



**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**DÉBORA PIAZZA FIOREZE**

**ESTUDO E AVALIAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS E GASTOS NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA**

**CAXIAS DO SUL**

**2021**

**DÉBORA PIAZZA FIOREZE**

**ESTUDO E AVALIAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS E GASTOS NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA**

Monografia submetida ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade de Caxias do Sul como requisito obrigatório para obtenção do grau de bacharelado.

Orientador: Prof. Me. Reinaldo Boeira Duarte.

**CAXIAS DO SUL**

**2021**

**DÉBORA PIAZZA FIOREZE**

**ESTUDO E AVALIAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS E GASTOS NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA**

Monografia submetida ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade de Caxias do Sul como requisito obrigatório para obtenção do grau de bacharelado.

Orientador: Prof. Me. Reinaldo Boeira Duarte.

**Aprovado em** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

Prof. Me. Reinaldo Boeira Duarte  
Universidade de Caxias do Sul – UCS

---

Prof. Me. Lodonha Maria Portela Coimbra Soares  
Universidade de Caxias do Sul – UCS

---

Prof. Me. Mônica Beatriz Mattia  
Universidade de Caxias do Sul – UCS

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde brasileiro exerce papel fundamental no desenvolvimento da sociedade e qualidade de vida da população. Desta forma, este trabalho visa realizar uma análise das transferências e despesas com a função saúde no município de Flores da Cunha. Inicialmente, o segundo capítulo é constituído pelo método teórico descritivo e abordagem sobre fluxo de gestão e organização das finanças públicas. No que diz respeito ao terceiro capítulo há uma abordagem histórica descritiva do Sistema Único de Saúde e a evolução da forma descentralizada em que as decisões são tomadas no Sistema Único de Saúde. Por fim, no quarto capítulo há uma análise dos dados quantitativos e dos dados qualitativos da saúde no município, utilizando-se os indicadores fornecidos pelo estado do Rio Grande do Sul. O conjunto de dados demonstra que o município de Flores da Cunha recebe valores transferidos, mas apresenta alguns indicadores sociais sem meta atingida.

**Palavras chave:** Sistema Único de Saúde. Finanças públicas. Descentralização. Transferências. Despesas. Indicadores Sociais.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Estrutura institucional e decisória do SUS ..... | 34 |
| Figura 2 - Fluxo de financiamento do SUS.....               | 36 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Principais tipos de estabelecimentos prestadores de serviços ao SUS por região em 2016.....                             | 34 |
| Tabela 2 - Gasto público e privado em saúde no Brasil e no Reino Unido em 2014                                                     | 41 |
| Tabela 3 - Soma das Transferências Federal e Estadual para o município de Flores da Cunha destinado à saúde entre 2014 e 2020..... | 44 |
| Tabela 4 - Transferências da União para o Rio Grande do Sul destinadas à saúde entre 2014 e 2020.....                              | 46 |
| Tabela 5 - Transferências do Rio Grande do Sul para os municípios destinados à saúde entre 2014 e 2020.....                        | 47 |
| Tabela 6 - Transferência Estadual para o município de Flores da Cunha destinado à saúde entre 2011 e 2020.....                     | 48 |
| Tabela 7 - Transferência Federal para o município de Flores da Cunha destinado à saúde entre 2014 e 2020.....                      | 49 |
| Tabela 8 - Despesas por função com a saúde no município de Flores da Cunha entre 2014 e 2020.....                                  | 51 |
| Tabela 9 - Indicadores da Função Saúde.....                                                                                        | 52 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |                                                                                                |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatel  | Agência Nacional de Telecomunicações                                                           |
| ANS     | Agência Nacional de Saúde Suplementar                                                          |
| CAPS    | Centros de Atenção Psicossocial                                                                |
| CEBES   | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde                                                          |
| CIB     | Comissões Intergestoras Bipartite                                                              |
| CIT     | Comissões Intergestoras Tripartite                                                             |
| Cofins  | Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social                                         |
| CPMF    | Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira                                          |
| CSLL    | Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido                                                      |
| IBAMA   | Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis                       |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                                |
| ICMS    | Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação |
| IDESE   | Índice de Desenvolvimento Econômico                                                            |
| INMETRO | Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial                          |
| INSS    | Instituto Nacional do Seguro Social                                                            |
| IPI     | Imposto Sobre Produtos Industrializados                                                        |
| IPTU    | Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana                                       |
| IPVA    | Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores                                            |
| IR      | Imposto de Renda                                                                               |
| ISS     | Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza                                                    |
| ITBI    | Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens e Direitos sobre Imóveis                          |
| ITCMD   | Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos                           |
| LDO     | Lei de Diretrizes Orçamentárias                                                                |
| LOS     | Lei Orgânica da Saúde                                                                          |
| MS      | Ministério da Saúde                                                                            |
| OSS     | Orçamento da Seguridade Social                                                                 |
| PIB     | Produto Interno Bruto                                                                          |
| RS      | Rio Grande do Sul                                                                              |

|      |                                          |
|------|------------------------------------------|
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| STF  | Supremo Tribunal Federal                 |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                   |
| UBS  | Unidade Básica de Saúde                  |
| UPA  | Unidades de Pronto Atendimento           |
| UTI  | Unidade de Terapia Intensiva             |

## SUMÁRIO

|              |                                                              |           |
|--------------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                       | <b>10</b> |
| 1.1          | DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....                     | 10        |
| 1.2          | DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES.....                                 | 11        |
| <b>1.2.1</b> | <b>Hipóteses Principal.....</b>                              | <b>11</b> |
| <b>1.2.2</b> | <b>Hipóteses Secundárias.....</b>                            | <b>11</b> |
| 1.3          | JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO TEMA.....                        | 12        |
| 1.4          | DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS.....                                 | 12        |
| <b>1.4.1</b> | <b>Objetivo Geral.....</b>                                   | <b>13</b> |
| <b>1.4.2</b> | <b>Objetivos Secundários.....</b>                            | <b>13</b> |
| 1.5          | METODOLOGIA.....                                             | 13        |
| <br>         |                                                              |           |
| <b>2</b>     | <b>TEORIA DE FINANÇAS PÚBLICAS E ECONOMIA DA SAÚDE .....</b> | <b>15</b> |
| 2.1          | ATIVIDADE FINANCEIRA DO ESTADO .....                         | 15        |
| 2.2          | FUNÇÕES ECONÔMICAS DO ESTADO.....                            | 17        |
| 2.3          | DESPESA PÚBLICA.....                                         | 19        |
| <b>2.3.1</b> | <b>Despesa na área social.....</b>                           | <b>21</b> |
| 2.4          | FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES DO ESTADO.....                  | 22        |
| 2.5          | FEDERALISMO FISCAL E DESCENTRALIZAÇÃO.....                   | 23        |
| <b>2.5.1</b> | <b>Modelos de descentralização.....</b>                      | <b>25</b> |
| 2.6          | TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS.....                      | 25        |
| 2.7          | PRINCÍPIOS DA ECONOMIA DA SAÚDE .....                        | 27        |
| <br>         |                                                              |           |
| <b>3</b>     | <b>A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NO MUNDO .....</b>            | <b>29</b> |
| 3.1          | SAÚDE PÚBLICA ANTES DO SUS NO BRASIL .....                   | 29        |
| 3.2          | O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....                                | 31        |
| <b>3.2.1</b> | <b>Surgimento do SUS.....</b>                                | <b>31</b> |
| <b>3.2.2</b> | <b>Organização e gestão do SUS.....</b>                      | <b>33</b> |
| <b>3.2.3</b> | <b>Financiamento do SUS.....</b>                             | <b>35</b> |
| 3.3          | O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNDO.....                             | 39        |
| <b>3.3.1</b> | <b>A saúde pública no Canadá .....</b>                       | <b>39</b> |
| <b>3.3.2</b> | <b>A saúde pública no Reino Unido .....</b>                  | <b>40</b> |
| <b>3.3.3</b> | <b>A saúde pública nos Estados Unidos .....</b>              | <b>41</b> |

|          |                                                                                                                                                |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4</b> | <b>ESTUDO E AVALIAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS E GASTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA.....</b>                           | <b>43</b> |
| 4.1      | MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA.....                                                                                                              | 43        |
| 4.2      | ANÁLISE DO SISTEMA DE TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS PARA A SAÚDE.....                                                                             | 45        |
| 4.2.1    | Transferências da União para o Rio Grande do Sul.....                                                                                          | 45        |
| 4.2.2    | Transferências do Rio Grande do Sul para os Municípios.....                                                                                    | 47        |
| 4.2.3    | Transferências do Estado do Rio Grande do Sul para o Município de Flores da Cunha.....                                                         | 47        |
| 4.2.4    | Transferências da União para o Município de Flores da Cunha.....                                                                               | 48        |
| 4.2.5    | Análise comparativa sobre as evoluções das Transferências da União para o estado do Rio Grande do Sul e para o município de Flores da Cunha... | 50        |
| 4.3      | DESPESAS DO MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA NA FUNÇÃO SAÚDE .....                                                                                 | 50        |
| 4.4      | INDICADORES DA FUNÇÃO SAÚDE.....                                                                                                               | 51        |
| 4.5      | INDICADORES SOCIAIS.....                                                                                                                       | 53        |
| 4.6      | ANÁLISE GERAL DOS DADOS.....                                                                                                                   | 54        |
| <b>5</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                               | <b>57</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                                        | <b>59</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A história do Brasil em relação à saúde é marcada por alguns fatos principais, dentre eles, pode-se citar a revolta das vacinas ocorrida em 1904. Esse fato delimitou dois extremos da sociedade, por um lado, a maior parte da população era contra a vacinação obrigatória e por outro lado, alguns profissionais da saúde e políticos buscavam a obrigatoriedade da vacinação. Esta norma tinha como principal objetivo combater a proliferação de doenças oriundas da quantidade de lixo nas ruas. Em um primeiro momento suspenderam a vacinação, mas posteriormente voltaram a realizá-las, reduzindo parte dos problemas sanitários.

Em 1953 criou-se o Ministério da Saúde, em que foram projetadas diretrizes responsáveis pela administração, organização e gestão do setor de saúde no país. Com o passar dos anos, a saúde pública provocou maior debate e atenção por parte dos políticos. A sociedade clamava por melhores condições sanitárias, desta forma criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentando o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado.

O SUS é um sistema que disponibiliza serviços gratuitos à sociedade com os recursos repassados da União, Estados e Municípios. A alocação adequada destes recursos é um desafio, visto que os diversos setores de uma economia demandam cada vez mais dos subsídios governamentais.

Para melhor compreensão e consequente análise, primeiramente deve-se conhecer o funcionamento do sistema das finanças públicas, a divisão do Estado, a origem dos recursos e como eles são utilizados através das despesas. Ademais, existem também as relações de atividades exercidas pelo SUS e o modo em que o sistema funciona. Após reunir estes fatores com os dados monetários das transferências e das despesas na função saúde, há como desenvolver uma análise de eficiência.

### 1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

O artigo 196 da constituição federal de 1988 definiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Com esta finalidade, foi criado o Sistema Único de Saúde

no Brasil. O SUS tem como objetivo assegurar o acesso à saúde por toda população, baseado em três princípios, a universalização, equidade e integralidade.

Desde sua criação, a porcentagem do orçamento Federal, Estadual e Municipal destinados ao SUS sofreu diversas variações de aumentos e quedas. Contudo, o número de beneficiários vem aumentando gradativamente, acompanhando o aumento da população. Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 70% da população brasileira não têm acesso ao plano de saúde particular, dependendo exclusivamente dos serviços prestados pelo SUS.

Diante do exposto, o presente trabalho pretende responder às seguintes perguntas.

1. Como é o funcionamento das finanças públicas?
2. O que é e como surgiu o SUS?
3. Como é a organização e gestão do SUS?
4. Quais são as principais características dos sistemas de saúde pública no Canadá, no Reino Unido e nos Estados Unidos?
5. Qual a fonte dos recursos federais destinados ao SUS?
6. Qual a proporção dos gastos em saúde em relação aos gastos totais?

