

O Gotejar dos Recursos Intergovernamentais no SUS: uma *proxy* de Itapevi entre 2013 e 2020

Letícia Aparecida Felicidade¹

Luciana Rosa de Souza²

Resumo: Esta pesquisa analisa o gotejar dos recursos intergovernamentais no SUS, usando Itapevi como *proxy* para o período entre 2013 a 2020, visando compreender o percurso dos recursos intergovernamentais desde o nível federal até o município. Pergunta-se: como ocorre o gotejar de orçamento para o SUS em nível subnacional? Ou seja, qual a relação pode ser estabelecida entre o recurso intergovernamental e o orçamento municipal destinados ao SUS?

Palavras-chave: Orçamento Público; Fundo de Participação dos Municípios; SUS; Fundo de Participação dos Estados.

Abstract: The present research project analyzes the trickle of intergovernmental resources in the SUS, using Itapevi as a proxy for the period, between 2013 and 2020, aiming to understand how intergovernmental resources reach the municipal level. The question is: how does the budget trickle down to the SUS occur at the subnational level? That is, what relationship can be established between the intergovernmental resource and the municipal budget earmarked for the SUS?

Keywords: Public Budget; Municipal Participation Fund; SUS; State Participation Fund.

Introdução

Este artigo analisa o gotejar dos recursos intergovernamentais no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da cidade de Itapevi, entre 2013 e 2020, com enfoque na evolução orçamentária referente às receitas geradas, por meio das transferências de recursos intergovernamentais para o município e despesas desempenhadas na oferta de serviços de saúde no SUS.

Para construir essa abordagem considerou-se, os estudos na área da Economia da Saúde, que segundo CAMPOS (1985) é uma disciplina muito jovem, com cerca de um quarto de século, o primeiro teorizador consistente foi Arrow (1963), que trouxe os estudos pioneiros sobre as dificuldades em aplicar a análise econômica às questões de saúde, englobando: i) escassez de recursos; ii) saúde como um serviço essencial para manter a vida e a atividade econômica; iii) relação custo-benefício entre recursos e decisões.

Com isso, relacionando a definição entre essas duas áreas do saber, nota-se que possuem vínculo direto e são complementares, assim tem-se que Economia da Saúde é um ramo do conhecimento que aplica os conceitos econômicos ao campo das ciências da saúde, para otimizar a alocação dos recursos disponíveis à gestão dos serviços e ações de saúde, assegurando assim assistência e cuidado para garantir eficientemente a oferta de serviços de saúde para a população.

¹ Bacharel em Economia pela Universidade Federal de São Paulo. E-mail: felicidade@unifesp.br

² Professora Adjunta do departamento de Economia da Universidade Federal de São Paulo. E-mail: luciana.rosa@unifesp.br

Neste artigo a saúde é tida como um direito fundamental no Brasil, amparado pela Constituição Federal de 1988 (CF88), construído sob o princípio da seguridade social, onde a saúde se tornou um direito vinculado à cidadania, reconhecida formalmente como direito social de acesso universal e igualitário³.

O período analisado está circunscrito entre 2013 e 2020, devido à Lei Complementar nº 141 regulamentada em 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde, por parte da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Segundo o CONASEMS (2017), o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão verificou se os entes federados estavam aplicando corretamente o limite mínimo, descrito na Lei complementar nº 141. Sendo assim, o recorte temporal escolhido para esta pesquisa iniciou-se em 2013, alinhado ao início da fiscalização da aplicação do limite mínimo, e finalizou em 2020, devido a disponibilidade dos dados até o momento de redação do trabalho.

Portanto, pretende-se analisar as transferências de recursos intergovernamentais para a Itapevi, e qual a sua relação com os recursos destinados às ações e serviços do SUS. Para isso, o artigo foi dividido em três sessões. Na primeira apresenta-se uma história do SUS. Em uma segunda sessão foram mostrados os dados sobre Itapevi, caracterizando a cidade. Finalmente, na última sessão analisaram-se os dados do orçamento municipal, receitas arrecadadas por meio de Impostos Líquidos e Transferências Constitucionais e Legais (foco desta análise), Receitas Adicionais, e despesas desempenhadas com saúde no SUS. Para analisar as receitas e despesas, as bases de dados serão extraídas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS⁴). Enquanto, para estudar o crescimento populacional considerado na construção desta pesquisa, utilizou-se os dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE⁵).

1. SUS: Saúde como direito no Brasil

Para compreender o fluxo de recursos do ente federal para o subnacional, destinado a custear ações e serviços públicos de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessária uma

³ das Leis complementares e ordinárias, responsáveis pelas diretrizes que regem o funcionamento do SUS, sendo elas: a) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; b) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; c) Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. No entanto, vale destacar que elas foram fundamentais para desenvolver os princípios e diretrizes que orientam o funcionamento do sistema de saúde, ao qual após a promulgação da CF88, se tornou o sistema de saúde menos excludente, dado os critérios de acesso universal e igualitário, além de trazer maior sustentabilidade econômico-financeira no que tange ao financiamento da saúde.

⁴ (I) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): <https://antigo.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>

⁵ (II) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=destaques>

contextualização sobre a evolução histórica da saúde no Brasil, até sua vinculação com a cidadania, estabelecida na Constituição Federal de 1988 e garantida via implementação do SUS.

Segundo Temer (2018) no contexto histórico do país, até a chegada da família real, em 1808, não havia nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo interesse por sua criação, somente após a sua chegada, surgiu a necessidade de organizar uma estrutura sanitária mínima, que foram impostas aos portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a saúde da família real. Com a independência do Brasil, em 1822, algumas poucas e precárias políticas de saúde foram implementadas, porém, eram destinadas “ao controle dos portos e atribuía às províncias quaisquer decisões sobre tais questões” (TEMER, 2018 p.6).

Neste sentido, a Proclamação da República, em 1889, se tornou o marco do início das práticas de saúde em nível nacional, uma vez que, trouxe nova forma de organização do aparelho estatal, estabelecendo o presidencialismo como o novo sistema de governo, que elegeu, em 1902, Rodrigues Alves como presidente, ao qual mediante a crise sanitária enfrentada pelo país, foi responsável pela nomeação dos sanitaristas Oswaldo Cruz e Carlos Chagas para assumirem à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), e “implementaram um modelo sanitarista visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando-se responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia no país, respectivamente” (TEMER, 2018 p.7).

Além disso, dado o caráter agroexportador da economia brasileira no período, o que se exigia do sistema de saúde, era principalmente, “uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação” (POLIGNANO, 2001, p.6).

No entanto, a acumulação capitalista advinda do comércio exterior promoveu o início do processo de industrialização no país, utilizando mão de obra estrangeira nas indústrias, devido à experiência que detinham graças à industrialização já desenvolvida na Europa. Dessa maneira, o movimento operário começou a conquistar alguns direitos sociais, como a aprovação da Lei Elói Chaves, em 1923, pelo Congresso Nacional, que foi o marco inicial da previdência social. Esta lei foi responsável pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que asseguravam aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões (Temer, 2018).

Posteriormente, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que tornou o sistema de saúde menos excludente, uma vez que passou a abranger quantidade maior de trabalhadores. No entanto, em 1967, o IAPs foi extinto e substituído pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), implantado para atender “trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e trabalhadores com carteira

assinada através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)” (TEMER,2018, p.6).

