursos próprios e gastos totais dos entes subnacionais, uma vez que os governos centrais arrecadam mais recursos que os governos subnacionais, e os governos subnacionais, por sua vez, possuem mais demanda de gastos diretos que os governos centrais. Ademais, os governos centrais também têm a atribuição de reduzir as brechas horizontais, a qual atende ao princípio da equidade entre as jurisdições, demandando a conformação de um sistema de equalização, através das transferências intergovernamentais. (PRADO, 2007).

Neste sentido, o financiamento das ações, serviços e políticas de governo que estrutura o gasto público, deve ser compatível com as funções de governo, distribuídas entre os entes federados de acordo com os princípios que regem a teoria da tributação. Isto é, a função de estabilização, que sugere participação do Estado nas políticas fiscal e monetária, deve ser de responsabilidade do nível central, a fim de coordenar as relações econômicas entre as jurisdições. Já a função alocativa que trata da produção/provisão de bens públicos, deve ser regida pelo princípio da subsidiariedade, segundo o qual os recursos para financiamento dos serviços e bens públicos devem caber ao nível de governo mais próximo da população – os municípios, no Brasil. No caso da função distributiva, que supõe ajustes para uma distribuição

² Segundo a autora, o governo central é o ente que concentra maior controle macroeconômico e o maior responsável pelas políticas de redistribuição de renda.

de recursos considerada mais justa, sugere uma estrutura que deve compreender cooperação intergovernamental, cuja função do nível central é a redistribuição territorial equitativa da renda, como forma de enfrentamento das desigualdades regionais, para uso dos governos subnacionais. (GÍAMBIAGI, 2011; GARSON, 2018).

No caso brasileiro, o desenvolvimento do federalismo fiscal foi fortemente influenciado pelos processos de centralização e descentralização resultantes da alternância de governos democráticos e autoritários, ao longo do século XX. O sistema tributário foi instituído a partir da proclamação da república em 1889, e a divisão das fontes tributárias entre os entes federativos data da constituição de 1891, segundo a qual, os impostos sobre a importação, provisão de bens e serviços federais, sobre imóveis rurais e urbanos e transmissão de sociedade, cabiam à União. Impostos relativos à exportação eram de competência dos estados. E, aos municípios cabiam os impostos sobre indústrias e profissões. A partir da Constituição de 1934, os impostos internos sobre produtos ganharam destaque, cabendo aos estados competência para taxar vendas e consignações. E os municípios ganharam autonomia para decretar alguns tributos (GÍAMBIAGI, 2011).

A reforma do sistema tributário dos anos de 1960 teve como objetivo “aumentar a capacidade de arrecadação do Estado, visando solucionar o problema do déficit fiscal” (GÍAMBIAGI, 2011, p 248), através da melhora da alocação de tributos, maior centralização da arrecadação e dos recursos e a perda de autonomia financeira dos entes subnacionais. Para além da redução do número de tributos, foi viabilizada a substituição da arrecadação de impostos cumulativos³ pela tributação sobre o valor agregado, por meio da criação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) de competência federal, e o Imposto sobre a Circulação de Mercadoria e Serviços (ICMS), sob alçada da esfera estadual (Ibid., 2011).

Portanto, os tributos foram classificados em quatro categorias abordadas a seguir. Os Impostos sobre comércio exterior, incidem sobre a importação e a exportação, sob competência da União. Os Impostos sobre Patrimônio e Renda, reúnem o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) cuja competência é municipal, o Imposto de Transferência de Bens Imóveis (ITBI) de responsabilidade dos estados, o Imposto Territorial Rural (ITR) e o Imposto de Renda (IR), ambos de competência federal. Os Impostos sobre a produção e a circulação incluem na competência da União, o IPI, o Imposto sobre Serviço de Transportes e comunicações (ISTC) e o Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), na esfera estadual o ICMS supramencionado, e o Imposto sobre Serviços (ISS) em âmbito municipal. Os Impostos

³ De acordo com Gíambiagi (2011), tais impostos incidiam sobre vendas, consignações (Estadual) e consumo (Federal).

únicos pertencem à União e incidem sobre a energia elétrica (IUEE), sobre combustíveis e lubrificantes (IUCL) e, sobre minerais (IUM). Por fim, as Receitas Extra orçamentárias incluem a contribuição para o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e as contribuições para a Previdência Social, ambos relativos ao trabalho (GIAMBIAGI, 2011).

Em função da maior centralização de recursos proporcionada por esta organização da arrecadação de tributos, durante esta reforma foram regulamentados os fundos de participação de estados (FPE) e municípios (FPM), com vistas a viabilizar as transferências financeiras para os entes subnacionais (Id., 2011).

No que tange à estrutura das finanças públicas no Brasil, a reforma tributária de 1960, a partir da criação do Código Tributário Nacional se manteve como base da arrecadação de tributos até os dias atuais. Alguns autores apreendem quatro reformas recentes, que determinam os padrões das finanças públicas no Brasil. De acordo com esta concepção, a primeira reforma de finanças públicas teria ocorrido entre os anos de 1979 e 1984, sob vigência do regime autocrático, com vistas ao alcance de maior equilíbrio fiscal, viabilizado pelo maior controle do gasto público frente ao aumento das receitas federais e um crescimento de transferências intergovernamentais (OLIVEIRA e SILVA, 2000 *apud* NUNES, 2014).

A segunda reforma ocorreu entre 1985 e 1987, com a redefinição de competências de instâncias da administração federal, a fim de solucionar conflitos orçamentários entre o Tesouro Nacional, o Banco Central e o Banco do Brasil, que geravam crise institucional, diante da crise financeira e da volatilidade inflacionária do período (OLIVEIRA e SILVA, 2000 *apud* NUNES, 2014).

A terceira reforma aconteceu entre 1987 e 1988, no período da constituinte, quando ocorreu ampliação significativa das transferências financeiras da União para os estados e municípios, fortalecendo os governos subnacionais quanto à arrecadação de receitas e aferindo autonomia financeira aos entes federativos (NUNES, 2014).

A CF88 estabeleceu o modelo de federação tripartite, marcado pelo arranjo cooperativo, que institui quatro formas de distribuição das competências governamentais, a saber: as competências exclusivas, que não supõe delegação de atividades; as competências privativas, que permitem delegação; as competências comuns, cujo campo de atuação é compartilhado; e, as competências residuais, que não são de domínio exclusivo, privativo ou compartilhado (BRASIL, 2019a). Ressalta-se que a maior parte são de competência exclusiva da União, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição de Competências Tributárias exclusivas, segundo a CF88

ESFERA DA FEDERAÇÃO	COMPETÊNCIAS DE TRIBUTAÇÃO
<p>Uniãoⁱ (art. 153, CF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impostos sobre comércio exterior: importação de produtos estrangeiros e exportação, para o exterior, de produtos nacionais ou nacionalizados; ▶ Impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza; ▶ Impostos sobre produtos industrializados; ▶ Impostos sobre operações financeiras: operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários; ▶ Impostos sobre propriedade territorial rural; e ▶ Impostos sobre grandes fortunas.
<p>Estados (art. 155, CF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impostos sobre herança e doações: transmissão <i>causa mortis</i> e doação, de quaisquer bens ou direitos; ▶ Impostos sobre circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (ainda que prestados no exterior); e ▶ Impostos sobre a propriedade de veículos automotores.
<p>Municípios^{ii, iii} (art. 156, CF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impostos sobre propriedade urbana; ▶ Impostos sobre a transmissão de bens imóveis; ▶ Impostos sobre serviços de qualquer natureza.

Fonte: BRASIL, 2016, p.35.

Apesar da instituição de competência exclusiva para arrecadação de tributos, a CF88 estabeleceu parâmetros para repartição dos valores arrecadados entre todos os entes federativos. A distribuição de recursos pela União, estados e Distrito Federal compõe o FPE e o FPM. A composição do FPE, se dá por meio da distribuição do valor arrecadado pela União para os estados e Distrito Federal, pela destinação de 21,5% do produto arrecadado sobre a renda e outros proventos recolhidos na fonte, e da arrecadação de IPI. Quanto ao FPM, ficou estabelecido o repasse de 23,5% do produto arrecadado sobre renda e IPI para os municípios, além de 3% para os programas de financiamento ao setor produtivo das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Sobre outras formas de repartição de recursos, estabeleceu-se que a União deve repassar 50% do valor arrecadado de ITR para os municípios, nos quais os imóveis estão situados. E, por sua vez, os estados repassam para os municípios 25% do valor recebido de IPI, 50% do valor arrecadado com IPVA, conforme frota de veículos, e repassam 25% da arrecadação de ICMS aos seus municípios (BRASIL, 2016).

Neste contexto, constatou-se maior participação dos estados nas políticas públicas, mas a esfera do financiamento se manteve sob responsabilidade da União. Assim, muitas funções foram assumidas pela esfera municipal de forma desorganizada, ora com pouca cooperação das outras instâncias federativas, ora com aumento da competição entre os municípios (ABRUCIO; FRANCEZE, 2007).

A quarta reforma de finanças públicas aconteceu ao longo da década de 1990, e destacou-se pela redefinição da participação do Estado na economia, com inspiração nas iniciativas neoliberais, resultando em uma onda de privatizações de empresas estatais e “na regulamentação da concessão de serviços de utilidade pública à iniciativa privada em áreas como telecomunicações, energia elétrica, gás, portos, ferrovias e rodovias” (OLIVEIRA e SILVA, p. 17, 2000 *apud* NUNES, 2014). No período pós-CF88, em função do aumento das transferências da União, através dos fundos de participação, houve um aumento da quantidade de municípios, prejudicando a aut Capacidade de financiamento dos municípios de médio e grande porte. A solução para estes municípios foi investir no aumento da arrecadação própria e no fomento das atividades econômicas que incrementassem o repasse estadual do ICMS, a fim de atender as demandas por políticas públicas cada vez mais complexas. (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Em 1994, a estabilização monetária e o plano real impactaram no federalismo brasileiro, especialmente nas finanças intergovernamentais. Em função da queda dos índices inflacionários, as dívidas dos governos subnacionais ficaram mais evidentes, resultando em um processo de privatização dos bancos estaduais, a fim de pagar parte dos débitos e dificultar novos endividamentos (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). Cabe ressaltar que tais dívidas cresceram após implementação do plano real em função das taxas de juros que compunham a estratégia de estabilização monetária. Na mesma época se destacam a criação do Fundo Social de Emergência⁴, cujo objetivo principal era desvincular os limites constitucionais às políticas de saúde e educação, e da Lei Kandir, a fim de desonerar exportações do ICMS com promessa de transferências de recursos federais para compensação, medida controversa até os dias atuais. (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). Apenas em 2000 foi aprovada a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) com vistas a garantir a sustentabilidade financeira e reduzir ainda mais a possibilidade de endividamento dos entes federativos, através da imposição de limites a gastos e previsão de penalidades no caso de descumprimento. Tais reformas afetaram principalmente a área social, em especial nas

⁴ O Fundo Social de Emergência é chamado atualmente de Desvinculação de Receitas da União (DRU).

políticas de saúde e educação, a partir da vinculação de recursos para financiamento de tais ações e serviços (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Para Mendes (2005), o processo de descentralização das políticas públicas, em especial, das políticas sociais, no Brasil, a partir de 1980, intensificado nas décadas de 1990 e 2000, se deu em duas medidas: de um lado houve a descentralização das responsabilidades de gestão para os municípios; por outro lado, a lógica do federalismo fiscal praticou a descentralização dos recursos financeiros da União para os municípios (MENDES, 2005). Mendes (2005) aponta limitações quanto à efetivação da descentralização da política e financeira no processo de municipalização, em razão de reduzida autonomia para tomada de decisões políticas, sendo efetivada apenas a autonomia administrativa. As dimensões política, financeira e administrativa do processo de descentralização são independentes, mas devem se relacionar mutuamente, na medida em que a primeira se refere à autonomia na formulação e nas tomadas de decisão na política; a segunda rege sobre a liberdade para alocar recursos; e a terceira abrange as questões inerentes à organização da estrutura administrativa (ELIAS, 1996, *apud* MENDES, 2005).

A política de saúde envolve todos os entes federativos em sua execução, por vezes, gerando conflitos de interesses e estratégias que comprometem a sua gestão. Para o presente estudo cabe apreender os arranjos federativos que conformam o financiamento da política de saúde, a partir da arrecadação própria e das transferências intergovernamentais. Ressalta-se que o SUS tem a particularidade de desafiar a organização federativa, impondo competências comuns quanto à saúde, exigindo o estabelecimento de relações políticas entre os níveis de governo, cujo horizonte deve ser a efetivação da integração, da regionalização, e da hierarquização da política de saúde (MENDES, 2005).

3.1.1 SISTEMA ORÇAMENTÁRIO BRASILEIRO

Para apreender a alocação de recursos em saúde, importa perceber a estrutura orçamentaria que rege a dinâmica entre receitas e despesas aplicadas no setor. A partir da Carta Magna de 1988, o orçamento público passa a abranger o orçamento fiscal, o orçamento de investimento das estatais e o Orçamento da Seguridade Social (Art. 195). O orçamento fiscal “compreende as Receitas e Despesas de todos os Poderes, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta.” (GARSON, 2018, p. 102). O orçamento de investimento das estatais abrange os investimentos das empresas estatais, controladas pela União. Por fim, o Orçamento da Seguridade Social (OSS) abarca o orçamento das políticas

sociais inseridas no arcabouço da Seguridade Social, a saber: Saúde, Previdência e a Assistência Social. Em seu Capítulo II do Título VIII (Da Ordem Social), a CF 88 define que a seguridade social será financiada por toda sociedade, envolvendo recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais, a saber:

- I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
 - a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
 - b) a receita ou o faturamento;
 - c) o lucro;
- II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;
- III – sobre a receita de concursos de prognósticos;
- IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (BRASIL, 1988)

As contribuições sociais são executadas e administradas pela União, e em parte, transferidas aos entes federativos, na forma da Lei.

O sistema orçamentário brasileiro é regido por um marco legal, que o define, que apresenta os princípios a serem seguidos e a regulação a ser exercida no sistema como um todo, a saber: Lei nº 4320/1964, pelo Decreto-Lei nº 200/1967, pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Complementar nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

No Brasil, por suas características organizativas e políticas já mencionadas, o orçamento consiste em um documento elaborado pelo poder Executivo, a fim de explicitar as previsões de receitas e despesas possíveis num exercício fiscal⁵. Cabe ao Poder Executivo a elaboração do projeto de Lei do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). O PPA consiste em um instrumento de planejamento orçamentário para um mandato eletivo, com vigência de quatro anos. A LDO elenca prioridades e metas para orientação do orçamento do exercício fiscal, com vigência anual. A LOA é a materialização do orçamento em si para o exercício fiscal vigente. O projeto elaborado pelo Poder Executivo se transforma em Lei, após debates, apresentação de emendas parlamentares, votação do texto final e, por fim, a aprovação pelo poder Legislativo. Após a fase legislativa, a Lei orçamentária é executada pelo poder Executivo e submetido à prestação de contas e auditoria dos Tribunais de Contas (GARSON, 2018).

⁵ O exercício fiscal consiste em período temporal para realização de um orçamento.

Portanto, no primeiro ano de mandato eletivo de cada membro do poder Executivo, é discutido e elaborado PPA, que consolida para os quatro anos de governo, os projetos governamentais, debatidos no processo eleitoral, vis-à-vis a receita prevista para o exercício fiscal em tela. A LDO é elaborada com vistas a orientar a preparação da LOA, definindo os programas do PPA, a serem priorizados a cada ano (GARSON, 2018).

Conclui-se, portanto, que o PPA é um instrumento de planejamento para definição das grandes prioridades do governo eleito, e a LOA é o instrumento de execução do PPA, orientada pela LDO (Id., 2018).

Cabe destacar as classificações de receitas e despesas que compõem um orçamento, segundo o Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público. Para tanto, as receitas são ingressos de recursos financeiros durante um exercício fiscal, que são classificadas segundo a categoria econômica, a origem, a espécie, os desdobramentos e o tipo. Segundo a categoria econômica, as receitas se classificam em Receitas Correntes e Receitas de Capital, que tem por objetivo financiar ações e programas públicos, mas divergem conforme a despesa utilizada para as quais serão aplicadas. A origem e a espécie dizem respeito à procedência da receita. Os desdobramentos podem não ser utilizados, porém são reservados para exprimir particularidades de cada receita. Por fim, o tipo se refere ao tipo de arrecadação que originou a receita (BRASIL, 2019a). As despesas consistem na aplicação de recursos financeiros durante um exercício fiscal, e podem ser classificadas segundo a categoria econômica, ao grupo de natureza da despesa e o elemento de despesa. Segundo a categoria econômica, as despesas se classificam em Despesas Correntes e Despesas de Capital, que se diferenciam em função do uso do recurso, quando apenas despesas de capital podem ser utilizadas para formação ou aquisição de um bem de capital. Os grupos de natureza de despesa são diferenciados quanto ao objeto do gasto, a saber: pessoal e encargos social, juros e encargos da dívida, outras despesas correntes, investimentos, inversões financeiras, e amortização da dívida. E, por fim, os elementos de despesas referem-se à identificação do objeto do gasto, que podem ser vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanente, auxílios, amortização e outros (BRASIL, 2019a).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nesta seção é realizada uma caracterização da evolução do financiamento das ações e serviços de saúde no país antes e depois do SUS, com destaque para seus principais

momentos de inflexão.

Antes da constituição do SUS o financiamento das ações e serviços de saúde se destinava aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, organizados por categorias profissionais, num primeiro momento em Caixas de Aposentadorias e Pensões (1920), posteriormente, em Institutos de Aposentadorias e Pensões (1930). Portanto, o financiamento da saúde era diretamente vinculado à receita arrecadada pela Previdência Social.

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), reunindo todas as ações e serviços prestados aos trabalhadores antes segmentados nos diferentes Institutos. O financiamento se dava por meio das contribuições de empregados e empregadores, de aporte de recursos da União, entre outras receitas. Neste momento, a política de saúde era vinculada a previdência social, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cujo financiamento era proveniente do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), que chegou a ser responsável por cerca de 80% dos recursos da saúde, conformando uma relação de forte dependência financeira das contribuições previdenciárias. Neste modelo de financiamento, os recursos derivados da contribuição de empregados e empregadores são vinculados ao “movimento cíclico da economia” (MENDES, 2005, p.44), a depender de altos índices de empregos formais e do valor do salário médio. Especialmente a partir da década de 1980, o Brasil foi acometido por forte crise econômica, caracterizada por uma elevada dívida externa e altas taxas de inflação. Portanto, o financiamento do SINPAS ficou submetido à vulnerabilidade de períodos de recessão econômica e altos índices inflacionários (MENDES, 2005).

Cabe enfatizar que, neste período, a assistência médica era acessível apenas para trabalhadores formais que contribuíam para o sistema previdenciário, conformando uma espécie de apartheid social, segmentando os beneficiários em cidadãos de primeira – previdenciários urbanos –, segunda – previdenciários rurais – e terceira classes – indigentes, considerados aqueles que não tinham proteção previdenciária (CONASS, 2011). Ou seja, aqueles que não possuíam vínculos formais de trabalho não tinham direito aos serviços de saúde, aos quais cabiam o acesso às instituições de caridade e/ ou filantrópicas, cujo financiamento provinha majoritariamente de doações (PIOLA et al., 2013; MATHIAS, 2018). Todavia, algumas iniciativas públicas buscaram ampliar o acesso aos que não eram beneficiários do sistema de saúde, especialmente durante as décadas de 1970 e 1980, a partir da criação do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo objetivo era integrar as ações e serviços do INAMPS

de estados e municípios, conformando uma rede de atenção à saúde, que posteriormente foi denominada de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (PIOLA et al., 2013; SERRA, RODRIGUES, 2007). No entanto, a exclusão de segmentos populacionais era inerente ao sistema.

