

As receitas da saúde em Vitória (ES): um olhar sobre a atenção básica

The financing of health in Vitória (ES): a look at primary care

Marilene Gonçalves FRANÇA*

 <https://orcid.org/0000-0002-4712-9907>

Adriana Ilha da SILVA**

 <https://orcid.org/0000-0001-8698-5768>

Robson ZUCCOLOTTO***

 <https://orcid.org/0000-0002-2629-5586>

Resumo: Este estudo objetivou analisar as receitas direcionadas às ações e aos serviços de saúde, em particular à atenção básica, no município de Vitória (ES), no período de 2009 a 2019. Trata-se de uma pesquisa documental e quantitativa, que utilizou para análise os indicadores de receitas em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. A receita total apresentou média de R\$ 5.176,91 por habitante/ano, com o decréscimo (16,52%) na receita disponível. Apesar da ampliação da receita em relação aos impostos próprios, manteve-se a dependência em relação às transferências constitucionais. Houve ainda decréscimo de recursos federais (32,48%) direcionados à atenção básica. Desse modo, o município enfrenta limitações estabelecidas pela dependência fiscal, participação desarmônica entre os entes federativos e redução de recursos públicos federais para a subfunção atenção básica.

Palavras-chave: financiamento da assistência à saúde; sistema municipal de saúde; atenção primária à saúde.

Abstract: This study examines the financing of health actions and services, and in particular those of primary care, in the municipality of Vitória (ES), for the period 2009 to 2019. This documentary and quantitative research analyses indicators for health financing taken from the Information System on Public Health Budgets. The expenditure represents an average of R\$ 5,176.91 per inhabitant/annum, with a decrease of 16.52% in available finances. Despite an increase in revenue generated from its own taxes, there is continuing dependence on constitutional transfers. There was also a decrease in federal resources of 32.48% directed to primary care. The municipality, therefore, faces limitations determined by its fiscal dependency, disharmony between participating federal entities and a reduction of federal public resources for the primary care subfunction.

Keywords: Healthcare financing. Local health systems. Primary health care.

* Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Enfermeira da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória. (PMV, Vitória, Brasil). Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, nº1185, Forte São João, Vitória (ES), CEP. 29017-010. E-mail: mgfrancaenf@gmail.com.

** Assistente Social. Doutora em Política Social. Professora Associada no Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. (Ufes, Vitória, Brasil). Av. Marechal Campos, nº 1468, Bonfim, Vitória (ES), CEP. 29047-105. E-mail: adrianailhaufes@gmail.com.

*** Contador. Doutor em Controladoria e Contabilidade. Professor Adjunto do Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Federal do Espírito Santo. (Ufes, Vitória, Brasil). Av. Fernando Ferrari, nº 514, Goiabeiras, Vitória (ES), CEP. 29075-910. E-mail: robsonzuccolotto@gmail.com.



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2024 Acesso Aberto Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

INTRODUÇÃO

O financiamento da saúde no Brasil se constitui um processo complexo, pois abrange a garantia de recursos para sua sustentabilidade e consolidação, a participação de cada ente federado, as transferências de montantes financeiros da União para as demais esferas de governo e as disputas políticas para o seu direcionamento, de acordo com as prioridades elencadas na agenda pública.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabeleceu responsabilidades compartilhadas entre a União, os estados e os municípios, bem como definiu a vinculação de recursos à saúde, na tentativa de assegurar uma fonte estável de recursos e minimizar as desigualdades de acesso às ações e aos serviços de saúde no Brasil. No entanto, o percentual previsto no texto constitucional não foi suficiente para assegurar um financiamento adequado para o sistema público de saúde. Desde sua institucionalização, o predomínio de políticas econômicas e fiscais de inspiração neoliberal, marcado pela reforma do Estado, impôs constrangimentos à lógica da seguridade social e à expansão de políticas sociais universais (Machado; Lima; Baptista, 2017), impedindo a criação de mecanismos de financiamento que assegurassem fontes condizentes com um sistema universal e integral.

Nesse contexto, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi condicionado à organização federativa, em particular à dimensão fiscal do federalismo, que envolve a repartição do poder econômico-financeiro entre os entes federais, por meio das bases tributárias, das formas de arrecadação e dos mecanismos de transferências intergovernamentais. Nesse sistema federativo, a União assumiu a função de regulação e de redistribuição dos recursos da saúde, no intuito de possibilitar que estados e municípios executem políticas públicas que garantam a oferta da saúde a toda a população.

Assim, no processo de descentralização da execução das políticas públicas, à medida que foram sendo atribuídos encargos e responsabilidades aos entes federados, instituiu-se uma série de regulamentações nacionais que controlaram as principais fontes de recursos (arrecadação tributária) e alocação de gastos (regras que vincularam receitas ao gasto em políticas específicas) (Arretche, 2012) e limitaram sua autonomia decisória.

Nessa perspectiva, ao mesmo tempo que ocorreu a descentralização da gestão de parte das políticas sociais, na qual os municípios tiveram que ampliar suas responsabilidades e aumentar suas despesas sobre a provisão de ações e serviços de saúde, sucederam-se também a centralização das receitas e o aumento do poder decisório no governo federal, implicando dificuldades na implementação dessa política no âmbito municipal. Na saúde, o financiamento atrelou-se à capacidade de arrecadação tributária instalada em cada estado ou município, à dependência de transferências dos recursos da União e à possibilidade de aplicação de recursos próprios na materialização das políticas de saúde.

Assim, considerando o protagonismo do município na implementação do SUS, pois são os principais executores das ações e dos serviços de saúde, é necessário, além de compreender o financiamento da saúde desenvolvido no âmbito municipal, adentrar os contextos específicos,

a disponibilização de recursos e as variáveis estruturais e institucionais que interferem na consolidação desse sistema.

De forma especial, busca-se discutir o financiamento da atenção básica que, nos últimos anos, tem sido fragilizado pelas mudanças estruturais da Política Nacional de Atenção Básica e pelo financiamento federal de custeio da atenção básica — Programa Previne Brasil¹ — constituindo-se em lócus de interesses capitalistas, em detrimento do interesse público na oferta de ações e serviços públicos.