Todavia, o modelo previdenciário de saúde foi incapaz de atender aos inúmeros problemas de saúde coletiva, consequência da falta de recursos financeiros suficientes para sua manutenção atrelado ao aumento dos custos operacionais, e com o descrédito social em resolver a questão da saúde, o modelo proposto entrou em crise (POLIGNANO, 2001). No final da década de 1980, houve inúmeras mudanças no país, marcadas pelo movimento de transição democrática que culminou, em 1985, no movimento das Diretas Já e a eleição de Tancredo Neves que pôs fim ao regime militar, e os movimentos sociais inclusive na área de saúde, resultaram na criação das associações dos secretários de saúde estaduais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) e municipais (Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde - CONASEMS). Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988 (POLIGNANO, 2001).

A Constituição Federal de 1988 (CF88), inaugurou uma nova fase, pois adotou um sistema de proteção social, pautado nos princípios da seguridade social⁶, ou seja, no que tange o sistema de saúde, a CF88 reconheceu formalmente a saúde como um direito social de acesso universal e igualitário. Dessa maneira, a CF88 representou um marco para sociedade em termos de saúde, uma vez que substituiu o sistema de saúde previdenciário, que excluía a população não vinculada ao mercado formal de trabalho, por um sistema que reconhecia a saúde como direito de todos. Assim, além de formalizar a saúde como um direito vinculado à cidadania, a CF88 assegura pelo mesmo texto constitucional as bases e diretrizes do SUS:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade. Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”

O SUS por definição é um sistema público nacional de caráter universal, atrelado ao conceito de saúde como direito de cidadania, baseado na concepção de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; integralidade do atendimento com prioridade das atividades preventivas e participação da comunidade. Sendo assim, o SUS é uma obrigação legal sob responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (CONASS, 2003).

⁶ Art. 1º A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social

Assim, em 1988, a Constituição Federal “incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência social” (PAIM, 2013). Ademais, “a universalização do acesso à saúde a partir da Constituição de 1988 pode ser considerada uma das mais inclusivas das políticas sociais no país, uma vez que incorporou cerca de 135 milhões de brasileiros antes sem cobertura” (Marques e Mendes, 2005, p. 173).

Embora a definição do SUS tenha sido determinada na constituição de 1988, sua regulamentação foi obtida somente após à aprovação, pelo Congresso Nacional, das seguintes leis complementares e ordinárias: a) 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 (BRASIL, 1990); b) 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 área da saúde (BRASIL, 1990); e c) Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

Em termos de financiamento ao SUS, antes da CF1988, a saúde era financiada com recursos provenientes do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Fundo da Previdência e Assistência Social - FPAS), ao qual era garantido mediante “contribuições de empregados e empregadores, da contribuição da União e de outras receitas” (MENDES E FUNCIA, 2016). Neste modelo, os recursos previdenciários eram destinados à assistência médico-hospitalar das pessoas que participavam do mercado formal, enquanto a população não vinculada ao sistema previdenciário tinha pouco ou quase nenhum acesso aos serviços de saúde. (SERVO, 2011)

No entanto, a CF88 ao criar a Seguridade Social, redefiniu a forma de financiamento da saúde, ou seja, estabeleceu que o SUS deve ser financiado por toda sociedade através dos recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Neste sentido, o SUS é financiado através das fontes de recursos provenientes das três esferas de governo - Federal, Estadual e Municipal, com isso, os entes federados assumem a responsabilidade de gerar as receitas necessárias para suprir as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Além disso, o texto constitucional em seu artigo 195 prevê que Orçamento da Seguridade Social recebe recursos por meio da Contribuição sobre Lucro Líquido (CSLL) e pela

Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), pagas pelas empresas à União. (MENDES E FUNCIA, 2016)

Ademais, a implementação do SUS e a definição dos critérios de seu financiamento, ocorreram em meio a forte crise econômica com reflexos sobre o padrão de financiamento por parte do Estado, assim, até meados dos anos 2000, não havia um processo de financiamento estável que vinculasse os recursos nas três esferas de governo. Para garantir a sustentabilidade econômico-financeira de todas as esferas, em 2000, foi aprovada pelo Congresso Nacional, a Emenda Constitucional 29 (EC29), responsável pela vinculação dos recursos da União, Estados e Municípios à Saúde, que ofereceu estabilidade ao financiamento do SUS ampliando o volume de recursos pelo aporte proveniente das esferas subnacionais. SERVO (2011)

A regulamentação da EC29 ocorreu em 2012, via Lei Complementar (LC) nº 141/2012, que dispôs sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)⁷, bem como os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo (Brasil, 2012). Em relação aos valores mínimos a LC nº141/2012 determina que a União deveria aplicar anualmente, em ASPS, o montante empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA). Enquanto, os Estados e o Distrito Federal aplicarão no mínimo 12% da arrecadação dos impostos, e os Municípios aplicarão o mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos. (CONASS, 2015).

Além disso, a LC nº142/2012 cumpre o papel de fiscalizar, avaliar e controlar as despesas com saúde, regulamentadas pelo Decreto n. 7.827 de 16 de outubro de 2012, que estabeleceu os procedimentos para as transferências constitucionais, e procedimentos para suspender e restabelecer as transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ASPS, ou seja, se algum ente federal aplicar recursos em ASPS abaixo do limite mínimo previsto, pode sofrer sanções como o corte de recursos provenientes das transferências federais para o custeio das despesas em saúde do ano seguinte. (CONASS, 2015).

Em relação aos critérios definidos pela EC29 para aplicar o limite mínimo em ASPS pela União, estes foram mantidos até 2015, devido a um movimento contrário à Emenda Popular do Movimento Saúde +10⁸ (PLP nº321/2013), que solicitava a aplicação de 10% da Receita Corrente

7 São consideradas ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080.

8 Projeto de Lei de Iniciativa Popular assinado por quase três milhões de brasileiros, e lutava pela rejeição à proposta, uma vez que as modificações realizadas durante tramitação no Senado definem que os valores empenhados pelo orçamento impositivo e os 25% dos royalties do Pré-Sal, entrando na base de cálculo do mínimo a ser aplicado em

Bruta da União (RCB) para a saúde, com isso, o Congresso Nacional aprovou a PEC n.358/315, promulgada pela a Emenda Constitucional nº 86 (EC86), no dia 17 de março de 2015, que alterou o método de cálculo do piso constitucional a ser aplicado em ASPs pela União [que deixou de aplicar os recursos oriundos da RCB, passando aplicar recursos da Receita Corrente Líquida (RCL)], mantendo apenas as regras vigentes para os entes federados (CONASS,2015).

Ademais, em 2016 o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 95 (EC95), instituindo um novo regime fiscal, que congelou despesas primárias da União por 20 anos, limitando-as à inflação do período anterior, ou seja, aprovou um teto dos gastos para as despesas que financiam políticas públicas (CHIORO, 2021). Contudo, em relação aos Estados e Municípios os percentuais mínimos a serem aplicados na saúde, foram mantidos sob as regras da LC nº141/2012, que estabelece os valores mínimos arrecadados em impostos a serem aplicados anualmente com ações e serviços de saúde por estas esferas de governo.

Dessa forma, as leis complementares e ordinárias orientam os entes federados a uma atuação integrada, para garantir a aplicação de recursos na saúde, de forma a atender as necessidades da população. Assim, dado o entendimento sobre as fontes de financiamento do SUS, o próximo tópico abordará a operacionalização e gestão dos recursos financeiros obtidos por meio das transferências intergovernamentais.

1.1. Transferência dos recursos intergovernamentais

As transferências intergovernamentais foram estabelecidas, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. As transferências atuam como um elemento central no sistema de relações federativas no Brasil como item fundamental de receita para a grande maioria dos governos subnacionais (estados e municípios) (SANTOS E LUIZ, 2016).

