



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

RUTE NUNES VIEIRA

Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no estado de Pernambuco, no período entre 2008 a 2022

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

SAÚDE COLETIVA

RUTE NUNES VIEIRA

Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no estado de Pernambuco, no período entre 2008 a 2022

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof^a. Dra^o Ana Lúcia Andrade da Silva

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Vieira, Rute Nunes.

Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no estado de Pernambuco, no período entre 2008 a 2022 / Rute Nunes Vieira, Ana Lúcia Andrade da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2023.

40 p. : il., tab.

Orientador(a): Ana Lúcia Andrade da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva, 2023.

1. Financiamento da Saúde. 2. Gastos Públicos com Saúde. 3. Indicadores de Saúde. I. Silva, Ana Lúcia Andrade da. II. Silva, Ana Lúcia Andrade da. (Orientação). III. Título.

610 CDD (22.ed.)

RUTE NUNES VIEIRA

Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no estado de Pernambuco, no período entre 2008 a 2022

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 20/09/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra^o Ana Lúcia Andrade da Silva (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Gabriella Moraes Duarte Miranda (Examinador Externo)
Centro de Ciências Médicas - Universidade Federal de Pernambuco

Lívia Teixeira de Souza Maia (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

*Dedico esse trabalho, em agradecimento a
aquele, que acima de tudo, reúne em mim, tudo
que há de bom.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, por que ele é o sinônimo de tudo de bom que há em mim. Agradeço aos meus pais, pela educação que me deram de caráter e honestidade, sou grata pela paciência por muitas vezes não terem a minha presença por motivos de “vou aproveitar para estudar” “vou ficar em casa para estudar”. Sou grata também a meu esposo, por me amar e cuidar de mim mesmo conhecendo meus defeitos, pela segurança em dar conta muitas vezes sozinho.

Sendo a segunda, membro da família que passou em uma Universidade Pública, sou muito grata a Deus por ter me dado saúde e capacidade para chegar até aqui. Quando eu estava decidida que seria o último ano a tentar ingressar em uma universidade, a graça veio em minha vida, custei a acreditar, tive medo e até cogitei a não ir, um curso que nem sabia do que se tratava direito, que nunca tinha ouvido falar antes, me fez cismar. Contudo, me conquistou, me fortaleceu, me fez crescer, aprender e a melhorar como pessoa, mas o mais importante, a ser uma profissional que acredita e defende o Sistema Único de Saúde - SUS, equânime, integral e universal.

A oportunidade de estudar em uma das melhores universidades do Brasil mudou minha vida, tive o privilégio de conhecer pessoas maravilhosas e também não tão maravilhosas, no entanto, ainda assim, fui muito feliz. Conheci e tive a vantagem de ter uma grade de professores excelentes, profissionais de diversas visões e áreas, participei de projetos de extensão e pesquisa excelentes que me atribuíram conhecimentos que vão além do que imaginei. Ademais, quero agradecer em especial a minha orientadora Ana Lúcia, por ter me orientado e por ser uma mulher que luta, defende e acredita na saúde coletiva, no SUS e na saúde pública de qualidade, gratidão e que honra a minha ter lhe conhecido.

Por fim, quero deixar claro que a universidade é algo fantástico, quando se sabe aproveitar. Senti, vivenciei, enxerguei, chorei, superei, suportei, experimentei. Conheci amigas meninas lindas, que durante quatro anos tornaram-se mulheres admiráveis. Amo tudo que construí e digo e repito, não mudaria nada. A pandemia foi uma catástrofe que aconteceu no meio do percurso, muito ruim, mas consegui. Obrigada Deus, Universo, família e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para meu crescimento que foi para além do profissional, pessoal.

“É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto a sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem”.

Michel Eyquem de Montaigne

RESUMO

Introdução: A discussão sobre o financiamento da saúde é uma das questões fundamentais para a garantia do acesso universal e equitativo nos serviços de saúde. No Sistema Único de Saúde o financiamento e investimentos das Ações e Serviços Públicos de Saúde são responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, entretanto, apesar dos avanços, muitos desafios ainda se sobrepõem ao financiamento da política de saúde no Brasil. **Objetivo:** Analisar os Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, do estado de Pernambuco, durante o período de 2008 a 2022. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo do tipo transversal, que analisou os investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, do estado de Pernambuco, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Portal de Fundo Nacional de Saúde (FNS), no período entre 2008 a 2022. Analisou-se a variação temporal dos seguintes indicadores: Despesa Total em Saúde por Habitante; Percentual do gasto público em relação ao Produto Interno Bruto (PIB); Recursos próprios gastos com saúde por habitante; Percentual de aplicação das Receitas Próprias no SUS; Recursos de Transferência SUS por habitante; Valores de Repasse Fundo a Fundo do Ministério da Saúde para o estado dos blocos de financiamento e seus componentes. **Resultados:** Verificou-se, que no período de 15 anos, houve um crescimento notável na Despesa Total em Saúde por Habitante (113,7%) e nos Recursos Próprios Gastos com Saúde (121,4%), enquanto a proporção do Gasto Público Total em relação ao PIB apresentou média em torno de 3%. A Aplicação Percentual de Receitas Próprias no Sistema Único de Saúde (SUS) superou o percentual mínimo de 12%, embora os Recursos de Transferência SUS por habitante tenham apresentado um aumento gradual entre 2008 e 2012, seguido de uma redução em 2013, crescimento em 2021 e nova redução em 2022. Em relação aos repasses fundo a fundo do Ministério da Saúde para o estado de Pernambuco, os anos de 2021 e 2020 registraram os maiores repasses, enquanto os anos de 2008 e 2009 tiveram os menores. No que diz respeito aos blocos de financiamento, o componente de Média e Alta Complexidade recebeu o maior volume de recursos, com destaque para os anos de 2021 e 2020 como os de maiores investimentos, e 2008 e 2009 como os de menores. A Assistência Farmacêutica recebeu mais recursos em 2010 e menos em 2020 e 2021, enquanto a Vigilância em Saúde teve maior repasse em 2010 e o menor em 2008. No bloco gestão do SUS, a maior transferência ocorreu em 2010, enquanto a menor foi registrada em 2017. Na Atenção Básica, 2010 recebeu maior repasse de verbas, ao passo que 2011 recebeu o menor. **Conclusão:** Embora os investimentos em ASPS e os repasses fundo a fundo em Pernambuco tenham crescido nos últimos 15 anos, os aportes investidos em alguns indicadores e blocos de financiamento apontam para estagnação, flutuação e redução de recursos no SUS.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde; Gastos Públicos com Saúde; Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The discussion on health financing is one of the fundamental issues for guaranteeing universal and equitable access to health services. In the Unified Health System, the financing and investments of Public Health Actions and Services are the responsibility of the Union, the states, the Federal District and the municipalities, however, despite the advances, many challenges still overlap with the financing of health policy in Brazil. **Objective:** To analyze Investments in Actions and Public Health Services, in the state of Pernambuco, during the period from 2008 to 2022. **Method:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study that analyzes investments in Public Health Actions and Services in the state of Pernambuco, using secondary data from the Information System on Public Health Budgets (SIOPS), Instituto Brasileiro of Geography and Statistics (IBGE) and the Portal of the National Health Fund (FNS), in the period between 2008 and 2022. The temporal variation of the following indicators was analyzed: Total Health Expenditure per Inhabitant; Percentage of public spending in relation to the Gross Domestic Product (GDP); Own resources spent on health per inhabitant; Percentage of application of Own Revenues in SUS; SUS Transfer Resources per inhabitant; Fund-to-Fund Transfer Values of the Ministry of Health for the state of the financing blocks and their components. **Results:** It was verified that, in the period of 15 years, there was a notable growth in the Total Health Expenditure per Inhabitant (113.7%) and in Own Resources Spending on Health (121.4%), while the proportion of the Total Public Expenditure in relation to GDP averaged around 3%. The Percentage Investment of Own Revenues in the Unified Health System (SUS) exceeded the minimum percentage of 12%, although the SUS Transfer Resources per inhabitant showed a gradual increase between 2008 and 2012, followed by a reduction in 2013, growth in 2021 and further reduction in 2022. Regarding fund-to-fund transfers from the Ministry of Health to the state of Pernambuco, the years 2021 and 2020 registered the highest transfers, while the years 2008 and 2009 had the lowest. Pharmaceutical Assistance received more resources in 2010 and less in 2020 and 2021, while Health Surveillance had the highest transfer in 2010 and the lowest in 2008. In the SUS management block, the largest transfer occurred in 2010, while the lowest was recorded in 2017. In Primary Care, 2010 received the highest transfer of funds, while 2011 received the lowest. **Conclusion:** Although investments in ASPS and fund-to-fund transfers in Pernambuco have grown in the last 15 years, the contributions invested in some indicators and financing blocks point to stagnation, fluctuation and reduction of resources in the SUS.