Em contraponto à desigualdade de acesso à saúde então vigente e considerando as críticas às concessões de privilégios ao setor privado e à mercantilização da medicina, vários segmentos da sociedade se articularam⁶ conformando o movimento sanitário, que reivindicava a reversão da lógica da assistência à saúde no Brasil. Inspirados em experiências universalistas de sistemas nacionais de saúde, propunha um modelo de atenção que tratasse a saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado, a partir de uma concepção ampliada, com forte controle social das ações e serviços de saúde que seriam ofertadas por meio de um sistema integrado e descentralizado (NUNES, 2014; BAPTISTA, 2007). Tais proposições foram assumidas no documento final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986.

A Constituição Federal de 1988 (CF88) incorporou no seu arcabouço jurídico os principais pilares da proposta da 8ª CNS, porém alguns aspectos não foram completamente assumidos, em especial o financiamento do Sistema de Saúde. Especificamente quanto ao financiamento, o movimento sanitário defendia a vinculação de 10% do PIB para a área da saúde, algo que não se concretizou (CONASS, 2011). A proposição inicial previa a separação do financiamento das ações de saúde de outras ações voltadas para o sistema de proteção social, a fim de evitar a disputa por recursos orçamentários (MATTA; PONTES, 2007). Porém, com a criação da Seguridade Social este intento também não se realizou.

A nova partilha tributária da CF88 favoreceu os governos subnacionais, provocando aumento da receita arrecadada para estes entes e causando reduções no orçamento fiscal da União. Todavia, as contribuições sociais permaneceram sob responsabilidade da União, sendo para ela uma importante fonte de recursos. Com a CF88 foram criadas novas fontes de receitas para a seguridade social⁷ impactando no montante a ser arrecadado. Além disso, tais recursos não precisavam respeitar o princípio da anualidade e poderiam ser recolhidos a partir de noventa dias após sua criação (CONASS, 2011).

A criação do SUS se deu a partir da Constituição Federal de 1988 (CF88) definindo-o como um sistema único, universal, descentralizado, equitativo, com status de direito de todos e dever do Estado, sendo atribuído como competência comum da União, estados, Distrito

⁶ Segmentos sociais, tais como representantes de movimentos sociais, parlamentares, intelectuais, etc.

⁷ Recursos advindos da taxaço do lucro e do faturamento das empresas, etc.

Federal e municípios. A Lei 8.080/90 distribuiu as competências de cada nível de governo, sendo complementada por seu marco infraconstitucional.

O texto constitucional também definiu as diretrizes da política de saúde como: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e, participação da comunidade.” (BRASIL, 1988). A descentralização visava adequar o SUS à diversidade regional, haja vista as realidades econômicas, sociais e sanitárias distintas; já a integralidade do atendimento relacionava-se à promoção, à proteção e à recuperação da saúde; e, por fim, a participação da comunidade referia-se ao controle social, dando um caráter democrático aos serviços e decisões relativas à política de saúde (PAIM, 2015). Ademais, a Constituição da República dispõe sobre a assistência à saúde livre à iniciativa privada, “de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” (BRASIL, 1988).

Ou seja, considerando a introdução de novos direitos assegurados pela CF88, era necessário lidar com a necessidade de garantir mais recursos para o financiamento da Seguridade Social. Neste sentido, o Orçamento da Seguridade Social (OSS) passou a ser constituído pelas contribuições sociais e pelos recursos dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios. As contribuições sociais se mantiveram sob total governança da União, e incidem sobre os rendimentos do trabalho, a partir de contribuições do trabalhador e do empregador⁸, sobre a receita de concursos de prognósticos e do importador de bens ou serviços do exterior. Dessa forma, as principais contribuições que conformam o OSS são: a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), que incide sobre a receita de empresas de médio e grande porte; a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), que incide sobre o lucro das empresas; e as contribuições de trabalhadores e empregadores para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

A primeira crise financeira do SUS aconteceu entre 1989 e 1990, pois o texto constitucional havia determinado o repasse de 30% do orçamento da OSS para a área da saúde, conforme preconizado pelo artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), fato que não se materializou sob alegação de escassez de recursos (DAIN, 2007). Mesmo com tais adversidades, entre 1989 e 1993, vigorava certa destinação dos recursos do OSS, na qual a arrecadação da COFINS, em geral, era repassada para área da

⁸ As contribuições do empregador incidem sobre o faturamento e o lucro.

Saúde, o CSLL destinava-se à Assistência Social, e as contribuições de empregados e empregadores financiavam a Previdência Social (MENDES, 2005).

Para Machado, Lima e Baptista (2017), logo no primeiro governo democraticamente eleito, assumido em 1990, pelo presidente Fernando Collor de Mello, foram adotadas medidas econômicas duras, sob influência internacional, caracterizada pela ideologia neoliberal, tendo o Fundo Monetário Mundial (FMI), como principal protagonista. Este momento político foi marcado por uma reorganização do Estado, na qual a área social foi negligenciada. Tais impactos se deram especialmente na garantia do repasse de recursos para área da saúde. Por isso, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, foi marcada por intensa disputa política. A Lei 8.080/90 regulamentou o SUS, obedecendo os princípios e diretrizes constitucionais, dando as condições para organização e funcionamento dos serviços de saúde. No mesmo ano, foi aprovada a Lei 8.142/90 que buscou preencher as lacunas da Lei Orgânica da Saúde quanto ao financiamento e a participação social, fazendo com que fossem aprovados, em seguida, os mecanismos para repasse de recursos.

De acordo com a Lei 8.080/90, os recursos para o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) seriam provenientes do OSS, especificando a organização do repasse de verbas para a gestão, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Já a Lei 8.142/90 dispôs sobre a alocação dos recursos do FNS, a fim de financiar investimentos, despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde e a cobertura de ações e serviços de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal. Quanto as ações e serviços de saúde, que compreendem a cobertura da assistência ambulatorial e hospitalar, foi estabelecido que do total dos recursos previstos, ao menos 70% destes, seriam repassados de forma automática e regular para os Municípios e o restante para Estados e Distrito Federal, em razão do processo de descentralização, podendo o Município “estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos nesta lei” (BRASIL, 1988).

Portanto, em meio a intensas negociações, o SUS concretizou um financiamento tripartite, de modo a envolver recursos dos três entes federativos no orçamento do setor (LIMA, 2007). Destaca-se a gestão descentralizada realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em âmbito central e pelas respectivas secretarias de saúde nas esferas estaduais e municipais.

De acordo com Mendes (2005), o financiamento descentralizado do SUS foi instituído pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), ao longo dos anos de 1990, que se tornaram instrumentos de regulação para a política de saúde, definindo competências para o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Ressalta, também, que as referidas Normas tiveram importância na definição da gestão local de saúde e nos critérios de transferência automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS).

Em 1991, foi aprovada a Norma Operacional Básica do SUS nº 01/91, a qual tratava, especialmente, de aspectos de caráter operacional, de gerenciamento e aplicação de recursos. A NOB/91 instituiu o financiamento ambulatorial proporcional à população e hospitalar a cada unidade executora na forma de Autorização de Internações Hospitalares (AIHs), também considerando a base populacional. Para Mendes (2005), a NOB/91 reforçou a centralização da esfera federal quando impôs “relação direta do Ministério da Saúde com as secretarias municipais de Saúde por meio de ‘convênios de municipalização’” (MENDES, 2005, p. 73), a partir da produção realizada, critério que reduz a autonomia de gestão dos governos locais.

No ano seguinte, através da portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992, foi sancionada a NOB/92 do SUS, que ao tratar do financiamento de atividades hospitalares, instituiu o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) vinculando o formulário de AIH. Estabeleceu também que a AIH seria proporcional à população, ficando a cargo das Secretarias de Saúde e dos Conselhos de Saúde o planejamento e distribuição entre os prestadores.

Visando, num primeiro momento, incentivar a produtividade, o modelo de financiamento dos serviços hospitalares públicos foi profundamente alterado, com a substituição da antiga modalidade de orçamentação por verba pela adoção das AIH de tal forma que, a unidade recebia, mensalmente, um valor equivalente à quantidade e a complexidade dos procedimentos por ela realizados (BRASIL, 1992).

A NOB/93, por sua vez, tratou do repasse de recursos no âmbito ambulatorial, instituindo o formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo (APAC). Quanto ao repasse de recursos para a rede hospitalar, a NOB/93 instituiu teto financeiro proporcional à população para as AIH.

Além disso, a NOB/93 introduziu as transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), as quais foram associadas à forma de gestão do sistema local de saúde, que poderia ser incipiente, parcial ou semiplena. (MENDES, 2005). Apenas na condição de gestão semiplena, o repasse mensal e automático de recursos financeiros para as atividades ambulatoriais e hospitalares do FNS para o FMS correspondia ao teto financeiro instituído para o referido município. Nas demais condições de gestão, o valor repassado era proporcional ao montante transferido em momento anterior à pactuação dos municípios. Os municípios eram enquadrados às condições de gestão, a partir de pactuações aprovadas nas seguintes instituições: as Comissões Intergestoras

Bipartites (CIBs) em âmbito estadual, com representação dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com participação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e dos COSEMS (MENDES, 2005).

Em 1993, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) orientava o aporte de 15,5% do OSS para a área da saúde, todavia, o repasse não se concretizou, novamente para cobrir o alegado déficit da previdência (MENDES, 2005). Nesta conjuntura, o Ministério da Saúde recorreu ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), a fim de contrair empréstimos para financiar a área da saúde, comprometendo seu orçamento. Já em 1994, o governo federal criou o Fundo Social de Emergência, que, alinhado às medidas de ajuste fiscal, passou a receber as receitas antes destinadas ao orçamento da Seguridade Social. Ressalta-se que a “criação desse Fundo significou o rompimento do estabelecido na Constituição Federal, permitindo que o governo federal dispusesse de parte dos recursos da Seguridade Social” (MENDES, 2005). Tal medida intensificou o debate sobre o financiamento do SUS, levando ao surgimento de várias propostas, sendo uma delas a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que será abordada mais adiante.

No período de 1995 a 2002, durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso foram implementadas medidas voltadas para a “estabilização monetária, privatização de empresas estatais, continuidade das estratégias de abertura comercial e adesão às regras do comércio internacional” (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2017, p.150), além de uma reforma administrativa, com vistas à contenção de gastos.

Ainda, no primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso, a NOB/96 instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), para regulamentar as transferências de recursos, exigindo a previsibilidade e identificação dos recursos nos fundos de saúde estadual e municipal, bem como seu emprego nas ações previstas nos planos de saúde e na PPI. Em relação ao financiamento das ações hospitalares e ambulatoriais, a NOB/96 definia que os recursos seriam repassados segundo duas modalidades: a transferência regular e automática (fundo a fundo) e a remuneração por serviços produzidos. A primeira modalidade estava relacionada ao Piso Assistencial Básico (PAB), com recursos destinados ao custeio de ações da atenção básica, de responsabilidade municipal, calculados através da multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município. Assim, os procedimentos custeados pelo PAB eram propostos pela CIT e votados no CNS, observando o perfil dos serviços disponíveis.

A NOB/96 estabeleceu incentivos para a criação de Programas de Saúde da Família

(PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através de um acréscimo percentual ao montante do PAB.

Já a remuneração por serviços produzidos consistia no pagamento direto aos prestadores através da apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e autorização prévia do gestor, segundo valores fixados em tabelas do SUS.

A NOB 96 instituiu, duas modalidades de gestão municipal, a saber: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, as quais condicionavam as transferências fundo a fundo. A primeira modalidade recebia as transferências do PAB, em razão da ênfase na Atenção Primária em Saúde (APS) em seu rol de atividades. Quanto à gestão plena do sistema municipal, as verbas condizem com as atividades contempladas, que seriam todos os serviços de saúde do território. (BRASIL, 1997; MARQUES; MENDES, 2002)

No caso da APS, o aspecto do financiamento, ressaltado na NOB/96, foi central para seu desenvolvimento e expansão. Marques e Mendes (2002) destacam na referida norma, a subdivisão entre PAB fixo e PAB variável, sendo que o PAB fixo consistia em um “repasso automático com base em um per capita de R\$ 10,00/ano” (MARQUES; MENDES, 2002, p. 166), e o PAB variável se referia às “transferências que visam incentivar determinados programas, tais como a saúde da família e agentes comunitários” (Ibid., p. 166). Vale destacar que, a partir da implementação do PAB fixo, há um “incremento do volume de recursos federais destinados à atenção básica e sua alocação em diferentes regiões da federação” (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018, p. 4). No entanto, o PAB variável teve incremento de recursos ainda mais significativos, em razão de incentivos para adesão de programas específicos, como incentivos para implantação do PACS/PSF e para as equipes de Saúde Bucal (CASTRO; LIMA; MACHADO, 2018).

Em 1997, o governo federal criou a CPMF com o objetivo de gerar novos recursos para o financiamento do setor saúde. A contribuição tinha por objetivo amenizar a crise da saúde, e o fez, na medida em que representou 30% do total de recursos federais para o setor, enquanto vigorou, no entanto, tal incremento de aporte financeiro significou uma “substituição de fontes, decrescendo a importância da CSLL e da COFINS no orçamento do MS” (DAIN, 2007, p. 1853). Portanto, a medida reduziu a autonomia do MS quanto ao processo de planejamento e execução orçamentária, bem como “comprometeu o fluxo de recursos da União para o financiamento descentralizado do SUS” (LIMA, 2007, p. 108). Embora originalmente destinados exclusivamente para a saúde, os recursos arrecadados pela CPMF foram compartilhados com outras áreas, e finalmente, a contribuição deixou de ser recolhida,

em 2007.

Em resposta à necessidade de acompanhamento do repasse financeiro dos entes federativos para a composição do orçamento do SUS, a Emenda Constitucional nº 29/2000 surge após diversas tentativas de vinculação de recursos para o setor. A primeira tentativa pós-88 foi a PEC 169-A/1993, que visava assegurar destinação de percentual mínimo para todas as esferas do governo. Posteriormente, a PEC 82-A/1995 propunha vinculação dos recursos da COFINS e da CSLL. Outras propostas incentivavam a vinculação de 5% do PIB ou a destinação de 30% das contribuições sociais para o financiamento do setor saúde. Em resumo, a PEC 82-A/1995 foi compatibilizada com outras propostas, e após passar por intensas negociações na Câmara, tramitou no Senado como PEC 86-A/1999, sendo aprovada como Emenda Constitucional nº 29 (CONASS, 2011).

Ficou estabelecido que no primeiro ano de vigência da EC29 caberia aos estados e municípios o aporte mínimo de 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, devendo ser acrescido anualmente até o ano de 2004, quando atingiria o mínimo definido pelo marco legal (LIMA, 2007). Este valor se refere ao aporte vinculado de 15% das receitas totais de municípios para a área da saúde, 12% das receitas dos Estados e Distrito Federal. No caso da União, fica estabelecido aporte do montante aplicado em 1999, acrescido de 5% no ano 2000, seguido de correções pela variação nominal do PIB, “independente ao desempenho da arrecadação tributária” (LIMA, 2007, p. 109).

A iniciativa obteve êxito na captação de mais recursos para a área da saúde, cujo produto foi a ampliação da participação dos estados e municípios no orçamento da saúde. No entanto, paralelamente, houve a manutenção dos recursos aplicados pela União (PIOLA, 2006). Ademais, a EC29 não foi clara quanto à origem dos recursos, tornando-se omissa no debate sobre a disputa de recursos da seguridade social (MENDES, 2005; LIMA, 2007). Outra crítica à opção pela vinculação de recursos, tal qual foi efetivada pela EC29, reside no fato de que, muitas vezes, o aporte mínimo transforma-se em teto, em razão da especificidade do valor a ser aplicado.

Mesmo assim, o aumento de recursos para a composição do orçamento do SUS, em função da vinculação orçamentária promovida pela EC29 se concretizou e impactou em cada ente da Federação de forma diferente, sendo a emenda bem sucedida na efetivação do financiamento tripartite, em consonância com o princípio constitucional da descentralização da política de saúde pública (MENDES, 2005).

Para os estados houve significativa ampliação do aporte de recursos para a saúde após a vinculação de 12% das receitas totais, no entanto, alguns estados passaram a considerar gastos

alheios ao setor saúde como despesas com ASPS (MENDES, 2005; LIMA, 2007). Em geral, os municípios não tiveram alterações significativas no que tange ao repasse de recursos para o SUS, pois, em razão de suas competências constitucionais, já destinavam percentual alto de suas receitas para a política (MENDES, 2005).

Em 2001, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS-SUS01/01), que regulamenta o processo de regionalização do SUS, instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a fim de estabelecer as regiões de saúde e dar bases para organização da rede de ações e serviços do SUS. Neste mote, o documento também fornece diretrizes para a ampliação dos serviços de atenção básica, bem como organiza os serviços de média e alta complexidade. Foi complementada, no ano seguinte, pela Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS-SUS 01/02), estabelecendo novas condições de gestão dos sistemas municipais de saúde.

A mudança de governo, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002, possibilitou a convergência de fatores favoráveis a redefinição de políticas estratégicas para área de saúde, através: do combate à exclusão social, fortalecimento da participação social, ajustes no pacto federativo e a valorização da cooperação internacional (MACHADO; BAPTISTA, 2012). O referido presidente governou durante o período de 2003 a 2010.

Em 2006 foi implementado o Pacto pela Saúde como um conjunto de reformas institucionais do SUS. Por meio da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, houve alteração nas formas de financiamento e transferência de recursos entre os entes federados, a qual envolveu a distribuição de verbas por blocos, a saber: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS. A medida de fixar o financiamento por blocos foi muito criticada por gestores do SUS, em razão do enrijecimento das verbas financeiras, que inviabilizaria o investimento em áreas de atividade que mais demandassem recursos, de acordo com as especificidades regionais, trazendo o risco de fragmentação do sistema e, conseqüentemente, da inobservância de seus princípios constitucionais. Alguns estudos criticam o modelo de incentivos financeiros do governo federal para indução de políticas do SUS, ao concebê-los como um incentivo à centralização do sistema, uma vez que as contrapartidas exigidas para fazer jus aos recursos do governo federal poderiam constrianger a autonomia municipal (JACCOURD; VIEIRA, 2018). Nesta concepção, entende-se que a forma de financiamento por blocos, instituída pelo Pacto pela Saúde, promoveria fragmentação, burocratização e engessamento da gestão dos municípios, reduzindo a capacidade destes de formular e implementar políticas de saúde, conforme sua demanda local (Id., 2018). Todavia,

a literatura internacional concebe tais transferências condicionadas como determinantes para a implementação de políticas nacionais, ou associadas à alocação equitativa de recursos, sendo, portanto, essenciais para uma coordenação central, “buscando equidade e efetividade de políticas nacionais, assim como igualdade na oferta dos serviços e em seus resultados” (JACCOUD; VIEIRA, 2018, p. 31).

Neste contexto, para Mendes e Marques (2012), a supremacia do mercado na determinação da política macroeconômica, permaneceu afetando o financiamento e o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, por meio de cortes de recursos do OSS e pela implementação de reformas, especialmente, da Previdência Social.

O governo de Dilma Rousseff (2011 - 2016), se deu em uma conjuntura menos cômoda, por isso a condução da política setorial foi bastante afetada. Para além da conjuntura econômica desfavorável, uma forte crise política foi ratificada, especialmente a partir do segundo mandato da presidente, resultando em um processo de impeachment em 2016.

Em 2011 é implementado o Decreto nº 7508/2011, que regulamentou a Lei 8080/1990, reafirmando a necessidade da organização de redes regionais, que se responsabilizassem pelas ações de atenção à saúde, instituindo as Regiões de Saúde e as condições para seu planejamento e organização. Apesar de se tratar de importante instrumento legal para o desenvolvimento da política de saúde, este não abordou a questão do financiamento do SUS.