Diante do cenário atual, no qual se discutem o aprofundamento do financiamento crônico do SUS e seu desfinanciamento a partir do congelamento de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016; a melhoria da qualidade da saúde, bem como a necessidade de ampliação dos recursos do SUS, este estudo tem por objetivo analisar as receitas direcionadas às ações e aos serviços de saúde, em particular à atenção básica no município de Vitória (ES) no período de 2009 a 2019, a fim de identificar as fontes de recursos destinados a saúde e a participação dos entes federativos na composição da receita do sistema municipal de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental e quantitativa, que utilizou dados secundários sobre as receitas em saúde, na tentativa de compreender e analisar o padrão do financiamento em saúde no município de Vitória (ES).

Nessa direção, as receitas municipais destinadas à saúde provêm de impostos próprios² das transferências constitucionais e legais da União e do estado³ e das transferências do SUS (receitas adicionais)⁴.

Para a análise do financiamento em saúde desse município, seguiu-se a metodologia de compilação e análise dos dados, semelhante a outros estudos (Mendes, 2005; Mendes *et al.*, 2010; Santos Neto *et al.*, 2017), utilizando-se a base de cálculo dos indicadores oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)⁵ do Ministério da Saúde (MS).

¹ Instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o Programa Previne Brasil estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2019).

² Corresponde ao valor total da arrecadação dos Impostos (ISS, IPTU, ITBI, IRRF, ITR, Receita da Dívida Ativa dos Impostos, Multas, Juros de Mora e Outros e Encargos da Dívida Ativa) (Brasil, 2021).

³ Os valores de transferências constitucionais para essa análise referem-se aos totais transferidos pela União (Cota-Parte FPM, Cota-Parte ITR e Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir) e do estado (Cota-Parte IPVA, Cota-Parte ICMS, Cota-Parte IPI-Exportação, Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais, Desoneração ICMS – LC nº 87/96 e Outras), no período de 2009 a 2019, de acordo com o Relatório Resumido da Execução Orçamentária do SIOPS (Brasil, [2021]).

⁴ O valor total das Receitas de transferências de outras esferas de governo para a saúde (transferências regulares e automáticas, serviços e convênios) (Brasil, [2021]).

⁵ Sistema que funciona como ferramenta de coleta e organização de dados sobre receitas totais e despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), atuando no monitoramento do perfil do gasto no âmbito da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal (Brasil, [2021]).

Quadro 1 – Indicadores de despesa em saúde do SIOPS utilizados no estudo

Dimensão da Receita	Indicadores	Fonte
Capacidade da Receita Disponível ⁶	a) receita de impostos e transferências constitucionais legais ⁷ <i>per capita</i> ;	Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) do SIOPS
	b) composição da Receita: - percentual da receita de impostos próprios sobre a receita de impostos e transferências constitucionais legais; - percentual da receita do ICMS sobre a receita de impostos e transferências constitucionais legais; - percentual da receita do FPM sobre a receita de impostos e transferências constitucionais legais;	
Comportamento das Transferências do SUS (receitas adicionais)	c) percentual das transferências SUS no total de recursos transferidos para o município;	
	d) percentual das transferências da União para o SUS sobre o total de transferência SUS;	
	e) percentual das transferências do estado para o SUS sobre o total de transferência SUS ⁸ ;	
	f) receita <i>per capita</i> de transferências da União para o SUS;	
	g) receita <i>per capita</i> de transferências do estado para o SUS ⁹ .	

Fonte: Elaboração da autora (2022), com base nos dados do Ministério da Saúde (Brasil, [2021]).

Os dados dos indicadores utilizados para a análise da receita do município foram coletados no portal do SIOPS, por meio do *Demonstrativo da Saúde – RREO* que integra o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) (Brasil, [2021]). Quanto às informações financeiras, utilizou-se o conceito de Receita Realizada¹⁰, o que indica que os valores diferem da Receita Inicial¹¹ e da Receita Atualizada¹², conforme demonstrativo do SIOPS (Brasil, [2021]).

Para análise da participação das transferências da Atenção Básica nos recursos da União, foi utilizado o demonstrativo *Cálculo do % aplicado em Saúde – conforme LC141/2012*, no portal do SIOPS, que detalha o cálculo do percentual aplicado em saúde (estados, Distrito Federal e municípios) e do montante aplicado em saúde (União).

Os dados orçamentários das receitas utilizados abrangem uma série histórica de dados. Para efeito de comparação e de análise, foram ajustados utilizando-se o valor corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com base em dezembro de 2022. A pesquisa atendeu aos fundamentos

⁶ Para esse estudo, utilizou-se o conceito de Receita Disponível, que corresponde ao indicador da receita advinda de impostos próprios e transferências constitucionais e legais (Mendes, 2010).

⁷ As transferências constitucionais legais incluem as Receitas de Transferências Constitucionais e Legais da União; e as Receitas de Transferências Constitucionais e Legais do Estado.

⁸ Para este estudo o *percentual de transferência do estado para o SUS sobre o total de transferência SUS* foi considerado e acrescentado como um indicador, mesmo não sendo um indicador direto do SIOPS.

⁹ Para este estudo, a *receita per capita de transferência do estado para o SUS* foi considerada e acrescentada como um indicador, mesmo não sendo um indicador direto do SIOPS.

¹⁰ Receita Realizada corresponde aos valores de receita efetivamente arrecadada até o bimestre do exercício corrente (Brasil, 2021).

¹¹ Previsão Inicial da Receita refere-se aos valores da Previsão inicial da receita conforme orçamento aprovado para o exercício, ou seja, a receita estimada para ser arrecadada no ano subsequente à elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) (Brasil, 2021).

¹² Previsão Atualizada, que é composta da Previsão Inicial Atualizada e reestimativas realizadas durante o exercício ou surgimento de nova natureza de receita, ou seja, uma receita que não estava prevista na LOA (Brasil, 2021).