Além disso, constituem repasses de recursos financeiros entre entes descentralizados de um estado, ou entre estes e o poder central, e podem ser classificadas como transferências legais (ou automáticas) e transferências discricionárias ou voluntárias. As transferências legais são regulamentadas por leis específicas, as quais definem a origem dos recursos, a forma de aplicação e o montante a ser transferido a cada esfera de governo prevista em lei. Enquanto as transferências voluntárias são definidas em cada processo orçamentário e resultam de negociações entre autoridades centrais, governos subnacionais e os representantes no Parlamento e sua função é

auxiliar e complementar as transferências legais, dado que apresentam maior flexibilidade em ações excepcionais de curto prazo (GOMES, 2009).

Neste processo, as transferências legais podem ser repassadas aos entes subnacionais, através das transferências automáticas ou pelas transferências fundo a fundo. Em relação às transferências automáticas estas consistem no repasse de recursos financeiros sem utilizar convênios e ocorre mediante a depósito em conta específica, esta forma de repasse é utilizada no financiamento do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Enquanto as transferências fundo a fundo consistem no repasse de recursos diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal ou do Distrito Federal, dispensando a celebração de convênios, estes repasses são utilizados para financiar programas na área da saúde e da assistência social (GOMES, 2009).

Dessa forma, as transferências intergovernamentais foram estabelecidas pela Constituição, que prevê a partilha de determinados tributos arrecadados pela União com os estados, o Distrito Federal e os municípios. Sendo os principais: Fundo de Participação dos Municípios (FPM) uma transferência redistributiva, paga pela União a todos os municípios do país; e Fundo de Participação dos Estados (FPE) que é uma transferência feita da União para todos os estados do país, de caráter obrigatório, incondicional, sem contrapartida e redistributiva. Estas transferências são fundamentais nas receitas da grande maioria dos governos subnacionais, além destes citados há outros tributos⁹ arrecadados pela União que são partilhados entre os entes federados (SANTOS E LUIZ, 2016).

Em relação ao financiamento do SUS as transferências intergovernamentais contribuem expressivamente para garantir a sustentabilidade econômica e financeira do sistema, a LC nº141/2012 formalizou o conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), e elencou os critérios de rateio aplicáveis às transferências de recursos entre esferas de governo no SUS. Em relação a estes critérios explicitou que as transferências intergovernamentais objetivam “progressiva redução das disparidades regionais” (PIOLA, 2017).

Dessa maneira, conforme previsto na Constituição o financiamento do SUS é compartilhado entre as três esferas de governo, e sua operacionalização é viabilizada pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que transfere os recursos do SUS para financiar as ASPS, que são geridas pelos Fundos de Saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (CONASS, 2015).

⁹ Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), Imposto sobre a Produção Industrial Proporcional às Exportações (IPI- -Exportação), Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico sobre Combustíveis (CIDE-Combustíveis), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) e Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) (Brasil, 2016)

Além disso, a LC nº141/2012 descreve em seus artigos 17 e 18 da seção III, como se dá, a movimentação dos recursos da União repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios:

O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos artigos 18 e 22 aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do parágrafo 3o do art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 2012).

O artigo 18, estabelece que os recursos do “Fundo Nacional de Saúde¹⁰” (FNS) orientado para despesas, ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital que devem ser executados pelos entes federados e devem ser transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de regular e automaticamente dispensando a criação de convênios (Brasil, 2012).

Neste sentido, a Constituição de 1988, promoveu uma redistribuição dos recursos tributários para os entes subnacionais, além de possibilitar que os estados e municípios gerissem suas próprias receitas pela obtidas via tributação direta. As transferências intergovernamentais contribuem para efetivar o princípio da descentralização, dado que amplia a participação de estados e municípios no financiamento das ASPS. (SANTOS E LUIZ, 2016)

Em suma, as transferências dos recursos intergovernamentais para os entes subnacionais, ocorrem através das transferências constitucionais e legais, via transferências voluntárias, e são essenciais para ampliar a autonomia financeira de uma entidade descentralizada, pois contribui expressivamente para custear ações e serviços públicos de saúde no SUS. Além disso, foram elaboradas para reduzir as disparidades regionais, e ampliar a descentralização do SUS, garantindo transferência de responsabilidades e recursos para a esfera estadual e municipal. Neste sentido, para compreender o princípio da descentralização no âmbito municipal o próximo tópico irá abordar como se dá a gestão municipal do SUS.

2. Gestão municipal dos SUS: o caso de Itapevi

O princípio da descentralização foi regulamentado através das leis: Lei Federal nº8.080/90, que dispõe sobre a organização e o funcionamento do serviço de saúde e a Lei Federal nº8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para área da saúde. Estas leis, foram responsáveis por

¹⁰ O FNS desenvolve o projeto de Apoio à Gestão e Organização de Fundos de Saúde, que consiste na cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e gestores do SUS para criar, legalizar, organizar e estruturar os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, de forma que todos os recursos da saúde sejam geridos por estes fundos, conforme estabelece a legislação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

consagrar a municipalização da saúde como uma estratégia para se efetivar a descentralização dos serviços de saúde (SANTOS E LUIZ, 2016).

Na tentativa de normatizar os fluxos, os recursos e as competências entre os gestores de saúde, ao longo dos anos 90 algumas portarias ministeriais foram instituídas. Sendo uma delas, a Norma Operacional Básica NOB – SUS 01/96 implementada para incentivar o poder municipal a assumir a gestão da saúde, sendo o responsável imediato por atender as necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (SANTOS E LUIZ, 2016). Isso implica que o Município se tornava responsável pela gestão plena do sistema, que envolve planejamento, programação e execução, controle, avaliação e, se necessário, auditoria de todas as ações e serviços de saúde executadas no município, de forma direta através de unidades de saúde públicas ou indiretamente, através de serviços privados contratados (SANTOS E LUIZ, 2016).

Itapevi, localiza-se na região metropolitana de São Paulo, pertencente à zona oeste da Grande São Paulo, com aproximadamente 82,658 km² de extensão territorial (estimativa do IBGE 2020), em termos de área territorial é o 5º (quinto) maior município da região. Em relação ao número de habitantes, entre os anos de 2013 e 2020, o município apresentou um crescimento em torno de 11%, e esse movimento acompanha a dinâmica de crescimento populacional da região. Possui, aproximadamente, 240 mil habitantes. Além disso, a população apresenta um perfil etário concentrado entre as faixas dos 14 aos 45 anos, o que representa uma população economicamente ativa, e com perfil ainda jovem. Em relação à dinâmica de trabalho e rendimento em 2019, o salário médio mensal era de 3,9 salários-mínimos (estimativa do IBGE 2019).

Após esta breve apresentação do município, serão detalhadas as receitas arrecadadas por Itapevi, destinadas ao custeio das despesas com as ações e serviços públicos de saúde no SUS. As receitas arrecadadas provêm de recursos provenientes da arrecadação própria que envolve receita líquida de impostos, transferências Constitucionais e Legais, e as transferências voluntárias que compõem as receitas adicionais. Por fim, analisam-se os dados referentes às despesas executadas em ações e serviços públicos de saúde totais, ao qual inclui as ASPS por subfunção¹¹ estabelecidas pela LC nº141/201, e as despesas que não são computadas¹² para fins de apuração do percentual mínimo.