A regulamentação da EC29 aconteceu apenas em 2012, por meio da Lei Complementar 141/2012, a qual definiu regras mais claras para o aporte de recursos no SUS. A Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, teve por objetivo regulamentar os percentuais mínimos aplicados em ASPS definidos pela EC 29. Tal Lei define quais são as despesas consideradas ASPS, a aplicação mínima de recursos para União, Estados, Distrito Federal e municípios⁹, bem como às transferências de recursos. Ressalta-se que a ausência de tal regulamentação resultou em déficit de recursos, estimado em quase 18 bilhões, apenas entre 2004 e 2008, por parte da União e dos estados (MENDES, 2005).

Desde o fim da CPMF, começaram a surgir propostas de vinculação dos recursos do governo federal, com vistas à garantia de incremento financeiro para o SUS, da parte da União. As iniciativas se concretizaram na proposta de Emenda Popular do Movimento Saúde + 10, em 2012, tramitada como PLC nº 321/2013. Todavia, não foi acatada pelo Congresso Nacional (FUNCIA, 2015; CORREIA, 2018). Este processo levou a uma série de debates e

⁹ A LC 141/2012 mantém os percentuais de vinculação de recursos definidos pela EC 29.

negociações, cujo horizonte era a alteração da vinculação de recursos da União para área da saúde, com vistas ao incremento financeiro do setor, que resultaram na PEC nº 358/2013, aprovada como Emenda Constitucional nº 86/2015 (FUNCIA, 2015; CORREIA, 2018).

A EC nº 86/2015 estipulou que a vinculação de recursos da União para a saúde seria baseada em limite da Receita Corrente Líquida (RCL) ao invés da variação do PIB, sem aumentá-la em termos percentuais. A proposta visava incremento progressivo de 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% da RCL a partir de 2020 (FUNCIA, 2015; CORREIA, 2018). O produto desta estratégia foi a imediata redução do aporte de recursos pela União, a partir primeiro ano de vigência da EC86 (CORREIA, 2018).

Em 2015 foi sancionada a Lei 13.097/2015 que alterava a Lei Orgânica da Saúde, no que se refere à abertura do setor da saúde para participação e investimento do capital estrangeiro. O projeto tratava de diversos assuntos não relacionados à área de saúde, por isso esta importante decisão política se deu “sem negociações nas instâncias de controle social, principalmente o Conselho Nacional de Saúde” (FILIPPON, 2015, p.1).

Em 2016, assumiu a presidência do país, o vice Michel Temer. Na ocasião, Temer declarou como base de seu governo o programa Uma Ponte para o Futuro, de orientação claramente neoliberal, apoiado em medidas de austeridade. Neste contexto, como consequências para a política de saúde, podemos sobressair que o governo brasileiro aprovou mudanças, que afetaram o financiamento do SUS e favoreceram a assistência à saúde privada.

No referido ano, também foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95/2016, anteriormente conhecida como PEC do Teto dos Gastos, a qual congelou os gastos federais pelos próximos vinte anos, limitando os gastos ao valor empenhado no ano anterior, reajustado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Ressalta-se que tal limite, afeta principalmente, as políticas de saúde e educação, mas não inclui pagamento de juros sobre a dívida pública (ROSSI; DWECK, 2016, p. 1). Para fins comparativos, a EC29/2000 atualizava o orçamento federal para o SUS através da correção do valor pela variação nominal do PIB, já a EC95/2016 corrige o montante de recursos apenas pela inflação, reduzindo a participação do gasto público com saúde no PIB (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Tal proposta consiste em uma medida de austeridade, prevista na agenda do presidente Michel Temer, que desvincula receitas dos orçamentos públicos para a área de saúde, tal qual preconizava a EC29/2000.

A Portaria MS-GM nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017 substituiu os blocos de financiamento implementados pelo Pacto da Saúde, instaurando duas categorias para o repasse de recursos, a saber: custeio e capital. Tal alteração visava a “ampliação da autonomia

municipal e de agilização da gestão financeira da política” (JACCOUD; VIEIRA, 2018, p. 32). A medida sanou as críticas supramencionadas quanto ao enrijecimento da gestão a partir dos blocos de financiamento, ao realizar a desvinculação das finalidades de aplicação do orçamento federal, transferindo tal responsabilidade para os gestores locais, com posterior prestação de contas através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (JACCOUD; VIEIRA, 2018). Todavia, tais críticas não eram unânimes entre os gestores de políticas setoriais menos privilegiadas no rol de atividades do SUS. Como possíveis impactos da medida de redução dos blocos de financiamento, esta pode afetar: a implementação da política nacional de saúde, viabilizada pela alocação de recursos federais; a coordenação das iniciativas nacionais relevantes incentivadas financeiramente, que deveriam se somar às prioridades locais; os critérios de distribuição de recursos, cuja metodologia cabe ao Ministério da Saúde, mas não vem sendo atualizada; um aumento da resistência à repactuação dos critérios de rateio de recursos, pela redução da União no financiamento do SUS pela EC95; a redução do impacto dos planos de saúde sobre a distribuição de recursos federais, promovendo um distanciamento entre planejamento e financiamento; a redução de compromissos e responsabilidades federativas com a saúde e sua repercussão sobre o orçamento de estados e municípios; elevada pressão dos serviços MAC sobre os orçamentos municipal e estadual; a fragilidade da governança local, marcada pela “descontinuidade política, a fragilidade técnica e a alta rotatividade de secretários nos municípios”; por fim, a lesão ao processo de integralidade que compõe a regionalização da assistência à saúde. (JACCOUD; VIEIRA, 2018). Portanto, conclui-se que a medida limita a coordenação nacional ao extinguir os mecanismos de incentivos federais.

Cabe destacar que o SIOPS é um sistema de informações com vistas a realizar o acompanhamento da vinculação de recursos destinados à área da saúde, ou seja, da aplicação mínima dos recursos em ASPS. Foi criado através da Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000. O marco regulatório do SIOPS ainda inclui a Portaria Interministerial nº 446/2004, a Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Lei Complementar nº141/2012. Sob coordenação do Ministério da Saúde, as informações que alimentam o sistema são fornecidas por cada ente federado, conformando um banco de dados de acesso público e irrestrito, que consolida a alocação de recursos para o financiamento do SUS. A Lei Complementar nº 141 por sua vez define o SIOPS como instrumento que viabiliza a fiscalização, transparência e gestão, e regula algumas ações do sistema, definindo-o: como instrumento de ampla divulgação das prestações de contas; como instrumento de fiscalização, através da observância dos requisitos mínimos para repasse de recursos; e, como instrumento de gestão,

por meio do acompanhamento do aporte de recursos, estabelecendo penalidades para o não preenchimento ou descumprimento do prazo de coleta de dados (BRASIL, 2019).

Por fim, para Mendes (2005), o financiamento e gasto do SUS foi uma questão não resolvida devidamente desde sua implementação, o que levou a repasses de recursos insuficientes, indefinições e mudanças repentinas, comprometendo a efetivação dos princípios da universalidade e equidade. Cabe destacar que o desenvolvimento do financiamento do SUS, se dá a partir do duplo movimento que o influencia, de forma dialética, a saber: de um lado, o princípio da construção da universalidade, cuja base reside no direito universal, de cidadania à saúde, devendo ser viabilizada sua sustentabilidade; de outro, o princípio da contenção de gastos, que surge como uma “defesa da racionalidade econômica, com base em uma visão contábil-financeira, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista” (MENDES, 2005, p. 46).

Os direitos sociais instituídos pela CF88 demandaram o aumento do rol de políticas públicas ofertadas pelo Estado, exigindo a criação das contribuições sociais para viabilizar seu financiamento. A política econômica que vigorou desde então, contribuiu para a equivocada percepção de que as políticas sociais são responsáveis pelo déficit do Estado, em função de seu “caráter perdulário” (DAIN, 2008, p. 626). Ou seja, a “consequência desta manipulação ideológica dos fatos conduz à priorização do pagamento de juros e ao corte e frustração recorrente dos gastos sociais, traduzindo uma hierarquização das decisões de gasto, pela qual o pagamento de juros é tido como inadiável” (DAIN, 2008, p. 626).

Paralelamente, o setor privado atua provendo uma dupla cobertura para os cidadãos que podem pagar por planos de saúde. Dessa forma, as ações e serviços de saúde privados são financiados por indivíduos e famílias, por meio de duas modalidades, a saber: o pré-pagamento, cujo acordo se dá mediante o pagamento prévio de um valor para a cobertura de determinados serviços, como o sistema de seguros; e o pagamento direto (*out of pocket*), que se trata da efetiva compra de ações, serviços, medicamentos, entre outros, que podem expor os consumidores a gastos catastróficos. Por outro lado, os serviços privados também podem receber subsídios governamentais de duas formas: indiretamente, por meio de incentivos fiscais; e diretamente, pela contratação de seguros para servidores públicos e/ou dependentes. De qualquer forma, diretamente ou por meio de renúncia de receitas, no Brasil, este tipo de apoio ao mercado privado se dá com o uso de recursos públicos, competindo com um sistema de saúde pública, universal e gratuita. (CONASS, 2011).

Portanto, fortemente influenciado pelo contexto político e econômico internacional¹⁰ a história do financiamento do SUS é marcada pelo subfinanciamento da política de saúde. Assim, tendo o Estado sido cooptado pelo modelo econômico neoliberal se introduz valores mercadológicos nas políticas sociais, promovendo seu esvaziamento e desmantelamento.

¹⁰ Conjuntura baseada na redução da participação do Estado na economia e no fortalecimento do setor privado.

5 METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de natureza quantitativa, baseado em dados secundários. A pesquisa compreende a análise de dados orçamentários em saúde, extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dos municípios do estado do Rio de Janeiro e respectivas regiões de saúde, no período de 2011 a 2018. O universo do estudo foi composto pelo total de municípios do estado do Rio de Janeiro – 92 municípios.

Embora as informações necessárias ao estudo, estivessem disponíveis no site do SIOPS, de acesso público e irrestrito, foi solicitado o banco de dados (microdados) ao Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Lei de Acesso à Informação. As informações recebidas, através de planilhas, foram checadas junto ao site do SIOPS, e tendo em vista algumas divergências, foi realizada mais de uma solicitação (10/08/2018, 17/09/2018, 29/03/2019, 18/04/2019, 17/07/2019) ao departamento, até que as informações fossem convergentes. Além disso, outras informações foram retiradas diretamente do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), no site do SIOPS (BRASIL, 2019b).

Do banco de dados do SIOPS foram extraídas as variáveis relativas às receitas totais de cada município, na fase de receitas realizadas, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis de Receita líquida dos Impostos e Transferências Constitucionais Legais

Receita Líquida dos Impostos e Transferências Constitucionais Legais		
Receita Líquida dos Impostos	Impostos	Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU)
		Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI)
		Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS)
		Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
		Imposto Territorial Rural (ITR)
	Multas, Juros de Mora e Encargos dos Impostos	
	Dívida Ativa dos Impostos	
	Multas, Juros e Outros Encargos da Dívida Ativa	
Receitas de Transferências Constitucionais e Legais	Da União	Cota-Parte Fundo de Participação dos Municípios – FPM
		Cota-Parte Imposto Territorial Rural – ITR
		Cota-Parte Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) – Exportação
		Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
	Do Estado	Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
		Cota-Parte Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)

Fonte: Elaboração Própria, com base no Manual de Informações ao Usuário Internet do SIOPS (BRASIL, 2008).

Não constavam no banco de dados encaminhado pelo SIOPS, as receitas relativas às transferências de recursos do SUS para os anos de 2013 a 2018. Para suprir a ausência desta informação, foram extraídos os valores das receitas realizadas até o último bimestre de cada ano, de todos os municípios estudados, dos relatórios do SIOPS, denominados Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária (RREO). Do RREO, no site do SIOPS, foram extraídas as variáveis de receitas adicionais destinadas ao gasto com ASPS, recursos transferidos por outros entes da federação, exclusivamente para o SUS, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Receitas de Transferências de Recursos do SUS

Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS)	
Valor Total (soma)	Da União para o Município
	Do Estado para o Município
	Demais Municípios para o Município
	Outras Receitas do SUS
	Receita de Operações de Crédito Vinculadas à Saúde
	Outras Receitas Orçamentárias

Fonte: Elaboração Própria, com base no Manual de Informações ao Usuário Internet do SIOPS (BRASIL, 2008).

As despesas relacionadas à saúde foram extraídas na fase de liquidadas, e são apresentadas de duas maneiras diferentes no banco de dados do SIOPS, a primeira quanto à origem do recurso e a segunda quanto ao gasto com as subfunções vinculadas. Assim, no que tange às despesas com saúde, foram consideradas as variáveis do Quadro 4.

Quadro 4 – Variáveis de Despesas com Saúde

Despesas com saúde		
Origem	Despesas custeadas com outros recursos destinados à saúde	
	Despesas próprias com ações e serviços públicos de saúde	
OU		
Subfunções Vinculadas	Atenção Básica	
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	
	Outras Subfunções Vinculadas	Suporte Profilático e Terapêutico
		Vigilância Sanitária
		Vigilância Epidemiológica
Alimentação e Nutrição		

Fonte: Elaboração Própria com base no Manual de Informações ao Usuário Internet do SIOPS (BRASIL, 2008).

Não constavam no banco de dados informações de despesas discriminadas nas subfunções, em alguns municípios, em determinados anos. Sendo o SIOPS um sistema de natureza declaratória, cuja responsabilidade de preenchimento é do gestor de saúde de cada ente federado, quando o dado não for informado, não é possível obter a informação pelo sistema.

Quanto à despesa de **atenção básica** inexistem dados nos municípios Mangaratiba, Nova Friburgo e Trajano de Moraes em 2011; Mangaratiba e Trajano de Moraes em 2012; Arraial do Cabo, Mangaratiba, Paracambi e Trajano de Moraes em 2013; Mangaratiba e Paracambi em 2014; Mangaratiba em 2015; Mangaratiba e São José do Vale do Rio Preto em 2016; e, por fim, Mangaratiba, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto e Tanguá em 2017. Quanto à despesa com **assistência hospitalar e ambulatorial**, inexistem dados para os municípios Cambuci, Italva e Itatiaia em 2011; Cambuci, Duas Barras, Engenheiro Paulo de Frontin e Itatiaia em 2012; Arraial do Cabo, Bom Jesus do Itabapoana, Engenheiro Paulo de Frontin, Italva, Itatiaia, Paracambi e São João da Barra em 2013; Italva, Itatiaia, Japeri, Paracambi e São João da Barra em 2014; Cardoso Moreira, Italva, Itatiaia, Japeri e São João da Barra em 2015; Cardoso Moreira, Itatiaia, Japeri e São João da Barra em 2016; e, Cardoso Moreira, Itatiaia, Japeri e Tanguá em 2017.

As informações relativas às receitas foram organizadas em duas planilhas do software Excel. A primeira compreendendo informações referentes à receita líquida dos impostos e transferências constitucionais legais e a segunda com as transferências de recursos do SUS, por município e por ano. As informações relativas às despesas foram organizadas em uma única planilha, por município e por ano.

Para possibilitar a comparação entre os anos analisados, os valores das variáveis de receitas e despesas, foram corrigidos pela inflação, utilizando o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)¹¹, tendo como data de referência dezembro do 2018, por ser o último período de estudo.

Foram calculados os valores per capita para todas as receitas e despesas ajustadas pela inflação, por município e por ano. Para tanto, utilizaram-se os dados populacionais anuais estimados pelo IBGE e informados ao Tribunal de Contas da União (TCU).

Para análise, as receitas e despesas foram agrupadas segundo as Regiões de Saúde do

¹¹ BANCO CENTRAL DO BRASIL (BCB). Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPublico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>. Acesso em: 06 nov. 2019. [online]

estado (Quadro 4), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e por porte municipal. Para agrupamento dos municípios, segundo Regiões de Saúde, foi considerada a definição da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ), do estado do Rio de Janeiro, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Regiões de Saúde e respectivos municípios do estado do Rio de Janeiro

Regiões de Saúde	Municípios	
	Quantidade	Identificação
Baía da Ilha Grande	3	Angra dos Reis, Mangaratiba, Paraty;
Baixada Litorânea	9	Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema;
Centro-Sul	11	Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras;
Médio Paraíba	12	Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda;
Metropolitana I	12	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica;
Metropolitana II	7	Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá;
Noroeste	14	Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai;
Norte	8	Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra;
Serrana	16	Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes.

Fonte: Adaptado do Plano Diretor de Regionalização, 2012.

Os municípios foram também agrupados segundo seus respectivos IDHs de 2010, e ordenados conforme a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 – Classificação IDH por IDH municipal

Classificação IDH	Descrição
Muito alto (1)	0,800 A 1
Alto (2)	0,700 A 0,799
Médio (3)	0,600 A 0,699
Baixo (4)	0,500 A 0,599
Muito baixo (5)	0 A 0,499

Fonte: PNUD, IPEA e FJP, 2013

De acordo com a classificação supracitada, os municípios foram organizados, segundo a classificação de IDH, conforme o valor do IDH atribuído no censo de 2010 (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição dos municípios do Rio de Janeiro, segundo classificação de IDH de 2010

Classificação IDH	Municípios	
	Quantidade	Identificação
Muito alto	1	Niterói
Alto	57	Angra dos Reis, Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Barra do Pirai, Barra Mansa, Bom Jesus do Itabapoana, Cabo Frio, Cachoeiras de Macacu, Campos dos Goytacazes, Cantagalo, Carapebus, Casimiro de Abreu, Conceição de Macabu, Cordeiro, Duque de Caxias, Engenheiro Paulo de Frontin, Iguaba Grande, Itaguaí, Itaocara, Itaperuna, Itatiaia, Macaé, Macuco, Magé, Mangaratiba, Maricá, Mendes, Mesquita, Miguel Pereira, Miracema, Natividade, Nilópolis, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Paracambi, Paraíba do Sul, Petrópolis, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quissamã, Resende, Rio Bonito, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Santo Antônio de Pádua, São Gonçalo, São João de Meriti, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Seropédica, Teresópolis, Três Rios, Valença, Vassouras, Volta Redonda.
Médio	34	Aperibé, Areal, Belford Roxo, Bom Jardim, Cambuci, Cardoso Moreira, Carmo, Comendador Levy Gasparian, Duas Barras, Guapimirim, Itaboraí, Italva, Japeri, Laje do Muriaé, Parati, Paty do Alferes, Porciúncula, Quatis, Queimados, Rio Claro, Rio das Flores, Santa Maria Madalena, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, São José de Ubá, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sapucaia, Silva Jardim, Sumidouro, Tanguá, Trajano de Moraes, Varre-Sai.
Baixo	0	-
Muito baixo	0	-

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da PNUD.

Por fim, os municípios foram categorizados segundo seu porte populacional, conforme classificação do IBGE (IBGE, 2011), segundo Quadro 8.

Quadro 8 – Classificação de Porte Municipal, segundo dados populacionais

Classificação por Porte Municipal	Crítérios
1	Até 5000 hab.
2	De 5.001 a 10.000 hab.
3	De 10.001 a 20.000 hab.
4	De 20.001 a 50.000 hab.
5	De 50.001 a 100.000 hab.
6	De 100.001 a 500.000 hab.
7	Mais de 500.000 hab.

Fonte: IBGE, 2011.

Tendo por base a classificação supramencionada e as estimativas populacionais, disponibilizadas pelo IBGE, os municípios do Rio de Janeiro foram organizados segundo a classificação de porte populacional. Cabe ressaltar que, no estado do Rio de Janeiro não existem municípios com menos de 5.000 habitantes no período compreendido entre 2011 e 2018 (Quadro 9).