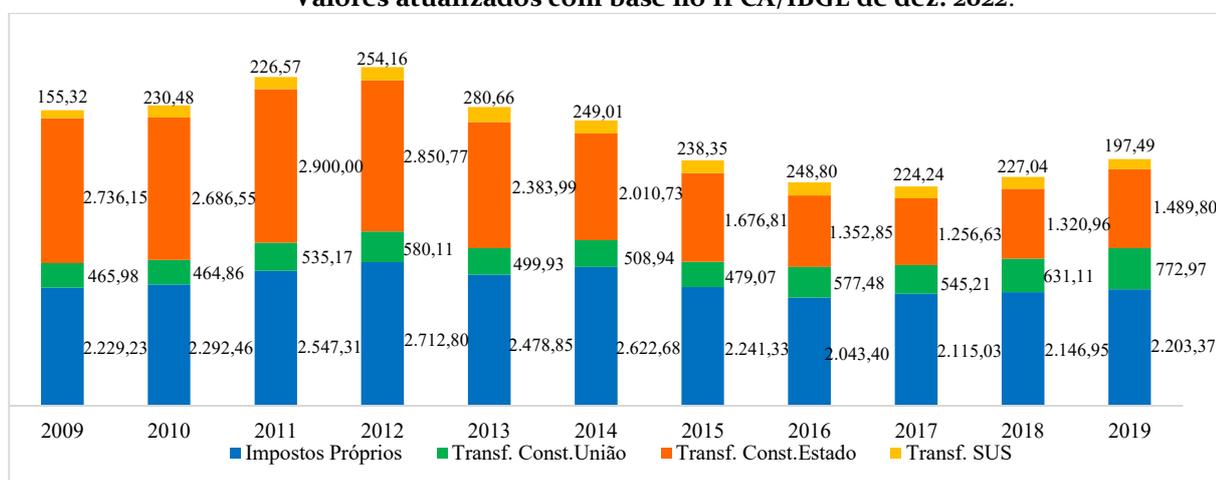
éticos e científicos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012), sendo dispensada a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, já que não envolveu seres humanos e empregou as informações coletadas de sistemas de domínio público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Receita da saúde no município de Vitória

As receitas municipais vinculadas à saúde são originadas dos impostos próprios, das transferências constitucionais (União e estado) e das transferências do SUS. A evolução do comportamento dessas receitas em Vitória no período de 2009 a 2019 foi demonstrada no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Evolução das receitas de impostos próprios, transferências constitucionais* e as transferências SUS *per capita* no município de Vitória de 2009 a 2019**
Valores atualizados com base no IPCA/IBGE de dez. 2022.



Fonte: Elaboração da autora (2022), com base em dados do SIOPS. Brasil ([2021]).

* As receitas de impostos e transferências constitucionais, referem-se aos indicadores relacionados na letra “a” do Quadro 1;

**As receitas das transferências SUS referem-se à soma das receitas *per capita* das transferências da União e do estado para o SUS (letras “e” e “f” do Quadro 1).

A receita total *per capita* apresentou média de R\$ 5.176,91, com decréscimo de 16,52% entre 2009 e 2019. No entanto, cabe destacar que, nos últimos três anos, o município manteve uma tendência crescente em termos de receita total *per capita*. Observou-se que a receita de impostos próprios apresentou média *per capita* anual decrescente (1,16%), com média de R\$ 2.330,31 por habitante/ano. As receitas das transferências constitucionais da União apresentaram tendência crescente (65,88%), com média de R\$ 550,98 por habitante/no. Por sua vez, as receitas provenientes do estado demonstraram redução no período (45,55%), com média de R\$ 2.060,48. As receitas derivadas das transferências do SUS (receitas adicionais) perfizeram uma média de R\$ 230,19 por habitante/ano, com crescimento de 27,15% no período analisado.

Como se observa, no início da série histórica analisada (2009), identificou-se que as receitas oriundas das transferências constitucionais do estado *per capita* representavam 22,7% a mais do que as receitas dos impostos próprios *per capita*. Em 2013, houve uma inversão de

tendência, de modo que as receitas dos impostos próprios passaram a ser 3,98% a mais do que as transferências constitucionais do estado. Em 2014, esse percentual representou 30,43% e, em 2019, alcançou 47,89%. Essa inversão ocorreu principalmente pela queda da receita do estado, a partir de 2013, sendo ocasionada pelo fim do Fundo de Desenvolvimento das Atividades Portuárias (FUNDAP), conforme demonstrado no estudo realizado por Luduvico e Dalmonech (2017).

Na análise conjunta das receitas das transferências constitucionais (estado e União) em comparação às receitas advindas dos impostos próprios, observou-se que, em 2009, as receitas oriundas das transferências constitucionais *per capita* representavam 43,64% a mais do que as receitas dos impostos próprios *per capita*. Em 2014, houve uma inversão de tendência, de modo que as receitas dos impostos próprios passaram a ser 4,08% a mais do que as transferências constitucionais. Em 2017, essa diferença ampliou-se para 17,38%. Em 2019, constatou-se nova inversão de tendência, de modo que as receitas das transferências constitucionais apresentaram 2,70% a mais do que a dos impostos próprios. Essa inversão é explicada pelo crescimento da participação da receita da União no período analisado.

Desse modo, observou-se que a participação das receitas das transferências constitucionais retomou sua preeminência na receita total da saúde do município de Vitória. Assim, a participação dos impostos próprios, que se manteve predominante de 2014 até 2018, sofreu decréscimo no financiamento da saúde no âmbito municipal.

Esse cenário demonstra o aumento da dependência fiscal do município à União e as distorções decorrentes das oscilações entre a centralização e a descentralização federativa (Franzese.; Abrucio, 2013), que impacta na distribuição de recursos e na provisão de ações e serviços públicos de saúde. Essas situações fomentam ainda a disputa pelos recursos públicos e condiciona as práticas locais às ações regulatórias do MS. Nos próximos itens, detalham-se as análises dessas receitas, de modo a compreender o movimento das fontes de financiamento da saúde no município de Vitória (ES).