## 1.2 DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES

### 1.2.1 Hipóteses Principal

As transferências Federais e Estaduais e os gastos destinados ao SUS no município de Flores da Cunha são suficientes para assegurar o pleno funcionamento dele e garantir o objetivo social imposto.

### 1.2.2 Hipóteses Secundárias

H1. O governo Federal recebe recursos através dos impostos e contribuições da população, posteriormente, distribui estes recursos aos Estados e Municípios para a utilização nos devidos segmentos.

H2. O SUS é um sistema que presta serviços de saúde gratuitos à população brasileira. Surgiu após a população identificar que havia a necessidade de o Estado prover serviços sanitários gratuitos à população;

H3. A gestão e organização do SUS acontece de forma descentralizada, os municípios detêm autonomia para tomar decisões;

H4. O sistema de saúde pública do Canadá e Reino Unido apresentam semelhanças com o sistema de saúde pública no Brasil no que diz respeito à gestão, origem dos recursos e a forma em que a população utiliza. Nos Estados Unidos, a forma de organização difere-se, sendo o setor privado mais frequente;

H5. O governo federal, por meio da arrecadação de impostos de todos os brasileiros, repassa o valor destinado ao SUS;

H6. Os gastos em saúde, com relação aos gastos totais de um Ente é cerca de 20%.

### 1.3 JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO TEMA

Desde sua criação em 1988, o SUS provoca debate em diferentes linhas de pensamento, principalmente referente à origem e quantidade dos recursos destinados à saúde. Como o Brasil conta com grande parcela da população de baixa renda, o SUS proporciona acesso a serviços que estas pessoas não conseguem adquirir.

No governo de Jair Bolsonaro, principalmente no ano de 2020, a questão das privatizações é diariamente discutida, incluindo a privatização do SUS. Portanto, verificar se estas transferências de recursos são suficientes e adequadas contribui para a formação de opinião embasada em determinado estudo. Este debate é recorrente e necessita pessoas com entendimento neste tópico para chegar à melhor alternativa para o país.

Diante do exposto, o presente trabalho justifica-se por analisar através de uma avaliação, as transferências dos recursos Federais e Estaduais e os gastos em Flores da Cunha com o SUS.

### 1.4 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

### **1.4.1 Objetivo Geral**

O objetivo é realizar um estudo e avaliação da qualidade das transferências e dos gastos no Sistema Único de Saúde no município de Flores da Cunha.

### **1.4.2 Objetivos Secundários**

1. Compreender o funcionamento das finanças públicas;
2. Traçar um histórico do surgimento e das principais características do SUS;
3. Compreender como acontece a organização e gestão do SUS;
4. Traçar um perfil das principais características dos sistemas de saúde pública no Canadá, no Reino Unido e nos Estados Unidos;
5. Analisar a capacidade das fontes dos recursos destinados ao SUS;
6. Identificar a proporção dos gastos em saúde em relação aos gastos totais.

## **1.5 METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento de trabalhos científicos, são utilizadas distintas metodologias ao longo dos capítulos. O método é um caminho a ser seguido para chegar a um conhecimento científico.

Prodanov e Freitas (2013) afirmam que o método científico é uma forma de raciocínio, em que chega-se a uma conclusão, seja para estudar ou para explicar um problema. Já a pesquisa é um modo para obter conhecimento, é um processo formal e sistemático de desenvolvimento.

A escolha coerente dos métodos utilizados proporciona um resultado mais eficaz. No desenvolvimento do projeto, há a necessidade de planejamento e organização.

Lakatos e Marconi (2019) expressam que os métodos científicos não são exclusivos da ciência. Estes métodos científicos podem ser aplicados nos problemas do cotidiano.

Para o desenvolvimento do segundo capítulo do presente projeto, será desenvolvido através do método teórico descritivo, com foco nas finanças públicas, relacionando a teoria com a prática na vida real. Conforme Prodanov e Freitas (2013), um estudo de caso é quando o foco está associado a elementos da vida real.

No terceiro capítulo será utilizado o método histórico descritivo e de pesquisa bibliográfica. Serão abordados os principais conceitos relacionados ao tema de saúde pública, tendo como base livros, artigos científicos e materiais da internet. O método histórico é baseado na investigação de acontecimentos do passado e verifica-se a influência na sociedade em distintos anos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O quarto capítulo tem como utilização o método analítico, baseado em coleta de dados para posterior análise das transferências e dos gastos para o Sistema Único de Saúde no município de Flores da Cunha.

## 2 TEORIA DE FINANÇAS PÚBLICAS E ECONOMIA DA SAÚDE

O Estado exerce atividade financeira e funções econômicas que apresentam objetivos sobre crescimento econômico e social, além de redistribuição de renda. O presente capítulo tem por finalidade a definição dos conceitos e objetivos da atividade financeira do Estado, além das funções econômicas que o Estado exerce, contextualização sobre despesas e financiamento do Governo, federalismo fiscal, descentralização, transferências intergovernamentais e tópicos sobre a Economia da Saúde.

O governo existe, pelo principal motivo de ser um limitador de interesses de alguns indivíduos que reflete nos direitos de outros. Seria uma instituição funcional, mas sem abusos de poder, com a presença de pesos e contrapesos nos departamentos (LIMA, 2015).

A presença do governo é certa, desta forma, precisa-se compreender quais os deveres, direitos e até mesmo os limites desta instituição, assim como dos cidadãos em uma sociedade. Há também a necessidade em conhecer a forma de organização e funcionamento do governo para conclusões mais claras e objetivas.

### 2.1 ATIVIDADE FINANCEIRA DO ESTADO

Desde as primeiras sociedades, aconteceram diversas mudanças estruturais, principalmente em relação às evoluções do capitalismo. Essas mudanças proporcionam acentuado desenvolvimento e liberdade.

Em decorrência da revolução industrial, a sociedade experimentou momentos de prosperidade. Ocorreu uma mudança estrutural, em que foi necessário o surgimento do Estado. Em um primeiro momento era caracterizado por monarquias e burgueses, esses primeiros Estados Nacionais tornaram-se as primeiras economias a se desenvolver, como os Estados Unidos e Inglaterra (BRESSER-PEREIRA, 2004).

O Estado é uma instituição presente em todas as sociedades. Para alguns, de extrema necessidade, para outros é uma organização que poderia ser menos presente. Desta forma, surge a visão intervencionista e a visão liberal.

Uma sociedade é dirigida por uma organização denominada Estado. Uma definição para Estado, é uma “sociedade civil politicamente soberana e internacionalmente reconhecida, tendo por objetivo o bem comum aos indivíduos e comunidades sob seu império” (ACQUAVIVA, 2010, p.12).

Para que uma nação seja legítima, esta precisa ser reconhecida pelos demais países. Desta forma, há uma maior interação entre eles, seja pelo comércio internacional ou pela interação entre os governos eleitos.

Filellini (1994) cita o Estado como uma organização caracterizada pelo monopólio e uso da força, já a nação é um grupo étnico sócio-político composto por pessoas com mesma descendência, idioma, costumes, tradições e similaridades. O governo é um grupo passageiro de pessoas que executa os ideais nacionais através de um contrato político temporário.

Nação e Estado são elementos imateriais e intangíveis, diferentemente do governo. O governo é composto por partidos políticos e pessoas eleitas pela população, ou seja, torna-se algo material e tangível.

Conforme expresso por Giambiagi e Além (2016), o setor privado é mais eficiente que o governo, mas a presença do Estado justifica-se pelos seguintes aspectos: necessidade de estrutura legal no mercado, existência de externalidades<sup>1</sup>, presença de monopólios<sup>2</sup>, desemprego e inflação que devem ser controladas pelo governo.

O Estado exerce uma atividade financeira na economia, gerando gastos e exercendo atividades políticas, sociais, econômicas e administrativas. O Estado também tem de criar cenários favoráveis para o crescimento econômico no país de acordo com os objetivos e funções governamentais.

Giambiagi e Além (2016) expressam que de forma geral, o Estado precisa intervir com medidas econômicas e também tem o dever de assegurar à população o direito à educação, saúde e segurança através de subsídios e transferências.

---

<sup>1</sup> Externalidades são alterações de custo e receita em função de fatores externos. A externalidade pode ser positiva, quando essa alteração é benéfica, ou negativa, quando essa alteração traz algum custo adicional. Como externalidade positiva, há a vacinação do indivíduo, que se beneficia e gera um resultado secundário positivo que é a diminuição do contágio da doença. Já por externalidade negativa entende-se a poluição do ar, que não é compensado por nem um produto (VASCONCELLOS; GARCIA, 2019).

<sup>2</sup> Monopólios são situações que para determinado produto, existe apenas um fornecedor que detém a totalidade da oferta e por outro lado há todos os consumidores (VASCONCELLOS; GARCIA, 2019).

Como segmento do Estado, há a administração pública com algumas entidades subdivididas. É importante para organizar as transferências federais e implementar políticas públicas.

Segundo Azevedo e Alves (2017), a administração pública no Brasil compreende a administração local, com as prefeituras, a administração estadual e a administração central, com o governo da União e os ministérios.

O Estado é subdividido em três poderes, esses poderes são responsáveis pela criação, execução e julgamentos das leis. Esses poderes têm funções definidas e devem ser exercidas separadamente.

Uma sociedade em que os direitos não são assegurados e que os três poderes são frágeis, não há uma Constituição democrática. Esses poderes são o Legislativo, o Executivo e o Judiciário, eles devem ter suas funções bem separadas, sem interferência dos demais. O Poder Legislativo é responsável pela criação das leis com o objetivo de proporcionar paz, segurança e a conservação da sociedade. O Poder Executivo vem em convergência para executar as leis em vigência e prestar assistência ao Poder Legislativo. O Poder Judiciário é responsável pelo julgamento através do corpo de magistrados na Câmara (ACQUAVIVA, 2010).

Além da organização e gestão do Estado, o desempenho de suas atribuições econômicas, então em convergência com suas funções econômicas. Essas funções são realizadas através de seus gastos e transferências, tendo como principal objetivo a alocação e distribuição de recursos.

## 2.2 FUNÇÕES ECONÔMICAS DO ESTADO

O Estado exerce funções econômicas que podem ser classificadas em três funções fiscais, também conhecidas como funções de orçamento. São utilizadas para corrigir falhas de mercado.

Essas funções são denominadas funções alocativa, distributiva e estabilizadora. Com o passar dos anos, inclui-se o Estado com papel regulador.

Giambiagi e Além (2016. p. 10) afirmam que

A função alocativa diz respeito ao fornecimento de bens públicos. A função distributiva, por sua vez, está associada a ajustes na distribuição de renda que permitam que a distribuição prevalecente seja aquela considerada justa

pela sociedade. A função estabilizadora tem como objetivo o uso da política econômica visando a um alto nível de emprego, à estabilidade dos preços e à obtenção de uma taxa apropriada de crescimento econômico.

A função alocativa age principalmente em situações de falhas e inconsistências do setor privado, uma vez que alguns ramos da economia não correspondem com os retornos esperados pelo setor privado.

Giacomoni (2017) descreve a função alocativa como uma função em que as ações privadas não têm total eficiência, diante disso, o Estado faz a alocação de recursos. Pode-se citar os investimentos na infraestrutura econômica e a provisão de bens públicos e bens meritórios. Os investimentos na infraestrutura compreendem setores em que há alocação de recursos com retorno desigual, as empresas privadas têm pouca adesão. Os principais setores são o de transporte, energia e comunicação. Nos bens públicos, o sistema privado não apresenta eficiência, como na iluminação pública, em que não há concorrência e não há a exclusão do cidadão pelo não pagamento. Os bens meritórios são mistos, têm origem privada, mas têm menos importância que sua utilidade social, como exemplos a saúde e a educação.

Para o Estado, também compete a função distributiva. Nesta função há ajustes na distribuição da renda e, conseqüentemente, pode-se corrigir falhas de mercado.

Segundo Giambiagi e Além (2016), o governo utiliza alguns instrumentos de redistribuição de renda, que são as transferências, os impostos e os subsídios. O governo impõe impostos para os indivíduos de maior renda e cria subsídios para os de menor renda. Outra forma é o aumento de impostos para bens de luxo, ou supérfluos. Esses recursos obtidos podem ser distribuídos para a população de baixa renda através de transferências, como exemplo o sistema de saúde pública, Bolsa Família, etc.