Quadro 9 – Classificação de municípios, segundo porte populacional, tendo como referência o ano de 2011

Classificação por Porte Municipal	Critérios
Até 5000 hab.	-
De 5.001 a 10.000 hab.	Comendador Levy Gasparian, Laje do Muriaé, Macuco, Rio das Flores, São José de Ubá, São Sebastião do Alto e Varre-Sai.
De 10.001 a 20.000 hab.	Aperibé, Areal, Cambuci, Cantagalo, Carapebus, Cardoso Moreira, Carmo, Duas Barras, Engenheiro Paulo de Frontin, Italva, Mendes, Natividade, Porciúncula, Porto Real, Quatis, Rio Claro, Santa Maria Madalena, Sapucaia, Sumidouro e Trajano de Moraes.
De 20.001 a 50.000 hab.	Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Bom Jardim, Bom Jesus do Itabapoana, Casimiro de Abreu, Conceição de Macabu, Cordeiro, Iguaba Grande, Itaocara, Itatiaia, Mangaratiba, Miguel Pereira, Miracema, Paracambi, Paraíba do Sul, Parati, Paty do Alferes, Pinheiral, Pirai, Quissamã, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, São José do Vale do Rio Preto, Silva Jardim, Tanguá e Vassouras.
De 50.001 a 100.000 hab.	Barra do Pirai, Cachoeiras de Macacu, Guapimirim, Itaperuna, Japeri, Rio Bonito, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Seropédica, Três Rios e Valença.
De 100.001 a 500.000 hab.	Angra dos Reis, Araruama, Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Itaboraí, Itaguaí, Macaé, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Petrópolis, Queimados, Resende, Rio das Ostras, São João de Meriti, Teresópolis e Volta Redonda.
Mais de 500.000 hab.	Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São Gonçalo.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do IBGE.

Importa ressaltar que alguns municípios mudaram de classificação ao longo do período de 2011 a 2018, em razão do crescimento populacional ou do processo migratório. Houve mudança de classificação em nove municípios no total de 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, são eles: o município de Varre-Sai passou a ser classificado como porte 3, a partir de 2015; o município de Paracambi passou a ser porte 5, a partir de 2016; o município de Cantagalo passou a ser porte 4, a partir de 2018; o município de Japeri passou a ser porte 6, a partir de 2016; os municípios de Itaperuna e São Pedro da Aldeia passaram para o porte 6, a partir de 2018; os municípios de Niterói, Belford Roxo e Campos dos Goytacazes passaram a ser porte 7, a partir de 2018.

O projeto de pesquisa não foi submetido ao comitê de ética da ENSP/ FIOCRUZ, em função da utilização de base de dados públicos, de acesso irrestrito, disponíveis para consulta da população, respaldado pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e pela Resolução 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

6 RESULTADOS

A seção em tela apresenta as receitas municipais totais e per capita, sua composição (receitas próprias e transferências intergovernamentais), e da mesma forma as receitas adicionais para o SUS. Igualmente são apresentadas as despesas municipais totais e per capita e sua composição, além de especificar as despesas com as subfunções, atenção básica (AB) e atenção de média e alta complexidade (MAC). Para fins comparativos, as outras subfunções em saúde foram somadas, são elas: Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, e Alimentação e Nutrição. Todas as variáveis são apresentadas segundo as Regiões de Saúde, a classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a classificação de porte populacional de cada município, para o período compreendido entre 2011 e 2018. Os valores foram corrigidos pela inflação, segundo o índice IPCA/IBGE, tendo como referência 12/2018.

6.1 RECEITAS MUNICIPAIS TOTAIS E PER CAPITA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 2011 A 2018

A Tabela 1 apresenta a evolução das receitas totais dos municípios do estado Rio de Janeiro, agrupados em Regiões de Saúde. Ao observar a soma do valor total de receitas do todos os municípios do Rio de Janeiro, ficou nítido o crescimento do volume de recursos até 2013, com queda progressiva do valor de 2014 até 2017, seguido de leve recuperação em 2018. Na Região Baía da Ilha Grande, foi possível observar uma queda quase progressiva no valor de receitas totais, ao longo de todo período estudado. Nas outras Regiões de Saúde tal queda se dá especialmente, nos anos de 2015 e 2016, voltando a apresentar acréscimos em 2018.

Tabela 1 – Receitas municipais totais* por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	1.039,93	1.036,02	1.052,98	1.091,88	987,25	934,21	833,02	872,36
Baixada Litorânea	1.280,47	1.374,33	1.498,22	1.486,04	1.371,03	1.223,13	1.277,12	1.321,49
Centro-Sul	596,23	618,48	652,44	667,35	615,27	593,24	605,69	655,29
Médio Paraíba	2.029,54	2.032,18	2.105,94	1.998,59	1.883,67	1.761,80	1.719,99	1.793,83
Metropolitana I	17.846,46	18.709,23	20.591,29	20.002,72	19.147,63	18.203,85	17.552,41	18.309,35
Metropolitana II	2.272,21	2.635,18	2.907,88	2.902,90	2.510,91	2.353,18	2.484,65	2.716,75
Noroeste	627,25	638,17	673,3	679,19	628,88	600,83	608,42	643,25
Norte	2.538,03	2.768,91	3.015,39	3.081,56	2.843,07	2.485,90	2.348,03	2.428,25
Serrana	1.616,15	1.689,48	1.701,40	1.765,57	1.642,48	1.572,85	1.609,41	1.696,61
Total	29.846,29	31.501,98	34.198,83	33.675,80	31.630,20	29.728,99	29.038,74	30.437,19

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 2 detalha a composição da receita total por Região de Saúde, ao longo de 2011 a 2018, apresentando os percentuais de recursos próprios (RP), provenientes da arrecadação de tributos municipais, e de transferências intergovernamentais (TI), provenientes de outros entes federativos, no caso da União e do estado do Rio de Janeiro.

Quanto à composição da receita, observou-se pouca variação na proporção entre arrecadação própria municipal e transferências de outros entes federativos, ao longo dos anos estudados. Destacou-se alteração na proporção entre recursos próprios e transferências intergovernamentais, na região Metropolitana II, em razão da inversão do padrão entre as duas fontes de receitas no fim da série histórica. Cabe ressaltar forte participação das transferências intergovernamentais para a composição da receita total das Regiões de Saúde, especialmente nas regiões Centro-Sul e Noroeste, pois o índice permaneceu acima de 80%, ao longo do período estudado. Em seguida, as Regiões Serrana e Médio Paraíba apresentaram um percentual de transferências intergovernamentais acima de 70% e as Regiões Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea, o mantiveram acima de 60%. Por fim, as Regiões Metropolitanas I e II, mantiveram o percentual de receitas próprias em torno de 60% e 50% (Tabela 2).

Todavia, ao observar a média da composição de receitas, a partir da soma dos valores de todos os municípios do estado do Rio de Janeiro, foi possível concluir que esta proporção manteve-se quase paritária, ao longo do período estudado, com maior participação de recursos provenientes da arrecadação municipal.

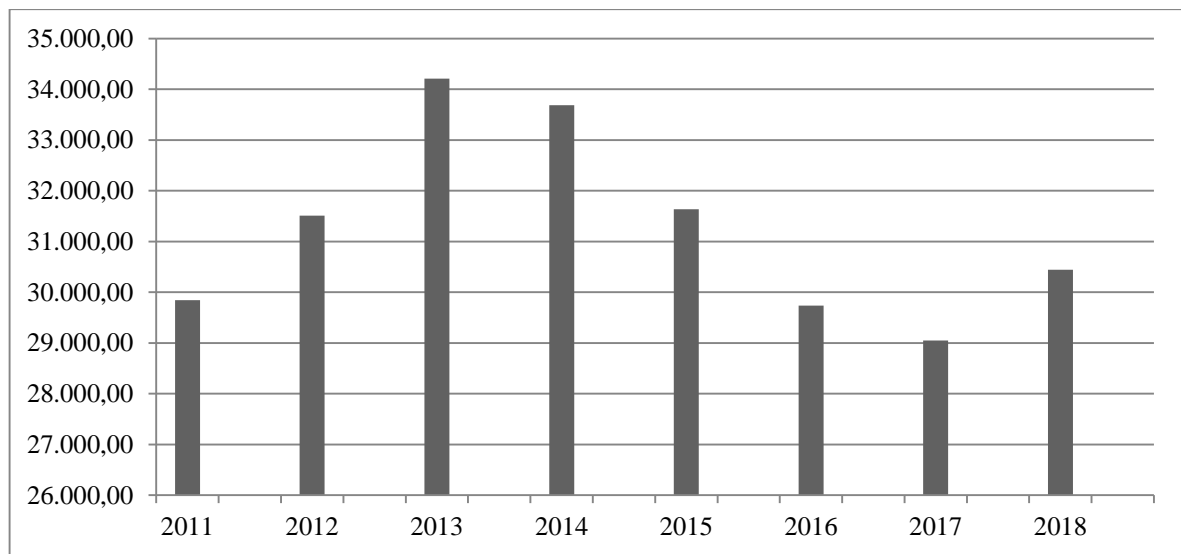
Tabela 2 – Composição percentual das receitas municipais, segundo receitas próprias (RP) e transferências intergovernamentais (TI) por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI
Baía da Ilha Grande	31	69	35	65	32	68	32	68	33	67	34	66	40	60	31	69
Baixada Litorânea	33	67	36	64	36	64	38	62	39	61	40	60	40	60	39	61
Centro-Sul	18	82	17	83	16	84	18	82	17	83	17	83	18	82	19	81
Médio Paraíba	23	77	24	76	23	77	23	77	25	75	25	75	28	72	28	72
Metropolitana I	66	34	66	34	67	33	67	33	68	32	68	32	67	33	67	33
Metropolitana II	53	47	57	43	58	42	58	42	55	45	50	50	50	50	48	52
Noroeste	12	88	11	89	11	89	13	87	12	88	12	88	13	87	12	88
Norte	38	62	42	58	43	57	47	53	49	51	47	53	43	57	42	58
Serrana	26	74	28	72	27	73	30	70	30	70	30	70	30	70	30	70
Média dos Municípios	53	47	54	46	55	45	56	44	56	44	56	44	55	45	54	46

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

O comportamento da receita é sintetizado e mais bem observado no Gráfico 1. Destaca-se o crescimento progressivo do valor total de receitas municipais no período compreendido entre 2011 e 2013, e a queda no volume de recursos, a partir do ano de 2014, com agravamento até 2017. Observa-se leve acréscimo de receitas totais em 2018, em patamar pouco acima do valor inicial do estudo.

Gráfico 1 – Total de receitas municipais* por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS.

*Representa a soma do valor total de receitas de todos os municípios do estado do Rio de Janeiro, em reais, divididos por R\$1.000.000,00.

A Tabela 3 apresenta a evolução da receita per capita das Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, ao longo de 2011 a 2018. Em linhas gerais, com algumas variações e oscilações, até 2014 observou-se um pequeno crescimento nas receitas per capita de todas as Regiões de Saúde. A partir de 2015 há uma queda acentuada, não mais retornando ao patamar inicial nos anos subsequentes, mesmo considerando o incremento de 2018. Isso seria esperado considerando os resultados já apresentados de evolução da receita total.

A Região Baía da Ilha Grande, composta pelos municípios Angra dos Reis, Mangaratiba e Parati, ostentou o maior valor per capita em comparação com todas as Regiões de Saúde, durante todo o período estudado. Diferentemente das demais Regiões de Saúde, esta Região também apresentou queda progressiva da receita per capita, ao longo de quase todo o período, com exceção de pequeno aumento em 2014 e leve recuperação em 2018. No polo oposto, a Região Metropolitana II, exibiu o menor valor per capita do estado do Rio de Janeiro. Ressalta-se que a Região de Saúde Metropolitana I apesar de ter apresentado o maior volume de receita total, exibiu uma das menores receitas per capita, em comparação com todas as Regiões de Saúde.

Tabela 3 – Receita total per capita* por região de saúde do estado do Rio de Janeiro e do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/ Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	4.178,78	4.078,15	4.047,91	4.121,67	3.662,82	3.409,08	2.991,21	3.042,49
Baixada Litorânea	1.835,02	1.920,79	2.034,75	1.973,72	1.783,01	1.559,27	1.597,47	1.603,95
Centro-Sul	1.855,93	1.914,22	2.006,16	2.043,81	1.877,06	1.803,13	1.833,52	1.933,49
Médio Paraíba	2.358,36	2.347,26	2.415,69	2.282,69	2.142,53	1.996,00	1.941,15	1.973,12
Metropolitana I	1.797,38	1.874,13	2.049,93	1.983,99	1.892,43	1.792,93	1.723,09	1.752,07
Metropolitana II	1.160,51	1.334,33	1.457,82	1.445,37	1.241,99	1.156,61	1.213,95	1.292,82
Noroeste	1.891,47	1.915,89	2.011,23	2.023,28	1.868,50	1.780,61	1.798,71	1.854,15
Norte	2.991,24	3.220,87	3.454,95	3.491,55	3.187,14	2.758,40	2.580,13	2.596,04
Serrana	1.762,46	1.831,62	1.832,13	1.893,32	1.754,26	1.674,06	1.706,78	1.753,67

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 4 apresenta o valor médio das receitas totais municipais, agrupando os municípios por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ao longo de 2011 a 2018. O valor médio representa a soma dos recursos transferidos para os municípios, dividido pela quantidade de municípios inseridos no grupo de classificação de IDH. Conforme explicitado, para o presente estudo foi utilizado o cálculo de IDH de 2010 (PNUD, IPEA e FJP, 2013), com base nos índices de saúde, educação e renda dos municípios. A partir do valor atribuído a cada município, ele é classificado em cinco grupos (PNUD, IPEA e FJP, 2013) – IDH muito alto (0,800 a 1), alto (0,700 a 0,799), médio (0,600 a 0,699), baixo (0,500 a 0,599) e muito baixo (0 a 0,499). De acordo com o IDH de 2010, não houve municípios classificados com IDH baixo e muito baixo.

Cabe observar que, quanto menor o IDH, menor foi o valor médio de receitas totais, ao longo dos anos estudados. É importante destacar a magnitude da variação do valor médio das receitas entre os municípios com IDH diferentes.

Na classificação de IDH muito alto encontra-se apenas o município de Niterói, cujo valor médio de receitas sofreu pequena queda nos anos de 2014 a 2016, com recuperação a partir de 2017, tendo ainda em 2018 o valor mais elevado, considerando todo o período estudado. No grupo IDH alto, houve aumento no volume médio de receitas até o ano de 2013, com queda progressiva do valor médio no período compreendido entre 2014 e 2017, apresentando acréscimos em 2018. Na classificação médio, a queda do volume médio de receitas, particularmente em 2014, foi acompanhada do crescimento das transferências intergovernamentais (Tabela 5), em relação aos recursos próprios dos municípios.

Tabela 4 – Média de receitas municipais totais* por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Classificação IDH/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Muito alto	1.110,24	1.219,36	1.363,54	1.356,44	1.269,34	1.244,71	1.352,84	1.442,63
Alto	466,24	489,9	529,28	520,78	491,38	463,08	448,97	468,89
Médio	63,53	69,37	78,42	77,49	69,19	61,44	61,6	66,7
Total	29.846,29	31.501,98	34.198,83	33.675,80	31.630,20	29.728,99	29.038,74	30.437,19

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 5 apresenta a composição das receitas municipais por classificação de IDH, de acordo com sua composição em percentuais de receitas próprias (RP) e transferências intergovernamentais (TI), ao longo de 2011 a 2018.

No município de Niterói, único município classificado com IDH muito alto, de maneira geral, houve manutenção da proporção entre receitas próprias e transferências intergovernamentais, com predominância de recursos próprios sobre as transferências intergovernamentais. No conjunto de municípios, classificado com IDH alto, houve estabilidade na proporção entre receitas próprias e transferências intergovernamentais, sendo este o grupo que mais se aproximou da média geral de composição de receitas dos municípios do Rio de Janeiro. Na classificação médio, observou-se maior proporção de transferências intergovernamentais, em comparação com recursos próprios, com percentual de aproximadamente 80%, entre 2016 e 2018.

Tabela 5 – Composição percentual das receitas municipais segundo receitas próprias (RP) e transferências intergovernamentais (TI) por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Classificação IDH/Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI
Muito Alto	66	34	66	34	65	35	68	32	64	36	63	37	61	39	58	42
Alto	55	45	56	44	57	43	57	43	58	42	58	42	58	42	57	43
Médio	21	79	27	73	30	70	31	69	25	75	20	80	19	81	18	82
Média dos Municípios	53	47	54	46	55	45	56	44	56	44	56	44	55	45	54	46

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 6 apresenta o valor da receita per capita entre os municípios agrupados por classificação de IDH muito alto, alto e médio, ao longo do período de 2011 a 2018. Destaca-se que quanto maior IDH, maior o valor total de receitas per capita, relação igualmente observada quando considerada a receita média total.

Entretanto, quando observada a magnitude de variação do valor per capita entre os grupos de municípios classificados por IDH, os valores não são tão discrepantes quanto o valor médio da receita dos municípios.

Em Niterói, único município com IDH muito alto, houve queda da receita per capita apenas em 2015 e 2016. No conjunto de municípios classificados com IDH alto e médio, houve queda do valor de receitas per capita no período compreendido entre 2014 e 2017. No entanto, todos os grupos de municípios apresentaram crescimento do valor per capita até o ano de 2013, e recuperação 2018, após a queda no volume total de receitas per capita. Há destaque para o município de Niterói, que exibiu em 2018 o maior valor de receita per capita de todo o período estudado.

Tabela 6 – Receita total per capita* por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Classificação IDH/ Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Muito alto	2.267,08	2.479,35	2.759,09	2.737,68	2.555,57	2.500,01	2.710,94	2.890,88
Alto	1.881,63	1.962,43	2.102,08	2.056,59	1.929,85	1.810,53	1.746,52	1.823,99
Médio	1.440,98	1.561,70	1.750,67	1.720,06	1.527,49	1.339,65	1.336,53	1.447,25

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, referência de 12/2018.

A Tabela 7 apresenta o valor médio de receitas municipais totais, agrupados por classificação de porte populacional, durante o período estudado. Portanto, os municípios foram classificados como menores de 5.000 habitantes (1), entre 5.000 e 10.000 habitantes (2), entre 10.001 e 20.000 habitantes (3), entre 20.001 e 50.000 habitantes (4), entre 50.001 e 100.000 habitantes (5), entre 100.001 e 500.000 habitantes (6), e acima de 500.000 habitantes (7). Cabe destacar que o estado do Rio de Janeiro não apresentou municípios com menos de 5.000 habitantes, e que nove municípios mudaram de classificação durante o período estudado, são eles: Varre-Sai, Paracambi, Cantagalo, Japeri, Itaperuna, São Pedro da Aldeia, Niterói, Belford Roxo e Campos dos Goytacazes.

O valor médio de receitas é consideravelmente menor nos grupos de municípios que apresentam menor porte populacional, bem como o maior valor médio encontra-se nos grupos de municípios mais populosos. Para representar esta discrepância, destaca-se que a diferença entre o grupo de municípios mais populoso foi 137 vezes maior em 2011 e 91 vezes maior em 2018, que o grupo menos populoso.

No que tange à evolução do valor médio das receitas ao longo do período estudado, todos os grupos apresentaram aumento até 2013, quando então houve um aumento mais significativo do volume de recursos, seguido de quedas nos anos subsequentes. Apesar de queda progressiva, os grupos 2, 4 e 5 obtiveram recuperação do valor inicial em 2018. Os demais grupos permaneceram apresentando queda do volume médio de receitas municipais totais. Destaca-se o caso do grupo 7, que apresentou queda maior do valor médio de receitas em 2018, em razão da aglomeração de outros 3 municípios neste ano, Niterói, Belford Roxo e Campos dos Goytacazes.