11 Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição e Outras Subfunções

12 Despesas com Inativos e Pensionistas; Despesa com Assistência à Saúde que não atende ao princípio de acesso universal; Despesas Custeadas com outros recursos; Outras Ações e serviços não computados; Restos a Pagar não Processados Inscritos Indevidamente no Exercício sem Disponibilidade Financeira; Despesa Custeadas Com Disponibilidade De Caixa Vinculada Aos Resto a Pagar Cancelados e Despesas Custeadas Com Recursos Vinculados à Parcela do Percentual Mínimo que não foi aplicada em ações e serviços em exercícios anteriores.

No processo de financiamento do SUS, a LC nº141/201 determina os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ASPS pelos municípios, serão calculados conforme o montante das receitas totais arrecadadas, através dos impostos e das transferências constitucionais e legais somente enquanto as receitas adicionais forem complementares. Além disso, os recursos provenientes da receita total não devem ser destinados para custear despesas não computadas, estas devem ser pagas pelas receitas adicionais que são arrecadadas através das transferências voluntárias. Ademais, esta lei determina que o limite mínimo de recursos a ser aplicado em ASPS é 15% da arrecadação dos seus impostos e, caso não o faça, estará sujeito a sanções em relação às transferências constitucionais e legais para o custeio das ASPS do próximo ano.

3. O gotejar dos recursos: ótica das receitas

Neste tópico usaram-se dados referentes ao orçamento público da cidade de Itapevi, presentes do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) extraídos do SIOPS. Salienta-se que as receitas correntes foram consideradas por envolverem as receitas tributárias (impostos, taxas e contribuição de melhoria), receitas de contribuições, receitas patrimoniais e receitas de serviços. Estas receitas orçamentárias são disponibilizadas por recursos financeiros que ingressam durante o exercício, e constituem elemento novo para o patrimônio público aumentando o saldo financeiro.

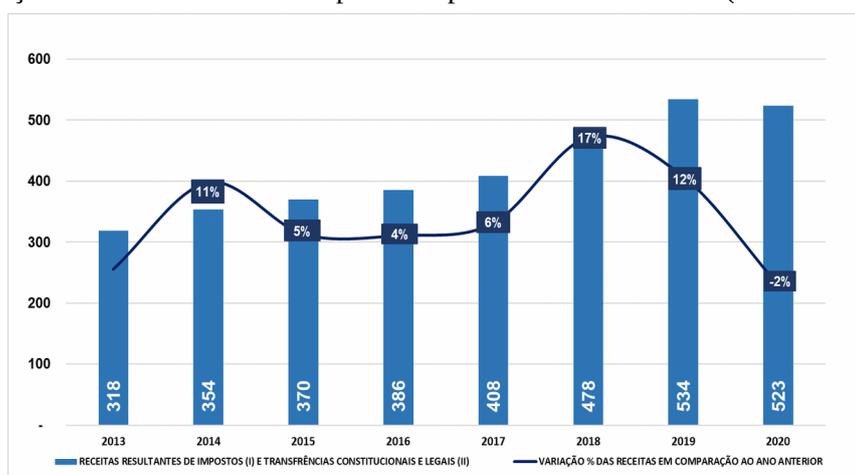
Para análise das receitas geradas para o custeio da saúde, a Constituição de 1988, determina que o município pode gerar suas receitas via arrecadação de impostos sendo eles: i) Receita de Impostos Líquida constituída por: a) Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU; b) Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos – ITBI; c) Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS; d) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF; d) Imposto Territorial Rural – ITR; e) Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos; f) Dívida Ativa dos Impostos; g) Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa; e a as ii) Receitas de Transferências Constitucionais e Legais constituída por: g) Cota-Parte FPM; h) Cota-Parte ITR; i) Cota-Parte IPVA; j) Cota-Parte ICMS; k) Cota-Parte IPI-Exportação; iii) Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais; l) Desoneração ICMS (LC 87/96) e Outras. Além das transferências voluntárias que envolve: TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS que envolve recursos da União, Estados, Municípios e Receitas do SUS; (IV)TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS; (V) RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE e (VI) OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE.

No entanto, conforme previsto na LC nº141/2012 para calcular o montante mínimo dos recursos destinados para custeio das ASPS, utiliza-se somente o total das receitas arrecadadas por

impostos e das transferências constitucionais e legais, e as receitas adicionais atuam de maneira complementar para o custeio das despesas com saúde.

Dessa maneira, analisando o comportamento das receitas arrecadadas via impostos e transferências constitucionais e legais [figura 1], nota-se que o município tem tendência de crescimento ao longo do período, e o ano que o município mais arrecadou em valor foi 2019, em variação percentual essa arrecadação representa um crescimento de 12 p.p. comparado a 2018, este percentual ficou abaixo da tendência de crescimento, pois em 2018 o município teve um crescimento em torno de 17 p.p. em sua arrecadação. Contudo, a tendência de crescimento foi vista somente até 2019, uma vez que, em 2020, observou-se queda na variação das receitas em torno de 2% (em relação a 2019) o que equivale a redução de R\$11 milhões de reais nas receitas totais de Itapevi.

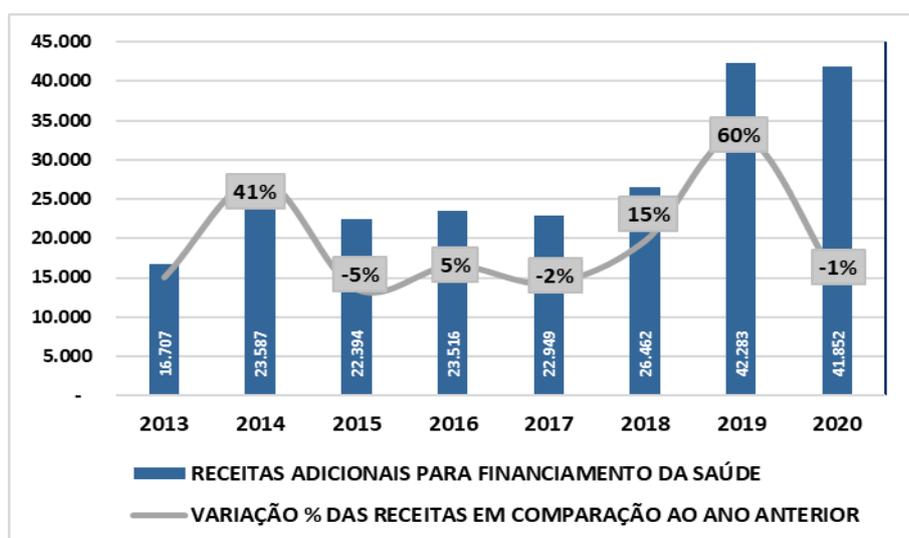
Figura 1 – Evolução das Receitas do Município de Itapevi entre 2013 e 2020 (em R\$ milhões)



Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

Analisando a evolução das receitas adicionais para o financiar o SUS [figura 2] observa-se que elas apresentaram uma evolução desfavorável em 2015, 2017 e 2020. Isso pode ser explicado, devido ao caráter voluntário desses recursos, ou seja, não decorre de determinação legal mas, resulta de negociações entre as autoridades centrais e os governos subnacionais, com isso, atuam de maneira complementar às transferências constitucionais e legais.