A próxima função é a estabilizadora, complementando as duas anteriores. É uma das funções mais modernas e utilizada através de políticas fiscais pelo governo.

Os principais objetivos da função estabilizadora são a manutenção do nível de emprego e a estabilidade nos níveis de preços. Ela surgiu por volta de 1930, nos anos da grande depressão, buscando diminuir o nível de desemprego e controlar os

efeitos inflacionários. Em consequência, há a manutenção da demanda agregada pelo Estado, conforme necessidade de aumento ou diminuição (GIACOMONI, 2017).

Com o passar dos anos e conforme os rumos que os governos estavam tomando, houve a necessidade de o governo exercer um papel regulador, desta forma, algumas agências governamentais foram criadas. Apenas as funções econômicas do Estado já não eram suficientes.

O papel regulador inclui em suas políticas as funções alocativa, distributiva e estabilizadora. Elas são implantadas em políticas fiscais, monetárias, creditícias, cambial e de comércio. Para exercer este papel, algumas agências reguladoras estatais foram criadas, dentre elas, pode-se citar a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) no ramo de telecomunicações e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no ramo da saúde (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

As agências reguladoras em diferentes segmentos são uma consequência do controle estatal, atuam significativamente exercendo as regulamentações impostas pelo governo.

## 2.3 DESPESA PÚBLICA

O Estado exercendo suas funções, acaba gerando despesas, como qualquer indivíduo em uma sociedade. Essas despesas são contabilizadas e contribuem inclusivamente no Produto Interno Bruto (PIB) do país.

Riani (2016) diferencia Despesa Pública de Gasto Público. A primeira refere-se aos dispêndios realizados pela administração governamental direta, autarquias<sup>3</sup> e fundações públicas<sup>4</sup>. Já o último compreende, além delas, os dispêndios com as atividades econômicas produtivas do Estado, como as empresas estatais<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Autarquia é um serviço autônomo, com personalidade jurídica, patrimônio e receita própria. Exerce atividades públicas e a gestão administrativa e financeira é descentralizada. Alguns exemplos são o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) e Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO) (BRASIL, 1967).

<sup>4</sup> Fundações públicas são entidades com personalidade jurídica e sem fins lucrativos, desenvolvem atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público. Tem autonomia administrativa e patrimônio próprio e seu funcionamento é custeado por recursos da União (BRASIL, 1987).

<sup>5</sup> Empresas públicas têm personalidade jurídica, possuem capital próprio e utilizam recursos da União. Não há capital aberto no mercado financeiro. Também existem as sociedades de economia

Existem duas visões distintas na questão do Gasto Público, uma que os defende e outra que entende que estes devem ser minimalistas. Conforme os gastos aumentam, há a necessidade de elevação dos tributos para compensar a diferença.

Segundo Pereira (2018), a visão neoliberal defende a diminuição dos gastos e a redução do tamanho do Estado, porém identifica a necessidade de presença dele em áreas como a segurança, educação, saúde e justiça. A visão contrária, é intervencionista, entende que a área social deve ser priorizada e que deva ser anticíclica<sup>6</sup>.

Políticas anticíclicas são normalmente utilizadas em períodos de crise. Quando a economia está recessiva, o Estado intervém para fomentar alguns segmentos e após a retomada da economia, o Estado volta a diminuir seu tamanho. Esta visão keynesiana já foi amplamente utilizada pelos países.

A administração pública é responsável pela organização das despesas e pelo financiamento do Estado. Pereira (2017) afirma que há a segmentação da administração federal, estadual, distrital e municipal. Após o Estatuto da Reforma Administrativa, a administração federal é dividida em direta e indireta, obedecendo princípios previstos na Constituição Federal de 1988. A administração direta é formada pela Presidência da República, ministérios e poderes Legislativo e Judiciário, a administração é centralizada, sem personalidade jurídica própria. Está presente, também, nos Entes Subnacionais: estados e municípios.

A administração indireta é formada pelas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, possuem personalidade jurídica e patrimônio próprio. A administração indireta é descentralizada e supervisionada pelos ministérios e por outros órgãos da administração direta (PEREIRA, 2017).

Dentre as despesas públicas, pode-se realizar uma divisão delas por segmentos. A estrutura orçamentária é formada por despesas correntes e despesas de capital.

Conforme Riani (2016), despesas correntes estão relacionadas aos gastos com pessoal e encargos, juros e encargos da dívida e outras despesas correntes, como as transferências a Estados, Distrito Federal e municípios, e benefícios

---

mista, que se diferem das empresas públicas pois possuem ações sendo comercializadas, porém a maior parte das ações com direito a voto pertencem à União (BRASIL, 1969).

<sup>6</sup> Políticas anticíclicas referem-se aos gastos do governo que são influenciados pelos objetivos macroeconômicos. Como exemplo, pode-se citar o aumento de gastos em período de crise, que é considerada uma ação adversa à situação (VASCONCELLOS, 2019).

previdenciários. As despesas de capital são os gastos com investimentos, as inversões financeiras e a amortização da dívida pública. Esses investimentos são despesas que agregam valor a um bem, ou geram novos bens. Inversões financeiras são despesas com aquisição de imóveis ou bens de capital já em uso, aquisição de títulos e o aumento do capital de empresas.

O governo realiza ações fiscais para organizar suas despesas de acordo com suas receitas, precisa haver um planejamento orçamentário para que não haja déficits na receita em relação às despesas.

As ações fiscais do governo podem ser classificadas em duas linhas, a política tributária e a política orçamentária. A política tributária está ligada com a captação de recursos por meio de impostos para serem aplicados conforme as necessidades públicas. A política orçamentária aplica os recursos de acordo com o planejamento feito pelo governo através do Senado Federal (NESI, 2010).

Um segmento das despesas, são as relacionadas à área social. Este tipo de despesa, de uma forma geral, é um incentivo para a população sem condições de arcar alguns gastos com recursos próprios, conforme será abordado a seguir.

### **2.3.1 Despesa na área social**

Um tipo de despesa corrente utilizada pelo governo são as transferências federais para áreas sociais. Essas transferências são, principalmente, para a saúde e educação. Indivíduos que detêm recursos, conseguem utilizar serviços privados, mas a maior parte da população necessita destes serviços públicos.

Em relação ao total dos investimentos que o governo realiza, aqueles da área social são os mais representativos. Estes investimentos são indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social (RIANI, 2016).

A área social mais representativa é referente à saúde pública. Os serviços são prestados à sociedade em forma prioritária, uma vez que se o cidadão não receber este serviço, torna-se uma questão de vida ou morte.

Segundo Azevedo e Alves (2017), a prestação por parte do Estado de serviços sanitários não estimula que as pessoas tenham o hábito de criar reservas financeiras para esta finalidade. Em consequência, esta área detém uma crescente demanda da população por estes serviços.

Quando não há o incentivo para criar reservas financeiras, a população acaba por não conseguir determinar o grau de importância de certos serviços, usando-o de forma excedente.

Independente da quantidade de recursos que são destinados ao setor público, o Estado tem o dever de alocar de maneira adequada, formulando, implementando e prestando contas com as políticas públicas (PEREIRA, 2018).

Para melhor gestão das despesas, é necessário identificar as fontes de financiamento das atividades do Estado. Estas fontes são indispensáveis para o funcionamento da máquina pública.

## 2.4 FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES DO ESTADO

Com o objetivo de realizar todas as funções do Estado e cumprir com as despesas públicas, o governo necessita de fontes de arrecadação. A receita do governo é originada pela cobrança de impostos, taxas e contribuições.

Para o sistema tributário ideal, deve-se levar em consideração o conceito de equidade, progressividade, neutralidade e simplicidade. Por equidade entende-se a distribuição igualitária do ônus da tributação, progressividade é o princípio de que deve-se tributar os indivíduos com renda mais alta, neutralidade é a tributação de forma que minimizem os impactos negativos na economia e simplicidade compete ao sistema tributário ser simples e de fácil compreensão (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

Os impostos podem ser divididos em dois grupos, os impostos diretos e os impostos indiretos. Os impostos diretos são aqueles que incidem diretamente sobre a renda, já os indiretos estão associados ao custo de produção.

A receita tributária de alçada do Governo Federal se constitui de alguns principais impostos, que geram maior receita em relação ao PIB. O “Imposto de Renda (IR), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), são os principais impostos da receita tributária federal, atingindo em 2014 cargas de 6% e 4% do PIB” (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016, p. 260).

A receita dos impostos é a parte mais significativa da arrecadação governamental, existem inúmeros impostos que as pessoas físicas e jurídicas têm de arcar no dia a dia.

O sistema tributário brasileiro já passou por reformas desde sua criação, porém, visto os dados de 2014, o Brasil ainda é um dos países que mais têm carga tributária em relação ao nível de renda médio dos indivíduos (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

No Brasil os impostos podem ser de responsabilidade do Governo Federal, do Governo Estadual ou do Governo Municipal. As receitas destes tributos são transferidas aos entes que recebem recursos e são redistribuídas à população.

Segundo Nesi (2010), a receita do governo pode ser classificada em receita extraordinária e receita ordinária. A receita extraordinária é uma receita sem regularidade na arrecadação, alguns exemplos são as alienações de bens e operações de crédito, realizadas esporadicamente. A receita ordinária refere-se às receitas que entram com frequência, são fontes permanentes. O grupo das receitas ordinárias pode ser dividido em mais dois subgrupos, são as receitas originárias e as receitas derivadas. As originárias advêm das empresas estatais, em que se utiliza o patrimônio próprio, ou seja, da comercialização de bens públicos. As receitas derivadas são as arrecadações que o Estado obtém do setor privado através do poder coercitivo do Estado.

A forma de obtenção das receitas e como as despesas públicas ocorrem, são definidas por meio descentralizado. O modelo de organização governamental constituído é o federalismo.

## 2.5 FEDERALISMO FISCAL E DESCENTRALIZAÇÃO

Uma nação pode ser organizada na forma de federalismo. Esta organização é fundamentada nas competências e atribuições de cada Ente Federativo envolvido na administração pública.

A organização dos governos pode ser feita em três esferas, sendo o Governo Unitário, Federal e Confederado. O Governo Unitário é aquele que o controle e as decisões são feitas pelo Governo Nacional. O Sistema Confederado é aquele que os Estados são politicamente mais fortes que o Governo Central. O Sistema de Governo Federal contém um grau de unificação maior que o Confederado, porém, o Governo Central é predominante em relação às demais esferas. A federação é

composta por três níveis: União, estados/Distrito Federal e municípios (MENDES, 2004).

O nome federalismo fiscal é originado do sistema de federação. Desta forma, a União, os estados, Distrito Federal e municípios podem tomar as decisões de acordo com seus interesses e realidades distintas.

Segundo Azevedo e Alves, (2017) federalismo é uma forma de organização dos estados ou grupos de forma mais ampla, como um Estado central, porém, cada integrante deste grupo mantém sua autonomia para gestão e decisões sobre assuntos locais.

O federalismo é uma técnica de divisão das atribuições dos Estados federados. Os principais pontos para decisão, são as arrecadações, os gastos e o endividamento público.

Esta forma de organização conta com características específicas, que são: descentralização política (autonomia entre entes federados); repartição de competências (equilíbrio entre entes federativos); constituição rígida como base jurídica (garante distribuição de competências); inexistência do direito de secessão (indissolubilidade do vínculo federativo); soberania do Estado Federal; intervenção em situações de crise; auto-organização dos Estados membros (constituições estaduais); representação dos Estados membros (Senado); garantia do respeito à Constituição (Supremo Tribunal Federal - STF); e repartição de receitas (equilíbrio entre entes federativos) (AZEVEDO; ALVES, 2017).

Em relação à descentralização, ela é uma característica utilizada na tomada de decisão referente às transferências governamentais<sup>7</sup>, como por exemplo, recursos destinados à saúde. Os estados e municípios contribuem para uma maior eficiência, conforme as necessidades locais.