Tabela 7 – Média de receitas municipais totais* por porte populacional nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/ Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
De 5.001 a 10.000 hab. (2)	30,29	30,62	32,12	31,09	29,03	28,66	27,75	30,53
De 10.001 a 20.000 hab. (3)	54,12	54,35	57,42	54,53	47,47	42,97	42	44,71
De 20.001 a 50.000 hab. (4)	72,48	77,63	85,55	84,57	75,39	70,37	70,73	75,15
De 50.001 a 100.000 hab. (5)	99,2	102,19	109,79	110,84	106,24	100,92	101,22	104,97
De 100.001 a 500.000 hab. (6)	401,35	428,47	451,94	459,11	421,37	374,75	369,72	306,6
Mais de 500.000 hab. (7)	4.150,38	4.369,11	4.819,96	4.670,00	4.477,36	4.256,31	4.115,90	2.795,09
Total	29.846,29	31.501,98	34.198,83	33.675,80	31.630,20	29.728,99	29.038,74	30.437,19

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 8 apresenta a composição das receitas totais, segundo receitas próprias (RP) e transferências intergovernamentais (TI), dos municípios agrupados por classificação de porte populacional, durante o período estudado.

Em geral, os municípios apresentaram estabilidade na proporção entre receitas próprias e transferências intergovernamentais, sendo o percentual de recursos advindos de outros entes federados maior nos municípios com menor porte populacional. O contrário também pode ser observado. Excetuam-se a este padrão os municípios que possuem de 100.001 a 500.000 habitantes, pois os percentuais se mantiveram próximos de 50%, assim como a média geral dos municípios do Rio de Janeiro.

Tabela 8 – Composição percentual das receitas municipais, segundo receitas próprias (RP) e transferências intergovernamentais (TI) por porte populacional nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI	RP	TI
De 5.001 a 10.000 hab. (2)	6	94	6	94	6	94	6	94	7	93	7	93	7	93	6	94
De 10.001 a 20.000 hab. (3)	8	92	8	92	8	92	9	91	8	92	8	92	9	91	9	91
De 20.001 a 50.000 hab. (4)	19	81	20	80	20	80	22	78	22	78	21	79	22	78	20	80
De 50.001 a 100.000 hab. (5)	27	73	27	73	27	73	28	72	27	73	26	74	27	73	27	73
De 100.001 a 500.000 hab. (6)	42	58	45	55	46	54	47	53	47	53	44	56	44	56	41	59
Mais de 500.000 hab. (7)	67	33	68	32	69	31	70	30	70	30	70	30	70	30	66	34
Média dos Municípios	53	47	54	46	55	45	56	44	56	44	56	44	55	45	54	46

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 9 apresenta o valor per capita de receitas municipais totais, organizados por grupos de porte populacional, no período de 2011 a 2018.

Destaca-se que, ao contrário do que foi apresentado pela Tabela 7, os valores per capita são maiores na medida em que o município apresenta uma quantidade de habitantes menor. Ademais, a discrepância entre os grupos notada por meio dos valores per capita, é menor quando comparada com os valores médios de cada grupo.

O padrão de aumento e queda do volume de receitas per capita se assemelha ao que foi apresentado na Tabela 7. Em geral, observa-se aumento do valor per capita até 2013, com queda progressiva nos anos subsequentes, e leve recuperação em alguns grupos no ano de 2018.

Tabela 9 – Receita total per capita* por porte municipal do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
De 5.001 a 10.000 hab.	3.843,33	3.865,03	4.030,39	3.887,83	3.778,89	3.723,35	3.617,45	3.882,20
De 10.001 a 20.000 hab.	3.726,31	3.718,76	3.900,12	3.687,07	3.244,93	2.926,23	2.844,57	3.000,26
De 20.001 a 50.000 hab.	2.403,62	2.549,67	2.778,55	2.724,87	2.410,89	2.283,34	2.278,97	2.389,13
De 50.001 a 100.000 hab.	1.289,25	1.313,92	1.394,27	1.395,26	1.326,06	1.325,43	1.318,79	1.427,48
De 100.001 a 500.000 hab.	1.747,73	1.848,20	1.928,19	1.943,74	1.770,84	1.600,75	1.568,66	1.587,70
Mais de 500.000 hab.	1.839,66	1.925,73	2.110,74	2.037,04	1.945,64	1.845,11	1.777,98	1.774,87

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018

6.2 RECEITAS ADICIONAIS PARA O SUS NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 2011 A 2018

As receitas adicionais para o SUS são um componente adicional à receita total, destinadas aos municípios, oriundas de outros entes federativos, cuja utilização é vinculada ao SUS. Estas receitas são oriundas de transferências de recursos da União, do Estado, de outros municípios, outras receitas do SUS, receita de operações de crédito vinculadas à saúde e outras receitas orçamentárias. Estas duas últimas foram praticamente zeradas no período de 2011 a 2018, por isso foram desconsideradas no presente estudo.

A Tabela 10 apresenta as receitas adicionais para o financiamento do SUS para os municípios, organizados por Regiões de Saúde, no período de 2011 a 2018.

Durante todo o período analisado, os municípios da Baía da Ilha Grande apresentaram os menores valores de receitas adicionais para o SUS, ao contrário dos municípios que compõem a Região Metropolitana I, que apresentaram os maiores valores. Todavia, a Região Baía da Ilha Grande exibiu crescimento quase progressivo ao longo de todo o período estudado. No que tange às demais Regiões de Saúde, durante o período de 2011 a 2017, houve alternância de momentos de crescimento e queda dos valores de receitas adicionais. No entanto, todas as Regiões de Saúde exibiram recuperação em 2018. Houve incremento de recursos significativo na Região Metropolitana II, em 2014, que se deu por acréscimos de valores transferidos da União para os municípios de Niterói e Maricá.

Tabela 10 – Receitas adicionais totais* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	66,1	78,39	83,75	127,56	125,07	116,25	127,95	140,65
Baixada Litorânea	158,42	163,8	168,17	246,07	212,05	208,18	209,51	222,66
Centro-Sul	186,92	203,33	182,43	200,74	195,14	190,69	184	219,39
Médio Paraíba	317,01	391,79	385,44	393,45	360,65	373,85	369,55	406,76
Metropolitana I	2.654,37	2.920,92	2.936,56	2.985,48	2.638,75	2.612,29	2.448,61	2.809,57
Metropolitana II	614,51	652,76	670,31	934,68	616,51	604,42	560,67	604,42
Noroeste	167,57	139,11	121,41	207,92	204,28	191,92	201,91	207,21
Norte	222,02	297,57	298,26	291,26	256,35	251,61	252,1	309,09
Serrana	401,76	378,05	388,67	412,17	352,95	337,79	363,07	413,57
Total	4.788,68	5.225,72	5.234,98	5.799,34	4.961,74	4.887,00	4.717,36	5.333,34

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 11 apresenta a composição das receitas adicionais para o SUS para os municípios, organizados por Regiões de Saúde, em percentuais oriundos de transferências de recursos da União, do Estado, de outros municípios, bem como da fonte classificada como outras receitas do SUS.

Em linhas gerais, as contribuições advindas da União foram majoritárias em todas as Regiões de Saúde, e este percentual aumenta ao longo da série histórica, na medida em que as contribuições advindas do estado do Rio de Janeiro vão diminuindo progressivamente. Foi possível observar que o padrão de composição das receitas adicionais para o SUS, apresentado pelas Regiões de Saúde, foi refletido na média geral dos municípios do estado do Rio de Janeiro. Cabe destacar que as Regiões Baixada Litorânea e Serrana receberam contribuições mais significativas do estado do Rio de Janeiro e de outros recursos adicionais para o SUS, até o ano de 2014. A partir de 2015 o percentual de contribuições da União aumentou para estas Regiões, na medida em que as outras contribuições reduziram.

Tabela 11 – Composição percentual* de receitas adicionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) em percentuais por Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018																	
	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R																
Baía da Ilha Grande	92	7	0	1	93	6	0	1	98	1	0	1	98	0	0	2	99	0	0	1	100	0	0	0	99	0	0	1	99	0	0	1
Baixada Litorânea	67	13	0	20	65	14	0	21	75	18	0	7	75	19	0	6	90	5	0	5	96	1	0	3	96	2	0	2	91	7	0	2
Centro-Sul	90	8	1	1	91	8	0	1	91	6	1	2	91	7	0	2	95	3	0	2	95	3	1	1	99	0	0	1	99	1	0	0
Médio Paraíba	90	9	0	1	87	12	0	1	89	9	0	2	87	11	0	2	92	6	0	2	97	1	0	2	96	2	0	2	94	5	0	1
Metropolitana I	94	3	0	3	93	5	0	2	95	3	0	2	93	4	0	3	96	2	0	2	98	0	0	2	99	0	0	1	96	2	0	2
Metropolitana II	94	5	0	1	95	3	0	2	96	3	0	1	95	4	0	1	97	2	0	1	98	0	0	2	98	0	0	2	97	2	0	1
Noroeste	90	9	0	1	83	15	0	2	85	12	0	3	92	6	0	2	94	4	0	2	99	0	0	1	97	2	0	1	98	1	1	0
Norte	91	5	0	4	89	6	0	5	83	7	0	10	94	4	0	2	96	3	0	1	98	1	0	1	99	0	0	1	92	7	0	1
Serrana	80	18	0	2	84	14	0	2	88	11	0	1	87	12	0	1	91	7	0	2	97	2	0	1	96	3	0	1	96	4	0	0
Média dos Municípios	91	6	0	3	91	7	0	2	92	5	0	3	92	6	0	2	95	3	0	2	98	1	0	1	98	1	0	1	96	3	0	1

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores percentuais referentes à origem do recurso, conforme legenda abaixo:

Legenda: U – União; E – Estado; M – Outros Municípios; R – Outras Receitas

A Tabela 12 aponta o valor per capita das receitas adicionais para o SUS dos municípios organizados por Região de Saúde, ao longo do período de 2011 a 2018.

Para fins comparativos, quando observada a soma do valor total de receitas adicionais para o SUS, as Regiões de Saúde Metropolitana I e Baía da Ilha Grande apresentaram os maiores e menores valores do período estudado, respectivamente. Ao observar o valor per capita destas Regiões, o resultado não se mantém. Os maiores valores per capita aparecem nas Regiões de Saúde Centro-Sul e o Noroeste, bem como o menor valor encontra-se na Região da Baixada Litorânea.

No que tange à evolução da receita per capita adicional para o SUS, as Regiões da Baía da Ilha Grande e do Médio Paraíba apresentaram crescimento quase progressivo do valor per capita, ao longo do período estudado. As Regiões da Baixada Litorânea e Metropolitana I e II experimentaram aumento destas receitas per capita até 2014, seguido de queda nos anos subsequentes, com recuperação em 2018. As demais Regiões de Saúde apresentaram crescimento e queda do volume destas receitas per capita ao longo do período de 2011 a 2017, com crescimento em 2018.

Tabela 12 – Receitas adicionais per capita* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/ Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	265,63	308,56	321,94	481,52	464,02	424,22	459,44	490,55
Baixada Litorânea	227,02	228,93	228,39	326,82	275,76	265,39	262,06	270,25
Centro-Sul	581,82	629,33	560,96	614,78	595,33	579,59	557,00	647,33
Médio Paraíba	368,38	452,53	442,13	449,38	410,21	423,54	417,07	447,42
Metropolitana I	267,33	292,59	292,34	296,12	260,80	257,29	240,38	268,86
Metropolitana II	313,85	330,53	336,05	465,38	304,95	297,08	273,93	287,63
Noroeste	505,31	417,62	362,67	619,40	606,94	568,77	596,92	597,29
Norte	261,67	346,14	341,74	330,01	287,38	279,20	277,01	330,45
Serrana	438,14	409,85	418,53	441,99	376,97	359,52	385,04	427,48

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 13 apresenta o valor médio das receitas adicionais para o financiamento do SUS nos municípios do estado do Rio de Janeiro, agrupados por classificação de IDH muito alto, alto e médio, no período de 2011 a 2018.

Os dados da tabela demonstram uma diferença significativa no valor médio de receitas adicionais para o SUS entre os grupos estudados. Percebe-se que esta diferença diminui na comparação entre o primeiro e o último ano da série histórica. Em 2011, o grupo muito alto apresentou um valor médio de receitas adicionais 21 vezes maior que o grupo médio, já em 2018 esta proporção foi de 11 vezes. A proporção entre os grupos muito alto e alto foi de 3 vezes em 2011 e 2 vezes em 2018. Por fim, na comparação entre os grupos alto e médio a diferença foi de 7 e 5 vezes, em 2011 e 2018 respectivamente.

A redução da discrepância entre os grupos pode ser observada na evolução das receitas, ao longo do período de 2011 a 2018. Na classificação muito alto, encontra-se apenas o município de Niterói, que apresentou queda progressiva do volume de receitas adicionais, ao longo de todo o período estudado, com exceção de incremento de recursos transferidos pela União, em 2014. No grupo alto, houve crescimento do volume de receitas até 2014, seguido de queda até 2018, quando houve algum acréscimo. Por fim, o grupo médio apresenta crescimento quase progressivo, ao longo do período estudado.

Tabela 13– Média de receitas adicionais totais* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Classificação IDH/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Muito alto	234,79	226,75	217,19	458,67	173,56	168,01	160,67	167
Alto	73,46	80,14	80,96	85,26	75,88	74,85	72,44	81,79
Médio	10,78	12,68	11,85	14,15	13,62	13,31	12,58	14,83
Total	4.788,68	5.225,72	5.234,98	5.799,34	4.961,74	4.887,00	4.717,36	5.333,34

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018

A Tabela 14 apresenta os percentuais das receitas provenientes de transferências de recursos da União, do Estado, de outros municípios, bem como de outras receitas do SUS, conformando a composição da receita adicional para o SUS, nos municípios do estado do Rio de Janeiro, agrupados por classificação de IDH muito alto, alto e médio, no período de 2011 a 2018.

No que se refere à composição das receitas adicionais para o SUS, destaca-se superioridade de contribuições advindas da União, em todos os grupos estudados. Percebe-se forte participação de transferências de recursos do estado, principalmente no grupo classificado com IDH médio. Todavia essa contribuição do estado diminuiu progressivamente ao longo do período estudado, e paralelamente as contribuições da união aumentaram seu protagonismo. O grupo de municípios com IDH alto foi o que mais se aproximou da média geral dos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Tabela 14 – Composição percentual* de receitas adicionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) em percentuais por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

IDH/ Ano	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	U	E	M R	U	E	M R	U	E	M R	U	E	M R	U	E	M R	U	E	M R	U	E	M R	U	E	M R
Muito alto	93	6	0 1	91	6	0 3	99	0	0 1	98	2	0 0	97	2	0 1	99	0	0 1	99	0	0 1	99	0	0 1
Alto	91	5	0 4	91	6	0 3	92	5	0 3	91	6	0 3	96	3	0 1	98	1	0 1	98	1	0 1	96	3	0 1
Médio	83	15	0 2	86	10	0 4	91	8	0 1	90	8	0 2	94	4	0 2	98	0	0 2	98	1	0 1	95	4	0 1
Média	91	6	0 3	91	7	0 2	92	5	0 3	92	6	0 2	95	3	0 2	98	1	0 1	98	1	0 1	96	3	0 1

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

** Valores percentuais referentes à origem do recurso, conforme legenda abaixo:

Legenda: U – União; E – Estado; M – Outros Municípios; R – Outras Receitas

A Tabela 15 apresenta o valor per capita das receitas adicionais para o financiamento do SUS nos municípios do estado do Rio de Janeiro, agrupados por classificação de IDH muito alto, alto e médio, no período de 2011 a 2018.

Semelhantemente à Tabela anterior 13, o valor per capita das receitas adicionais permanecem mais altos, conforme a classificação de IDH é mais alta. Da mesma forma, a evolução da receita adicional per capita ao longo do período estudado, segue padrão análogo ao da referida tabela. Ou seja, observa-se queda progressiva do volume de receitas adicionais no município de Niterói, único com IDH muito alto, com exceção de incremento de recursos transferidos pela União, em 2014. Houve crescimento do volume de receitas até 2014, seguido de queda até 2017, no grupo alto. E, crescimento quase progressivo, no grupo médio. A principal divergência localiza-se na comparação da proporção do volume de receitas adicionais entre os grupos, que não se revela tão discrepante como na tabela anterior.

Tabela 15 – Receitas Adicionais per capita* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Classificação IDH/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Muito alto	479,43	461,06	439,47	925,73	349,42	337,45	321,97	326,31
Alto	296,47	321,01	321,56	336,69	298,01	292,65	281,79	309,98
Médio	244,56	285,53	264,49	313,99	300,65	290,18	272,91	313,57

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 16 apresenta o valor médio das receitas adicionais para o SUS dos municípios do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2011 e 2018, agrupados segundo o porte populacional dos municípios. O valor médio representa a soma dos recursos transferidos para os municípios, dividido pela quantidade de municípios inseridos no grupo de classificação de porte populacional.

Na referida Tabela, observa-se que os municípios menos populosos apresentaram um valor médio de receitas adicionais para o SUS menor, em comparação com os municípios que compõe o grupo de municípios mais populosos.

Ao comparar os grupos de municípios que possuem entre 5.001 e 10.000 habitantes e os que possuem mais de 500.000 habitantes no ano de 2011, estes últimos apresentaram o valor médio de receitas adicionais 240 vezes maior que os primeiros. Já em 2018, esta diferença reduz para 88 vezes. Isto se dá, devido ao padrão de evolução das receitas adicionais, ao longo do período estudado. Percebe-se que o grupo 2 apresenta um crescimento progressivo do valor médio de receitas adicionais para o SUS. Já o grupo 7, apresenta um padrão de crescimento até o ano de 2014, seguido de queda do valor médio de receitas até 2018. Os demais grupos apresentam alternância entre acréscimos e decréscimos do valor médio das receitas adicionais para o SUS, durante o período de 2011 a 2018, mas, em geral, apresentam crescimento em relação ao patamar inicial.

Tabela 16 – Receitas adicionais totais* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por porte populacional nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
De 5.001 a 10.000 hab. (2)	2,54	2,72	3,08	3,85	3,69	3,36	3,37	4,8
De 10.001 a 20.000 hab. (3)	5,16	5,94	5,48	6,31	5,77	5,7	5,84	6,97
De 20.001 a 50.000 hab. (4)	9,61	10,99	10,06	12,5	11,94	11,25	11,55	13,1
De 50.001 a 100.000 hab. (5)	31,83	33,53	31,39	39,01	36,07	34,56	34,89	32,88
De 100.001 a 500.000 hab. (6)	72,87	79,18	79,81	96,68	75,92	73,36	71,82	69,78
Mais de 500.000 hab. (7)	611,29	667,37	680,22	685,09	604,24	593,98	556,8	423,89
Total	4.788,68	5.225,72	5.234,98	5.799,34	4.961,74	4.887,00	4.717,36	5.333,34

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 17 apresenta a composição destas receitas adicionais, por porte populacional dos municípios do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2011 e 2018, detalhando em percentuais as transferências advindas da União, do estado, de outros municípios e outras receitas do SUS.

Quanto à composição da receita, a União mostra maior percentual de transferências de receitas adicionais para o SUS, em todas os grupos analisados, especialmente nos grupos de municípios com maior porte populacional. Durante o início da série histórica, o estado do Rio de Janeiro exibiu forte participação na composição desta receita, principalmente nos municípios menos populosos. Todavia, este percentual foi diminuindo ao longo dos anos estudados, revelando a redução da participação do referido estado na contribuição para o financiamento do SUS. Conseqüentemente, o percentual de contribuições da União exibiu acréscimos.