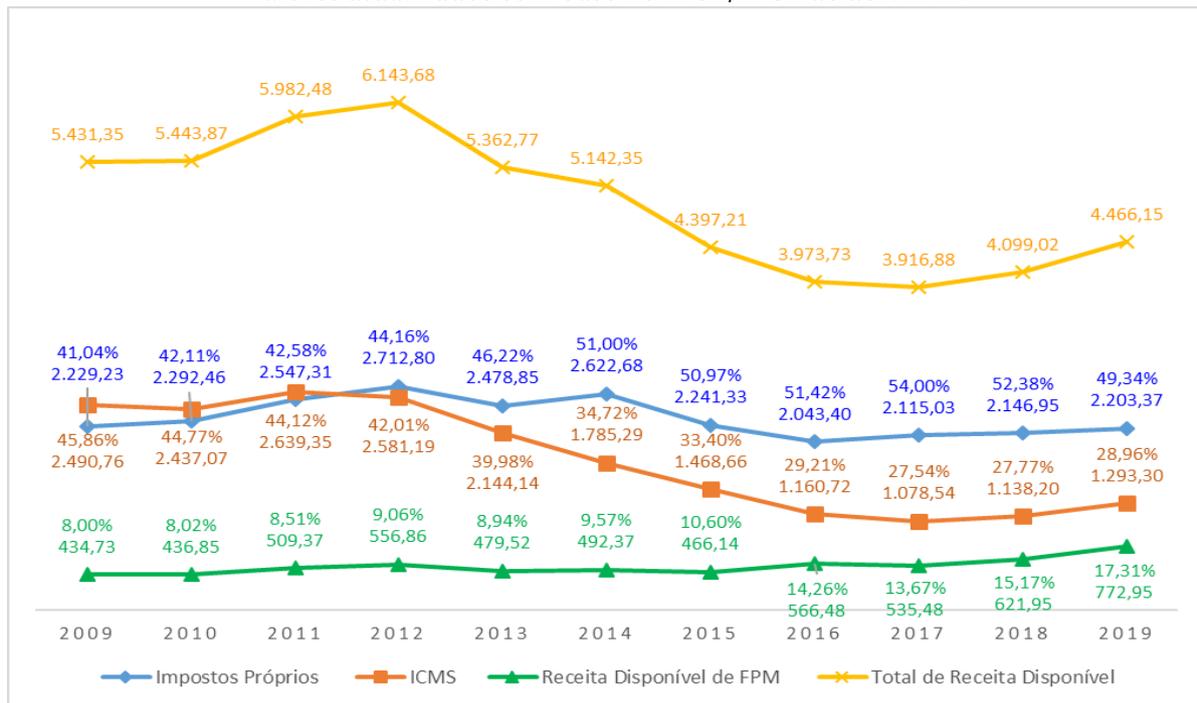
A capacidade da receita municipal

Compreende o diagnóstico da capacidade da receita disponível acerca do reforço das finanças próprias e os graus de autonomia na disponibilidade de recursos para sustentarem o gasto SUS no município (Mendes *et al.*, 2010). Foram avaliados dois indicadores:

a) Evolução da Receita Disponível *per capita*

No município de Vitória, verificou-se que, entre 2009 e 2019, registrou-se uma receita disponível média *per capita* anual decrescente (17,77%), com média de R\$ 4.941,77 por habitante/ano (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Evolução da receita disponível *per capita* (R\$) e do grau de dependência da receita disponível em relação aos impostos, ICMS e FPM (% e \$) do município de Vitória de 2009 a 2019. Valores atualizados com base no IPCA/IBGE de dez. 2022.



Fonte: Elaboração da autora (2022), com base nos dados do SIOPS. Brasil ([2021]).

De forma geral, observaram-se oscilações ascendentes (de 2009 a 2012, de 2018 a 2019) e descendentes (2013, 2014, 2015, 2016 e 2017) na trajetória da receita disponível *per capita*. Os momentos de inflexões encontrados nesta pesquisa se articulam aos resultados de outros estudos, que os justificaram como decorrentes de crises econômicas (Cruz; Barros; Souza, 2022; Paula; Pires, 2017); de fim do Fundo de Desenvolvimento das Atividades Portuárias (FUNDAP) (Luduvico; Dalmonech, 2017); de problemas políticos (Barbosa Filho, 2017; Paula; Pires, 2017) e de problemas fiscais (Barbosa Filho, 2017).

Cabe considerar, que a dimensão fiscal do federalismo influencia também a receita municipal pelos seus mecanismos institucionais e por seus fatores econômicos. Essa dimensão fiscal se configura como reflexo do modelo híbrido de federalismo brasileiro adotado (Franzese; Abrucio, 2013), por concentrar a arrecadação dos recursos na esfera federal e deslocar os encargos das políticas sociais para o âmbito municipal.

b) Evolução do Grau de Dependência da Receita Disponível

Na composição da receita disponível, entre 2009 e 2019 (Gráfico 2), em relação ao grau de dependência dos impostos próprios, observou-se que o município de Vitória apresentou, em média, um percentual de 47,74%. Esse percentual de participação da receita de impostos próprios na receita total do município, quando comparado a outros estudos (Mendes *et al.*, 2010; Santos Neto *et al.*, 2017), representa um alto grau de dependência.

Na evolução do grau de dependência da receita disponível em relação aos impostos próprios, houve um crescimento de 20,22% no período. Esse achado demonstra o esforço municipal na ampliação tributária, que ganhou em termos de autonomia financeira, pois ampliou o intervalo do grau de dependência em relação aos impostos próprios. No entanto, a crise

econômica e política em nível nacional e a queda da arrecadação no município, devido ao fim do FUNDAP, interferiram no processo de ampliação dessas receitas.

Esse fato foi observado nos últimos anos (2018 e 2019), no qual a participação percentual da receita de impostos próprios no município de Vitória sofreu decréscimo, passando de 54% em 2017 para 52,38% em 2018 e 49,34% em 2019, reduzindo o montante de recursos próprios municipais para execução da política de saúde. Esse movimento pode estar articulado à baixa arrecadação de impostos por parte do município e às oscilações na economia nacional (Cruz; Barros; Souza, 2022).

Desse modo, observou-se que aproximadamente metade da receita disponível no município de Vitória é composta por impostos próprios, o que indica, segundo Mendes (2005), maior autonomia financeira do município na implementação da política de saúde e melhor resposta às alterações na forma de repasses das transferências constitucionais.