Algumas razões que justificam esta diretriz são os fatores econômicos, culturais, políticos, institucionais e geográficos. A função alocativa do Estado está interligada à descentralização, como por exemplo no fornecimento de bens e serviços de forma descentralizada. Ela busca uma estrutura em que as decisões sejam tomadas pela União, pelos Estados e pelos municípios como meio de maior eficiência (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

---

<sup>7</sup> Transferências governamentais, vide item 2.6.

O processo de descentralização pode ser feito de diferentes formas. Cada alternativa deve ser analisada no contexto em que melhor se encaixa, conforme as necessidades da economia.

### **2.5.1 Modelos de descentralização**

Há duas alternativas para conduzir o processo de descentralização na economia, uma delas é o modelo de Principal Agente e a outra é o modelo de Eleição Pública Local.

No primeiro modelo é realizado um contrato entre o Governo Central e o Governo subnacional, estabelecendo de forma personalizada com os envolvidos, quais bens e serviços ficam por responsabilidade da unidade subnacional. As autoridades locais têm que prestar contas ao Governo Central e não ao contribuinte local. Um ponto negativo deste modelo é a falta de autonomia dos governos subnacionais (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

Os entes de menor poder hierárquico continuam com o dever de prestar contas aos entes de maior poder, desta forma, acabam não tendo tanta autonomia. Com base nesta situação, o modelo de Eleição Pública Local é realizado de forma contrária.

No modelo de Eleição Pública Local, a tomada de decisão é realizada por parte da população através do processo eleitoral, refletindo, em maior autonomia do governo subnacional (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

O modelo de eleição se torna um modelo democrático, que a população escolhe os políticos que defendem seus interesses através do voto. Aqueles que agem de forma contrária aos interesses da população podem ser punidos com a não reeleição.

## **2.6 TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS**

O Governo Central utiliza os recursos obtidos através dos impostos para redistribuir aos Estados e municípios, estes recursos já tem uma pré-destinação e variam conforme a receita que o ente gera.

As transferências que o governo realiza, compõem as características da função distributiva do Estado. De modo geral, o recurso é obtido da população de renda mais alta e transferido para a população de renda mais baixa. São transformadas em políticas sanitárias, políticas de segurança, políticas educacionais e subsídios (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

Algumas políticas sociais realizadas através destes recursos são os subsídios para construção de moradias populares, recursos destinados ao SUS (Sistema Único de Saúde) para aquisição de remédios, realização de exames e custeio dos serviços educacionais nas escolas públicas.

As transferências intergovernamentais no Brasil são divididas em transferências constitucionais e não constitucionais. A primeira é obrigatória, com respaldo constitucional e a segunda não tem garantia de continuidade, são auxílios e contribuições (RIANI, 2016).

As principais transferências são as constitucionais e compreendem maior volume de recursos. Já as não constitucionais são esporádicas, um exemplo é o auxílio emergencial criado na pandemia do Covid-19 para as pessoas que estavam desempregadas e microempreendedores.

As transferências federais para os municípios são classificadas como constitucionais, legais, do SUS, direta ao cidadão e voluntárias. As transferências legais estão previstas em leis específicas. Os depósitos para o SUS são feitos em contas individualizadas, advindos do Fundo Nacional de Saúde. As transferências diretas ao cidadão são programas como Bolsa Família e de Erradicação do Trabalho Infantil. E as transferências voluntárias são os repasses de recursos correntes ou de capital a outro ente da federação (PEREIRA, 2018).

Com a descentralização prevista na Constituição, houve a divisão das competências e das receitas tributárias do Estado. Desta forma, estados e municípios têm responsabilidades neste assunto.

Para realizar corretamente cada transferência, são utilizados quatro mecanismos, são eles: a) transferências automáticas, que compreendem o depósito em conta corrente específica para programas na área da educação; b) transferências fundo a fundo, que correspondem aos repasses diretamente dos fundos federais para a esfera estadual e municipal. Eles são destinados à assistência social e saúde, sem necessidade de convênios; c) convênio, que

disciplina as transferências e tem como participante órgão da Administração Pública federal direta. Atua na execução de programas de trabalho, atividades ou eventos de interesse mútuo entre os entes envolvidos e que tenham duração definida; d) contrato de repasse, que transfere recursos da União para estados, e municípios. Há o intermédio de instituições ou agências financeiras oficiais federais, para a execução de programas governamentais de assistência social (PEREIRA, 2018).

As transferências intergovernamentais exercem um papel importante a respeito das políticas sociais, sejam elas sanitárias ou educacionais. Um novo segmento da Ciência Econômica, são os princípios que regem a Economia da Saúde.

## 2.7 PRINCÍPIOS DA ECONOMIA DA SAÚDE

A saúde pública compreende uma parcela significativa da economia do setor público, influencia na questão de desenvolvimento econômico e social. Esta esfera da economia abrange, principalmente, a captação e alocação dos recursos advindos do recolhimento de tributos.

Barros (2013) afirma que a Economia da Saúde identifica problemas no setor da saúde e respectivas soluções. Outra contextualização para Economia da Saúde é avaliar as aplicações dos recursos nestas políticas públicas com uma visão abrangente, considerando além de aspectos contabilísticos.

Há a união da economia nestas análises, pois, com ela pode-se ter um olhar sobre as incertezas de acesso à saúde e demais situações de escassez, estabelecendo *trade-off*.<sup>8</sup>

A saúde passa por constantes mudanças, novos conhecimentos são inseridos diariamente. Em consequência, os valores de novos tratamentos e medicamentos são mais elevados. A escassez de recursos faz com que haja a necessidade de tomar decisões (ZUCCHI; FERRAZ, 2010).

---

<sup>8</sup> *Trade-off* é um termo econômico usado para descrever a escolha em uma situação em detrimento de outra, considerando os impactos negativos e positivos. Como exemplo pode-se citar políticas anti-inflacionárias adotadas (aumento da taxa de juros, diminuição da oferta de crédito e diminuição do gasto público) que causam o aumento da taxa de desemprego (VASCONCELLOS, 2019).

Além da visão exclusivamente econômica, a economia da saúde leva em consideração aspectos de bem estar social. Desta forma, há a influência em indicadores de desenvolvimento econômico e social de um país.

A economia da saúde vai além da organização e distribuição de bens e serviços. Significa auxiliar os seres humanos com problemas da vida. É uma junção dos conflitos entre ética da saúde e ética econômica. Trabalha-se com recursos escassos sem destinação prévia e com decisões centralizadas (PIOLA; VIANNA, 1995).

A cadeia produtiva da Economia da Saúde contempla as indústrias de base química e biotecnológica (incluindo fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico), indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos mecânicos e eletroeletrônicos, próteses e órteses e materiais de consumo), hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico e tratamento. Além das indústrias, há o envolvimento dos profissionais da saúde, empresas de serviços especializados (alimentício, higienização e etc) e universidades (FIESP, 2021).

Após a contextualização de conceitos e teorias relacionadas às finanças públicas e à economia da saúde, serão abordadas questões relacionadas ao Sistema de Saúde no Brasil. Partindo da contextualização histórica e desdobrando o surgimento e organização do SUS.

### 3 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NO MUNDO

Em relação à saúde no Brasil, há uma máxima em que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, porém, o fornecimento dos serviços é livre à iniciativa privada. Os planos de saúde são complementares aos serviços públicos, os brasileiros que detêm poder aquisitivo para aderir às mensalidades dos planos privados, auxiliam para que o serviço público não seja sobrecarregado.

A Lei 9.656/1998 dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e regulamenta o exercício de assistência médica por parte do setor privado, bem como o órgão regulador deste setor, a ANS (BRASIL, 1998).

A Teoria econômica ao tratar sobre a saúde leva algumas diferenças em comparação ao Brasil. De forma geral, não há a obrigatoriedade por parte do Estado em prover o serviço, sendo livre à iniciativa privada. Em contrapartida, há a necessidade de se compreender o contexto em que o SUS está inserido, além de sua organização. Também é importante conhecer o sistema de saúde pública de outros países, com o intuito de estabelecer relações.

#### 3.1 SAÚDE PÚBLICA ANTES DO SUS NO BRASIL

Antes da população clamar por um sistema de saúde gratuito, alguns acontecimentos marcaram o setor nos anos entre 1889 e 1990. A revolta das vacinas ocorrida em 1905 trouxe discussão e maior atenção à saúde no Brasil.

Conforme Busato, Garcia e Rodrigues (2019), dentre estes acontecimentos relacionados à saúde no Brasil, os principais foram as campanhas sanitárias e intervenção médica forçada entre 1889 e 1930, a criação do Ministério da Saúde em 1953, a Constituição Federal de 1988, a 8ª Conferência Nacional da Saúde e a adoção da reforma sanitária nas décadas de 1980 e 1990. Estes acontecimentos levaram à regulamentação do Sistema Único de Saúde brasileiro, através da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Os fatos ocorridos anteriormente instigaram a regulamentação do SUS no Brasil. Foram décadas marcadas por epidemias em que eram necessárias políticas públicas por parte do governo.

Na década de 20, em virtude de crises epidemiológicas, foram necessárias a realização de pesquisas e ações de controle, além da vacinação obrigatória da população. O Estado, ao realizar as campanhas sanitárias, atuava de modo limitado, atuando exclusivamente em situações em que o setor privado não era eficiente. Esse fato em que o Estado atuava de forma suplementar, foi admitido pelo liberalismo, pois era uma forma de aliviar a situação sanitária do país (PAIM, 2019).

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criava ações e campanhas de vacinação e prevenção de doenças e epidemias. Essas campanhas eram de caráter universal, sem discriminação da população beneficiária (BRASIL, 2002).

Tendo em vista a situação em que o país passava e que o Ministério da Saúde realizava projetos para todo o território brasileiro, havia dificuldades a serem enfrentadas. A população e o governo precisavam planejar e se resguardar financeiramente para situações de emergência.

Neste contexto, as pessoas não tinham como prioridade a assistência médica. O acesso a médicos e hospitais dependia das condições financeiras da família e seu poder de compra, quando não era possível, recorriam à caridade e filantropia, como nas Santas Casas de Misericórdia. Nesta época, o Estado atuava principalmente em sanatórios, hospícios e hospitais de isolamento para tuberculose e leprosários (PAIM, 2019).

Os indicadores sociais e as taxas de mortalidade refletem os fatos de que na época o acesso à saúde era precário. As mudanças ocorridas com o surgimento do SUS proporcionaram melhores condições de qualidade de vida.

No ano de 1973, 90 crianças morreram em cada um mil nascidos vivos no município de São Paulo. O índice de mortalidade infantil mais baixo do século ocorreu em 1961, com 60 óbitos a cada mil nascidos vivos. Entre os anos de 1972 a 1976, em todo o Brasil, 1.417.500 crianças morreram por doenças associadas à desnutrição e saneamento básico. Além dos dados de mortalidade infantil, no Brasil 72% dos óbitos eram de pessoas com menos de 50 anos, destes, 46,5% eram crianças menores de quatro anos (FIOCRUZ, 2021).

Antes da regulamentação do SUS, o acesso à saúde não era prioridade para a população e seus representantes no governo, além disso, as condições sanitárias eram precárias. O SUS no Brasil chegou como uma forma de melhorar a condição

de vida da população, além de assegurar o direito ao acesso à saúde como um dever do Estado de forma gratuita.

### 3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS busca oferecer acesso gratuito e universal à saúde para toda população. É considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo.

O SUS foi criado para se constituir como rede regionalizada e hierarquizada que articula serviços oferecidos por estabelecimentos públicos, vinculados a diferentes entes da Federação, e privados, que atuam de forma complementar e são contratados por esses entes, observando-se as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (JACCORD; VIEIRA, 2018, p. 10).

Com um sistema de saúde mais acessível, a população ficou mais próxima de tratamentos de alta complexidade e maior custo. Desta forma contribuiu na expectativa de vida, dos indicadores de desenvolvimento e das condições sanitárias do país.

A expectativa de vida pode ser considerada uma forma de indicador da saúde, é um “indicador médio e coletivo, composto pelas probabilidades de sobrevivência das distintas idades, este indicador reflete não só o quadro da pobreza e da ineficiência das medidas preventivas e de atenção primária” (PIOLA; VIANNA, 1995, p. 43).