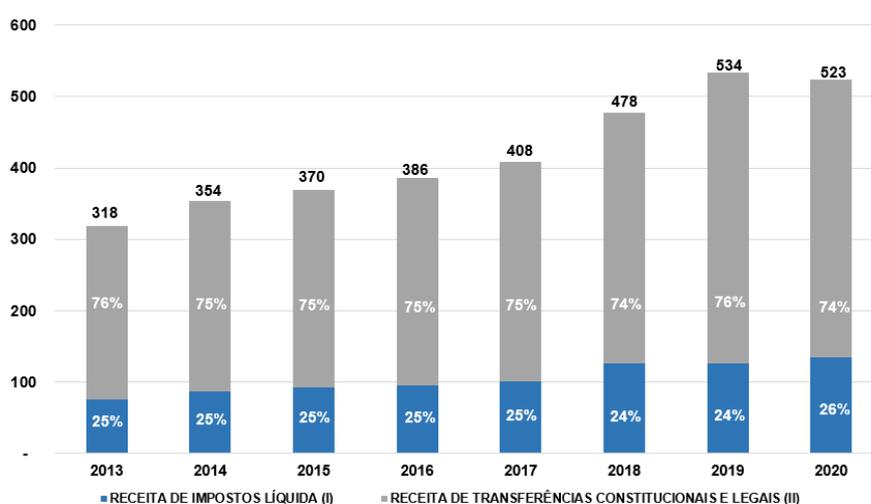
Figura 2 – Evolução das Receitas Adicionais para Financiamento do SUS em Itapevi entre 2013 e 2020 (em R\$ milhões)



Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

A composição da receita total, obtida pela soma da receita com de impostos (I) e das Transferências Constitucionais e Legais (II). A figura 3 mostra que as receitas arrecadadas via transferências constitucionais e legais representam em média 75% das receitas totais, enquanto as receitas arrecadadas diretamente pelo município via impostos, na média representam apenas 25% do total, ou seja, esses dados apontam que Itapevi apresentou forte dependência por parte dos recursos arrecadados via transferências constitucionais e legais fornecidas pela União e Estado.

Figura 3- Receita Total de Itapevi Provenientes de Impostos Líquida (I) e de Transferências Constitucionais e Legais (II) (em R\$ milhões)

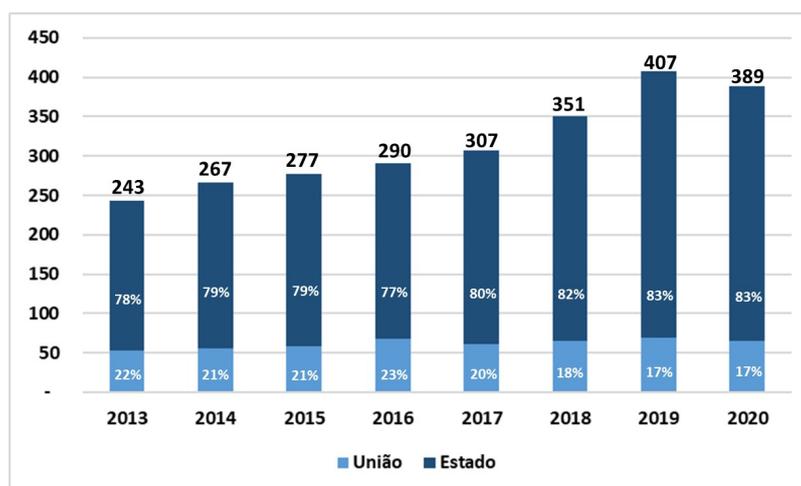


Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

Além disso, as transferências constitucionais e legais repassadas ao município, também apresentam diferentes graus de participação da União e do Estado [figura 4], nota-se que o

município recebeu mais recursos do Estado de SP do que da União, na média esses recursos representam 80% da arrecadação total de Itapevi, e são transferidos via arrecadação de IPVA, IPI-Exportação e através da Cota-Parte do ICMS que é o repasse mais expressivo do Estado de SP para Itapevi, devido ao desenvolvimento promovido pelos setores de indústria, varejo, atacado e serviços na cidade.

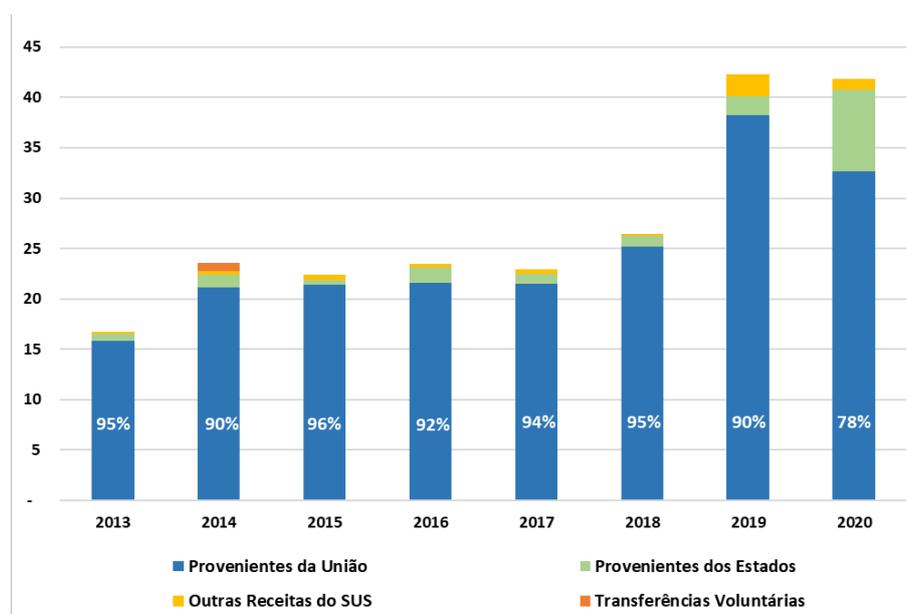
Figura 4 – Participação da União e Estado nas Transferências Constitucionais e Legais (em R\$ milhões)



Fonte: SIOPS, elaborado pela autora

Vale ressaltar que, a diferença entre os graus de participação entre a União e o Estado também aparecem nas receitas adicionais. No entanto, diferente do comportamento visto nas transferências constitucionais e legais [figura 5] nota-se que a União transfere maior volume de recursos quando comparada ao Estado, o que na média representa em torno de 90% das receitas adicionais para financiar a saúde no nível municipal.

Figura 5 – Participação da União e Estado nas Receitas Adicionais para Financiamento do SUS em Itapevi entre 2013 e 2020 (em R\$ milhões)



Fonte: SIOPS, elaborado pela autora

Retornando para analisar a evolução das receitas totais, [figura 6], houve queda de 2% na arrecadação de 2020 comparada a 2019, isso pode ser explicado devido a redução de 5% dos recursos provenientes das transferências constitucionais e legais, o que em termos reais representou uma redução aproximada de R\$18 milhões [Figura 6], e, apesar da arrecadação ter crescido em torno R\$7 milhões, não foi suficiente para compensar o impacto da queda dos repasses intergovernamentais. Por parte da União a redução nas transferências constitucionais e legais ocorreu, pois em 2020, a União reduziu cerca de 90,5% do valor médio das transferências a estados e municípios para o combate à pandemia em 2021¹³.

Figura 6 – Demonstrativo das Receitas Totais Provenientes de Impostos Líquida (I) e das Transferências Constitucionais e Legais (II) (em R\$ milhões)

¹³ Fonte: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/02/uniao-corta-90-5-de-repasses-para-estados-e-municipios-durante-pandemia> <acessado em: 20 de dezembro de 2021>

ANO	RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)
2013	75.603.809	242.793.466
2014	86.895.810	266.895.899
2015	92.398.746	277.348.837
2016	95.438.751	290.259.414
2017	101.697.554	306.746.785
2018	126.529.190	350.995.721
2019	127.028.798	407.230.418
2020	134.731.505	388.512.794

Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

É possível acompanhar a composição das receitas de Itapevi provenientes da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais e legais, nota-se que durante todo o período analisado, as transferências legais foram maiores que as receitas arrecadadas via impostos, refletindo a dependência do município em relação a estas transferências.