No que concerne ao grau de dependência da receita disponível em relação às transferências constitucionais do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS)¹³, o município apresentou percentual médio de 36,21% no período de 2009 a 2019.

De acordo com Mendes (2005), as transferências do ICMS tendem a beneficiar os municípios populosos, que dispõem de uma base econômica mais sólida, com maior desenvolvimento econômico. No caso de Vitória, o município possui cerca de 369 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, [2022]) e grande capacidade de arrecadação de impostos próprios, que, por si só, representa quase a metade da composição da receita disponível da cidade. O grau de dependência do ICMS entre 2009 e 2019 evidencia que essa fonte de receita é expressiva, ficando destacada em segundo lugar na composição da receita municipal.

Em Vitória, notou-se que houve uma redução na evolução do grau de dependência em relação às transferências constitucionais do ICMS de 36,85%, no período analisado (Gráfico 2). Esse decréscimo da receita advinda desse imposto foi ocasionado principalmente pelo fim do FUNDAP em 2013, que resultou em queda abrupta na arrecadação estadual de ICMS, impactando na arrecadação municipal (Luduvico; Dalmonech, 2017).

Embora o maior grau de dependência da receita disponível municipal seja dos impostos próprios, o repasse estadual do ICMS manteve seus valores elevados em todos os anos avaliados. Destaca-se que, no período de 2009 a 2011, esse repasse foi o principal responsável pela disponibilidade de recursos para o município, superando os provenientes dos impostos próprios, porém, ao longo dos anos, esse percentual de participação do ICMS sofreu redução na receita total do município. No entanto, segundo Mendes (2005), quanto menor a dependência das transferências do ICMS, maior possibilidade tem o município de executar as políticas públicas.

¹³ O Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) é um imposto estadual previsto no art. 155, II, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e em vigor desde 1989, regulamentado pela Lei Complementar nº 87/1996 (Brasil, 1988).

No que diz respeito à evolução do grau de dependência da receita disponível em relação às transferências constitucionais do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)¹⁴, Vitória, no período de 2009 a 2019, apresentou percentual médio de 11,19%. Esse percentual de participação em relação às transferências do FPM é baixo, quando comparado aos percentuais do grau de dependência da receita em relação à participação dos impostos próprios e do ICMS. De acordo com alguns estudos (Mendes, 2005; Mendes *et al.*, 2010), a dependência do FPM é mais significativa nos municípios pequenos, devido ao critério de distribuição sobre o qual estão baseadas, que se refere à proporcionalidade de faixas populacionais dos municípios.

Em Vitória, verificou-se que houve um crescimento de 116,37% no grau de dependência da receita disponível no que tange às transferências constitucionais — FPM no período. Esse resultado pode apontar o aumento da dependência fiscal do município em relação à União. De acordo com Cruz, Barros e Souza (2022), esse panorama de dependência das transferências federais foi “[...] agravado com a aprovação de emendas constitucionais que limitaram a autonomia municipal no desenvolvimento de mecanismos locais de tributação” (Cruz; Barros; Souza, 2022, p. 2.465).

Assim, entre os anos de 2009 e 2019, os impostos próprios municipais constituíram o percentual médio de 47,74% da receita, enquanto a participação estadual (ICMS) foi de 36,21% e o participação da União (FPM) foi de 11,19%. Desse modo, a análise conjunta das receitas provenientes das transferências constitucionais (ICMS + FPM), totalizaram 47,40%, o que evidenciou um grau alto de dependência das transferências constitucionais, ressaltando a importância dessas receitas na composição do financiamento para implementação da política para o município.

Essa dependência das transferências constitucionais coaduna-se com o modelo centralizador de federalismo fiscal instituído no país. Nessa relação, a União, por possuir uma capacidade fiscal desproporcionalmente superior à capacidade fiscal dos outros entes federados, centraliza a arrecadação e se apropria de receitas tributárias, prejudicando a autonomia municipal. Por sua vez, os municípios tornam-se dependentes das transferências federais diante de sua insuficiente arrecadação local, ao mesmo tempo que permanecem com suas atribuições sociais constitucionais, tendo mais obrigações do que recursos disponíveis (Soares; Machado, 2018). Tal situação provoca distorção no financiamento da saúde, segundo a lógica federativa brasileira, atribuindo maior responsabilidade para o município na oferta de ações e serviços de saúde à população.

Receitas das transferências SUS

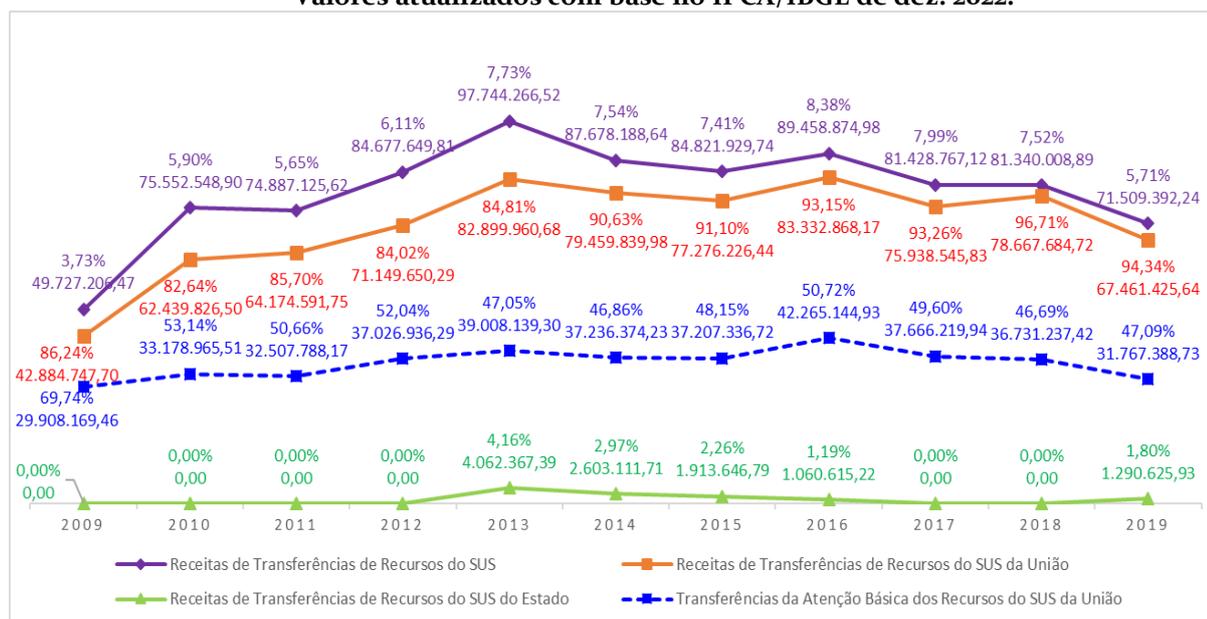
As transferências do SUS (receitas adicionais) consolidam as receitas de transferências fundo a fundo provenientes dos entes federados, outras receitas do SUS, as receitas de operações de crédito vinculadas à saúde e outras receitas orçamentárias (Gomes, 2020). No entanto, não entram na base de cálculo para a comprovação dos limites constitucionais (Brasil, 2021). Nesse sentido, foram analisados os indicadores a seguir:

¹⁴ O Fundo de Participação dos Municípios (FPM) é uma transferência constitucional, instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, art. 159, I, b, composto de 22,5% da arrecadação do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados (Brasil, 1988).

a) Participação da Transferência do SUS no total de recursos transferidos para o município

Entre os anos de 2009 e 2019, verificou-se uma participação média de 6,70% das transferências do SUS no total de recursos transferidos para Vitória. Ao se analisar a evolução dessa participação (Gráfico 3), verificou-se um crescimento de 53,8% dessa receita nos montantes transferidos ao município.

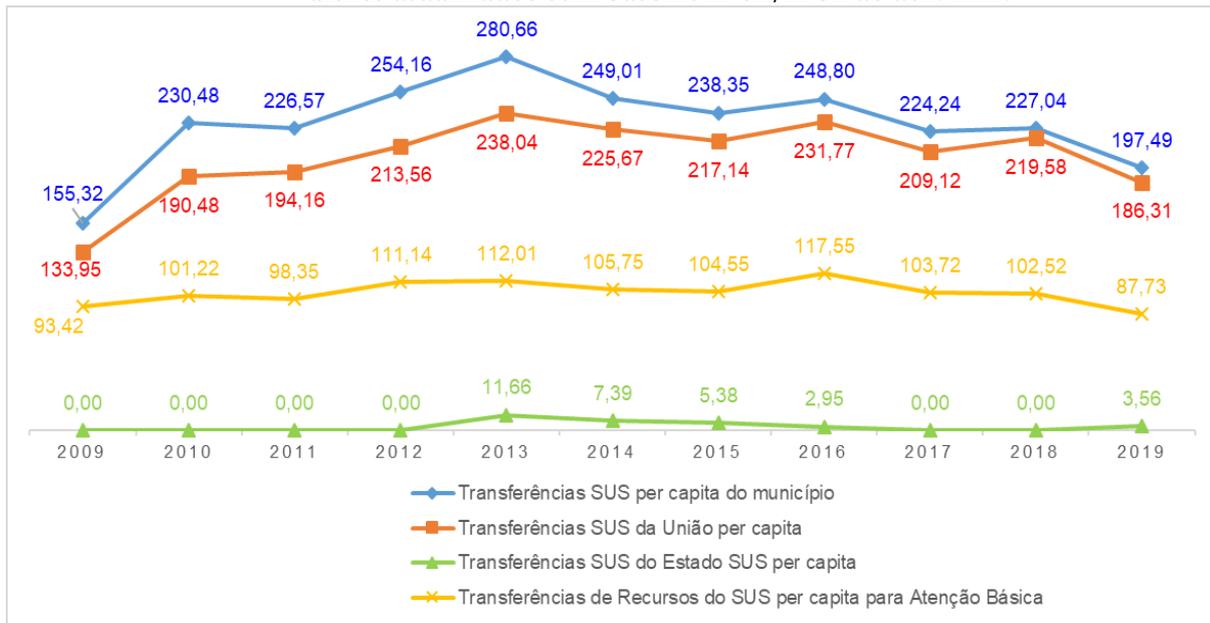
Gráfico 3 – Evolução da participação (%) das transferências SUS no total de recursos transferidos para o município de Vitória de 2009 a 2019
Valores atualizados com base no IPCA/IBGE de dez. 2022.



Fonte: Elaboração da autora (2022), com base nos dados do SIOPS. Brasil [2021]).

Desse modo, no período de 2009 a 2019, a participação das transferências do SUS em relação ao total de recursos transferidos para o município representou uma fonte pequena de recursos para o desempenho do sistema municipal de saúde. De acordo com Mendes (2005), o grau de dependência das transferências do SUS pode influenciar no comportamento do gasto com saúde no município, pois pode acarretar a alocação de receitas próprias em outras áreas de políticas públicas que não seja a saúde, já que conta com grande montante de recursos repassados pelo MS. Em Vitória, essa situação apresentou-se de maneira diferenciada, pois há baixo grau de dependência das transferências do SUS. A média de transferências do SUS *per capita* do município, entre 2009 e 2019, correspondeu a R\$ 230,19 por habitante/ano (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Evolução das transferências do SUS *per capita* no município de Vitória de 2009 a 2019
Valores atualizados com base no IPCA/IBGE de dez. 2022.



Fonte: Elaboração da autora (2021), com base nos dados do SIOPS. Brasil ([2021]).

Observou-se que as transferências SUS *per capita* apresentaram oscilações no decorrer dos anos, contudo, quando se analisa o período entre 2009 e 2019, nota-se um crescimento da transferência do SUS *per capita* de 27,14%.