Keywords: Healthcare Financing; Public Expenditures on Health; Health Indicators.

LISTA DE ABREVIACÕES

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CN	Congresso Nacional
CVP	Coeficiente de Variação Proporcional
DRU	Desvinculação de Receita da União
EC	Emenda Constitucional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	Média Aritmética
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
RCL	Receita Corrente Líquida
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Evolução do Financiamento da saúde Pós Constituição Federal	14
2.2 Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	20
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos Específicos	22
4 METODOLOGIA	23
5 RESULTADOS	25
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

O financiamento da saúde no Brasil é um tema complexo e importante, que envolve diversos recursos a serem destinados a sustentar o sistema de saúde do país. O sistema de saúde brasileiro é composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é financiado principalmente pelo governo federal, estadual e municipal, além de contar com a participação de outras entidades (PAIM, 2009).

Historicamente, foi a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, que a descentralização das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) passaram a integrar legalmente Estados e Municípios. Entretanto, para que a universalização do acesso fosse implantada era fundamental a destinação de recursos. A princípio a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 e a Lei Complementar nº 141/2012, estabeleceram a obrigatoriedade e metodologia de aplicação mínima de 12% para os estados e 15% para os municípios, o que foi considerado um grande avanço (SOUSA et al., 2020).

No entanto, apesar dos avanços na universalização do acesso à saúde, o financiamento da saúde no Brasil ainda é um desafio. Muitas vezes, os recursos destinados à saúde são insuficientes para atender a demanda da população, principalmente em regiões mais pobres do país. Além disso, há desigualdades regionais na distribuição de recursos e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos (BARROS; PIOLA, 2016; PIOLA et al., 2013).

Dado que a falta de financiamento adequado, têm estado em debate, até nos momentos atuais (MENDES; MARQUES, 2017). As medidas normativas instituídas durante as três décadas de implantação do SUS, oscilaram entre idas e vindas, em alguns casos favorecendo e operando na melhoria do financiamento da saúde, em outros retrocedendo o que já tinha sido proposto e não garantindo de forma plena os aportes necessários para a universalidade das ASPS.

Observa-se que apesar dos grandes avanços e desafios que o financiamento do SUS obteve durante o século XXI, foi a partir da EC 86 de 2015 que a saúde passou a sentir os impactos financeiros maior, seguida da EC 95 de 2016 que congela durante 20 anos as despesas públicas em saúde (BARROS; PIOLA, 2016; MATIAS, et al., 2018; FUNCIA, 2015; SILVA; SILVA, 2015).

Diante do exposto, considerando-se que atualmente o SUS é uma política subfinanciada que vem sendo submetida ao desfinanciamento, na medida em que os repasses do governo Federal vêm diminuindo, levando ao aumento de investimentos de receitas próprias de estados e municípios, este estudo se propõe a responder: Como se caracteriza a evolução temporal dos Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde do estado Pernambuco, no período de 2008 a 2022?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Evolução do Financiamento da saúde Pós Constituição Federal

Criado em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), significou a materialização, na esfera legal, do pensamento e proposta do Movimento Sanitário Brasileiro, que a partir da década de 1970 passou a mobilizar profissionais de diversas áreas e categorias, como: estudantes, sindicatos e parlamentos, a juntos criarem uma proposta que garantisse a todos os cidadãos, o direito à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2017; PAIM, 2009). Como resultado dessas mobilizações, a Constituição Federal definiu na seção II do artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988, p. 118).

Segundo Piola, Paiva, Sá e Servo (2013) e Marques, Piola e Roa (2016) de início foi determinado na constituição que o orçamento da seguridade social que engloba a assistência social e a previdência social deveria destinar à saúde 30% dos seus recursos, no entanto isso nunca aconteceu, devido a relação conflituosa existente entre o sistema capitalista econômico já predominante, e a nova concepção de economia e saúde que vinha a se estabelecer a partir de 1988. Na medida que a relação entre economia e saúde vinham em conflito, em função que no capitalismo a economia pensa do ponto de administrar os recursos com objetivo de lucro, para a saúde as necessidades são sem fim, sendo através da garantia de saúde que as pessoas se mantêm ativas fazendo o capitalismo movimentar.

Além disso, na constituição, estabelece-se no art.198 que a estruturação das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988, p. 118). Assim sendo, tendo em regulamento que a saúde passou a ser direito e que as ASPS devem integrar uma rede, a começar dos anos 90 o Brasil passar a ter o dever de implementar os serviços e isso deu início a partir da Lei 8.080 de 1990, que nasce dispondo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, o que necessariamente, comprova que a organização do SUS foi delineada baseando-se na dimensão sistêmica do Estado brasileiro, ou melhor dizendo, abrangendo um conjunto de ações e serviços tal quais buscam adequar as atividades assistenciais conforme as necessidades de cada

região do país (PIOLA; SERVO; SÁ; PAIVA, 2013; VASCONCELOS; PASCHE, 2017; PAIM, 2009).

No entanto, segundo Dantas e Dantas (2020) apesar da Lei 8.080/90 ser a marca da regulamentação do SUS, a mesma nasceu com muitos vetos quanto ao financiamento da saúde e a participação social, o que gerou diversos posicionamentos e reivindicações sociais. Por esse motivo, em dezembro do mesmo ano foi promulgada uma nova legislação, a Lei 8.142/90 chamada de complementar que versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e a cerca das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências.

Não obstante, apesar do novo decreto de Lei, continuava-se o desprovimento de subsídios para garantia da saúde tanto nos estados, como também nos municípios. Ou seja, sumamente, até então, não tinha-se definição concreta do financiamento da saúde (DANTAS; DANTAS, 2020; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Logo, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), também chamada de NOB/SUS.