O SUS é um elemento de melhora na qualidade de vida da população, porém, um ponto de atenção são as consequências para a população em termos de financiamento do SUS. Estes recursos são originados da arrecadação de tributos de todos os brasileiros. Este será um ponto de destaque ao decorrer do presente trabalho.

#### 3.2.1 Surgimento do SUS

As reivindicações pelo sistema de saúde comum a todos foram apoiadas pela maioria da população. Elaborou-se um plano de gestão em que todos os Estados tomam as decisões para atender a toda população.

Para Busato, Garcia e Rodrigues (2019), o SUS surgiu após frequentes aclamações da sociedade por um sistema de saúde em que contemplasse toda população, anteriormente havia apenas um sistema seletivo, que atendia uma parte dos cidadãos.

Segundo Paim (2019), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) criou um documento denominado “A questão democrática na área da saúde” propondo a criação do SUS pela primeira vez de forma oficial. Este documento foi apresentado no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979.

Desde a Constituição de 1988, o direito à saúde à toda população é dever do Estado. Apenas em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), regulamentando o funcionamento do SUS (Lei Nº 8.080/1990).

Busato, Garcia e Rodrigues (2019, p. 23) afirmam que na LOS “constam os princípios doutrinários (universalidade, integralidade, igualdade e equidade) e os princípios organizativos do SUS (descentralização, hierarquização, regionalização e participação da comunidade)”.

Com o surgimento do SUS em 1990, leis e diretrizes foram criadas para regulamentar o seu funcionamento. Durante os anos, leis orçamentárias e de descentralização foram aprovadas, assim como a inclusão dos princípios doutrinários e organizativos.

Os princípios doutrinários que regem o SUS são descritos por Paim (2019) como universalidade sendo a questão legal envolvendo a saúde como um direito da população. A igualdade está relacionada às particularidades de cada pessoa, o acesso deve ser igualitário, independentemente da renda, religião, raça, educação e opção sexual. A integralidade corresponde ao serviço completo, feito com qualidade. E equidade é um conceito próximo à integralidade, porém, ao identificar as desigualdades, é realizado um contraponto.

O SUS tornou-se um mecanismo que proporciona acesso a melhores serviços de saúde para a população de menor renda e gera benefícios sociais. Deste modo, é de suma importância compreender de que forma o SUS é organizado e financiado para estabelecer relações com os demais países.

### 3.2.2 Organização e gestão do SUS

Desde sua criação em 1990, o SUS passou por diversas mudanças até obter sua forma da década de 2020. O SUS sofreu mudanças na forma de sua organização, gestão, transferências de recursos e outros pontos específicos.

Em sua criação, o SUS era organizado de forma que as decisões eram tomadas de forma mais centralizada pelo Ente Federado. Com as mudanças que foram sendo realizadas, a forma em que o SUS está organizado na década de 2020 é através de uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo um sistema único descentralizado, com atendimento integral e participação comunitária. Essa descentralização em forma de regionalização favoreceu a consolidação da integração dos municípios e estados (VIANA et al., 2019).

Essa regionalização é fundamental para que sejam criadas formas de atendimento que melhor atendam as necessidades da população local. Quando há um regramento centralizado apenas no Ente Federado, por exemplo, há uma dificuldade para que as escolhas sejam oniscientes em vista à população de forma integral.

No âmbito federal, o ente que realiza a gestão do SUS é o Ministério da Saúde, na esfera estadual há a presença das Secretarias Estaduais de Saúde e nos municípios há as Secretarias Municipais de Saúde. As negociações e acordos entre os três níveis ocorrem através das Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) (PINTO et al., 2019).

A Figura 1 representa de forma simplificada como é a estrutura institucional e decisória do SUS.

Figura 1 - Estrutura institucional e decisória do SUS



Fonte: Ministério da Saúde (2002, p.36).

A organização e gestão do SUS é realizada por grupos de todas as esferas de poder, conforme visto na Figura 1. Há a participação em conjunto de diferentes visões e entendimentos para tomar decisões mais próximas à realidade.

A Tabela 1 representa a quantidade de estabelecimentos em 2016, por região, e que são prestadores de serviços gratuitos ligados ao SUS. Esses estabelecimentos foram inseridos conforme as necessidades de utilização para cada região.

Tabela 1 - Principais tipos de estabelecimentos prestadores de serviços ao SUS por região em 2016

|                               | Região |          |         |       |              | Total  |
|-------------------------------|--------|----------|---------|-------|--------------|--------|
|                               | Norte  | Nordeste | Sudeste | Sul   | Centro-Oeste |        |
| Academias da Saúde            | 132    | 617      | 318     | 270   | 120          | 1.457  |
| Centros de Partos Normais     | 2      | 9        | 2       | 1     | -            | 14     |
| CAPS                          | 180    | 962      | 1.017   | 450   | 163          | 2.772  |
| Hospitais                     | 468    | 1.900    | 1.445   | 889   | 535          | 5.237  |
| UBS                           | 3.930  | 17.381   | 13.547  | 7.049 | 3.177        | 45.084 |
| Ambulatório de Especialidades | 575    | 3.073    | 3.829   | 2.442 | 904          | 10.823 |
| UPA                           | 53     | 185      | 448     | 168   | 75           | 929    |
| Unidade de Saúde Indígena     | 322    | 140      | 29      | 159   | -            | 676    |

Fonte: SANTOS (2019, p. 60).

Dentre os elementos da Tabela 1, os estabelecimentos mais conhecidos e presentes nos municípios são os hospitais (gerais, especializados e unidades mistas de saúde) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). As academias de saúde estão

ligadas a programas de promoção de estilos de vida mais saudáveis e foram implementadas em 2010. Conforme números apresentados na tabela, os Centros de Partos Normais apresentam dificuldades para serem implementados pelo SUS. CAPS são Centros de Atenção Psicossocial e UPA são Unidades de Pronto Atendimento (SANTOS, 2019).

Ao verificar os dados da Tabela 1, pode-se observar que as UBS são as unidades mais recorrentes nas regiões. Também observa-se que a região com mais estabelecimentos é a região Nordeste, mesmo não sendo a região com maior quantidade de habitantes. Esta relação com o Nordeste e as demais regiões brasileiras está ligada com a quantidade de pessoas que dependem exclusivamente do SUS. Essa dependência pode estar relacionada ao poder de compra e nível de renda da população desta região e que não conseguem arcar com planos de saúde privados. Para estabelecer este panorama, a renda *per capita* da região Nordeste em 2016 estava em R\$ 774,11 mensais (IBGE, 2017), já o preço médio da comercialização dos planos de saúde individuais na região Nordeste no mesmo ano era R\$ 722,87 (ANS, 2017). Neste cenário, o percentual de comprometimento da renda com o plano de saúde privado é de 93,38%, desta forma, a população de menor renda necessita realizar uma escolha entre utilizar sua renda para contratar um plano de saúde ou utilizar para alimentação, transporte, educação, vestuário e demais necessidades diárias.

Para que o Estado consiga cumprir as atribuições dadas aos diferentes níveis da administração do SUS, até chegar aos estabelecimentos que prestam os serviços diretamente à população, é necessário que haja recursos. Esses recursos são de responsabilidade dos três níveis do governo.

### **3.2.3 Financiamento do SUS**

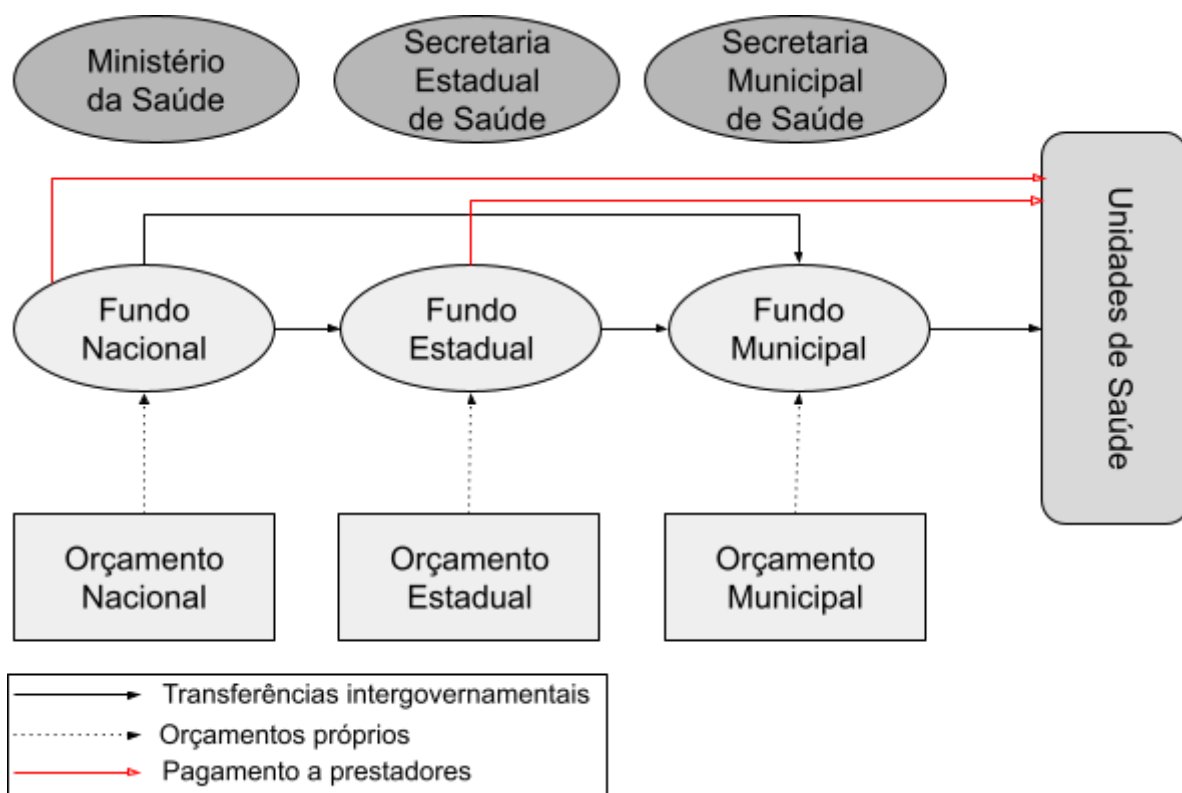
O SUS necessita de recursos financeiros para cumprir seus objetivos e demandas diárias. Estes recursos advém da esfera federal, estadual e municipal, além de estarem previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Esta lei compreende prioridades e metas da administração pública, além de estabelecer diretrizes para elaboração dos orçamentos da esfera pública.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe que os recursos ficam situados no Fundo Nacional de Saúde (FNS), em que serão alocados como:

I) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; II) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III) investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; IV) cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990, não paginado)

A Figura 2 representa o fluxo em que acontecem as distribuições dos recursos que financiam o SUS, desde os orçamentos próprios, até as transferências federais.

Figura 2 - Fluxo de financiamento do SUS



Fonte: Brasil (2002, p. 21).

Ao analisar a Figura 2, observa-se como ocorre o fluxo dos valores de recursos. Os três principais órgãos são o Ministério da Saúde na esfera federal, as Secretarias Estaduais de Saúde na esfera estadual e as Secretarias Municipais de

Saúde na esfera municipal. Cada esfera apresenta um orçamento e um respectivo fundo em que os recursos serão direcionados para, posteriormente, serem transferidos aos estabelecimentos do SUS em cada região.

Como fontes de financiamento federais do SUS previstas no Orçamento da Seguridade Social (OSS) e direcionados aos respectivos fundos, pode-se citar as Contribuições Sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuições Sobre o Faturamento (Cofins) e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)<sup>9</sup>. A participação do setor público, no montante dos gastos com saúde no Brasil, é cerca de 44%. O setor privado ainda abrange cerca de 56% dos gastos com saúde no Brasil, porcentagens semelhantes aos números dos Estados Unidos, em que o sistema norte-americano é tido como um modelo liberal (UGÁ; SANTOS, 2006).

O SUS é um sistema presente na sociedade brasileira e que abrange parte significativa da população necessitada. Mas ao observar os dados de abrangência, o setor privado ainda tem maior representatividade. Uma questão de influência desta relação pode ser os longos prazos em que os pacientes precisam dispor para determinado procedimento através do SUS.