Cumpra salientar que o aumento das transferências do SUS não asseguram a autonomia municipal na aplicação de recursos, pois esses estão submetidos à regulação do governo federal, que controla a alocação de gastos pela vinculação das receitas em políticas específicas. Assim, segundo Arretche (2012), embora a execução de políticas públicas seja descentralizada, os governos subnacionais têm sua autonomia decisória restringida por meio de um amplo sistema de transferências inter-regionais, no qual o MS continua exercendo seu poder e influenciando as decisões locais.

b) Participação da União nas transferências do SUS

O percentual médio de participação da União no total de recursos transferidos para o município de Vitória, entre os anos de 2009 e 2019, foi cerca de 89,33% (Gráfico 3). Na evolução dessa participação, notou-se um crescimento de 9,38% nesse período. Desse modo, as participações das transferências da União, no total de recursos transferidos para o município, foram responsáveis pela maior parte dos recursos do SUS transferidos no período.

A média das transferências *per capita* realizadas pela União no município (Gráfico 4) entre os anos de 2009 e 2019 foi de R\$ 205,43 por habitante/ano. Observou-se que essas transferências *per capita* apresentaram um crescimento de cerca de 39% no período. De acordo com Santos Neto *et al.* (2017), a adesão às políticas e aos programas ministeriais impacta diretamente no montante transferido pela União, pois apresenta novos incentivos federais para os municípios. No entanto, esses recursos *carimbados* são destinados a programas definidos previamente, impedindo que os municípios discutam e decidam localmente sua melhor utilização (Marques; Mendes, 2005).

Considerando os objetivos deste artigo, analisou-se a trajetória da Participação das Transferências da Atenção Básica nos recursos transferidos da União para o município de Vitória entre os anos de 2009 a 2019 (Gráfico 3). O percentual médio de participação da Atenção Básica nos recursos transferidos da União para o município de Vitória entre os anos de 2009 e 2019 foi cerca de 51,07%, isto é, mais da metade dos recursos transferidos da União foram destinados à atenção básica. Observou-se que, em 2009, o percentual transferido para atenção básica representava 69,74% dos recursos da União; em 2019, esse percentual foi para 47,09%, evidenciando uma redução de 32,48% na evolução da participação da União no financiamento da atenção básica.

A média das transferências *per capita* realizadas para a atenção básica nos recursos transferidos da União para Vitória (Gráfico 4) entre os anos de 2009 e 2019 foi de R\$ 103,45 por habitante/ano. Constatou-se que essas transferências *per capita* apresentaram redução de cerca de 6% no período do estudo.

Cumprе ressaltar que o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo¹⁵ e o variável¹⁶ (Brasil, 1996) constituíram as principais formas de repasses de recursos federais para o custeio da atenção básica, até o ano de 2019. Essas transferências de recursos federais foram importantes instrumentos de indução e coordenação federativa de políticas públicas (Lima; Andrade, 2009), pois representam fonte regular e significativa de receitas orçamentárias para a maioria dos municípios brasileiros. No entanto, o subfinanciamento crônico do SUS, atrelado à promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (Brasil, 2016) pelo governo golpista de Temer, agravaram o financiamento do sistema. Esse cenário nacional permite compreender o decréscimo de recursos evidenciado no município de Vitória no que tange à atenção básica.

c) Participação do estado nas transferências do SUS

Constatou-se que, de 2009 a 2012, não houve participação estadual nos recursos transferidos para a saúde no município (Gráfico 3). A partir de 2013, notou-se participação do estado, que, no decorrer dos anos (2014, 2015 e 2016), apresentou redução de 71,50%. Nos anos de 2017 e 2018, não foi verificada novamente a participação desse ente. Por fim, no ano de 2019, observou-se nova participação. Essa situação evidencia a baixa participação das transferências estaduais para o referido município.

Assim, na média dos 11 anos estudados, o percentual de transferências do SUS pela União foi de 89,33%, em comparação a 1,13% de transferências realizadas pelo estado para o município de Vitória. Portanto, a União destacou-se na participação nas transferências para o SUS no período analisado.

A baixa participação do estado também foi evidenciada nos estudos de Mendes *et al.* (2010), Santos Neto *et al.* (2017) e Gomes (2020), que analisaram a composição de receitas nos

¹⁵ O PAB fixo consiste em uma transferência de recursos financeiros destinado à cobertura de atenção básica de saúde nos municípios, cujo cálculo seria de base *per capita* e transferido de forma regular e automaticamente ao Fundo Municipal de Saúde (Brasil, 1996).

¹⁶ O PAB variável, composto por incentivos financeiros destinados a incentivos à adoção de programas estratégicos do MS, que estão condicionados a adesão e ao alcance das metas pactuadas (Brasil, 1996).

municípios e concluíram que a União também é a maior responsável pelas transferências de recursos, corroborando os achados deste estudo.

A média de transferência *per capita* realizadas pelo estado no período do estudo foi de R\$ 2,81 por habitante/ano (Gráfico 4). Verificou-se que, além dos anos sem repasse dessas transferências (2009, 2010, 2011, 2012, 2017 e 2018), elas apresentaram oscilações no período, com tendência de redução do montante de recursos estaduais (2013, 2014, 2015, 2016 e 2019) nos recursos transferidos para a saúde no município. A queda abrupta na arrecadação estadual de ICMS, em 2013, pela descontinuidade do FUNDAF (Luduvico; Dalmonech, 2017) foi uma das principais responsáveis pelos achados encontrados.

Dessa forma, enquanto a transferência *per capita* da União teve crescimento de aproximadamente 39% entre 2009 e 2019, o estado do Espírito Santo reduziu o percentual *per capita* transferido para o município de 2013 a 2016 e apresentou períodos de ausência de repasse de recursos nos demais anos.

Assim, as análises das transferências *per capita* realizadas pela União e pelo estado no período de 2009 a 2019 demonstraram a participação limitada do estado na composição da receita da saúde destinada ao município. Por outro lado, evidenciaram a importância da participação da União, pois os recursos provenientes desse ente compuseram uma parte significativa da receita municipal no que tange às transferências dos recursos federais para a cidade de Vitória.