As NOB/SUS, de acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001), operam no processo de descentralização das políticas de saúde, definindo estratégias de reorientação de transferências de recursos federais para estados e municípios. Para tanto, com os desafios da implementação do SUS, durante a década de 90 foram criadas quatro NOB/SUS: NOB 91, NOB 92 que complementa a NOB 91, NOB 93 e NOB 96 que apesar de versar sobre os temas anteriormente evidenciados, não tratava de forma específica as questões do financiamento do sistema e do financiamento entre os sistemas público e privado.

Apesar dos desafios de investimentos em serviços de saúde durante os anos 1990, a partir do século XXI, especificamente no ano de 2000 surge a Emenda Constitucional (EC) 29 como marco histórico do financiamento da saúde, definindo percentuais mínimos para o financiamento das ASPS (BRASIL, 2000). A partir desse regulamento, caracteriza-se que os investimentos da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados ficariam obrigatoriamente a empregar 12% no mínimo, enquanto os municípios 15% (MATIAS, et al., 2018; MENEZES; MORETTI; REIS, 2020). Contudo, destaca-se que para o Governo Federal não foi definido um

percentual mínimo, que consequentemente, tenderia a promover problemas substanciais.

No entanto, ainda sim a emenda constitucional 29 trouxe aos entes federativos impactos diferenciados, uma vez que atendeu aos princípios da descentralização, ampliando a atuação dos estados e municípios no financiamento das ASPS (PIOLA; PAIVA; SÁ; SERVO, 2013). Durante os anos de 2001 e 2002, o Ministério da Saúde (MS) aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOA), conhecida como NOA-SUS 01/2001 e NOA-SUS 02/2002. As normas surgiram com o intuito de introduzir o Plano Regionalizado de Investimentos, que traz a ideia de redes assistenciais e dar continuidade ao processo da descentralização, que iniciou-se a partir das NOBs, promovendo destinação de recursos e maior equidade a população no acesso às ações de saúde (SOUZA; BORGES, 2019).

Assim sendo, no ano de 2007, a portaria de Nº 204, de 29 de janeiro, surge com o objetivo de regulamentar o financiamento e as transferências dos recursos federais para as ASPS na forma de blocos de financiamento. Estabelecendo como bloco de financiamento a Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica. Dando continuidade, em 2009, a portaria Nº 837, de 23 de abril, altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204, inserindo o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009).

Salienta-se, com o passar dos anos, que apesar do SUS ter sido criado em 1988, somente em 2011 através do decreto 7.508, sua Lei Orgânica foi regulamentada agregando os serviços do sistema privado de saúde na organização do SUS (MATIAS, et al., 2018). Após um ano da normatização da Lei Orgânica, foi aprovado em 2012 a Lei Complementar 141, que regulamenta definitivamente o art. 198 da Constituição Federal, determinando uma metodologia para os percentuais de gastos em ASPS por município, estado e Distrito Federal, além de distinguir o que se entende como ASPS, com critérios de divisão entre estados e municípios, avaliação e controle das despesas, forma de fiscalização, e cálculos do total a ser

aplicado em saúde pela União (PIOLA; SERVO; SÁ; PAIVA, 2013; MATIAS, et al. 2018; BRASIL, 2013).

Em contrapartida, em 2015 foi aprovada a EC 86, que caracteriza mudanças significativas no planejamento e na destinação dos recursos da receita do Orçamento Geral da União para a saúde. Segundo o ponto de vista Matias, et al. (2018) e Barros; Piola, (2016), tal emenda definiu uma regra transitória que ao longo de 5 anos, o piso constitucional da União que é vinculado a RCL passaria a ser equivalente a um escalonamento, que iniciaria em 13,2% da RCL em 2016; seguindo em 2017, 13,7%; 2018, 14,1%; 2019, 14,5%; e a partir de 2020 corresponderia a no mínimo 15%. Diante disso, identificou-se, uma situação de retrocesso, uma vez que a EC solidifica o subfinanciamento do SUS e gera consequentemente diminuição dos recursos (BARROS; PIOLA, 2016; MATIAS, et al. 2018; FUNCIA, 2015; SILVA; SILVA, 2015).

Como se não fosse suficiente, no ano de 2016 o Congresso anuncia a Emenda Constitucional 95, que determina o congelamento das despesas públicas durante 20 anos. Segundo Menezes, Moretti e Reis (2019), em sua natureza, a EC 95 impede que o Estado cumpra com as obrigações estabelecidas pela Constituição de 1988, uma vez que o projeto contrapõe a lógica de movimentação dos serviços públicos. Inclusive, a emenda ignora as necessidades de saúde da população, visto que as mudanças dos perfis populacionais vêm mudando substancialmente. Observa-se, que no geral o intuito da EC foi evitar que ganhos advindos do crescimento econômico fossem automaticamente transferidos para as ASPS (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Ademais, em 2017, uma nova portaria foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS), de nº 3992, que possibilitou a flexibilização no fluxo da gestão pública, proporcionando aos gestores maior autonomia dos recursos recebidos da União para as ASPS (PEREIRA; OLIVEIRA JUNIOR; FALEIROS, 2019). No entanto, segundo Matias et. al. (2018) além do objetivo já referenciado, a nova portaria trata das condições de transferência dos recursos, uma vez que antes com a portaria de nº 204 de 2007 as transferências financeiras para ASPS eram feitas através de seis blocos de financiamento, ou seja, cada ação tinha um bloco que separadamente recebia seus recursos.

Até então, segundo o autor:

Para a recepção dos recursos federais, o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, abria para cada bloco uma conta bancária e, no caso do bloco de investimento, uma conta financeira para cada um dos projetos aprovados com plano de aplicação e prestação de contas específicas, o que muitas vezes poderia ser confundido com a transferência de recursos financeiros realizada por meio do instrumento tipo convênios (MATIAS, et al. 2018).

Ou seja, com a mudança, os recursos federais destinados à ASPS passaram de seis para dois blocos, que foram denominados de Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Os recursos que eram liberados separadamente, passaram a ser liberados em uma conta unificada (MATIAS, et al. 2018). Aponta-se, que com as novas mudanças, é necessário uma boa organização por parte dos gestores, visto que uma única conta receberá capitais distintos para vários eixos do serviço de saúde.

Mais adiante, o ano de 2020 foi marcado com a pandemia da Covid-19, tal qual, intensificou a crise financeira, econômica e fiscal que o país já vinha vivenciando. Assim, segundo Maranhão e Senhoras (2020), a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 10/2020, conhecida como: “Orçamento de Guerra” foi idealizada para instituir uma regulamentação fiscal, financeira que possibilitaria o governo federal na contratação de pessoas, obras, serviços e compras para enfrentamento da pandemia no Brasil. Oficialmente aprovada, a EC nº 106/2020 vem a vigor do combate a covid-19, entretanto, observa-se, que foi devido esse contexto de fragilidade, que a emenda foi criada, o que revela um ponto negativo, visto que financiamento federal vem diminuindo ano após ano.