Aos estados, os tributos destinados ao SUS são o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS), o Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos (ITCMD), o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e 5% adicionais ao Imposto de Renda (IR) incidente sobre rendimentos de capital<sup>10</sup> (UGÁ; SANTOS, 2006).

Em relação aos municípios, os principais impostos que contribuem para o financiamento do SUS, são o Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) e o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS) e o Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens e Direitos sobre Imóveis (ITBI) (UGÁ; SANTOS, 2006).

Uma série de impostos pagos pela população são destinados aos fundos de financiamento da saúde, sejam eles federais, estaduais e municipais. Porém, outros recursos, advindos de outras formas de arrecadação, também podem ser transferidos ao SUS.

---

<sup>9</sup> A CPMF foi um tributo federal extinto em 2007 (BRASIL, 2007).

<sup>10</sup> Os 5% adicionais ao IR é um tributo extinto pela Emenda Constitucional nº 3, de 17/03/1993 (BRASIL, 1993).

Uma fonte de financiamento que contribui para o SUS, sendo direcionado ao Fundo Nacional da Saúde é a receita originária dos bilhetes de apostas da Loteria Federal. Esse rendimento dos bilhetes de aposta, também é destinado a segmentos como a educação, segurança, seguridade social, esportes e cultura (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2021).

Estes recursos são transferidos através de programas do Governo Federal aos estados e municípios. Cada programa tem um enfoque e objetivos distintos e são os principais meios de realocação dos recursos.

Alguns programas que podem ser citados são: a) Farmácia Popular, em que são disponibilizados medicamentos considerados essenciais para a população; b) Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), que realiza ações de promoção da saúde bucal; c) Força Nacional do SUS é um programa de cooperação para situações epidemiológicas; d) Programa Mais Médicos, que tem como objetivo fornecer melhor atendimento aos usuários do SUS em locais com ausência de profissionais; e) Programa Pesquisa do SUS, promovendo a descentralização da pesquisa científica para cada Unidade Federativa; há também programas de incentivo à imunização, prevenção de doenças como a *acquired immunodeficiency syndrome*<sup>11</sup> (AIDS), tratamentos psiquiátricos, redução do tabagismo, atenção à saúde indígena, banco de leite humano, doação de sangue, plano de expansão de radioterapia, rede cegonha e demais outros programas (BRASIL, 2021).

Dentre as diferentes formas e segmentos das despesas realizadas através dos programas governamentais, o gasto exclusivo com medicamentos entre 2010 e 2016 apresentou um crescimento de 30%. Ao comparar os valores liquidados pelas três esferas do governo, os estados e Distrito Federal apresentaram uma queda de 27% e os municípios apresentaram uma queda de 23%, em contrapartida o Governo Federal obteve um aumento de 53% de gastos neste segmento (VIEIRA, 2018).

Para se referir ao sistema público, os demais países no mundo utilizam formas diferentes de organização, princípios e financiamento. Alguns países têm como princípio que o direito à saúde é um dever do Estado, assim como no Brasil. Em contrapartida, outros países consideram que a saúde deve ser um dever de cada cidadão de forma privada.

---

<sup>11</sup> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

### 3.3 O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNDO

Cada país organiza e define conforme as necessidades locais e decisões políticas a forma em que serão conduzidas as políticas de saúde pública. Pode-se tomar como exemplo de sistemas semelhantes ao do Brasil, países como Canadá e Reino Unido.

Canadá e Reino Unido são países que apesar de apresentarem semelhanças ao Brasil, também apresentam características próprias que os distinguem ao SUS. Estes aspectos serão abordados nos tópicos a seguir, assim como uma breve contextualização da saúde pública nos Estados Unidos.

#### 3.3.1 A saúde pública no Canadá

O sistema de saúde no Canadá também sofreu um processo de evolução e aperfeiçoamento ao longo dos anos, não iniciou diretamente de forma que é conhecido. Além do setor público, ainda há uma parcela da população que necessita de planos privados de saúde.

No Canadá, o sistema é conhecido como *Medicare* e abrange serviços médicos-hospitalares e clínicos. Os médicos trabalham de forma autônoma, não são funcionários do governo, o sistema reúne um conjunto de dez planos provinciais e três territoriais e a gestão é realizada pelas províncias. A universalidade também é um princípio do sistema e defende que toda a população deve ter acesso aos serviços de forma integral. Outros princípios presentes são a administração pública, que deve ser sem fins lucrativos, a abrangência, que inclui-se todos os serviços necessários e acessibilidade, em que não é permitida a discriminação dos indivíduos (DOMINGUEZ, 2010).

A saúde sendo essencial para a população, as nações oferecem este serviço de forma gratuita. Em alguns casos, quando o sistema público não oferece o serviço de forma eficiente, há a necessidade da população arcar com os serviços de forma privada.

O serviço de saúde pública no Canadá corresponde à maior parcela dos gastos. Menos de 30% é financiado de forma privada e o Governo Federal se disponibiliza a contribuir com 50% dos gastos das províncias. Com o passar dos

anos os gastos aumentaram, mas o sistema ainda apresenta um tempo mínimo de espera para alguns tratamentos elevados, alcançando mais de cinco meses (FRIDAY, 2021).

Um fato presente em vários países que apresentam um sistema de saúde pública é o tempo de espera elevado para tratamentos que necessitam de atenção rápida. Nestes casos, a única solução é o tratamento obtido de forma privada.

### 3.3.2 A saúde pública no Reino Unido

Assim como o SUS e o sistema canadense, o sistema do Reino Unido também sofreu um processo de aperfeiçoamento ao longo dos anos. O Reino Unido é composto por quatro países, sendo a Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales.

O sistema foi criado em 1948, é conhecido como *National Health Service* e cada país gere de forma separada, mas é tratado de forma unificada. O *National Health Service* está entre os mais empregadores do mundo, ficando atrás apenas do Exército de Libertação da China, da rede de supermercados *Wal-Mart* e da *Indian Railways*. O sistema baseia-se em três princípios básicos, que são atender as necessidades dos indivíduos, ser gratuito e atender as necessidades da saúde, não da capacidade de pagamento. A forma de atendimento é dividida em primária, que abrange a clínica-geral, atendimento farmacêutico e dentista e secundária, que abrange emergência, cirurgia e consulta com especialista (DOMINGUEZ, 2010).

O sistema de saúde pública do Reino Unido abrange um amplo território, além de ser formado por inúmeros profissionais. O governo dispõe de parte significativa da totalidade dos gastos.

Em 2014, o gasto público com o sistema de saúde inglês ultrapassou 83%. O gasto total (setor público e iniciativa privada) per capita no Reino Unido alcançou US\$ 3.935, correspondente a 9,1% do PIB. Como meio de comparação, o Brasil gastou US\$ 947, correspondente a 8,3% do PIB. Ao verificar os dados de porcentagem apenas do gasto do setor público em relação ao PIB, o Brasil apresenta 3,8% e o Reino Unido 7,6% (FIGUEIREDO; et al, 2018).

A Tabela 2 a seguir apresenta indicadores de proporção do gasto em saúde no Brasil e no Reino Unido.

Tabela 2 - Gasto público e privado em saúde no Brasil e no Reino Unido em 2014

| Indicadores                                                     | Países |             |
|-----------------------------------------------------------------|--------|-------------|
|                                                                 | Brasil | Reino Unido |
| Gasto público em saúde como porcentagem do PIB                  | 3,8    | 7,6         |
| Gasto privado em saúde como porcentagem do PIB                  | 4,5    | 1,5         |
| Gasto público em saúde como porcentagem do gasto público total  | 6,8    | 16,5        |
| Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde | 46     | 83,1        |
| Desembolso direto em porcentagem do gasto total com saúde       | 25,5   | 9,7         |
| Desembolso direto em porcentagem do gasto privado em saúde      | 47,2   | 57,7        |

Fonte: Tabela reduzida pelo autor (FIGUEIREDO; et al, 2018).

A Tabela 2 apresenta algumas diferenças entre a porcentagem de gastos em saúde nos dois países. O Reino Unido realiza maiores dispêndios na questão sanitária em relação ao Brasil. Como contraponto, o sistema norte americano de saúde apresenta algumas diferenças, conforme exposto na sequência..

### 3.3.3 A saúde pública nos Estados Unidos

O sistema de saúde americano apresenta princípios distintos aos do Brasil, Canadá e Reino Unido. Nos Estados Unidos, não há um sistema universal como nos países citados anteriormente.

A maior parte do sistema de saúde nos Estados Unidos acontece pelo setor privado. Com o passar dos anos, alguns programas políticos foram implantados, como o *Obama Care*, pelo ex-presidente Barack Obama. Seis planos de saúde operam nos Estados Unidos, desses, três são integralmente públicos, dois mistos e um puramente privado (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020).

Como pode-se observar, existe maior número de planos de saúde que atendem de forma pública nos Estados Unidos. Em contraponto, o setor privado ainda obtém maior participação da totalidade dos gastos com saúde.

Apenas 27,7% da população norte-americana têm acesso a um sistema de saúde pública, cada plano presta assistência para um nicho em específico (idosos, crianças, veteranos de guerra e população de baixa renda). O gasto em saúde em

relação ao PIB norte americano é de 15,7%. A proporção em relação ao gasto total é de aproximadamente 55% do setor privado e 45% do setor público (PEGORARO, 2013).

Os sistemas de saúde, em especial o SUS brasileiro, exercem uma função social de inclusão dos indivíduos, mas é importante analisar se é realizado de forma eficiente, sem onerar a população. Para tal questionamento, será analisada uma avaliação das transferências federais ao SUS.

## **4 ESTUDO E AVALIAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS E GASTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA**

Após a contextualização acerca do funcionamento das finanças públicas, desde as suas receitas e a respectiva utilização dos recursos com ênfase no sistema público de saúde, pode-se discorrer a respeito das transferências entre os Entes Federativos e as despesas com a função saúde. O município de Flores da Cunha será utilizado como base desta análise.

Uma avaliação é realizada através da decomposição dos principais elementos textuais, sejam eles explícitos ou implícitos. Utilizando-se explicação, discussão e avaliação destes elementos, é possível compreender as relações existentes entre eles (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Além da análise dos dados monetários, há a necessidade de verificar os indicadores sociais e elencar com os indicadores de gestão. O tópico social é um dos pontos presentes nos princípios doutrinários do SUS, já expostos anteriormente no item 3.2.1.

### **4.1 MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA**

Como forma de tornar os dados das transferências entre os Entes Federais menos abrangentes, foram destacados os dados referentes ao município de Flores da Cunha dentre os demais dados nacionais. Estes conjuntos podem ser observados nas tabelas contidas ao longo do presente capítulo.

Flores da Cunha é um município localizado na Serra Gaúcha, com pouco mais de 30 mil habitantes. O setor econômico municipal é constituído, principalmente, pelo polo moveleiro, pela produção de uva e de bebidas alcoólicas, com ênfase vinícola. O município conta com destinos turísticos, como forma de incremento da economia local (FLORES DA CUNHA, 2021).

Ao se tratar de saúde pública, Flores da Cunha tem uma estrutura para atender a sua população nas demandas de menor complexidade. Para serviços de maior complexidade, a população necessita se deslocar para municípios vizinhos para ter acesso a estes serviços.

Em relação ao setor sanitário, o município conta com sete UBS, um centro de Farmácia Básica Municipal e Farmácia Especializada, um CAPS e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O município ainda não abriga leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), porém, desde 2020 há um projeto que está em análise para implementação de 10 leitos. A necessidade dos leitos de UTI para a cidade tornou-se presente após a pandemia do Covid-19 (FLORES DA CUNHA, 2021).

Como os demais municípios brasileiros, Flores da Cunha recebe valores em forma de Transferências Federais e Transferências Estaduais para utilizar em setores como a saúde e a educação. Para fins de análise, os valores destinados à saúde estão apresentados em tabelas.

A Tabela 3 representa a soma das Transferências Federais e Estaduais para o município de Flores da Cunha destinados exclusivamente para a saúde. Nela pode-se observar os dados em valores nominais e em valores reais. Os dados reais foram corrigidos pela inflação para 2020 através do IPCA.