3.1. O gotejar dos recursos: pela ótica das Despesas

As despesas totais desempenhadas em saúde, englobam as Despesas Correntes¹⁴ e as Despesas de Capital¹⁵, estas são classificadas por subfunção conforme previsto na LC 141/2021, além de fazerem parte das despesas totais os gastos não são computados para apurar o percentual mínimo. De acordo com a LC 141/2012 o município deve aplicar o percentual mínimo de 15% da sua receita total, e estes recursos só devem ser destinados para custear as ASPS conforme cada subfunção, enquanto as despesas não computadas na apuração são financiadas pelas receitas adicionais.

Dessa forma, analisando a evolução das despesas totais com saúde [figura 7] é possível identificar um comportamento similar ao das receitas totais, ou seja, o município apresentou tendência de crescimento ao longo do período, com redução em 2016 e em 2020, de R\$11 milhões e R\$3 milhões respectivamente. Estas reduções ocorreram, pois em 2016 o município diminuiu os seus gastos com despesas não computadas em 40 p.p., enquanto em 2020 houve uma queda tanto nas despesas com ASPS quanto nas despesas não computadas de 1p.p. e 6p.p. respectivamente.

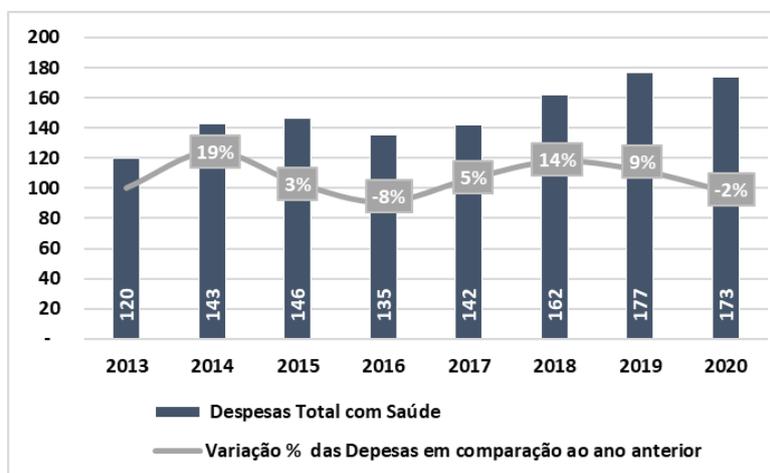
Diferente de 2016, em 2020 houve queda devido à menor disponibilidade de recursos para custear as despesas com saúde, isto porque a União e o Estado repassaram um volume menor de

¹⁴ Pessoal e Encargos Sociais, Juros e Encargos da Dívida e Outras Despesas Correntes

¹⁵ Investimentos, Inversões Financeiras e Amortização da Dívida

recursos ao município. Neste caso, nota-se uma relação direta entre as receitas e despesas, ou seja, à medida que cai a arrecadação o município diminui os recursos disponíveis para a saúde.

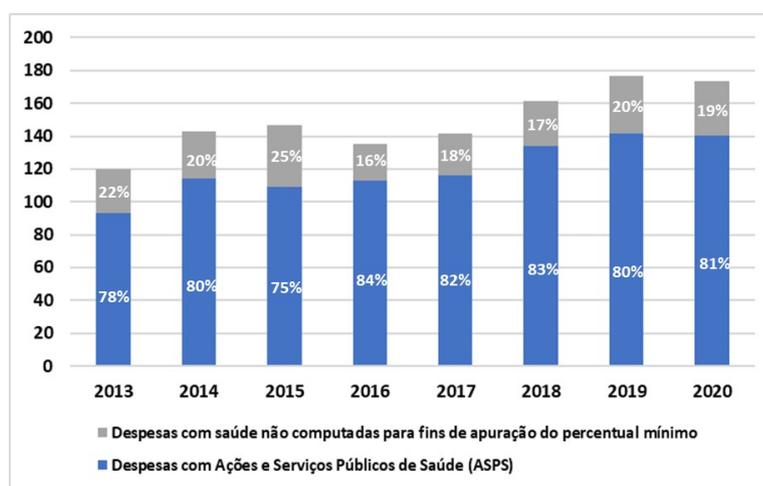
Figura 7 – Evolução das Despesas Totais com saúde no Município de Itapevi entre 2013 e 2020 (em R\$ milhões)



Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

Analisando a participação das despesas com ASPS e as despesas não computadas na composição das despesas totais, as figuras 8 e 9, demonstram que as despesas com ASPS representam na média cerca de 80% dos gastos que o município executa com saúde, isso ocorre justamente por serem as despesas previstas na LC 141/2012, as quais são voltadas para promover e recuperar a saúde.

Figura 8 - Participação das Despesas com ASPS e Despesas não computadas nas Despesas Totais em Saúde de Itapevi entre 2013 e 2020 (em R\$ milhões)



Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

Figura 9 - Demonstrativo da participação das Despesas com ASPS e Despesas não computadas nas Despesas Totais em Saúde de Itapevi entre 2013 e 2020 (em R\$ milhões)

Ano	Total das Despesas com Ações e serviços públicos de saúde	Despesas com saúde não computadas para fins de apuração do percentual mínimo	Total da Despesas com Saúde
2013	93.399.992	26.312.307	119.712.299
2014	114.251.054	28.589.556	142.840.610
2015	109.263.560	37.150.511	146.414.071
2016	113.133.826	22.271.451	135.405.277
2017	116.290.803	25.393.137	141.683.940
2018	133.833.876	27.851.037	161.684.913
2019	141.760.088	35.028.843	176.788.931
2020	140.453.361	32.927.033	173.380.394

Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

Conforme já mencionado, as despesas com ASPS são pagas em grande parte com os recursos arrecadados pelo município via impostos e pelas transferências constitucionais e legais, seguindo critério do percentual mínimo, ou seja, deste recurso o município é obrigado a aplicar no mínimo 15% em saúde. Contudo, a figura 10, demonstra que durante todo o período o município aplicou em saúde sempre acima do limite mínimo constitucional, gastando em média 29% da sua arrecadação total com saúde.

Vale destacar, que as receitas totais arrecadadas através dos impostos e das transferências previstas por lei, não são destinadas apenas a custear a saúde, mas também para educação, segurança, meio ambiente entre outros. Neste sentido, *pari passu* ao aumento da demanda por saúde no nível municipal houve queda na entrada de recursos adicionais via transferências voluntárias.

Figura 10 - Evolução das Despesas com Ações e Serviços de Saúde (ASPS) entre 2013 e 2020 (em R\$ milhões)

Ano	Limite Mínimo Constitucional (15%)	ASPS EXECUTADO	Percentual Executado
2013	47.759.591	93.399.992	29%
2014	53.068.756	114.251.054	32%
2015	55.462.137	109.263.560	30%
2016	57.854.725	113.133.826	29%
2017	61.266.651	116.290.803	28%
2018	71.628.737	133.833.876	28%
2019	80.138.882	141.760.088	27%
2020	78.486.645	140.453.361	27%

Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

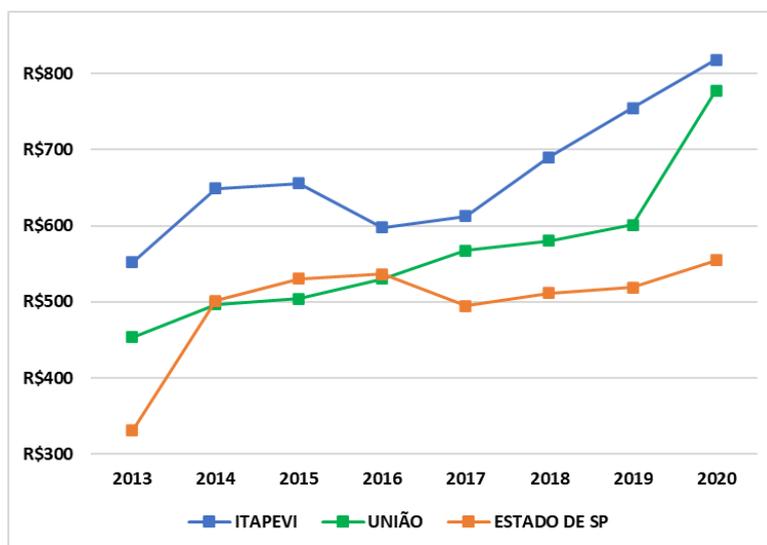
Atuar sempre acima do limite mínimo constitucional gera pressão sobre o orçamento da cidade de Itapevi, isto porque o município não arrecada o suficiente tornando-se muito dependente das transferências constitucionais e legais, e como dito anteriormente não recebe recursos suficientes via receitas adicionais, para custear grande parte das despesas com saúde. Este cenário

impacta a administração dos recursos, pois o município destina na média quase 29% dos seus recursos próprios para a saúde e o mínimo de 25% para a educação conforme previsto na Constituição¹⁶, restando menos de 50% de disponibilidade orçamentária para investir em outras áreas como segurança, manutenção das vias públicas, lazer, meio ambiente e outros.

À medida que os gastos com serviços essenciais como saúde e educação elevam a ponto de prejudicar o investimento em outros serviços há um esmagamento do orçamento municipal, limitando-o para atender outras demandas.

Outro fator importante a ser considerado na análise das despesas, é como o valor total das despesas é refletido no gasto *per capita* com a saúde do munícipe, com isso, fazendo um comparativo entre a dinâmica de gastos da saúde de Itapevi, com o Estado de São Paulo e a União, [figura 11], observa-se que ambos os entes federados demonstram tendência de crescimento ao longo do período. Contudo, a cidade de Itapevi apresenta um gasto por habitante maior do que o do Estado de São Paulo e da União. Na média Itapevi investe cerca de R\$666,03 reais por ano, o que equivale a um gasto diário de R\$1,82. Enquanto na média, o Estado de São Paulo investe R\$571,00 equivalente a um gasto diário de R\$1,56, e a União investe R\$497,00 equivalente a um gasto diário R\$1,36.

Figura 11 - Evolução da Despesa Total com Saúde R\$/HAB da União, Estado de São Paulo e Município de Itapevi (em R\$ reais)



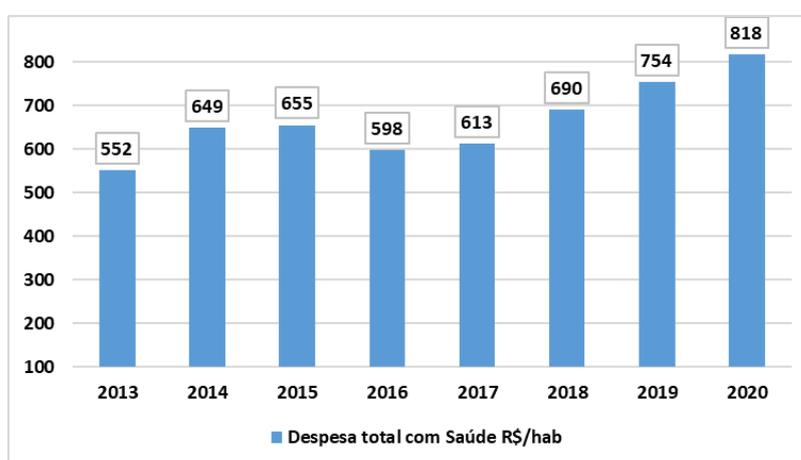
Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

¹⁶ Artigo 212 - A União aplicará, anualmente, nunca menos de 18%, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios 25%, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino.

Em relação a evolução da despesa total com saúde de Itapevi (figura 12), em 2013, a cidade investiu cerca de R\$552,00 reais por habitante com ações e serviços de saúde, já em 2020 esse investimento aumentou para R\$ 818,00, o que representa um crescimento de 48 p.p., financeiramente significa um crescimento de apenas R\$266,00 reais.

Apesar de Itapevi apresentar na média, um gasto por habitante maior do que o investido pela União e Estado, ainda assim é um investimento muito baixo por habitante, a média do gasto diário é de aproximadamente R\$1,82 reais e é menor do que o valor de uma tarifa do transporte público (CPTM – trem) que custa R\$4,40 reais¹⁷.

Figura 12 - Evolução da Despesa Total com Saúde em R\$/HAB do Município de Itapevi entre 2013 e 2020 (em reais)



Fonte: SIOPS, 2021. Elaborado pela autora.

Ainda na análise do gasto em saúde por habitante, é importante discutir sobre o crescimento observado ao longo do período, pois este aumento não deve ser visto puramente como uma maior disponibilidade de recursos para se investir em saúde, esse aumento deve ser associado também a inflação, ou seja, o aumento nas despesas com habitantes foi impactado também pelo aumento dos preços relacionados aos serviços de saúde¹⁸, com isso, a cidade acaba gastando mais para ofertar a mesma assistência do ano anterior.

De acordo com dados do IPCA e IBGE, a inflação nos serviços de saúde em geral, cresce de maneira exponencial e acima do IPCA, isso se deve a mudança demográfica do Brasil e a ineficiência do sistema público e privado. Além disso, o crescimento do índice de inflação da saúde cresce acima do IPCA, devido a metodologia utilizada, pois o cálculo do IPCA é feito pela variação dos preços de uma determinada cesta de itens, enquanto na inflação da saúde pondera-se mais do

¹⁷ <https://www.sptrans.com.br/tarifas/> <acessado em: 10 de janeiro de 2022>

¹⁸ <https://economieadeservicos.com/2018/07/17/o-problema-da-inflacao-de-servicos-da-saude-no-brasil>

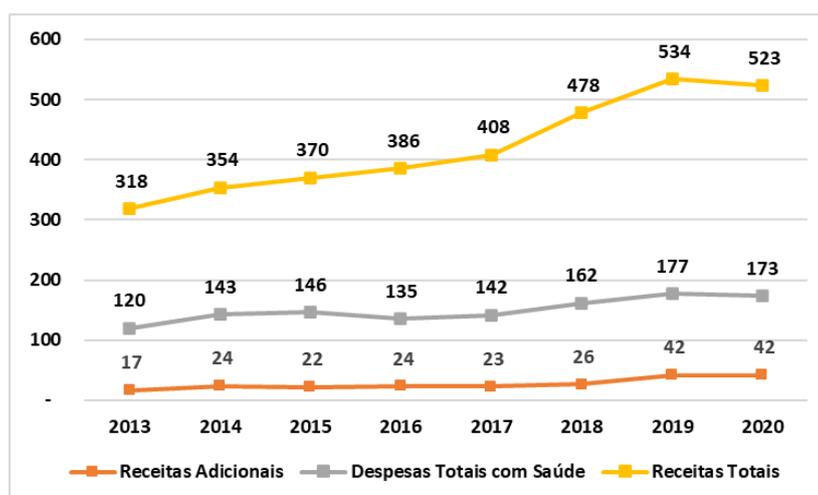
que a variação dos preços de materiais e procedimentos, inclui-se também a frequência na utilização dos serviços por parte do cidadão, pois este fator é importante para analisar a variação dos custos¹⁹.