Tabela 17 – Composição percentual das receitas adicionais* para o Sistema Único de Saúde (SUS) em percentuais por porte populacional nos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/ Ano	2011				2012				2013				2014				2015				2016				2017				2018							
	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R	U	E	M	R
De 5.001 a 10.000 hab.	78	16	0	6	82	18	0	0	79	15	0	6	90	8	0	2	91	6	0	3	99	0	0	1	98	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0
De 10.001 a 20.000 hab.	90	8	0	2	88	10	0	2	86	8	1	5	89	8	0	3	90	6	0	4	97	0	1	2	96	0	0	4	96	2	1	1	1	1	1	1
De 20.001 a 50.000 hab.	90	8	1	1	84	10	0	6	91	6	0	3	90	6	1	3	94	3	0	3	96	2	0	2	97	1	0	2	92	5	2	1	1	1	1	1
De 50.001 a 100.000 hab.	88	11	0	1	85	14	0	1	87	11	0	2	88	10	1	1	94	4	0	2	98	1	0	1	98	1	0	1	97	2	0	1	1	1	1	1
De 100.001 a 500.000 hab.	86	10	0	4	88	9	0	3	89	8	0	3	90	8	1	1	94	4	0	2	98	1	0	1	97	2	0	1	95	5	0	0	0	0	0	0
Mais de 500.000 hab.	95	2	0	3	94	4	0	2	96	2	0	2	94	3	0	3	97	1	0	2	98	0	0	2	99	0	0	1	97	2	0	1	1	1	1	1
Total	91	6	0	3	91	7	0	2	92	5	0	3	92	6	0	2	95	3	0	2	98	1	0	1	98	1	0	1	96	3	0	1	1	1	1	1

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores percentuais referentes à origem do recurso, conforme legenda abaixo:

Legenda: U – União; E – Estado; M – Outros Municípios; R – Outras Receitas.

A Tabela 18 apresenta o valor per capita de receitas adicionais para o SUS dos municípios do Rio de Janeiro, agrupados de acordo com o porte populacional, no período de 2011 a 2018.

Destaca-se que, ao contrário do que foi apresentado na Tabela 16, os menores valores de receitas adicionais per capita, apareceram no grupo de municípios com mais de 500.000 habitantes. Por outro lado, os maiores valores, apareceram no grupo de municípios que possuem entre 50.001 e 100.000 habitantes. Ademais, a discrepância entre os grupos apontada nos valores per capita, foi menor que a relação observada entre os valores médios de cada grupo.

O padrão de crescimento e queda do volume de receitas adicionais per capita se assemelha ao que foi apresentado na Tabela 16. Isto é, o grupo de municípios que possui entre 5.001 e 10.000 habitantes apresentou crescimento progressivo do valor per capita de receitas adicionais, durante o período estudado. Em linhas gerais, os demais grupos apresentaram crescimento ao final da série histórica. A exceção do grupo de municípios que possui mais 500.000 habitantes, pois mostrou aumento de receitas adicionais per capita até o ano de 2014, seguido de queda do volume de recursos, até 2018.

Tabela 18 – Receitas Adicionais per capita* para o Sistema Único de Saúde (SUS) por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
De 5.001 a 10.000 hab.	322,75	343,73	386,87	481,10	480,82	436,65	439,01	610,64
De 10.001 a 20.000 hab.	355,45	406,41	372,27	426,50	394,68	388,47	395,33	467,75
De 20.001 a 50.000 hab.	318,83	360,86	326,78	402,68	381,89	364,90	372,07	416,43
De 50.001 a 100.000 hab.	413,65	431,07	398,65	490,98	450,24	453,93	454,59	447,06
De 100.001 a 500.000 hab.	317,33	341,54	340,52	409,31	319,05	313,36	304,71	361,36
Mais de 500.000 hab.	270,95	294,15	297,88	298,83	262,57	257,49	240,52	269,17

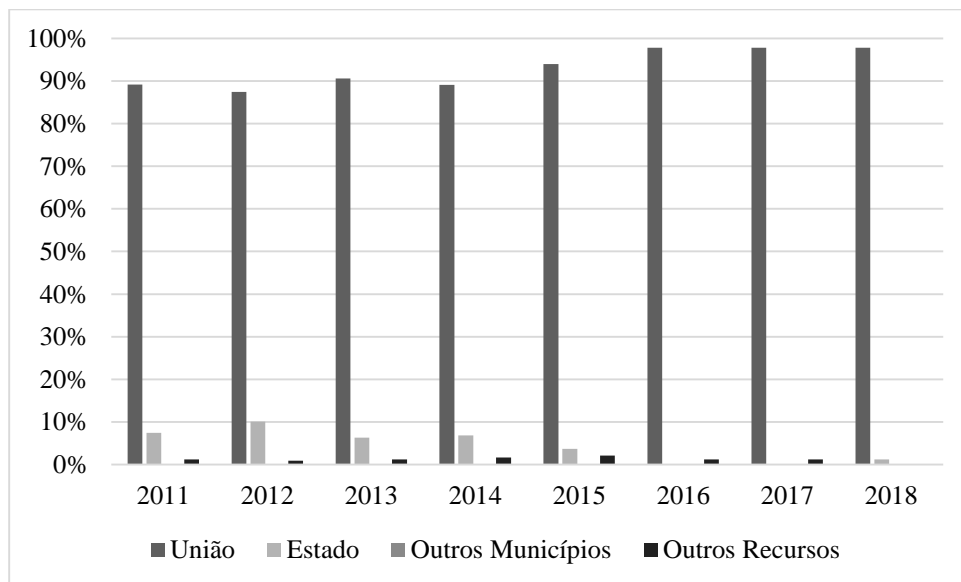
Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

O Gráfico 2 apresenta a evolução das transferências intergovernamentais que compõe as receitas adicionais para o SUS dos municípios do estado do Rio de Janeiro, por cada ente federativo, no período de 2011 a 2018, através do percentual médio transferido por cada ente aos 92 municípios do ERJ.

Os valores apresentados no gráfico 2 evidenciam o padrão de composição das receitas adicionais para o SUS, observado nas tabelas 10, 13 e 16. Ou seja, a União é responsável pela grande maioria de recursos transferidos para a composição destas receitas. O estado, em segundo lugar, chegou a ser responsável por 10% do total de transferências de recursos para os municípios do Rio de Janeiro, em 2012. Todavia, este percentual médio foi reduzindo progressivamente, até atingir 0% em 2016 e 2017, e 1% em 2018. Dessa forma, na medida em que as contribuições do estado diminuam, o percentual de participação da União na composição da receita, aumentava. As transferências advindas de outros municípios permaneceram com a média de 0%, ao longo do período estudado. Bem como, a fonte qualificada como Outras Receitas para o SUS, permaneceu com a média em torno de 1%.

Gráfico 2 – Percentual médio de transferências de recursos adicionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), por fonte de receita dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018



Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

6.3 DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 2011 A 2018

A Tabela 19 apresenta o valor total da despesa com ASPS dos municípios do Rio de Janeiro, organizados por Regiões de Saúde, no período de 2011 a 2018.

No que tange à evolução do gasto, ao longo do período estudado, em linhas gerais, as Regiões de Saúde apresentaram um crescimento da despesa em ASPS no período compreendido entre 2011 e 2014. Entre 2015 e 2016, houve um declínio, em relação ao período anterior. Todavia, entre 2017 e 2018, a despesa voltou a exibir crescimento, com valores superiores aos que foram revelados em 2011.

Cabe ressaltar que o valor da despesa total com ASPS pelos municípios variou consideravelmente entre os grupos de Regiões de Saúde, possivelmente por razões geográficas, demográficas e da oferta dos serviços de saúde. Observou-se que as regiões Norte e Metropolitana I e II apresentaram os maiores valores de despesa com saúde. E as regiões Centro-Sul, o Noroeste e Baía da Ilha Grande apresentaram despesas menores com ASPS.

Tabela 19 – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)* por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/ Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	386,46	403,61	439,49	516,99	474,16	425,15	414,87	442,9
Baixada Litorânea	607,55	704,54	830,53	989,13	860,06	655,05	720,84	748,62
Centro-Sul	290,6	320,12	358,08	369,39	324,38	327,65	315,11	398,8
Médio Paraíba	754,16	814,01	1.021,09	1.033,93	963,64	828,74	882,41	931,66
Metropolitana I	6.254,04	7.068,88	7.386,28	7.530,92	7.075,84	7.422,27	6.981,03	6.871,90
Metropolitana II	1.034,20	1.206,87	1.428,68	1.749,49	1.367,58	1.202,75	1.257,11	1.350,42
Noroeste	317,36	299,83	308,99	410,91	390,17	370,65	389,71	407,78
Norte	1.332,58	1.492,97	1.737,40	1.906,71	1.747,94	1.633,60	1.529,07	1.606,66
Serrana	764,28	826,62	927,14	986,94	968,69	893,12	903,97	949,91
Total	11.741,24	13.137,45	14.437,69	15.494,41	14.172,46	13.758,99	13.394,13	13.708,66

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 20 apresenta a composição da despesa com ASPS dos municípios do Rio de Janeiro, organizados por Regiões de Saúde, no período de 2011 a 2018, discriminando em percentuais, os gastos realizados com recursos próprios (RP) ou com recursos advindos de outros entes governamentais (OR). Cabe destacar que a relação entre recursos próprios e recursos advindos de outros entes federativos, não necessariamente apresenta soma de 100%, pois existe uma terceira categoria de recursos, cuja fonte não corresponde a esferas governamentais. Todavia, tal categoria é minoritária para a composição da despesa.

Quanto à composição da despesa, observou-se que a relação entre a contribuição de ambas as fontes de recursos permaneceu com predominância de recursos próprios municipais, e com poucas oscilações ao longo do período estudado. Com destaque para a Região da Baía da Ilha Grande. A média de composição de recursos, calculada a partir do total do gasto com ASPS dos municípios do Rio de Janeiro, também se manteve com predomínio de recursos próprios sobre recursos de transferências intergovernamentais.

Tabela 20 – Composição percentual das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), realizadas com recursos próprios (RP) ou outros recursos (OR) por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR
Baía da Ilha Grande	74	22	74	22	74	21	66	24	63	28	69	24	66	28	59	35
Baixada Litorânea	49	50	52	46	54	41	41	52	44	37	51	40	53	41	44	47
Centro-Sul	40	60	37	62	38	55	37	57	38	57	39	57	38	58	34	62
Médio Paraíba	59	41	59	40	52	37	54	34	55	32	52	39	53	38	52	40
Metropolitana I	58	42	61	40	56	41	58	40	59	39	62	36	63	34	56	37
Metropolitana II	43	57	47	53	46	47	38	57	45	50	44	51	43	50	41	53
Noroeste	44	56	50	51	54	40	42	50	39	53	41	55	41	54	37	54
Norte	49	51	52	48	54	44	59	40	59	39	63	33	55	43	55	42
Serrana	49	50	49	51	49	46	53	43	53	42	56	43	55	41	52	44
Média dos Municípios	54	45	57	43	54	42	53	42	55	40	58	39	57	39	52	42

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 21 apresenta o valor per capita da despesa com ASPS dos municípios do Rio de Janeiro, agrupados por Região de Saúde, no período compreendido entre 2011 e 2018.

Cabe notar que as Regiões de Saúde Norte e Baía da Ilha Grande exibiram os maiores valores de despesas municipais per capita, entre todos os grupos analisados. Por outro lado, as regiões de saúde Metropolitana I e II apresentaram as menores despesas.

Quanto à evolução das despesas, ao longo do período estudado, em geral, os grupos estudados, apresentaram o mesmo padrão observado na Tabela anterior. Observou-se um crescimento até o ano de 2014, seguido de queda em 2015 e 2016, com retomada do acréscimo entre 2017 e 2018.

Tabela 21– Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) per capita* por região de saúde e do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	1.552,92	1.588,77	1.689,51	1.951,54	1.759,20	1.551,43	1.489,72	1.544,69
Baixada Litorânea	870,66	984,68	1.127,94	1.313,74	1.118,50	835,07	901,65	908,63
Centro-Sul	904,57	990,77	1.101,05	1.131,29	989,63	995,90	953,89	1.176,71
Médio Paraíba	876,35	940,22	1.171,28	1.180,90	1.096,06	938,90	995,87	1.024,78
Metropolitana I	629,87	708,10	735,33	746,96	699,33	731,03	685,32	657,59
Metropolitana II	528,21	611,10	716,25	871,08	676,45	591,16	614,20	642,62
Noroeste	957,01	900,15	923,00	1.224,09	1.159,26	1.098,45	1.152,12	1.175,42
Norte	1.570,53	1.736,66	1.990,67	2.160,39	1.959,48	1.812,67	1.680,22	1.717,68
Serrana	833,47	896,16	998,38	1.058,34	1.034,61	950,59	958,67	981,86

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

Obs: Inclui todos os recursos voltados para as despesas municipais.

A Tabela 22 apresenta o valor médio das despesas em ASPS dos municípios do estado do Rio de Janeiro, organizados por classificação de IDH, no período de 2011 a 2018.

A Tabela demonstra discrepância significativa no valor médio de despesas com ASPS, entre os grupos, que se manteve ao longo de todo período estudado. Percebe-se que o grupo muito alto exibiu os maiores valores da série histórica, em média 2,3 e 14,5 vezes maior que os valores exibidos pelos grupos alto e médio, respectivamente. Por sua vez, o grupo alto manteve a média das despesas 6,1 vezes mais alta que a do grupo médio, ao longo do período estudado.

O município de Niterói, único com IDH muito alto, apresentou incremento da despesa com recursos transferidos pela União em 2014, conforme demonstrado pela Tabela 13. Ademais, os grupos estudados apresentaram o padrão de evolução das despesas análogo ao padrão apontado pelas Tabelas 19 e 21.

Tabela 22 – Média de despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)* por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

IDH/ Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Muito alto	422,82	443,87	492,76	752,99	468,05	453,62	480,81	512,9
Alto	182,24	202,93	222,16	233,54	218,02	214,22	207,47	211,17
Médio	27,38	33,14	37,7	42,05	37,56	32,21	31,99	34,1
Total	11.741,24	13.137,45	14.437,69	15.494,41	14.172,46	13.758,99	13.394,13	13.708,66

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 23 apresenta a composição das despesas em ASPS, nos municípios agrupados por classificação de IDH, no período de 2011 a 2018.

Destaca-se que a relação entre as contribuições advindas da União e os recursos próprios municipais, se manteve equilibrada nos grupos estudados, com pequenas oscilações, ao longo do período estudado. O grupo de municípios com IDH alto foi o que mais se aproximou da média dos municípios do Rio de Janeiro.

Tabela 23 – Composição percentual das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) realizadas com recursos próprios (RP) ou com outros recursos (OR) por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Classificação IDH	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR
Muito alto	43	57	49	51	50	39	33	63	57	40	57	38	59	36	52	40
Alto	55	45	57	43	54	42	55	41	56	39	59	38	58	39	52	41
Médio	53	46	52	47	54	39	52	41	46	47	49	43	49	41	49	46
Média dos Municípios	54	45	57	43	54	42	53	42	55	40	58	39	57	39	52	42

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 24 apresenta o valor per capita das despesas com ASPS dos municípios do Rio de Janeiro, agrupados por classificação de IDH muito alto, alto e médio, no período compreendido entre 2011 e 2018.

Niterói (único município com IDH muito alto) permaneceu com os maiores valores se comparados com os demais grupos de municípios e novamente se evidencia o incremento dos recursos aportados pela União, em 2014. Bem como, o grupo alto se manteve com o gasto maior que o grupo médio, ao longo do período analisado. Entretanto, a discrepância da despesa per capita em saúde entre os grupos estudados, não se conservou, conforme Tabela anterior.

No que tange à evolução da despesa, os grupos estudados, seguem o padrão de aumento significativo dos gastos até 2014, recuperado entre 2017 e 2018, após queda em 2015 e 2016.

Tabela 24 – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) per capita* por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Classificação IDH	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Muito alto	863,39	902,53	997,08	1.519,74	942,32	911,09	963,49	1.002,18
Alto	735,47	812,89	882,33	922,26	856,28	837,53	807,06	800,31
Médio	620,91	746,06	841,58	933,33	829,22	702,33	694,05	720,80

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 25 apresenta o valor médio de despesas com ASPS dos municípios do Rio de Janeiro, agrupados por porte populacional, no período compreendido entre 2011 e 2018.

Cabe destacar que quanto menor foi a quantidade de habitantes dos municípios, igualmente menor foi a média das despesas com ASPS. Quanto à evolução das despesas no período, o valor médio de despesas com saúde seguiu o padrão observado nas Tabelas anteriores.

Tabela 25 – Média de Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) por porte populacional dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
De 5.001 a 10.000 hab.	9,91	10,87	11,4	12,92	12,42	11,79	10,85	14,13
De 10.001 a 20.000 hab.	16,78	18,65	19,83	22,39	18,98	16,81	17,53	18,6
De 20.001 a 50.000 hab.	31,18	37,8	41,42	46,29	41,76	37,73	37,61	39,72
De 50.001 a 100.000 hab.	55,82	57,16	72,67	72,67	67,67	65,11	63,28	65,16
De 100.001 a 500.000 hab.	185,88	198,97	238,26	268,51	236,08	181,68	183	170,74
Mais de 500.000 hab.	1.440,05	1.655,93	1.710,10	1.738,43	1.648,00	1.719,17	1.622,83	1.113,86
Total	11.741,24	13.137,45	14.437,69	15.494,41	14.172,46	13.758,99	13.394,13	13.708,66

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

*Valores em Reais, divididos por R\$1.000.000, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

A Tabela 26 exibe a composição do gasto em saúde, qualificando o percentual de recursos empregados pelo próprio município, e o percentual de contribuições de outros entes governamentais.

No que tange à composição das despesas com ASPS, em geral, os grupos de municípios apresentaram predomínio de recursos próprios para o gasto do SUS, conforme a média dos municípios do Rio de Janeiro. Apenas, o grupo de municípios que possuíam entre 50.001 e 100.000 habitantes, apresentou predomínio das contribuições de outros entes governamentais, ao longo de todo o período estudado.

Tabela 26 – Composição percentual das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) realizadas com recursos próprios (RP) ou com outros recursos (OR) por porte populacional dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR	RP	OR
De 5.001 a 10.000 hab.	72	27	69	30	69	25	62	31	56	36	56	40	62	36	50	46
De 10.001 a 20.000 hab.	67	34	64	36	65	30	61	30	62	31	60	33	58	35	55	37
De 20.001 a 50.000 hab.	56	44	52	47	54	40	49	44	47	46	50	42	51	43	50	44
De 50.001 a 100.000 hab.	41	58	43	54	42	53	38	56	38	55	38	58	40	55	36	57
De 100.001 a 500.000 hab.	49	51	52	48	51	43	50	44	53	39	56	40	52	41	49	43
Mais de 500.000 hab.	59	41	61	39	57	41	58	40	59	39	63	35	63	35	55	40
Total	54	45	57	43	54	42	53	42	55	40	58	39	57	39	52	42

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 27 demonstra o gasto per capita com ASPS dos municípios do Rio de Janeiro, organizados por grupos de porte populacional, no período de 2011 a 2018.

Importa destacar que o gasto per capita do estado do Rio de Janeiro foi significativamente inferior ao gasto per capita dos grupos de municípios, segundo porte populacional.

É possível observar que o gasto em saúde per capita foi inversamente proporcional ao porte populacional dos municípios. Ou seja, quanto maior a quantidade de habitantes dos municípios, menor se apresentou a despesa per capita com ASPS. Exceção a este quadro foi o grupo de municípios que possui entre 50.001 e 100.000 habitantes, pois o valor médio de gasto per capita em saúde deste grupo foi menor que o grupo que possui entre 100.001 e 500.000 habitantes.