Tabela 3 - Soma das Transferências Federal e Estadual para o município de Flores da Cunha destinado à saúde entre 2014 e 2020.

| Ano  | Total (valores nominais) | Total (valores reais) | População | Per capita |
|------|--------------------------|-----------------------|-----------|------------|
| 2014 | R\$ 5.185.429,69         | R\$ 7.103.082,68      | 28974     | R\$ 245,15 |
| 2015 | R\$ 5.912.667,11         | R\$ 7.318.391,50      | 29196     | R\$ 250,66 |
| 2016 | R\$ 6.481.031,79         | R\$ 7.547.166,91      | 29405     | R\$ 256,66 |
| 2017 | R\$ 5.584.693,46         | R\$ 6.317.027,85      | 29603     | R\$ 213,39 |
| 2018 | R\$ 5.914.212,60         | R\$ 6.447.959,17      | 30430     | R\$ 211,89 |
| 2019 | R\$ 5.493.446,04         | R\$ 5.741.749,80      | 30745     | R\$ 186,75 |
| 2020 | R\$ 12.132.729,62        | R\$ 12.132.729,62     | 31063     | R\$ 390,58 |

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos do Portal da Transparência de Flores da Cunha (FLORES DA CUNHA, 2021).

Os valores expostos na Tabela 3 são compostos pelo total advindo da União e pelo total advindo do estado do Rio Grande do Sul para Flores da Cunha em cada ano. Considerando os valores per capita, o período apresentou crescimento de 2014 a 2016 e 2020, porém, nos anos de 2017 a 2019 houve diminuição do valor per capita. Nos itens 4.2.3 e 4.2.4 seguintes, estes dados serão abordados de forma isolada.

## 4.2 ANÁLISE DO SISTEMA DE TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS PARA A SAÚDE

Os valores transferidos para os estados e os municípios variam ao longo dos anos. Estas variações acontecem inclusive na proporção do gasto por cada Ente, conforme as normativas vigentes.

Após 1993 os municípios alcançaram protagonismo no financiamento da saúde pública, de acordo com o caráter municipalista do SUS. Em 2002, os estados participaram de forma mais significativa como financiadores e gestores do SUS (UGÁ; SANTOS, 2006).

Para realizar a análise, serão apresentadas as relações entre os Entes Federativos e as transferências dos recursos públicos. Estas relações acontecem entre as esferas Nacional, Estadual e Municipal.

### 4.2.1 Transferências da União para o Rio Grande do Sul

Uma das modalidades exercidas pelos Entes Federativos, são os valores auferidos da União para os estados brasileiros. Estas transferências auxiliam os estados com as despesas na função saúde e variam de acordo com cada estado visando diminuir as desigualdades regionais.

A seguir, a Tabela 4 representa os valores anuais das transferências de recursos da União para o estado do Rio Grande do Sul. Estes recursos foram destinados exclusivamente para a saúde no estado. Na tabela pode-se observar os valores nominais e valores reais. Os dados reais foram corrigidos pela inflação para 2020 através do IPCA.

Tabela 4 - Transferências da União para o Rio Grande do Sul destinadas à saúde entre 2014 e 2020.

| Ano  | Total (valores nominais) | Total (valores reais) | População | Per Capita |
|------|--------------------------|-----------------------|-----------|------------|
| 2014 | R\$ 909.741.240,97       | R\$ 1.246.177.778,21  | 11119817  | R\$ 112,07 |
| 2015 | R\$ 852.280.124,77       | R\$ 1.054.907.963,02  | 11175777  | R\$ 94,39  |
| 2016 | R\$ 813.939.253,63       | R\$ 947.832.937,25    | 11229947  | R\$ 84,40  |
| 2017 | R\$ 786.006.626,36       | R\$ 889.077.580,95    | 11280193  | R\$ 78,82  |
| 2018 | R\$ 826.795.328,93       | R\$ 901.412.052,99    | 11329605  | R\$ 79,56  |
| 2019 | R\$ 942.689.246,30       | R\$ 985.298.800,23    | 11377239  | R\$ 86,60  |
| 2020 | R\$ 1.535.688.124,17     | R\$ 1.535.688.124,17  | 11422973  | R\$ 134,44 |

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos do Portal da Transparência do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Os valores da Tabela 4 são subdivididos em desdobramentos destinados a diferentes segmentos da saúde: Transferência do SUS - Repasses Fundo a Fundo, Bloco Custeio das Ações e Serviços, Transferências de Convênios da União e de suas Entidades, Transferência do SUS - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Transferência de Recursos do SUS - Vigilância em Saúde, Transferência de Recursos do SUS - Assistência Farmacêutica, Transferência de Recursos do SUS - Gestão do SUS, Transferências Advindas de Emendas Parlamentares Individuais (comum para aquisição de ambulâncias, mas pode variar conforme a demanda dos Deputados e Senadores), Transferência do SUS - Atenção Especializada, Transferência de Recursos do SUS - Outros Programas Financiados por Transferência e Transferência do SUS - Atenção Primária.

Ao observar os valores reais das transferências da União para o Rio Grande do Sul, observa-se que no período compreendendo 2015, 2016 e 2017 houveram quedas de 15,35%, 10,15% e 6,20%, consecutivamente, em relação ao ano anterior. Em contrapartida, nos anos de 2018, 2019 e 2020, as transferências tiveram um aumento de 1,39%, 9,31% e 55,86%, consecutivamente, em relação ao ano anterior. O crescimento dos valores das transferências em 2020 foi de 23,23% em relação à 2014. Durante o período analisado, o valor per capita apresentou constantes quedas, 2020 foi o único ano com aumento.

Para observações consonantes com a realidade, todas as modalidades de transferências exercidas devem ser ponderadas, independentemente do montante de recursos.

#### 4.2.2 Transferências do Rio Grande do Sul para os Municípios

Outra forma de transferências entre os Entes Federativos, são os valores oriundos do estado do Rio Grande do Sul e distribuídos para todos os municípios gaúchos. Estes recursos também são divididos visando a distribuição igualitária de recursos entre os municípios.

A Tabela 5 a seguir representa os valores das transferências do estado do Rio Grande do Sul para todos os municípios gaúchos entre os anos de 2011 e 2020. Na tabela pode-se observar os dados em valores nominais e em valores reais. Os dados reais foram corrigidos pela inflação para 2020 através do IPCA.

Tabela 5 - Transferências do Rio Grande do Sul para os municípios destinados à saúde entre 2014 e 2020.

| Ano  | Total (valores nominais) | Total (valores reais) | População | Per Capita |
|------|--------------------------|-----------------------|-----------|------------|
| 2014 | R\$ 816.037.414,78       | R\$ 1.117.820.811,78  | 11119817  | R\$ 100,53 |
| 2015 | R\$ 753.283.936,50       | R\$ 932.375.635,59    | 11175777  | R\$ 83,43  |
| 2016 | R\$ 940.697.366,34       | R\$ 1.095.442.864,84  | 11229947  | R\$ 97,55  |
| 2017 | R\$ 956.543.240,02       | R\$ 1.081.977.074,22  | 11280193  | R\$ 95,92  |
| 2018 | R\$ 894.925.693,25       | R\$ 975.691.054,61    | 11329605  | R\$ 86,12  |
| 2019 | R\$ 1.037.242.109,02     | R\$ 1.084.125.452,35  | 11377239  | R\$ 95,29  |
| 2020 | R\$ 991.213.754,74       | R\$ 991.213.754,74    | 11422973  | R\$ 86,77  |

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos do Portal da Transparência do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Com relação aos valores reais, em 2015 houve diminuição de 16,59% em relação à 2014. Os anos de 2016 e 2019 foram os únicos com aumentos no período, as taxas foram de 17,49% e 11,11%, consecutivamente. Os anos de 2017, 2018 e 2020 tiveram diminuição de 1,23%, 9,82% e 8,57% em relação ao ano anterior, respectivamente. O percentual total de diminuição no período comparando 2020 a 2014 é de 11,33%. O período apresentou oscilações referentes aos valores per capita, mas de um modo geral, entre 2014 e 2020, o valor per capita diminuiu.

#### 4.2.3 Transferências do Estado do Rio Grande do Sul para o Município de Flores da Cunha

Dentro do sistema de transferências do estado do Rio Grande do Sul, há uma porcentagem desta verba para o município de Flores da Cunha. Vale ressaltar que alguns procedimentos não são ofertados pelo SUS no município, impactando neste valor repassado.

A Tabela 6 representa os valores das Transferências Estaduais para o município de Flores da Cunha destinados exclusivamente para a saúde. Nela pode-se observar os dados em valores nominais e em valores reais. Os dados reais foram corrigidos pela inflação para 2020 através do IPCA.

Tabela 6 - Transferência Estadual para o município de Flores da Cunha destinado à saúde entre 2011 e 2020.

| Ano  | Transferências Estaduais | Valores Reais    |
|------|--------------------------|------------------|
| 2014 | R\$ 1.681.960,89         | R\$ 2.303.976,33 |
| 2015 | R\$ 950.511,63           | R\$ 1.176.493,81 |
| 2016 | R\$ 1.463.649,88         | R\$ 1.704.421,50 |
| 2017 | R\$ 1.689.047,22         | R\$ 1.910.536,08 |
| 2018 | R\$ 1.911.072,01         | R\$ 2.083.542,67 |
| 2019 | R\$ 1.501.282,93         | R\$ 1.569.140,92 |
| 2020 | R\$ 2.272.055,97         | R\$ 2.272.055,97 |

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos do Portal da Transparência de Flores da Cunha (FLORES DA CUNHA, 2021).

Nos anos de 2015 e 2019 houveram diminuições dos valores em relação ao ano anterior, sendo 48,94% e 24,69%, respectivamente. Nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2020 houveram aumentos em relação ao ano anterior de 44,87%, 12,09%, 9,06% e 44,80%, respectivamente. O percentual total de diminuição no período comparando 2020 a 2014 é de 1,39%. Em 2020 Flores da Cunha recebeu 0,23% em relação ao total transferido do Rio Grande do Sul para os municípios gaúchos. Na Tabela 9 pode-se observar os valores per capita.

#### 4.2.4 Transferências da União para o Município de Flores da Cunha

Assim como qualquer município brasileiro, Flores da Cunha recebe, além dos valores estaduais, valores transferidos diretamente da União. Estes valores são distribuídos em programas relacionados aos blocos de custeio e investimento da

atenção básica, atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, saúde bucal, vigilância sanitária, epidemiologia e assistência farmacêutica.

A Tabela 7 apresenta os valores das Transferências Federais para o município de Flores da Cunha destinados exclusivamente para a saúde. Nela pode-se observar os dados em valores nominais e em valores reais. Os valores reais foram corrigidos pela inflação para 2020 através do IPCA.

Tabela 7 - Transferência Federal para o município de Flores da Cunha destinado à saúde entre 2014 e 2020.

| Ano  | Transferências Estaduais | Valores Reais    |
|------|--------------------------|------------------|
| 2014 | R\$ 3.503.468,80         | R\$ 4.799.106,35 |
| 2015 | R\$ 4.962.155,48         | R\$ 6.141.897,69 |
| 2016 | R\$ 5.017.381,91         | R\$ 5.842.745,40 |
| 2017 | R\$ 3.895.646,24         | R\$ 4.406.491,78 |
| 2018 | R\$ 4.003.140,59         | R\$ 4.364.416,50 |
| 2019 | R\$ 3.992.163,11         | R\$ 4.172.608,88 |
| 2020 | R\$ 9.860.673,65         | R\$ 9.860.673,65 |

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos do Portal da Transparência de Flores da Cunha (FLORES DA CUNHA, 2021).

Em 2015 e 2020 houveram aumentos em comparação com o ano anterior, sendo 27,98% e 136,32%, respectivamente. Em contrapartida, os anos de 2016, 2017, 2018 e 2019 apresentaram queda de 4,87%, 24,58%, 0,95% e 4,39% consecutivamente, em relação ao ano anterior. Ao comparar 2020 com 2014, a diferença dos valores significou um aumento de 105,47%. Na Tabela 9 pode-se observar os valores per capita.