Dessa forma, para se ofertar as mesmas ações e serviços de saúde do ano anterior, o município acaba dependendo mais recursos, o que configura um crescimento apenas numérico e não de disponibilidade de mais materiais e procedimentos para prestar assistência à saúde do habitante. Analisando 2020, ano de maior investimento com saúde por habitante em Itapevi, além do impacto da inflação com os preços dos insumos cada vez maiores, tem-se também o impacto da Covid-19, que gerou maior necessidade de recursos, devido às superlotações do sistema público.

Portanto, a cidade de Itapevi entre 2013 e 2020, apresentou tendência de crescimento em suas despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), que foram acompanhadas pelo crescimento das receitas, o que refletiu um aumento no investimento por habitante ao longo do período. No entanto, essa evolução crescente das despesas deve ser atrelada ao impacto da inflação, que gerou aumento nos custos dos materiais e procedimentos, e em 2020, o impacto da Covid-19 pressionou o orçamento graças a superlotação do sistema.

Nesse sentido, o aumento no orçamento da saúde em Itapevi, ainda é muito baixo para atender à necessidade de uma população em crescimento. Além de tudo, o município apresenta forte dependência das transferências constitucionais e legais e das transferências adicionais, pois sem estas o município seria incapaz de fornecer o mínimo necessário para atender sua população, isto porque arrecada pouco através dos impostos.

Figura 13 - Evolução das Receitas e das Despesas Totais com Saúde da cidade de Itapevi, entre 2013 a 2020 (em R\$ milhões)



Fonte: SIOPS, elaborado pela autora.

19 <https://medicinasa.com.br/iess-saude-inflacao/>

Vale destacar que Itapevi apresenta uma arrecadação própria não muito representativa em relação a suas receitas totais, ou seja, a maior fonte de recursos se dá via transferências constitucionais e legais, que na média representam 75% do orçamento da cidade, além das receitas adicionais que são destinados exclusivamente para o SUS. Isto reforça a forte dependência do município por parte dos recursos provenientes da União e do Estado.

Neste sentido, caso haja queda nas transferências intergovernamentais, o município acaba sendo impactado frente aos recursos disponíveis para saúde, fato que ocorreu em 2020, quando Itapevi recebeu 5% a menos de recursos da União e Estado, o que gerou redução de 1% nos recursos destinados à saúde por parte do município. Essa dependência gera uma pressão sobre o orçamento municipal, que dada a dinâmica de crescimento populacional tende a aumentar a demanda por saúde. Contudo, o município apresentou uma evolução crescente em suas despesas com saúde, refletindo um aumento no investimento por habitante, porém esse crescimento não pode ser visto de maneira isolada, ou seja, é necessário atrelar o impacto da inflação e outras variáveis que são responsáveis pela elevação do custo em ações e serviços públicos de saúde, como no caso da Covid-19 em 2020.

Isto aponta que apesar da cidade de Itapevi ter ampliado seus gastos em saúde, esse aumento ainda não reflete uma disponibilidade maior de recursos, dado que na média, o gasto diário por habitante representa cerca de R\$1,82 reais. Além disso, grande parte deste montante é proveniente dos recursos próprios do município, e conforme visto o percentual mínimo aplicado ao longo do período é de 29%, ou seja, o município faz um esforço enorme para manter o sistema funcionando adequadamente.

Dessa forma, conforme previsto na CF88, as transferências intergovernamentais visam aumentar a autonomia financeira do município, mediante a flexibilização, a preservação da independência dos governos subnacionais na fixação das prioridades, a previsibilidade e regularidade das transferências e a capacidade de não inibir a arrecadação local (GOMES, 2009).

Portanto, a conclusão a que se chega, é que as transferências intergovernamentais são muito importantes para a sobrevivência do município, sua expressiva representatividade na composição das receitas totais, complementa os recursos destinados à saúde. Além disso, essas transferências fazem parte do montante considerado no cálculo do percentual mínimo a ser destinado à saúde, isso demonstra que o gotejar dos recursos da União e Estado no SUS em âmbito local está diretamente relacionado com o volume de recursos que a cidade investe em ações e serviços de saúde.

Considerações Finais

Objetivou-se analisar o gotejar dos recursos intergovernamentais no SUS, a partir de um estudo de Itapevi entre 2013 a 2020. Para atingir esse objetivo, analisou-se a evolução e a relação entre receitas arrecadadas pelo município via impostos e transferências intergovernamentais, com as despesas executadas em ações e serviços públicos de saúde no SUS.

No período estudado, Itapevi apresentou uma evolução crescente tanto em suas receitas, quanto nas despesas destinadas à saúde, em relação às despesas houve uma redução em 2016 devido a queda dos gastos com as despesas não computadas, e em 2020, observou-se uma redução nas duas variáveis de análise receitas e despesas, o que demonstra um comportamento de dependência das despesas executadas em relação às receitas arrecadadas, essa redução cresceu justamente em um período de aumento da demanda por saúde devido a Covid-19, afetando assim os serviços prestados à população.

Além do mais, de Itapevi aplicar recursos sempre acima do limite constitucional e gerar uma pressão sobre seu orçamento, esse investimento é muito necessário para atender a demanda da população, porém quando refletida a despesa total para o gasto *per capita* por habitante, nota-se que o valor aplicado ainda é muito baixo, e vem sendo impactado pela variação da inflação, devido ao aumento dos preços com os materiais e procedimentos de saúde.

Atrelado a isso, como já esmiuçado no tópico referente a apresentação dos dados, em relação receitas totais utilizados no cálculo do percentual mínimo previstos na LC nº141/2012, verifica-se que as transferências intergovernamentais, representam em média 75% das receitas de Itapevi, isto demonstra a relevância e a importância destas transferências para a gestão municipal das políticas públicas, diante disso para garantir uma administração eficiente maior terá que ser o esforço por parte do gestor público para otimizar a alocação dos recursos.

Portanto, a relação estabelecida entre o orçamento de Itapevi com o gotejar dos recursos intergovernamentais destinados ao SUS, é uma relação de dependência, ou seja, como o município apresenta uma arrecadação por meios próprios insuficiente para custear as despesas com as políticas públicas de sua região, pode-se dizer que Itapevi depende dos recursos do Estado e da União para sobreviver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 20 set. 1990a. Seção I, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 de dezembro de 2021

BRASIL. Lei nº 8,142, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 de dezembro de 2021

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 10 de dezembro de 2021

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 de dezembro de 2021

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003.

GOMES, Emerson Cesar da Silva. Fundamentos das transferências intergovernamentais. **Direito Público**, v. 6, n. 27, 2009.

MARQUES, Rosa Maria M.; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005

MENDES, Aquilas; FUNCIA, F. O. SUS e seu financiamento. **Marques RM, Piola SF, Roa AC, Ocké-Reis CO, Funcia FR, et al. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: ABRES**, p. 139-68, 2016.

Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Minuta de análise dos gastos da União em ações e serviços públicos da saúde no período de 2013 a 2020. Brasília: SIOPS, dez. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1927-1936, 2013.

PIOLA, Sérgio F. **Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012**. Texto para Discussão, 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 200.

SANTOS, René José Moreira dos; LUIZ, Viviane Rocha de. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. 2016. p. 169-204.

SERVO, Luciana MS et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. Melamed C, Piola SF, organizadores. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, p. 85-108, 2011.

TEMER, MILENA CIRQUEIRA et al. SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL E O DIREITO À SAÚDE COMO GARANTIA DE UM DIREITO FUNDAMENTAL. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 16, n. 1, 2018.