Funcia, Bresciani, Benevides e Ocké-Reis (2022), destaca que em 2020, mesmo com a flexibilização das regras fiscais, em razão da catástrofe pública causada pela pandemia, o governo federal atrasou muito a alocação dos recursos para o MS, o que levou a baixa execução no enfrentamento da pandemia. Além disso, a posição que o governo colocou em consonância com o negacionismo descumpriu com as diretrizes constitucionais. Coincidentemente, Maranhão e Senhoras (2020) reforçam que ao mesmo tempo que a emenda facilitou, a mesma gerou oportunismo devido a falta de mecanismos de controle, aumentando o número de fraudes e corrupções no nível federal, estadual e municipal. Resumidamente, reconhece-se, que a história do SUS é sinalizada pelo contínuo desafio de promover financiamento adequado para assegurar assistência e cuidado em saúde a todos.

Figura 1 - Linha do tempo das legislações do Financiamento do SUS



Fonte: Elaborado pelas autoras.

2.2 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) as discussões sobre financiamento vem estando em constante debate. Nos últimos anos, tem-se travado discussões relevantes especialmente em relação às fontes dos recursos e à participação dos entes federados na sua gestão e custeio do SUS (BRASIL, 2013).

Entende-se que o tema é bastante complexo, uma vez que além das tensões intrínsecas referentes não só ao modelo de financiamento, mas também no acompanhamento dos recursos alocados para a federação brasileira, a qual é constituída de 5.570 municípios, 26 estados mais o Distrito Federal, ainda constata-se a complexidade da qual a saúde compete com outras áreas também importantes por parcelas de recursos públicos (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, a ideia de um Sistema de Informações que consolida-se informações sobre orçamentos públicos nos anos 90 surgiu, com um papel essencial ao tornar possível a consolidação dos dados de receitas totais e despesas em ASPS nas esferas governamentais (LEANDRO; REZENDE; PINTO, 2020).

Historicamente, foi no cenário de conflitos, necessidades e amadurecimento de propostas políticas, que a Portaria Interministerial nº 529 de 1999 foi aprovada, implantando o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) (BRASIL, 2021). O Siops surgiu para ser uma ferramenta que coleta, organiza e atua no monitoramento dos dados sobre as receitas totais, despesas e perfil do gasto com ASPS, no âmbito da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Inclusive é devido às informações disponíveis no SIOPS que hoje consegue-se criar instrumentos para a gestão, planejamento e controle social (BRASIL, 2013).

De acordo com Leandro, Rezende e Pinto (2020) evidencia-se que desde a Pré-História e antiguidade, as informações e os registros contribuem para a vida humana, influenciando nas transformações sociais e culturais. Assim sendo, os registros em saúde encontram-se atrelados à história da saúde pública, uma vez que muitos conhecimentos sobre doenças, curas e tratamento passaram de geração em geração.

Aponta-se que, antes da chegada do SUS, diversas iniciativas sobre a construção de um sistema de informação com o propósito de participação dos

estados e municípios vinham em discussão, mas não se concretizaram devido ao cenário que existia. Em razão disso, com a chegada da nova constituinte em 1988, e o avanço tecnológico, na década de 90 reconheceu-se a necessidade da criação de um sistema que acompanhasse as informações referentes às despesas com saúde na esfera pública (LEANDRO; REZENDE; PINTO, 2020).

Até hoje, o SIOPS conta com colaboradores que trabalham ano após ano no aperfeiçoamento do sistema e na divulgação dos dados. O sistema também conta com algumas características próprias como, obrigatoriedade de registro e atualização dos dados, e declaração de fidedignidade dos dados (BRASIL, 2021).

Em suma, os sistemas de informações tornaram-se cada vez mais relevantes para o andamento de estratégias na área da saúde, sem contar com a contribuição para construção de políticas públicas. Assim sendo, pode-se enfatizar que as discussões sobre o financiamento do SUS não podem ser levadas adiante, sem antes identificar ou mesmo transparecer quanto de recurso estão sendo destinados às ASPS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar os Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, do estado de Pernambuco, durante o período de 2008 a 2022.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a variação temporal dos investimentos em ações e serviços públicos do estado de Pernambuco, segundo quinquênios do Período estudado;
- Descrever a variação dos repasses financeiros aportados do fundo nacional de saúde para o estado de Pernambuco, segundo blocos de financiamento, no período de 2008 a 2022.

4 METODOLOGIA

A análise do estado de Pernambuco segundo Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde foi desenvolvida, a partir de um estudo quantitativo, descritivo do tipo transversal, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informações sobre Orçamento Público da Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde e de informações intercensitárias da população e do Produto Interno Bruto do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), seguido das informações do Portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS), do período de 2008 a 2022.

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do Brasil. O estado faz fronteira com outros cinco estados da mesma região: Alagoas, Bahia, Piauí, Ceará e Paraíba, o mesmo é banhado pelo Oceano Atlântico e apresenta um clima tropical úmido que é mais característico do litoral, e tropical semiárido, mais característico do interior. Além disso, o estado é composto por 184 municípios mais o Arquipélago de Fernando de Noronha e abrange uma população estimada segundo o IBGE em 2021 de 9.674.793 pessoas.

A caracterização dos investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde foram desenvolvidas a partir dos seguintes indicadores:

1. Despesa Total em Saúde por Habitante: calculada pelo quociente entre os valores atualizados da Despesa Total com Saúde em Reais (R\$) e o número de habitantes residentes, em Pernambuco em cada ano estudado;
2. Percentual do gasto público em relação ao Produto Interno Bruto (PIB): obtido pela razão entre os valores atualizados da Despesa Total com Saúde em Reais (R\$) e o Produto Interno Bruto (PIB), de cada ano estudado, multiplicado por 100;
3. Recursos próprios gastos com saúde por habitante: quociente entre os valores atualizados da Despesa Total com Saúde em Reais (R\$) e a população residente em Pernambuco em cada ano estudado;
4. Percentual de aplicação das Receitas Próprias no SUS: refere-se à proporção de recursos do tesouro do estado,

próprios aplicados em Saúde, estabelecida pela EC 29, em cada ano do estudo;

5. Recursos de Transferência SUS por habitante: representa a participação das receitas transferidas pela União, vinculadas à Saúde, incluindo as receitas de serviços de saúde, para o estado, no ano.

Após a coleta dos indicadores e análise da evolução temporal, foi tabulado em quinquênio a média aritmética dos indicadores nos 15 anos do período de estudo. Através da média aritmética obtida, foram calculados os coeficientes de variação proporcional, tal qual comparou-se os intervalos entre o primeiro quinquênio com o segundo quinquênio, o segundo quinquênio com o terceiro quinquênio e o primeiro quinquênio com o terceiro quinquênio.

Quadro 1 - Descrição do Método de Cálculo da Média Aritmética e Coeficiente de Variação Proporcional Segundo Quinquênio, do período de estudo. Pernambuco, 2023.

QUINQUÊNIO	MÉDIA ARITMÉTICA (MA)	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO PROPORCIONAL (CVP)
2008 A 2012		
2013 A 2017	$MA = (X1 + X2 + X3 + \dots) / N$	$CVP = (((MA1 / MA2) - 1) * 100)$
2018 A 2022		

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para análise dos repasses recebidos pelo estado de Pernambuco pelo Ministério da Saúde Fundo a Fundo entre 2008 a 2022, utilizou-se dados do Painel de Informação Portal do Fundo Nacional de Saúde, com as seguintes seleções: painel de Informações - Repasses fundo a fundo, ano (2008 a 2022), Estado (Pernambuco), Tipo de Repasse (Estadual) os valores de repasse bruto de cada ano do estudo trabalhado respectivos a cada bloco de financiamento e seus componentes (BRASIL, 2023).