Em linhas gerais, a evolução das despesas per capita com ASPS manteve o mesmo padrão apresentado nas Tabelas anteriores, entre algumas oscilações. Cabe destacar que, os valores exibidos em 2018 são, significativamente, superiores aos valores apresentados em 2011.

Tabela 27– Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) per capita* por porte municipal do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
De 5.001 a 10.000 hab.	1.257,39	1.371,73	1.430,12	1.615,02	1.617,10	1.531,40	1.414,82	1.796,91
De 10.001 a 20.000 hab.	1.155,09	1.275,93	1.347,07	1.513,58	1.297,39	1.144,92	1.187,12	1.247,98
De 20.001 a 50.000 hab.	1.033,86	1.241,55	1.345,06	1.491,47	1.335,46	1.224,19	1.211,81	1.262,82
De 50.001 a 100.000 hab.	725,4	734,96	830,86	914,68	844,58	855,12	824,47	886,03
De 100.001 a 500.000 hab.	809,42	858,27	1.016,51	1.136,79	992,14	877,26	877,73	884,15
Mais de 500.000 hab.	638,3	729,87	748,88	758,3	716,14	745,26	701,03	707,3

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com referência de 12/2018.

6.4 DESPESAS COM AS SUBFUNÇÕES ATENÇÃO BÁSICA, ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL E OUTRAS SUBFUNÇÕES DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 2011 A 2018

A Tabela 28 apresenta a despesa em saúde de acordo com o percentual empregado nas subfunções atenção básica (AB), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e outras subfunções (OS), nos municípios do estado do Rio de Janeiro, também organizados segundo Regiões de Saúde, no período de 2011 a 2018.

Em linhas gerais, a maioria dos grupos de municípios apresentou maior percentual de despesas em saúde na atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, com pequenas oscilações, ao longo dos anos analisados. A exceção localizou-se na Baía da Ilha Grande, Região de Saúde que exibiu o maior percentual de gasto em atenção básica. Todavia, este percentual foi sendo reduzido durante o período estudado. Outra exceção foi a Região Norte que mostrou o menor percentual despesa com atenção básica, entre todos os grupos estudados. Este percentual de despesa com atenção básica seguiu crescendo até 2014, sofreu queda entre 2015 e 2016, e voltou a aumentar em 2017 e 2018. Em geral, em 2018, as regiões de saúde apresentaram queda importante do percentual gasto em atenção básica, em relação ao patamar inicial do estudo.

Ao observar a média geral dos municípios, revelou-se que quase metade dos gastos com ASPS foram destinados aos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, ao longo de todo o período estudado. Em seguida, um percentual de aproximadamente 30% dos gastos destinou-se às outras subfunções em saúde, a saber: Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, e Alimentação e Nutrição. Por fim, a subfunção atenção básica agregou em torno de 25% dos gastos com ASPS, ao longo de todo o período analisado, com exceção de 2018, quando apresentou queda no volume desta despesa.

Tabela 28 – Percentuais de despesas com as subfunções atenção básica (AB), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e outras subfunções (OS) de saúde, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Região de Saúde/Ano	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS
Baía da Ilha Grande	77	13	10	78	10	12	74	10	16	65	15	20	66	15	19	68	12	20	68	14	18	52	26	22
Baixada Litorânea	17	40	43	19	42	39	15	35	50	16	39	45	15	37	48	17	43	40	14	37	49	9	38	53
Centro-Sul	30	30	40	32	45	23	30	29	41	36	31	33	36	39	25	37	40	23	33	42	25	36	40	24
Médio Paraíba	39	43	18	36	43	21	31	41	28	32	38	30	31	46	23	29	45	27	27	46	26	23	52	25
Metropolitana I	24	58	18	26	58	16	26	54	20	25	55	20	26	55	19	26	56	18	26	53	21	24	53	23
Metropolitana II	22	34	44	23	35	42	24	31	45	23	32	45	23	40	38	20	35	45	17	34	49	13	31	55
Noroeste	30	36	34	36	29	35	32	34	34	30	37	33	31	40	29	31	43	26	32	38	30	27	40	33
Norte	7	22	71	12	23	65	10	23	67	11	17	72	8	22	70	7	21	72	13	21	66	16	24	60
Serrana	20	53	27	23	52	25	20	50	30	10	51	39	10	48	42	10	50	40	9	51	40	10	47	43
Média	24	47	29	26	48	26	25	43	32	24	43	33	24	45	31	24	46	30	24	44	32	22	44	34

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 29 apresenta a despesa per capita empregada nas subfunções atenção básica e atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial nos municípios do Rio de Janeiro, organizados em Regiões de Saúde, no período de 2011 a 2018.

Conforme apresentado na Tabela anterior, a maior parte do grupo de municípios apresentou maior percentual da despesa em atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, ao longo dos anos analisados. Este padrão se reflete na observância do gasto per capita das Regiões de Saúde.

A região Baía da Ilha Grande exibiu o maior valor da despesa per capita em atenção básica, que foi reduzindo quase progressivamente, a partir de 2015. As regiões Norte e Metropolitana II apresentaram o menor valor da despesa per capita com atenção básica, entre todos os grupos estudados.

Em geral, em 2018, houve uma queda importante da despesa per capita em atenção básica, em relação ao patamar inicial do estudo.

Tabela 29 – Despesas per capita* com as subfunções atenção básica (AB) e atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) de saúde, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Regiões de Saúde/ Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC
Baía da Ilha Grande	1412	226	1457	182	1469	205	1485	335	1367	317	1245	223	1189	246	940	481
Baixada Litorânea	149	351	184	415	173	407	208	514	164	413	141	362	130	331	82	348
Centro-Sul	320	323	335	462	405	389	571	484	411	441	367	395	318	398	444	477
Médio Paraíba	348	392	352	419	376	492	396	468	353	528	286	434	282	476	247	556
Metropolitana I	150	369	185	414	191	397	188	411	184	386	193	417	182	367	160	348
Metropolitana II	118	178	141	214	173	219	197	279	153	268	117	205	108	210	86	200
Noroeste	352	419	355	283	345	368	363	452	391	509	349	486	382	461	313	470
Norte	117	376	216	415	199	474	256	382	176	41	126	387	223	373	271	404
Serrana	217	580	215	490	201	518	110	537	104	504	101	490	91	502	99	460

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

* Valores per capita em Reais, deflacionados pelo índice IPCA/IBGE, com data de referência 12/2018.

** Valores per capita em Reais de despesas realizadas com atenção básica

A Tabela 30 explicita a despesa em saúde de acordo com o percentual empregado nas subfunções atenção básica, atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial e outras subfunções, nos municípios do estado do Rio de Janeiro, organizados segundo classificação de IDH muito alto, alto e médio, no período de 2011 a 2018.

É possível observar que os grupos estudados apresentam padrões de repartição diferenciados entre si. No entanto, em 2018, houve uma queda importante do percentual da despesa em atenção básica, em relação ao patamar inicial do estudo, em todos os grupos de municípios estudados.

Niterói (único município com IDH muito alto) apresenta predomínio da despesa com atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial até 2012. A partir de então, o maior percentual permaneceu com o conjunto de outras subfunções da despesa em saúde.

O grupo de municípios classificados como alto apresentou maior percentual de da despesa em saúde na subfunção atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, com pequenas oscilações ao longo dos anos analisados. Este grupo apresentou padrão de gasto com subfunções próximo daquele representado pela média dos municípios do Rio de Janeiro.

Por fim, o grupo médio exibiu o maior percentual da despesa em atenção básica, com algumas oscilações, ao longo do período estudado.

Tabela 30 – Percentuais de despesas com as subfunções atenção básica (AB), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e outras subfunções (OS) de saúde, por classificação de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

IDH/ Ano	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS
Muito alto	15	32	53	14	32	54	15	22	63	17	17	66	19	24	57	18	22	60	18	21	61	11	16	73
Alto	24	50	26	26	50	24	24	46	30	23	45	32	23	47	30	23	49	28	23	47	30	22	47	31
Médio	32	26	42	37	26	37	33	25	42	37	27	36	32	28	40	30	26	44	31	23	46	22	35	43
Média	24	47	29	26	48	26	25	43	32	24	43	33	24	45	31	24	46	30	24	44	32	22	44	34

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 31 apresenta o valor do gasto per capita empregado nas subfunções atenção básica e atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial nos municípios do Rio de Janeiro, segundo classificação de IDH muito alto, alto e médio, no período de 2011 a 2018.

Cabe ressaltar que, quanto maior a classificação de IDH, menor foi o valor do gasto per capita com a subfunção atenção básica. Novamente, este gasto apresentou uma queda importante em 2018, em relação ao patamar inicial do estudo, em todos os grupos de municípios estudados.

Tabela 31 – Despesas per capita com as subfunções atenção básica (AB) e atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) de saúde, por classificação de Índice de Desenvolvimento Humana (IDH) do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

IDH/Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC
Muito alto	126	280	129	288	149	219	265	255	181	224	166	202	171	201	105	163
Alto	180	373	210	411	218	411	211	427	199	410	196	414	190	382	178	374
Médio	223	178	297	208	296	221	379	279	306	261	234	204	247	181	161	257

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 32 apresenta a despesa em saúde de acordo com o percentual empregado nas subfunções atenção básica, atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial e outras subfunções, nos municípios do estado do Rio de Janeiro, também organizados de acordo com o porte populacional, no período de 2011 a 2018.

Destaca-se que os municípios que possuíam menor porte populacional apresentaram maior percentual da despesa com atenção básica. Por outro lado, os grupos de municípios que possuíam maior quantidade de habitantes, apresentaram maior percentual da despesa em saúde na subfunção atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, com pequenas oscilações, ao longo dos anos analisados. O grupo de municípios que apresentou entre 50.001 e 100.000 habitantes apresentou padrão de gasto com subfunções similar ao representado pela média dos municípios do Rio de Janeiro.

Em geral, em 2018, houve uma queda importante do percentual da despesa em atenção básica, em relação ao patamar inicial do estudo, em todos os grupos de municípios estudados.

Tabela 32 – Percentuais de despesas com as subfunções atenção básica (AB), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) e outras subfunções (OS) de saúde, por porte municipal dos municípios do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/ Ano	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	OS	A B	M A C	O S
De 5.001 a 10.000 hab.	46	36	18	47	34	19	46	33	21	48	30	22	38	36	26	47	31	22	48	31	21	30	32	38
De 10.001 a 20.000 hab.	47	21	32	53	22	25	49	20	31	50	21	29	47	21	32	46	21	33	47	20	33	44	23	33
De 20.001 a 50.000 hab.	31	27	42	35	29	36	30	25	45	31	27	42	30	27	43	27	28	45	27	27	46	20	36	44
De 50.001 a 100.000 hab.	24	44	32	22	44	34	21	41	38	25	44	31	26	46	28	24	52	24	20	51	29	21	51	28
De 100.001 a 500.000 hab.	18	36	46	20	38	42	17	34	49	17	31	52	16	36	48	16	33	51	17	33	50	19	38	43
Mais de 500.000 hab.	26	60	14	28	58	14	28	55	17	26	57	17	27	57	16	27	59	14	27	55	18	22	49	29
Média	24	47	29	26	48	26	25	43	32	24	43	33	24	45	31	24	46	30	24	44	32	22	44	34

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

A Tabela 33 apresenta o valor da despesa per capita segundo às subfunções atenção básica e atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial nos municípios do Rio de Janeiro, agrupados por porte populacional, no período de 2011 a 2018.

Em linhas gerais, os valores de gasto per capita com as subfunções atenção básica e atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, refletiu o padrão de distribuição da despesa em saúde, apresentado na Tabela anterior, com pequenas oscilações, ao longo dos anos analisados. Cabe destacar a queda da despesa em atenção básica, em 2018, em relação ao patamar inicial do estudo, em todos os grupos de municípios estudados, segundo porte populacional.

Tabela 33 – Despesas per capita com as subfunções atenção básica (OS), atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial (MAC) de saúde, por porte municipal do estado do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018

Porte Municipal/ Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC	AB	MAC
De 5.001 a 10.000 hab.	580	454	650	470	653	477	769	485	619	586	719	473	684	444	540	581
De 10.001 a 20.000 hab.	541	239	671	277	659	268	759	311	611	271	524	245	562	234	551	286
De 20.001 a 50.000 hab.	322	282	428	357	404	338	460	404	397	363	327	341	326	322	256	457
De 50.001 a 100.000 hab.	174	322	167	321	171	340	228	402	214	391	205	440	169	424	184	449
De 100.001 a 500.000 hab.	149	292	172	327	177	346	196	354	163	356	142	292	145	296	167	338
Mais de 500.000 hab.	164	383	202	429	213	412	194	431	192	406	201	441	192	388	156	349

Fonte: Elaboração Própria, a partir de dados do SIOPS.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo caracterizou as receitas e despesas do SUS, e sua composição, nos municípios do estado do Rio de Janeiro, organizados em regiões de saúde, classificação de IDH e porte populacional, no período de 2011 a 2018, destacando ainda as despesas da atenção básica e de média e alta complexidade.

De um modo geral, as receitas municipais totais apresentaram um padrão de crescimento no período compreendido entre 2011 e 2014, seguido de queda progressiva até 2017. Observou-se leve acréscimo das receitas totais em 2018, até recuperando o valor inicial de 2011 em alguns municípios. Igualmente, ao observar a evolução das receitas per capita, receitas adicionais para o SUS (valor total e per capita), observou-se o mesmo padrão de aporte de recursos, em todos os municípios estudados.

Neste padrão supramencionado, o início da queda do volume de receitas, na maior parte dos municípios coincidiu com o início da recessão econômica vivenciada pelo Brasil, de 2014 a 2016 (PAULA; PIRES, 2017). Considerando que parte das receitas totais é composta por transferências da União, tal crise financeira pode ter influenciado na queda das receitas municipais.

Diferentes explicações são colocadas para justificar a crise econômica. Para Sobral (2017) a crise pode ser considerada “um resultado esperado da tomada de risco crescente em uma economia capitalista” (SOBRAL, 2017, p. 35). Outras análises econômicas recentes, atribuem a crise brasileira de 2014 à política econômica adotada no governo da presidente Dilma Rousseff (PAULA; PIRES, 2017; BARBOSA FILHO, 2017).

No início do mandato de Dilma Rousseff, com vistas a reforçar o controle de capitais, optou-se pela adoção de uma política econômica contracionista, seguindo medidas fiscais para estimular o setor industrial (PAULA; PIRES, 2017). Para Barbosa Filho (2017), o determinante da crise econômica nacional iniciada em 2014 foi um conjunto de choque de oferta e demanda, ocasionados pela Nova Matriz Econômica (NME), programa de governo de Dilma Rousseff que visava combinar a política monetária, com redução da taxa de juros, e a política fiscal, com elevação de gastos, isenções fiscais e controle de preços. Em 2014, verificou-se uma tendência a deterioração fiscal, pois, apesar dos incentivos, o produto industrial parou de crescer, não apresentando os resultados esperados. Entre 2015 e 2016 o governo implementou o ajuste fiscal, em meio à crise hídrica, desvalorização da moeda e aumento de taxa de juros da Selic. A partir de 2015, no segundo mandato de Dilma Rousseff, o governo alterou a política econômica acirrando o ajuste fiscal, especialmente no aspecto do

gasto público. Todavia, a economia seguiu se deteriorando. A crise política que acompanhava a crise econômica, passou a dificultar a aprovação de medidas importantes acerca da questão fiscal. (PAULA; PIRES, 2017) Conforme exposto, no governo de Michel Temer, constituiu-se um cenário de forte austeridade dos gastos públicos, no qual as políticas sociais como um todo foram afetadas, especialmente o SUS.

Cabe ressaltar que ao longo de todo o governo de Dilma Rousseff, o contexto internacional não apresentou boas condições para política econômica, em razão da crise do euro, da incipiente recuperação dos EUA da crise econômica de 2008 e da desaceleração dos países emergentes (PAULA; PIRES, 2017).

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram leve acréscimo de receitas em 2018. Segundo levantamento da revista Exame, após a recessão profunda entre 2014 e 2016, o Brasil acumulou retração do PIB de 8,2%, e destes recuperou cerca de 3,2% entre 2017 e 2019, apresentando uma recuperação lenta da economia (EXAME, 2019). Isso poderia explicar leve incremento de recursos em 2018.

No que tange à composição das receitas totais, em linhas gerais, os resultados apontaram poucas alterações quanto à evolução das receitas no período analisado. A forte participação das transferências intergovernamentais destacou-se nas Regiões de Saúde Centro-Sul e Noroeste, nos municípios com IDH médio, e naqueles de menor porte populacional.

Quanto à receita total e adicional para o SUS, ao observar os municípios agrupados por porte populacional, destacou-se uma relação inversa entre o valor total e o valor per capita, na qual os valores totais maiores correspondem aos municípios mais populosos, já os valores per capita mais elevados encontram-se nos municípios menos populosos. Esta relação poderia ser atribuída às transferências intergovernamentais elevadas para este grupo de municípios, seja por incentivos financeiros à políticas nacionais ou a fim de promover maior equidade financeira devido à baixa arrecadação (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

Quanto às receitas adicionais para o SUS, ficou evidenciada forte participação da União em todos os grupos de municípios estudados. Conforme apontado pela literatura, os resultados deste estudo enfatizam que, em geral, os municípios são dependentes das transferências de recursos da União para o SUS (LIMA; ANDRADE, 2009). No início do período estudado houve maior participação do estado do Rio de Janeiro nas Regiões de Saúde Baixada Litorânea e Serrana, nos municípios com IDH médio e com menor porte populacional. Esta participação reduziu drástica e progressivamente.

No âmbito dos governos subnacionais, o estado do Rio de Janeiro foi um dos principais

afetados pela crise econômica nacional, o que poderia explicar a redução de transferências para o financiamento do SUS. Nele, tal crise foi subsequente a um período que combinou altas taxas de crescimento econômico, em razão de rendas provenientes da exportação de petróleo, bem como alta demanda por investimentos financeiros estatais, a fim de atender critérios para sediar megaeventos (MARTÍN, 2015; PUFF, 2016). Com a crise econômica, o referido estado apresentou progressiva deterioração de suas contas, sendo inclusive impedido de executar as políticas públicas, a ponto de sofrer sucessivos arrestos judiciais (SOBRAL, 2017).

Isto posto, no que tange à política de saúde, a partir de 2015 o ERJ passou a ter dificuldades para quitar os salários de servidores e aposentados com regularidade, bem como para executar os 12% do orçamento devidos para a saúde (RODRIGUES, 2017). Como consequência, o ERJ passou a contar com repasses e auxílios emergenciais da União e da prefeitura do RJ, mesmo assim, alguns hospitais reduziram a capacidade de atendimento ou foram municipalizados, impactando diretamente no acesso da população às ASPS e na sustentabilidade financeira do SUS no referido estado (FOLHA DE S. PAULO, 2015; PUFF, 2016).

Em linhas gerais, a despesa total em saúde e a despesa per capita cresceram até o ano de 2014, decresceram entre 2015 e 2016 em todos os grupos estudados, ao longo do período analisado, e retomaram o crescimento em 2017 e 2018. Este padrão é compatível com a evolução das receitas totais, podendo ser relacionado à crise econômica mundial e nacional associada a crise política que se estabeleceu no país.