Desse modo, essas distorções e os impasses federativos impactam diretamente na disponibilidade de recursos financeiros para a provisão de ações e serviços de saúde, em particular no âmbito municipal (Arretche, 2012). Assim, a União, os estados e os municípios variaram na forma como assumiram a descentralização administrativa, a responsabilização fiscal e as competências sobre as políticas públicas, gerando duplicidade e omissões, como também iniquidades na oferta de políticas no território nacional (Soares; Machado, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do financiamento da saúde implicou discutir as receitas direcionadas às ações e aos serviços de saúde, em particular de atenção básica, no município de Vitória/ES no período de 2009 a 2019, a fim de identificar as fontes de recursos destinados a saúde e a participação dos entes federativos na composição da receita do sistema municipal de saúde.

Nesse sentido, as receitas da saúde no município de Vitória foram marcadas pela dependência das transferências constitucionais dos entes federados e de suas oscilações nos montantes recebidos, bem como pela atuação do poder público municipal, por meio da ampliação das receitas destinadas à essa função e pela redução do direcionamento dos recursos públicos para a atenção básica.

O estudo possibilitou ainda verificar um desequilíbrio entre as participações dos entes federativos no financiamento da saúde municipal, tendo em vista os recursos oriundos de cada ente federado, em particular para atenção básica. Nessa perspectiva, constatou-se que os recursos transferidos da União foram a principal fonte de receita para a atenção básica, pois a maior dos recursos foi destinada a essa subfunção. No entanto, a prioridade dada à atenção básica nas políticas do governo federal não se reverberou no financiamento federal das ações

e dos serviços de saúde, considerando o decréscimo de recursos direcionados a essa subfunção no período.

Assim, os mecanismos institucionais de transferências entre os entes federativos, resultantes da descentralização na execução das políticas de saúde, não foram suficientes para sanar os desequilíbrios presentes nas relações intergovenamentais, que resultam na articulação, na negociação e nos constrangimentos do financiamento do sistema do município pesquisado.

Nessa direção, cabe destacar que o financiamento da saúde no município de Vitória, assim como em outros municípios brasileiros, insere-se no contexto das restrições impostas às políticas de saúde e dos cortes orçamentários no âmbito do capitalismo contemporâneo, adotado pelo governo federal, que se fez refletir, por exemplo, na redução de recursos federais à atenção básica para o município de Vitória no período analisado.

Desse modo, o financiamento da saúde no âmbito municipal necessita de políticas de ampliação de recursos financeiros para o SUS, a partir do aumento da participação da União e do estado na composição de receita do sistema municipal de saúde, considerando que os recursos vinculados ainda são insuficientes para assegurar a oferta de ações e serviços de saúde e que as transferências do SUS, condicionadas às regulamentações do governo federal, submetem os municípios à lógica fragmentada (adesão e cumprimento de regras ministeriais) do financiamento federal.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BARBOSA FILHO, F. H. A crise econômica de 2014/2017. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 31, n. 89, p. 51-60, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/BD4Nt6NXVr9y4v8tqZLJnDt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília (DF), 2019.

Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.023, de 6 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a NOB 01/96 – Norma Operacional Básica do SUS. Brasília (DF), 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS**. Brasília (DF): SIOPS, [2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/sistema-de-informacoes-sobre-orcamentos-publicos-em-saude-siops>. Acesso em: 6 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de Orientação SIOPS**. Brasília (DF): SIOPS, 2021. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/cartilha_2021.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

CRUZ, W. G. N. C.; BARROS, R. D.; SOUZA, L. E. P. F. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2459-2469, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFv3kDLJxZgR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 out. 2022.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas: os casos dos sistemas de saúde, assistência social e de educação. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 361-386.

GOMES, A. M. **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**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/vitoria.html>. Acesso em: 10 set. 2022.

LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2237-2248, out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qc8tVd6kwcHVwLJkpRvgwWk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2021.

LUDUVICO, M. S.; DALMONECH, L. F. **Análise da relação entre as receitas e as despesas no orçamento realizado pela Prefeitura Municipal de Vitória/ES por meio de indicadores no período de 2013 a 2016**. Colatina: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo, 2017. Disponível em: https://colatina.ifes.edu.br/images/tccs/AdmPub2018/TCC_Admpub_2018_MirellaDosSantosLudovico.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. 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, n. Supl. 2, p. 143-161, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2021.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1., p. 159-175, jan./ jun. 2005. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/588/07-RosaAquilasMendes.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2011.

MENDES, A. **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 da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENDES, A. *et al.* **Financiamento e Gasto do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de São Paulo, 2002-2008**. São Paulo: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo; FUNDAP; 2010. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/oB3Wb9EEwoRXKaHlFTWRCWXBOczA/view?resourcekey=o-YyTZHzY1wTuVQpgM8kkxCA>. Acesso em: 31 ago. 2022.

PAULA, L. F.; PIRES, M. Crise e perspectivas para a economia brasileira. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 31, n. 89, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/jNpn6wfChvNj659nr4LLtGD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2022.

SANTOS NETO, J. A. *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**. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G6B5z5w9BQr9x5s6Mn5vdDp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília (DF): Escola Nacional de Administração Pública, 2018. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3331/1/Livro_Federalismo%20e%20Pol%20cas%20P%20bablicas.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

Marilene Gonçalves FRANÇA. Trabalhou na concepção e delineamento, na análise e interpretação dos dados, e na redação do artigo.

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especialização em Atenção Primária a Saúde. Mestrado em Saúde Coletiva. Especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde. Doutorado em Saúde Coletiva. Enfermeira da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória.

Adriana Ilha da SILVA. Trabalhou na concepção e delineamento e na revisão crítica.

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutorado em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo e pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professora Associada do departamento de Serviço Social da UFES e Professora adjunta do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Robson ZUCCOLOTTO Trabalhou na análise e interpretação dos dados e na revisão crítica.

Graduação em Ciências Contábeis pelas Faculdades Integradas Castelo Branco. Mestrado em Ciências Contábeis pela FUCAPE. Doutorado em Controladoria e Contabilidade pela FEA-USP. Pós-doutorado em Administração Pública e Governo na Fundação Getúlio Vargas. Professor Adjunto do Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Federal do Espírito Santo, e no Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis.