Após coleta das informações, todos os dados foram analisados, processados e tabulados utilizando-se o software Microsoft Excel 2007™, e foram apresentados em gráficos, quadros e tabelas.

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público, sendo dispensado a necessidade de submissão ao Conselho de Ética e Pesquisa, segundo a resolução de nº 466/2012 e nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Em relação à Despesa Total em Saúde por Habitante, houve aumento gradual entre os anos de 2008 a 2022, sendo mais expressivo a partir de 2019 (Figura 2). Identificou-se um crescimento de 113,7% no Coeficiente de Variação Proporcional (CVP) entre o primeiro e último quinquênio (Tabela 1).

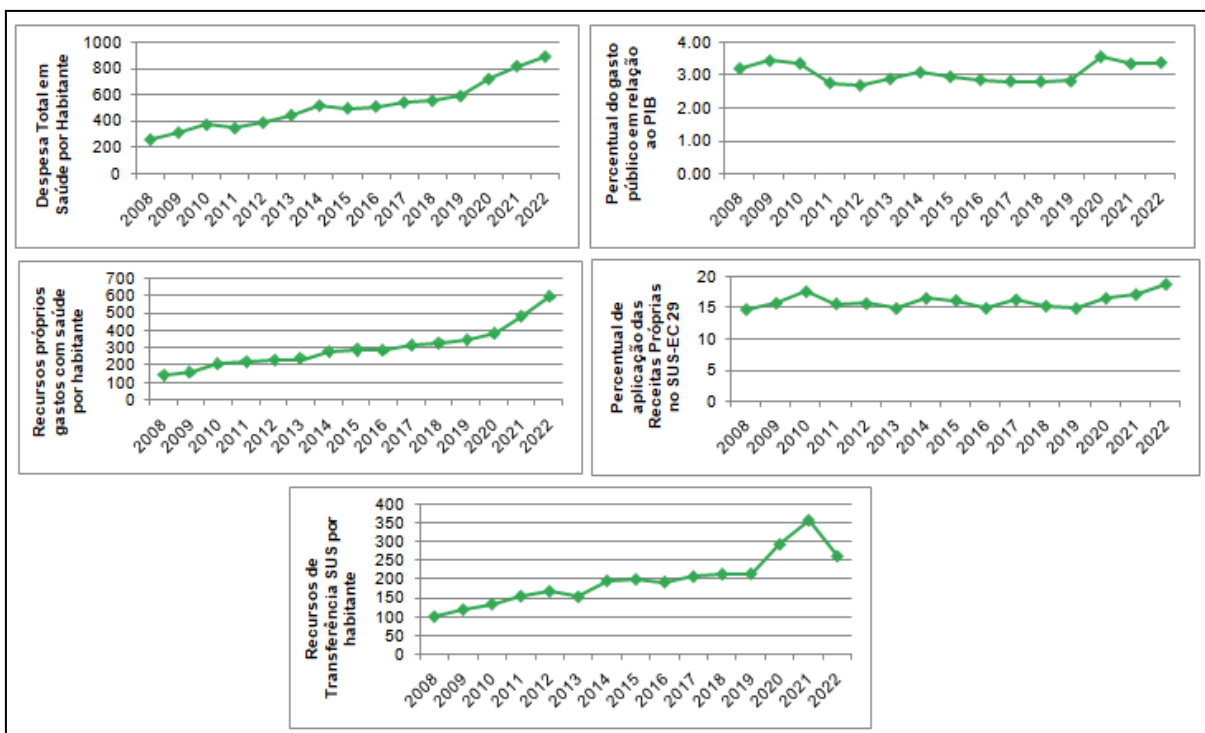
No que se refere ao indicador de proporção do Gasto Público Total em Relação ao Produto Interno Bruto (PIB), observou-se redução de -5,4% (CVP) entre o primeiro quinquênio (2008 a 2012) e o segundo quinquênio (2013 a 2017). A média reduziu de 3,1 para 2,9. Por outro lado, ao comparar-se o segundo e o terceiro quinquênio identificou-se um aumento de (8,9%) (Tabela 1).

A análise dos Recursos Gastos com Saúde por Habitante, revelou um aumento progressivo entre os 15 anos avaliados no estado de Pernambuco (Figura 2). O CVP cresceu 121,4% entre o primeiro e último quinquênio (Tabela 1).

Na Figura 2, observou-se que o estado de Pernambuco apresentou investimento acima do percentual mínimo de aplicação das receitas próprias no SUS em todos os anos avaliados. Quando calculou-se o CVP, verificou-se que entre o primeiro e o segundo quinquênio obteve-se uma leve redução de (-0,8%) (Tabela 1).

Por fim, em relação aos Recursos de Transferência SUS por habitante, observou-se aumento gradual entre 2008 a 2012, com queda em 2013 voltando a crescer 2021 com redução e 2022 (Figura 2). Além disso, na tabela 2, mostra-se que em relação ao CVP entre o primeiro e último quinquênio houve aumento de (98%), dos Recursos de Transferência SUS por habitante.

Figura 2 - Variação temporal dos Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, do estado de Pernambuco, no período de 2008 a 2022. Pernambuco, 2023.



Fonte: Elaborado pelas autoras

Nota: Figura elaborada pelas autoras com base nos dados obtidos no SIOPS/MS; IBGE.

Tabela 1 - Descrição dos Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde segundo Média Aritmética e Coeficiente de Variação Proporcional dos Quinquênios, do período 2008 a 2022, do estado de Pernambuco. Pernambuco, 2023.

QUINQUÊNIO	MÉDIA	CVP
Valores de Despesa Total Investidos em ASPS		
2008 A 2012	336,4	50,0
2013 A 2017	504,8	42,4
2018 A 2022	718,7	113,7
Valores de Percentual do Gasto Público Investimentos em ASPS (PIB)		
2008 A 2012	3,1	-5,4
2013 A 2017	2,9	8,9
2018 A 2022	3,2	3,0
Valores de Recursos Próprios Investimentos em ASPS		
2008 A 2012	194,1	45,6
2013 A 2017	282,7	52,0
2018 A 2022	429,7	121,4

Valores de Percentual de Receita Própria Investidos em ASPS (EC 29)		
2008 A 2012	15,9	-0,8
2013 A 2017	15,8	4,8
2018 A 2022	16,6	4,0
Valores de Recursos de Transferência SUS		
2008 A 2012	135,4	40,2
2013 A 2017	189,9	41,2
2018 A 2022	268,1	98,0

Fonte: Elaborado pelas autoras

Nota: Tabela elaborada pelas autoras com base nos dados obtidos no SIOPS/MS; IBGE.

No que tange, aos repasses fundo a fundo do Ministério da Saúde para o estado de Pernambuco, os maiores repasses foram registrados nos anos de 2021 R\$2.261.558.012,22 e 2020 R\$2.252.256.759,11, respectivamente e os menores em 2008 R\$769.313.119,86 e 2009 R\$876.553.962,77(Quadro 2).