No que tange à composição da despesa no período analisado, em geral, os grupos de municípios apresentaram predominância de recursos próprios municipais sobre os recursos transferidos de outros entes federativos. Tal relação é exposta com mais nitidez, na observância da média entre os municípios do estado do Rio de Janeiro, com destaque para o aporte de recursos próprios municipais. A exceção pôde ser observada na Região de Saúde da Baía da Ilha Grande e nos 33 municípios que possuíam entre 50.001 e 500.000 habitantes. Estudos apontam que, ao longo dos anos 1990 e 2000, houve um aumento dos gastos públicos estaduais e municipais com ASPS, com apenas a manutenção do gasto federal, mesmo após aprovação da EC29/2000 (PIOLA, 2006). Conforme observado, o estado do Rio de Janeiro reduziu o aporte de recursos para o SUS, possivelmente em razão da crise econômica, portanto, o percentual de contribuições da União cresceu. Todavia, em valores absolutos o aporte de recursos pela União para o gasto com o SUS, apresentou pouca variação, ao longo do período estudado. Dessa forma, a ausência de recurso estadual para a composição dos

gastos com o SUS, pode ter sido compensada pelos municípios. Tal resultado é compatível com a sobrecarga dos municípios abordada na literatura, a qual aponta que o ente acaba contribuindo com mais recursos que os 15% exigidos pela EC29/2000.

Cabe destacar que as formas de organização dos serviços e a prestação do cuidado à saúde dependem de decisões municipais que, por sua vez, são determinadas pela disponibilidade de recursos vinculados à saúde nos orçamentos dos municípios (LIMA, ANDRADE, 2009). Para Santos Neto et al (2017), em nome da autonomia, o município se tornou o “núcleo básico organizacional” do sistema de saúde, o que gera uma segmentação e fragmentação do SUS, em razão da heterogeneidade entre as esferas municipais, dessa forma resultando em iniquidades locais. Há que se chamar atenção para esta elevação dos gastos com saúde. Considerando-se que o gasto com a área da educação consome no mínimo 25% das receitas totais, entende-se que, se o percentual do gasto municipal com ASPS consumir acima de 30% do total de recursos próprios, o investimento em outras políticas públicas torna-se inviável (SANTOS NETO et al, 2017).

No presente estudo, observou-se na maioria dos municípios uma maior despesa com atenção em média e alta complexidade do que em atenção básica. Exceção é observada nos municípios da região de saúde Baía da Ilha Grande, de IDH médio e de menor porte populacional. Esses municípios que apresentaram maior despesa com atenção básica, também tiveram maior participação das transferências intergovernamentais nas receitas totais. Ainda vale ressaltar que quanto maior a classificação de IDH do município, menor a despesa per capita com atenção básica. Por fim, todos os municípios apresentaram queda importante do gasto em atenção básica em 2018 quando comparado ao ano de 2011.

Achados na literatura apontam que a baixa oferta de serviços está associada ao baixo desenvolvimento socioeconômico dos municípios, com predomínio de prestador público na produção ambulatorial e participação mais equilibrada na produção hospitalar (JACCOUD; VIEIRA, 2018 apud VIANA et al, 2015). Destaca ainda, que o acesso aos serviços MAC está relacionado aos municípios com maior desenvolvimento socioeconômico, estando grande parte da população com pouco ou nenhum acesso a esta estrutura. Nesta conjuntura, destacam-se “as grandes distâncias entre os municípios sem estrutura e aqueles que as têm” (JACCOUD; VIEIRA, 2018, p. 17), negligenciando a integralidade do acesso para grande parte da população. O presente estudo aponta maior gasto com atenção básica quando os municípios agrupados apresentam IDH médio e baixo porte populacional, podendo ser associado a menor desenvolvimento socioeconômico. Cabe ressaltar que o estado Rio de Janeiro não apresentou municípios com IDH considerado baixo ou muito baixo em 2010.

Importa destacar a relação entre maior investimento em atenção básica e maior participação das transferências intergovernamentais, uma vez que o repasse de recursos federais aos municípios pode ser explicado pelo modelo de incentivos financeiros do governo federal para indução de políticas do SUS (LIMA, 2007; JACCOUD, VIEIRA, 2018).

O estudo em tela verificou queda considerável do investimento em atenção básica em 2018, ano no qual entrou em vigor a supracitada Portaria MS-GM nº 3.992/2017, a qual substituiu os blocos de financiamento implementados pelo Pacto pela Saúde. A política de transferência federal condicionada, para reorientação da política de saúde em favor da atenção básica, resultou na “promoção da estratégia de atenção básica, expansão das ofertas de MAC, melhoria do atendimento e cobertura e redução das disparidades regionais e sociais” (JACCOUD; VIEIRA, 2018, p.21). A elevada pressão dos serviços MAC sobre os orçamentos municipal e estadual foi considerada um possível impacto da Portaria MS-GM nº 3.992/2017, pois a ausência de vinculação da aplicação somada a um crescimento dos gastos MAC, resultaria na utilização dos recursos que seriam destinados a outras ASPS (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

O aumento das despesas em ASPS observadas neste estudo, em 2017 e 2018, poderia ser explicado pela antecipação do percentual de 15% da RCL previsto para 2020, conforme estabelecido pela EC 86/2015. Tal medida se consolidou para aprovação da EC95/2016, sendo o valor destinado pela União às despesas do SUS congelado a partir de então, com atualização pelo IPCA (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Importa destacar os limites do presente estudo, iniciando pelo fato de o SIOPS tratar-se de base de dados auto declaratória, possibilitando a ausência de dados não obrigatórios, ou alguma inconsistência nos dados informados. Houve dificuldade de encontrar estudos mais detalhados sobre as Regiões de Saúde do Rio de Janeiro, na literatura, que pudessem possibilitar melhor entendimento sobre o impacto financeiro diferenciado entre elas, ao longo do período de 2011 a 2018. Por fim, não conseguimos analisar possível impacto sobre os serviços de saúde locais pela ausência de classificação por data no sistema de informação que detalha tais serviços. Dessa forma, não teríamos como saber quais mudanças aconteceram ao longo do período de análise.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, demonstrou que o subfinanciamento acompanha a trajetória do SUS, desde a sua concepção, seja pela ausência de regulamentação, seja pelas crises financeiras que não priorizaram repasses de recursos ao sistema (DAIN, 2007; PIOLA, 2006; MENDES, 2005). Ao considerarmos a apreensão de Esping-Andersen (1991), acerca da “desmercadorização” dos diversos modelos de proteção social, através do financiamento é possível apreender quais são as políticas públicas consideradas prioritárias em contexto capitalista. Neste sentido, é possível observar que o financiamento das políticas sociais revela uma escolha política.

Ao concretizar a forma de financiamento tripartite, as questões que perpassam as relações federativas expuseram maior ou menor grau de autonomia política, administrativa e financeira dos entes federados, causando constrangimentos para a efetivação do SUS (MENDES, 2005; LIMA, 2007; JACCOUD, VIEIRA, 2018). Neste contexto, o estudo em tela evidencia que os municípios, que assumiram a responsabilidade pela gestão local do SUS, foram sobrecarregados financeiramente diante das adversidades econômicas que atingiram outras esferas governamentais.

Portanto, foi possível concluir que as crises econômicas recentes afetaram o financiamento já fragilizado do SUS, e imprimiram um contexto de austeridade do gasto público, que coloca um cenário futuro não favorável para o sistema. Tal conjuntura agrava a situação dos municípios, que já enfrentavam entraves financeiros para consolidação do sistema, devido ao gasto público incipiente, ao aumento de demanda por recursos em razão de fatores demográficos e epidemiológicos, bem como pela necessidade de incorporação de novas tecnologias (REGIS, 2018).

Cabe destacar que estudos econômicos recentes entendem que, num momento de crise econômica é melhor investir, ao contrário de poupar, porque este comportamento é reproduzido pelo restante das camadas sociais, ocasionando um processo de queda da renda agregada, ou seja, "quedas de receitas induzem novas reduções de gasto, e essas reduções de gasto induzem novas quedas de receita" (SOBRAL, 2017, p. 37). Dessa forma, entende-se que medidas de austeridade geram maior redução do gasto público, e levam a redução do gasto privado, ou seja, "no círculo vicioso da austeridade, cortes do gasto público induzem a redução do crescimento que provoca novas quedas da arrecadação e exige novos cortes de gastos" (ROSSI; DWECK, 2016). De acordo com esta concepção o ajuste fiscal não seria considerado pré-condição para recuperação da economia.

Conforme explicitado acima, no Brasil, duras medidas de ajuste fiscal foram implementadas no segundo mandato do governo de Dilma Rousseff, com objetivo de retomar a confiança do setor privado para que este voltasse a investir (ROSSI; DWECK, 2016). Todavia, tais medidas não obtiveram êxito e geraram um déficit ainda maior. Os agentes privados devem gastar coletivamente, o que não ocorre com ajuste fiscal, pois podem até aumentar a confiança, "mas eles não gastam se economia não apresentar sinais significativos de melhora" (SOBRAL, 2017, p. 38).

No governo de Michel Temer as medidas de austeridade foram agravadas, com impacto direto no SUS, através da EC95/2016. Em estudo prospectivo, observa-se que o gasto real federal será congelado no patamar de 2017, dessa forma estabelece-se um "piso deslizante", no qual "ao longo do tempo o valor mínimo destinado a educação e saúde cai em proporção das receitas e do PIB" (ROSSI; DWECK, 2016, p. 2). Este impacto poderia variar de "4% do PIB em 2015 para 2,7% do PIB em 20 anos, quando a população brasileira será 10% maior" (ROSSI; DWECK, 2016, p. 4; VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Portanto, fica claro que "a reforma fiscal proposta pelo governo não é um plano de estabilização fiscal, mas um projeto de redução drástica do tamanho do Estado" (ROSSI; DWECK, 2016, p. 4), que paralisará o crescimento econômico e imprimirá profundos impactos sociais.

Com a redução do investimento em saúde pública, tais impactos sociais serão ainda mais drásticos. Vieira (2016), ao estudar a relação entre crise econômica, austeridade fiscal e saúde, concluiu que, em momentos de crise as famílias são submetidas à condições socioeconômicas que afetam seu estado de saúde e reduzem a capacidade de pagamento "do bolso" (*out of pocket*) para estas demandas, resultando em um aumento da procura pelo sistema público de saúde. A partir da imposição de medidas de austeridade, esta situação é agravada pela redução do gasto em políticas de saúde, que impacta na diminuição da oferta de serviços à população (VIEIRA, 2016).

Portanto, numa conjuntura social marcada pela desigualdade, é imperativo o fortalecimento de uma política de saúde pública universal, integral e igualitária. Na contramão da efetivação do direito à saúde, o SUS vem sendo enfraquecido pela via do financiamento, sob a égide da necessidade de maior rigidez quanto ao gasto público. Torna-se indispensável uma compreensão de Estado compatível com os valores que permearam a concepção do SUS, a fim de dar efetividade aos direitos sociais tão almejados e tão caros à população.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, Maria Fátima Infante; BEIRA, Lígia. (Org.). Tópicos de economia paulista para gestores públicos. FUNDAP: São Paulo, 2007, v. 1, p. 13-31.
- ANDERSON, George. **Federalismo**: uma introdução. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. 2. ed. Rio de Janeiro, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento: apresentação. Rio de Janeiro, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 3. ed. Rio de Janeiro, 2011.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL (BCB). Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPublico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>. Acesso em: 06 nov. 2019. [online]
- BARBOSA FILHO, Fernando de Holanda. **A crise econômica de 2014/2017**. Estud. av. São Paulo, v. 31, n.89, jan. - abr., 2017.
- BARREIRA, Gabriel. RJ deu R\$ 218 bi de benefício fiscal em 10 anos e sem controle confiável, diz TCE: dado da Secretaria de Fazenda consta em análise das contas de 2016 do governo, reprovadas pelos conselheiros. Justiça revogou decisão que proibia concessão de novas isenções. **G1Rio**, Rio de Janeiro, 02 jun., 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/rj-deu-r-218-bi-de-beneficio-fiscal-em-10-anos-e-sem-controle-confiavel-diz-tce.ghtml>. Acesso em: 8 nov. 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 15 out. 2019.
- _____. **Emenda Constitucional nº 100 de 26 de junho de 2019**. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc100.htm. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional (STN). **Manual de contabilidade aplicada ao setor público**. Rio de Janeiro: Ministério da Fazenda. 8. ed., 2019a.

_____. Ministério da Justiça. **Relatório de atividades**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1993. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Bases de dados nacionais. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 27 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004**. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria_446.PDF. Acesso em: 6 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>. Acesso em: 10 out. 2019b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) na gestão e financiamento da Saúde**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>. Acesso em: 6 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 91**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 06 mar 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 92**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 06 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 93**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 06 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 06 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 06 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SIOPS: Manual de Informações ao Usuário Internet 2008**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/documentacao/manual%20de%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20siops.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 19 abr. 2019.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Financiamento da atenção básica no SUS. In: **ABRASCÃO**. Texto preparatório para o abrascão 2018. Rio de Janeiro: Abrasco. 2018. Disponível em: <http://rededespesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/CastroLimaMachado-Financiamento-da-APS-2018-1.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2018.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Serviço social e políticas sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **O Financiamento da Saúde**. Brasília, DF, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 2).

CORDEIRO, Hésio. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, p. 319-328, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200004. Acesso em: 19 nov. 2019.

CORREIA, Camila Rodrigues de Paiva. **Financiamento da saúde bucal no contexto do Brasil sorridente**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz), Rio de Janeiro, 2018.

DAIN, Sulamis. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Revista Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 623-632, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300013>. Acesso em 17 out. 2019.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1851-1864, nov. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700008>. Acesso em: 24 nov. 2019.

ELIAS, Paulo. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político institucional**. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 1996.

EXAME. **PIB do Brasil só recuperou 30% do que foi perdido na crise econômica**. Revista Exame, São Paulo, 29 ago. 2019. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/economia/pib-do-brasil-so-recuperou-30-do-que-foi-perdido-na-crise-economica/>. Acesso em: 27 nov. 2019.

FERREIRA, Jorge (Org.). **O Populismo e sua História - Debate e Crítica**. RJ: Civilização Brasileira, 2001.

FILIPPON, Jonathan. **A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107. out. - dez., 2015.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et. al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 25-57, 2008.

FOLHA DE S. PAULO. **Crise na saúde faz hospitais do rio fecharem emergência**. Folha de S. Paulo, Rio de Janeiro, 24 dez 2015. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/12/1722776-crise-na-saude-faz-hospitais-do-rio-fecharem-emergencia.shtml>. Acesso em:

FUNCIA, Francisco. **Implicações da Emenda Constitucional nº 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde**. Revista Consesus. 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/implicacoes-da-emenda-constitucional-n-862015-para-o-processo-de-financiamento-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 02 jan. 2020.

GARSON, Sol. **Planejamento, orçamento e gasto com políticas públicas: uma metodologia de apuração para Estados e Municípios** [ebook] Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018. 208 p.

GARSON, Sol. Orçamento Público. IN: GIÁMBIAGI, Fabio; ALÉM, Ana Claudia. **Finanças públicas: Teoria e Prática no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2016.

GIOVANELLA, Ligia.; STEGMULLER, Klaus. **Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada?** Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(11):1-19, nov. 2014.

GRANEMANN, Sara. Políticas sociais e serviço social. In: REZENDE, Ilma; IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e**

formação profissional. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2011

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IMMERGUT, Ellen M. **Health politics**: interests and institutions in Western Europe. New York: Cambridge University Press, 1992.

JACCOUD, Luciana de Barros; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Texto para Discussão, n. 2399, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2018.

LIMA, Luciana Dias de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. **Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2237-2248, oct., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000014>. Acesso em: 06 abr. 2020.

LIMA, Luciana Dias de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007. 352 p.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2012. p. 89-120.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A agenda federal da saúde: dinâmica e prioridades. In: MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria, orgs. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2012., p. 149-171.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria, orgs. Políticas de saúde no Brasil, continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2012, 324 p.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.

MARTÍN, Maria. A maldição do petróleo atropela o Rio: crise na Petrobras e queda do preço do barril põem economia fluminense na corda bamba Estado tem queda de arrecadação e responde por 17,4% dos empregos perdidos no país. **EL PAÍS**, Brasil, 15 nov. 2015. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/11/08/economia/1447020429_844713.html. Acesso em: 06 abr. 2020.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, p. S163-S171, 2002. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700016>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MARX, Karl. **Dezoto Brumário de Louis Bonaparte**. 1852.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26570>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MENDES, Áquilas. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995 – 2001)**. 2005. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. **O Direito Universal à saúde em risco: a fragilidade histórica do financiamento e as incertezas dos governos Lula**. Análise Econômica, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 35-58, set. 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de saúde no Governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 522-532, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000200022. Acesso em: : 06 mar. 2020.

NUNES, Ana Irene Coelho. **Capacidade de autofinanciamento e o gasto em saúde dos municípios do estado de Pernambuco**. 2014. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. Vitória, 2017. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde). E-book.

PALMA, Ana. **Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 07 jan. 2003. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=114&sid=7>. Acesso em: 04 de maio de 2019.

PAULA, Luiz Fernando de; PIRES, Manoel. Crise e perspectivas para a economia brasileira. **Estud. av.**, São Paulo, v. 31, n. 89, p. 125-144, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890013>. Acesso em: 06 abr. 2020.
PAULO NETTO, Jose. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PIOLA, Sérgio Francisco. Tendências do financiamento da saúde. **Revista Debates GVsaúde**, [S.l.], n. 2, p. 12-14, jul. 2006. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsauade/article/view/34913>. Acesso em: 27 mai. 2020.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. **Financiamento Público da Saúde: uma história a procura de rumo**. Rio de Janeiro: IPEA. 2013. Texto para Discussão 1846. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: 27 abr. 2020.

PRADO, Sergio (coord.). Transferências Intergovernamentais na Federação Brasileira-avaliação e alternativas de reforma. In: **Fórum Fiscal dos Estados Brasileiros: Caderno Fórum Fiscal nº 6.**, 2007. p.11-39. Disponível em: http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos_presenciais/Forum_Fiscal_dos_Estados_x_2.htm. Acesso em: 24 abr. 2020.

PUFF, Jefferson. Saúde pública: como o RJ chegou a uma de suas piores crises no ano dos Jogos. **BBC Brasil**, BBC, 11 jan. 2016. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160106_crise_economica_rio_jp. Acesso em: 24 abr. 2020.

REGIS, Júlio Moraes Brito et al. **O gasto público federal com o sistema único de saúde nas capitais do Brasil, de 2006 a 2015**. Bahia: UEFS, n. 22, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13102/semic.v0i22.3851>. Acesso em: 24 abr. 2020.

RIANI, Flavio. **Economia do Setor Público: uma abordagem introdutória**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

RODRIGUES, Renan. RJ investiu apenas 6% da receita a saúde até o fim de outubro, diz MP. **O Globo**, Rio de Janeiro, 14 dez 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/rj-investiu-apenas-6-da-receita-na-saude-ate-fim-de-outubro-dizmp-22191439>. Acesso em: 05 abr. 2020.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194316>. Acesso em: 18 abr. 2020.

SANTOS NETO, João Alves dos et al. 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, abr., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28452016>. Acesso em: 24 abr. 2020.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; PAES-SOUSA, Rômulo; MENDES, Luiz Villarinho Pereira. **Políticas de Austeridade e seus Impactos na Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Fiocruz, 2018.

SHAH, Anwah. Introduction: principles of fiscal federalism. In: SHAH, Anwah. **The practice of fiscal federalism: comparative perspectives**. A global dialogue on federalismo. v.4. McGill Queens University Press, Canada, 2007. 438p.

SOARES, Márcia. **Formas de Estado: federalismo**. (Manuscrito). Belo Horizonte, UFMG/DCP, 2012.

SOBRAL, Bruno Leonardo Barth. A crise no estado do rio de janeiro entendida não apenas como uma questão financeira. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 34-63, dez. 2017. E-ISSN 1981-9021. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/geouerj.2017.32056>. Acesso em: 05 abr. 2020.

VIANA, A. L. A. et al. **Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?**. Brasília, ago., n. 26. 2016. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7266>. Acesso em: 05 abr. 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. 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, 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/01/21860-68023-1-PB.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.

WARGAS, Tatiana. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, p. 29 - 60, 2007.