Quanto aos blocos de financiamento, Média e Alta Complexidade representou o componente com maior volume de repasse de recursos, destacando-se os anos de 2021 R\$2.238.579.156,22 e 2020 R\$2.198.899.444,11 com os maiores investimentos. Em contrapartida, 2008 R\$716.589.390,51 e 2009 R\$800.928.254,22 recebeu o menor repasse do Ministério da Saúde para o estado de Pernambuco (Quadro 2).

Observou-se que no bloco assistência farmacêutica, houve maior aporte de recursos em 2010 R\$76.734.567,15 e menor em 2020 R\$7.972.927,24 e 2021 R\$7.740.967,91. No que se refere ao bloco vigilância em saúde, no ano de 2010 R\$42.049.954,41 identificou-se o maior repasse financeiro e o menor em 2008 R\$15.916.910,69. No Bloco gestão do SUS, observou-se a maior transferência em 2010 R\$9.051.022,63 e a menor em 2017 R\$20.886,00. No que concerne à atenção básica, identificou-se que em 2010 R\$98.486.996,00 houve maior destinação de verbas e em 2011 R\$178.452,00 menor repasse financeiro (Quadro 2).

Quadro 2 - Fundo a Fundo do Ministério da Saúde para o estado de Pernambuco, durante o período de 2008 a 2022. Pernambuco, 2023.

ANO	Repasse Blocos de Financiamento Fundo a Fundo Estado de Pernambuco						TOTAL
	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Assistência Farmacêutica	Vigilância em Saúde	Investimento	Gestão do SUS	Atenção Básica	
2008	R\$ 716.589.390,51	R\$ 32.948.070,06	R\$ 15.916.910,69		R\$ 3.561.748,60	R\$ 297.000,00	R\$ 769.313.119,86
2009	R\$ 800.928.254,22	R\$ 48.056.224,99	R\$ 23.697.009,27		R\$ 3.629.474,29	R\$ 243.000,00	R\$ 876.553.962,77
2010	R\$ 873.646.236,30	R\$ 76.734.567,15	R\$ 42.049.954,41	R\$ 10.674.500,00	R\$ 9.051.022,63	R\$ 98.486.996,00	R\$ 1.110.643.276,49
2011	R\$ 962.701.395,17	R\$ 31.889.802,90	R\$ 24.260.920,50	R\$ 8.494.423,49	R\$ 4.242.884,63	R\$ 178.452,00	R\$ 1.031.767.878,69
2012	R\$ 1.181.093.073,60	R\$ 30.027.984,51	R\$ 26.447.519,28	R\$ 5.770.566,28	R\$ 2.175.756,32	R\$ 806.030,50	R\$ 1.246.320.930,49
2013	R\$ 1.256.302.070,05	R\$ 19.243.254,03	R\$ 36.264.128,08	R\$ 34.844.855,15	R\$ 3.874.453,55	R\$ 993.748,50	R\$ 1.351.522.509,36
2014	R\$ 1.354.262.429,88	R\$ 17.504.496,51	R\$ 31.816.369,06	R\$ 8.845.040,00	R\$ 3.695.729,46	R\$ 833.863,74	R\$ 1.416.957.928,65
2015	R\$ 1.303.951.691,83	R\$ 16.083.563,92	R\$ 30.099.151,69	R\$ 1.137.850,00	R\$ 2.345.650,00	R\$ 9.348.556,96	R\$ 1.362.966.464,40
2016	R\$ 1.021.848.211,18	R\$ 13.573.081,97	R\$ 34.212.706,84	R\$ 8.401.180,00	R\$ 2.302.150,00	R\$ 14.343.872,65	R\$ 1.094.681.202,64
2017	R\$ 1.139.048.494,51	R\$ 12.651.756,57	R\$ 29.917.452,13	R\$ 204.850,04	R\$ 20.886,00	R\$ 11.099.880,42	R\$ 1.192.943.319,67
ANO	Manutenção das ASPS (custeio)			Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento)			TOTAL
2018	R\$ 1.579.887.796,96	Componentes		R\$ 15.095.774,00	Componentes		R\$ 1.594.983.570,96
		Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 1.514.220.188,59		Atenção Especializada	R\$ 14.792.774,00	

		Assistência Farmacêutica	R\$ 14.411.870,01		Gestão do SUS	R\$ 300.000,00	
		Vigilância em Saúde	R\$ 35.617.953,86				
		Gestão do SUS	R\$ 660.000,00				
		Atenção Básica	R\$ 14.977.616,50		Atenção Primária	R\$ 3.000,00	
		Atenção Especializada	R\$ 168,00				
2019	R\$ 1.638.637.644,96	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 1.580.413.208,85	R\$ 1.379.950,00	Atenção Especializada	R\$ 880.000,00	R\$ 1.640.017.594,96
		Assistência Farmacêutica	R\$ 10.028.704,72				
		Vigilância em Saúde	R\$ 34.030.191,81		Atenção Primária	R\$ 499.950,00	
		Atenção Primária	R\$ 14.165.315,58				
		Atenção Especializada	R\$ 224,00				
2020	R\$ 2.198.899.444,11	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 1.560.653.518,56	R\$ 53.357.315,00	Atenção Especializada	R\$ 27.880.673,00	R\$ 2.252.256.759,11
		Assistência Farmacêutica	R\$ 7.123.866,24		Coronavírus (Covid-19)	R\$ 24.602.556,00	
		Vigilância em Saúde	R\$ 29.034.938,79				

		Atenção Primária	R\$ 12.514.729,59		Assistência Farmacêutica	R\$ 849.061,00	
		Gestão do SUS	R\$ 448.658,40				
		Coronavírus (Covid-19)	R\$ 589.123.732,58		Vigilância em Saúde	R\$ 25.025,00	
2021	R\$ 2.238.579.156,22	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 2.149.021.541,34	R\$ 22.978.856,00	Atenção Especializada	R\$ 20.782.279,00	R\$ 2.261.558.012,22
		Assistência Farmacêutica	R\$ 7.740.967,91				
		Vigilância em Saúde	R\$ 32.540.191,26				
		Atenção Primária	R\$ 16.553.848,19		Coronavírus (Covid-19)		
		Coronavírus (Covid-19)	R\$ 32.722.607,52			R\$ 2.196.577,00	
2022	R\$ 1.873.199.468,41	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 1.813.514.425,72	R\$ 3.228.834,00	Atenção Especializada		R\$ 1.876.428.302,41
		Assistência Farmacêutica	R\$ 16.001.552,85			R\$ 3.137.382,00	
		Vigilância em Saúde	R\$ 29.555.642,36				
		Atenção Primária	R\$ 14.127.847,48		Atenção Primária	R\$ 91.452,00	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota: Tabela elaborada pelas autoras com base nos dados obtidos no FNS/MS.

6 DISCUSSÃO

De maneira geral, desde a criação do SUS, o financiamento da saúde no Brasil tem sido de preocupação constante, uma vez que afeta diretamente a capacidade do sistema de fornecer serviços de qualidade a população (VIEIRA, 2020).

Os resultados do estudo identificaram que nos 15 anos estudados houve diversificação na variação temporal dos investimentos em ASPS em Pernambuco, entre crescimento, flutuação de aumento, redução e estagnação. Em alguns componentes dos blocos de financiamento houve redução de aporte de recursos. Os indicadores como Despesa Total em Saúde e Recursos Próprios Gastos com Saúde apontaram crescimento gradual durante os 15 anos, ao mesmo tempo que os Recursos de Transferência SUS apresentou crescimento mais com queda de recursos em 2013 e 2022. Enquanto isso, o Percentual de Aplicação das Receitas Próprias no SUS indicou flutuação, apresentando oscilações de 14,8% em 2008, 16,6% em 2014, 14,9% em 2019 e 18,8% em 2022.

Marques, Piola e Roa (2016) criticam que o fato da regulação da EC29/2000 demorar vários anos para ser normatizada, fez com que o SUS perdesse anos de recursos e enfraquece-se como prioridade, evidenciando-se na prática apenas como comprometimento dos estados e municípios e não aumento dos recursos destinados à saúde. O que reflete também na redução e flutuação dos recursos de transferência e aplicação das receitas próprias no SUS.

Ao analisar-se o Percentual do Gasto Público em relação ao PIB durante 2008 a 2022, constatou-se estagnação com leves flutuações, destacando-se uma proporção de gastos com saúde no decorrer de 15 anos em torno de (3%), percentual menor do que capitais, como João Pessoa (4%), Fortaleza (4,1%) e Teresina (7,3%) em 2020 (FREITAS, 2022).

Quando contrapõe esses dados com outros países, o gasto público no geral ainda é muito baixo comparado-se a países que possuem um sistema público universal (MENDES; WEILLER, 2015). Contudo, muitos críticos justificam que esses percentuais também são reflexo da hegemonia de 16 anos de governo do PSB em Pernambuco, o qual nos últimos anos passou a não entregar propostas

minimamente viáveis para desencadear mudanças e melhorias no setor da saúde (CASTILHO, 2022).

No que está relacionado aos repasses fundo a fundo do ministério da saúde para pernambuco, os achados deste estudo revelaram que durante 2008 até 2014 o total dos recursos repassados vinham aumentando ano a ano, tendo redução em 2015 e 2016 e tornando a crescer a partir de 2017, com nova redução em 2022. É importante destacar que este mesmo comportamento não aconteceu quando se analisou os blocos ou componentes de financiamento verificando-se redução e flutuação em boa parte dos períodos repassados como, redução nos recursos destinados à Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, e flutuação nos repasses ofertados aos Investimentos e a Vigilância em Saúde.

Destaca-se que as mudanças advindas através da portaria de nº 3992, influenciaram diretamente na forma como os recursos são aplicados na prática. Segundo Matias et. al. (2018) a mudança foi necessária, dado que sintetiza as informações corretas de aplicação dos recursos financeiros no SUS, entre custeio e investimento, no entanto, reforça que o controle interno passou a ser muito mais rigoroso, tanto para qualificação como para a continuidade da prestação dos serviços de qualidade. Diante disso, destaca-se que a competência do gestor é fundamental para a correta aplicação desses recursos nos setores do estado.

Menezes, Moretti e Reis (2019) descrevem que o congelamento do orçamento da saúde, durante 20 anos na esfera Federal, em 2016, influenciou diretamente na redução de repasses de recursos, desconsiderando as necessidades em saúde da população, o crescimento populacional, as mudanças demográficas e a necessária expansão da rede pública, entre outros impactos que estão diretamente relacionados à saúde.

Cruz, Barros e Souza (2022) ainda reforçam, que a redução da União nas transferências que intensificaram-se a partir de 2015 com a grave crise econômica que se impôs através da EC nº 86/2015, a qual estabeleceu percentual de 15% definido para aplicação da União de modo gradual, juntamente com a EC nº 95/2016 desencadeou maiores responsabilidades para os estados e municípios.

Pesquisadores e gestores públicos comprometidos com a garantia de acesso a bens e a serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral, afirmam que EC nº 86/2015 foi um grande impacto para o orçamento da saúde. Bahia (2015)

apud Cruz, Barros e Souza (2022) enfatiza que as mudanças feitas pela EC reduziram o orçamento federal da saúde, que destinava 14% da receita corrente líquida em 2000 para 13,2% em 2016.

Izepão, Brito e Silva (2019) e Mendes e Funcia (2016) acrescentam que a EC nº 86/2015, consolidou o subfinanciamento do SUS, enquanto, a EC nº 95/2016 conhecida também como “PEC da morte” normatizou a crise do desfinanciamento da saúde. Ademais, Mendes e Funcia (2016) destacam que a criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU) desde 1994 se intensificaram durante o governo Dilma em 2015, o qual estabeleceu a renovação e potencialização da DRU até 2023, ampliando seu percentual de retirada de 20% para 30%.

Sendo de conhecimento por muitos que a DRU retira percentuais das receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para pagar juros de dívidas, dívidas essas que são justificadas pela contemporaneidade do capitalismo, a qual descreve-se como manutenção de superávit primário. É fundamental entender que as implementações de políticas que fomentam o subfinanciamento e o congelamento debilitam a situação do SUS, na medida que o crescimento e envelhecimento populacional passa a pressionar a necessidade de serviços, elevando seus custos (MENDES; FUNCIA, 2016; VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Sem aumento de recursos, a desigualdade social se estende, na mesma proporção que os direitos constitucionais passam a não serem atendidos (IZEPÃO; BRITO; SILVA, 2019).

Ainda sim, é necessário destacar que os altos valores destinados durante os anos de 2020 e 2021 foi mediante a situação sanitária causada pela Covid-19. Isso porque, diante do governo negacionista atuante que se tinha, a previsão era de insuficiência de recursos para a saúde. Servo, Santos, Vieira e Benevides (2020) evidencia que os estados durante a pandemia tiveram grande protagonismo nas respostas à crise sanitária, uma vez que os recursos destinados pelo governo federal ficaram muito aquém do necessário.

7 CONCLUSÃO

Os achados do estudo permitiram identificar a evolução dos recursos durante 15 anos, evidenciando que a insuficiência de recursos para o SUS gera grandes problemas que têm sérias consequências para a população, especialmente para os grupos mais vulneráveis, que dependem do SUS como principal fonte de assistência médica. O subfinanciamento e o desfinanciamento que atualmente é o principal desafio, comprometem a qualidade dos serviços de saúde, aumentando as desigualdades na saúde e tornam o sistema menos resiliente diante de crises, como aconteceu durante a pandemia de COVID-19. Ademais, os resultados apresentados refletem no que se tem visto ao longo desses anos, a adoção de políticas que põem empecilhos ao financiamento do SUS.

Por fim, apesar da pesquisa demonstrar pontos positivos como o aumento da Despesa Total em Saúde e Recursos Próprios Gastos com Saúde, os aportes investidos em alguns indicadores e blocos de financiamento apontam para estagnação, flutuação e redução de recursos no SUS. Por isso, é necessário a adoção e implementação de políticas que contraponham o desfinanciamento da saúde. Uma vez que para enfrentar esses desafios, é essencial que os governos brasileiros nas três esferas, juntamente com a sociedade, trabalhem juntos para garantir investimentos industriais e sustentáveis no SUS, promovendo uma gestão eficiente dos recursos e melhorando a infraestrutura e a capacidade de atendimento, a fim de garantir o direito e a assistência à saúde de todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição, 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm . Acesso em: 15 fev 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Casa Civil. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 fev. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Casa Civil. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Casa Civil. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 01 mar. 2023.

BRASIL. **PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. Brasília: Gabinete do Ministério. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.htm. Acesso em 21 de mar. 2023.

BRASIL. **PORTARIA Nº 837, DE 23 DE ABRIL DE 2009**. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília: Gabinete do Ministério. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html. Acesso em 21 de mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. 124 p. : il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. 140 p. : il. – (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 2, v. 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf. Acesso em: 27 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. SIOPS: adequação aos novos padrões da contabilidade pública brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/siops_adequacao_padroes_contabilidade_publica.pdf. Acesso em: 22 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Cartilha de Orientação SIOPS. Brasília: **Ministério da Saúde**, v. 1, n. 1, ago. 2021. p 169. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/cartilha_2021.pdf. Acesso em: 27 mar. 2023.

BRASIL. Portal do Fundo Nacional de Saúde. Painel de Informações. Repasses Fundo a Fundo. 2023. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_FAF/CGIN_Painel_FAF.html#GUIA_01. Acesso em: 08 ago. 2023.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques R.M.; Piola S.F.; Roa A.C. (Org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 22 mar. 2023.

CASTILHO, F. **PSB sai do Governo de Pernambuco por deixar de ser perspectiva de futuro**. Uol: JC Negócios, 2022. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/jc-negocios/2022/10/15091679-psb-sai-do-governo-de-pernambuco-por-deixar-de-ser-perspectiva-de-futuro.html>. Acesso em: 04 set. 2023.

CRUZ, W. G. N.; BARROS, R. D. de; SOUZA, L. E. P. F. de. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 6, p. 2459-2469, jun. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFv3kDLJxZgR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2023.

DANTAS, F. DE C.; DANTAS, C. DE C. Análise Orçamentária Brasileira dos Investimentos à Saúde e seus Impactos nas Políticas Públicas / brazilian budget analysis of investments in health and their Impacts on Public Policies. **Brazilian**

Journal of Development, v. 6, n. 12, p. 99778–99792, 2020. Disponível em:

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/21866>. Acesso em: 15 fev. 2023.

FUNCIA, F. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Consensus** (Brasília) ; 15(15): 1-5, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-987816>. Acesso em: 23 mar. 2023.

FUNCIA, F.; BRESCIANI, L. P.; BENEVIDES, R.; OCKÉ-REIS, C. O. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 46, n. 133, p. 263-276, abr. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202213301>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kNVJWRVNCwDJnLcjSKTCJXC/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2023.

FREITAS, M. V. de A. **Financiamento do SUS e Indicadores de Saúde no Brasil: se dinheiro não compra saúde, o que é que o dinheiro paga?**. 2022. 49 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/44572>. Acesso em: 30 ago. 2023.

IZEPÃO, R. L.; BRITO, E. C.; SILVA, I. A. C. e. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E OS DESAFIOS DE FINANCIAMENTO. **Revista Estudo & Debate**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 189-207, 5 jul. 2019. Editora Univates. <http://dx.doi.org/10.22410/issn.1983-036x.v26i2a2019.2054>. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/2054>. Acesso em: 03 set. 2023.

LEANDRO, B. B. DA S.; REZENDE, F. A. V. S.; PINTO, J. M. DA C. (org.). **Informações e registros em saúde e seus usos no SUS**. 23. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 176 p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vYzbD5NkckJvMhFYFBRTyhJ/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2023.

MATIAS, A. G.; OLIVEIRA, A. B.; PEREIRA, B. L. S.; ALBERT, C. E.; FALEIROS, D. R.; MAGALHÃES, D. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília: Confederação Nacional de Municípios, 2018. 40 p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2023.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, 2016. 260 p.

MARANHÃO, R. de A.; SENHORAS, E. M. Orçamento de Guerra no Enfrentamento

À Covid-19: Entre Manobras Parlamentares e Batalhas Políticas. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 2, n. 6, p. 113–132, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.3899492 . Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/116>. Acesso em: 26 mar. 2023.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do sus. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. 105, p. 491-505, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kh7Qnmhs6jDxd3Vt3dnhDqH/#:~:text=Em%20primeiro%20lugar%2C%20pode%2Dse,do%20direito%20universal%20%C3%A0%20sa%C3%BAde..> Acesso em: 30 ago. 2023.

MENDES, A.; FUNCIA, R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M., PIOLA, S. F., ROA, C (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. v. 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde/Brasília, 2016. p. 139- 168. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 05 set. 2023.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Sobre A *Economia da Saúde*: Campos de Avanço e sua Contribuição para a Gestão da Saúde Pública no Brasil. In: Campos, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M., Org.(s). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hecitec, 2017. Cap. 17. p. 559-590.

MENEZES, A. P. DO R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2023.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

PEREIRA, B. L. S.; OLIVEIRA JUNIOR, A. C. R. DE; FALEIROS, D. R. Ordinance 3992/2017: challenges and advances for resource management in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 58, 23 jul. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/160185>. Acesso em: 24 mar. 2023.

PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B.; SERVO, L. M. S. Financiamento público da saúde: Uma história à procura de rumo. Texto para Discussão. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, Brasília, 2013; 1846. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

PIOLA S. F. , SERVO L. M. S., SÁ E. B. , PAIVA A. B. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, 2013;

4: 19-70. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2023.

SERVO, L. M. S.; SANTOS, M. A. B.; VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S.

Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 114-129, dez. 2020.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e407>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2023.

SILVA, E. R. M.; SILVA, A. T. A Emenda Constitucional 86 e o Impacto no Orçamento Da Saúde. **Interface**, Natal-Rn, v. 12, n. 2, p. 46-68, dez. 2015. Disponível em:

<https://ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/interface/article/view/626>. Acesso em: 26 mar. 2023.

SOUZA, N. O.; BORGES, J. Normas Operacionais Básicas - NOBS e Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS. in: SOUZA, N. O.; SANTOS, A. C. A. S.; BORGES, J.; BONFIM, K. S.; DIAS, V. B., Org.(s). **5 LEGISLAÇÃO DE SAÚDE: ESTRUTURANTES E ESPECÍFICAS**. (Coleção Manuais Práticos para Concurso; v. 5). Salvador: SANAR, 2019. Cap. 04. p. 95-106.

SOUSA, K. M. DE; PINHANEZ, M. de M. S. F.; MONTE, P. A. do; CAVALCANTE, P. R. N. Financiamento, Composição dos Gastos e Eficiência na Saúde dos Municípios Pernambucanos. **Administração Pública e Gestão Social**, 6 maio 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/5735>. Acesso em: 30 mar. 2023.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em Perspectiva. In: Campos, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M., Org.(s). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hecitec, 2017. Cap. 17. p. 559-590.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: **IPEA**, 2016. (Nota Técnica, n. 28). Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf. Acesso em: 23 mar. 2023.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 54, p. 127, 12 dez. 2020.

Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/180617>. Acesso em: 30 Ago. 2023.