A Tabela 3 é constituída pela soma dos valores da Tabela 6 e Tabela 7. Do total destes valores recebidos por Flores da Cunha, o mais representativo é a verba da União, que em todos os anos representa mais de 50%.

Ao utilizar estes valores, será contabilizado como despesas na função saúde pelo Ente que utiliza. As despesas de um município, por exemplo, são divididas em grandes grupos segmentados, um destes grupos é a função saúde, como observa-se na sequência.

#### **4.2.5 Análise comparativa sobre as evoluções das Transferências da União para o estado do Rio Grande do Sul e para o município de Flores da Cunha**

Com relação aos valores que a União destinou para o estado do Rio Grande do Sul e para o município de Flores da Cunha, apresentados nos subcapítulos 4.2.1 e 4.2.4, consecutivamente, pode-se realizar algumas comparações do ocorrido ao longo dos anos.

Ao comparar as duas situações, as transferências para o estado do Rio Grande do Sul diminuíram entre 2015 e 2017, porém, houve uma sequência de aumentos entre 2018 e 2020, com diferença de 2014 a 2020 de 23,23% de aumento.

Com relação às transferências para o município de Flores da Cunha entre 2016 e 2019, houve sequência de diminuições. No ano de 2020, houve um aumento expressivo de 136,32% em relação ao ano anterior, totalizando 105,47% de elevação ao comparar 2014 com 2020.

As transferências para o município de Flores da Cunha não estavam acompanhando o aumento que ocorria nas transferências para o estado do Rio Grande do Sul. Em contrapartida, em 2020 o município recebeu altos valores, superando a porcentagem de aumento para o estado. Um fator decisivo relacionado ao aumento repentino ocorrido em 2020 foi a pandemia do Covid-19, em que o SUS auxiliou a população com serviços e medicamentos. A maior demanda pelos serviços públicos sanitários ocorrida no período da pandemia instigou a destinação dos recursos para a saúde.

#### **4.3 DESPESAS DO MUNICÍPIO DE FLORES DA CUNHA NA FUNÇÃO SAÚDE**

Para o financiamento das despesas, constam o somatório dos valores repassados da União e estado e os recursos próprios que foram utilizados na função. Estes recursos próprios servem como forma de complemento às demandas sanitárias locais.

A Tabela 8 a seguir, demonstra os valores gastos pelo município de Flores da Cunha com a saúde e o gasto total entre os anos de 2011 e 2020. Nela pode-se observar os dados em valores nominais e em valores reais. Os dados reais foram corrigidos pela inflação para 2020 através do IPCA.

Tabela 8 - Despesas por função com a saúde no município de Flores da Cunha entre 2014 e 2020.

| Ano  | Saúde (valores nominais) | Saúde (valores reais) | Despesa Total (valores nominais) | Despesa Total (valores reais) |
|------|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 2014 | R\$ 13.623.542,93        | R\$ 18.661.742,15     | R\$ 66.665.372,70                | R\$ 91.319.270,02             |
| 2015 | R\$ 14.840.160,91        | R\$ 18.368.378,50     | R\$ 78.430.501,57                | R\$ 97.077.191,23             |
| 2016 | R\$ 17.707.951,85        | R\$ 20.620.924,65     | R\$ 89.319.599,54                | R\$ 104.012.747,89            |
| 2017 | R\$ 19.393.456,87        | R\$ 21.936.567,89     | R\$ 92.381.306,65                | R\$ 104.495.491,37            |
| 2018 | R\$ 20.900.712,68        | R\$ 22.786.962,71     | R\$ 97.432.763,92                | R\$ 106.225.887,69            |
| 2019 | R\$ 23.084.265,02        | R\$ 24.127.673,80     | R\$ 108.261.392,35               | R\$ 113.154.807,28            |
| 2020 | R\$ 28.231.610,63        | R\$ 28.231.610,63     | R\$ 118.949.821,66               | R\$ 118.949.821,66            |

Fonte: Elaborado pela autora com dados obtidos do Portal da Transparência de Flores da Cunha (FLORES DA CUNHA, 2021).

Em relação aos gastos com saúde no período analisado, apenas no ano de 2015 houve diminuição em relação ao ano anterior de 1,57%. Entre os anos de 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020 o município apresentou aumentos nas despesas de 12,26%, 6,38%, 3,88%, 5,88% e 17,01%, consecutivamente em relação ao ano anterior. A diferença de 2020 em relação ao ano de 2014 foi um crescimento de 51,28% nas despesas.

Considerando as despesas totais, no período analisado, todos os anos apresentaram crescimento dos valores. Sendo 6,31% em 2015, 7,14% em 2016, 0,46% em 2017, 1,66% em 2018, 6,52% em 2019 e 5,12% em 2020. A relação de crescimento de 2014 a 2020 foi de 30,26%.

No período analisado, portanto, os gastos na área da saúde municipal tiveram um incremento superior ao crescimento do gasto total. Tal relação, bem como outras referentes à área em estudo, serão comentadas a seguir.

#### 4.4 INDICADORES DA FUNÇÃO SAÚDE

Para verificar a qualidade da gestão dos recursos, podem ser utilizados alguns indicadores de gestão. Os indicadores utilizados para avaliar Flores da Cunha foram: I) valores recebidos da União para a saúde per capita; II) valores recebidos do Rio Grande do Sul para a saúde per capita; III) recursos próprios utilizados na saúde per capita; IV) relação entre os recursos próprios gasto por Flores da Cunha e os valores recebidos da União; V) relação entre os recursos

próprios gasto por Flores da Cunha e os respectivos valores recebidos do estado do Rio Grande do Sul; VI) gasto per capita na função saúde e; VII) gasto em saúde em relação aos gastos totais.

A Tabela 9 a seguir representa os indicadores de gestão relacionados ao SUS. Foram utilizados os valores reais dos recursos e a quantidade estimada pelo IBGE dos habitantes de Flores da Cunha.

Tabela 9 - Indicadores da Função Saúde.

| Indicadores                         | 2014       | 2015       | 2016       | 2017       | 2018       | 2019       | 2020       |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Recursos da União/Habitantes        | R\$ 165,63 | R\$ 210,37 | R\$ 198,70 | R\$ 148,85 | R\$ 143,42 | R\$ 135,72 | R\$ 317,44 |
| Recursos do RS/Habitantes           | R\$ 79,52  | R\$ 40,30  | R\$ 57,96  | R\$ 64,54  | R\$ 68,47  | R\$ 51,04  | R\$ 73,14  |
| Recursos Próprios/Habitantes        | R\$ 398,93 | R\$ 378,48 | R\$ 444,61 | R\$ 527,63 | R\$ 536,94 | R\$ 598,01 | R\$ 518,27 |
| Recursos próprios/Recursos da União | 241%       | 180%       | 224%       | 354%       | 374%       | 441%       | 163%       |
| Recursos próprios/Recursos do RS    | 502%       | 939%       | 767%       | 818%       | 784%       | 1172%      | 709%       |
| Gasto em Saúde/Habitantes           | R\$ 644,09 | R\$ 629,14 | R\$ 701,27 | R\$ 741,03 | R\$ 748,83 | R\$ 784,77 | R\$ 908,85 |
| Gasto em Saúde/Gasto Total          | 20%        | 19%        | 20%        | 21%        | 21%        | 21%        | 24%        |

Fonte: Elaborado pela autora com os valores em Reais obtidos do Portal da Transparência de Flores da Cunha, do Portal da Transparência do Rio Grande do Sul e do IBGE (FLORES DA CUNHA; RIO GRANDE DO SUL; BRASIL, 2021).

Os anos de 2015 e 2020 mais receberam recursos da União per capita. Em contrapartida, os anos de 2018 e 2019 apresentam os menores valores per capita repassados da União. Ao se tratar de recursos repassados do estado do Rio Grande do Sul, 2014 e 2020 são os anos com os maiores valores per capita, por outro lado, 2015 e 2019 foram os anos que receberam os menores valores per capita. Os anos em que o município mais utilizou recursos próprios per capita foram 2017, 2018 e 2019. Os anos de 2014, 2015, 2016 e 2020 apresentaram utilização menor de recursos próprios per capita na saúde municipal no período selecionado. No ano de 2020, as transferências da União e do estado do Rio Grande do Sul tiveram um aumento ocasionado pela pandemia do Covid-19, desta forma, os recursos próprios que o município de Flores da Cunha teve que aportar, diminuíram.

Ao relacionar os recursos próprios com os valores repassados da União, em 2017 e 2019 foram os anos que o município mais aportou recursos. Os anos de 2020 e 2015 representam os menores aportes por parte do município. Com relação aos recursos próprios com os recursos do estado, 2015 e 2019 foram os anos com maior aporte de recursos próprios e 2014 e 2020 com os menores aportes por parte do município.

Os gastos per capita na saúde municipal em 2019 e 2020 são os mais elevados. Em 2014 e 2015 esses valores são os menores do período analisado. Ao desmembrar os valores gastos em saúde em relação ao gasto total, a proporção varia entre 18,92% em 2015 e 23,73% em 2020. Os indicadores dos gastos também demonstram o efeito que a pandemia do Covid-19 refletiu nas despesas públicas, com elevações no ano de 2020.

Nestas relações dos recursos transferidos, as trajetórias eram relativamente semelhantes até 2019. Em 2020, por causa do Covid, houve um descolamento, sendo o ano mais representativo em repasses e gastos em saúde nas três esferas do governo. A União repassou muito mais recursos, fato que impactou também o indicador de recursos próprios.

#### 4.5 INDICADORES SOCIAIS

Além dos indicadores de gestão, existem os indicadores sociais. Estes indicadores são essenciais para verificar se os objetivos sociais da existência do SUS estão sendo alcançados.

Um dos indicadores sociais analisados é a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto de quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). No período de 2017 a 2020 Flores da Cunha atingiu a meta estadual com uma taxa variando de 38 (2019) a 44 (2020) mortes a cada 100 mil habitantes. A meta estadual neste período foi de 360,75 em 2017, 329,91 em 2018, 346,44 em 2019 e 346,44 em 2020, esta taxa é sobre mortes a cada 100 mil habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

O município de Flores da Cunha compreende menos de 100 mil habitantes, portanto, os limites de mortes anuais para atingir a meta estadual seria de 108 mortes em 2017, 98 mortes em 2018 e 103 mortes em 2019 e 2020.

Com relação ao indicador de vacinas selecionadas aplicadas no Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos, o município de Flores da Cunha atingiu a meta em 2018 e 2020 com taxa de 100%. A meta estadual de 2017 a 2020 era de 95%, porém, em 2017 a taxa de vacinação no município de

Flores da Cunha ficou em 25% e em 2019 a taxa ficou em 50% (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Flores da Cunha não atingiu a meta estadual entre 2017 a 2020 ao se tratar do indicador de proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar. A meta estadual deste indicador em 2017 e 2018 era de 42% e em 2019 e 2020, a meta era de 38%. No município de Flores da Cunha, no ano de 2017, 14,78% dos partos normais ocorreram no SUS, 13,36% em 2018, 12,73% em 2019 e 10,93% em 2020, resultados inferiores ao estabelecido pelo Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Apenas em 2019 a meta estadual de mortalidade infantil foi atingida, sendo 5,31 a cada 100 mil habitantes. A taxa de mortalidade em 2017, 2018 e 2020 ficou em 13,19; 13,36 e 16, respectivamente. A meta nestes anos era 9,99 em 2017 e 9,75 nos três anos seguintes (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Estima-se que 77,54% da população florense era coberta pelas equipes de Atenção Básica em 2017. Em 2018 o percentual da população coberta era de 99,82%, em 2019 era 78,74% e em 2020 era 100% (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Um indicador que pode ser citado referente à saúde nos municípios é o Índice de Desenvolvimento Econômico (IDESE). Em 2016, neste indicador, que compreende a relação entre saúde, educação e renda no município, Flores da Cunha ficou em 37ª posição com 0,816, porém ao analisar apenas o índice referente à saúde no município, Flores da Cunha está com 0,890, na 55ª posição dentre todos os municípios gaúchos (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Outros indicadores sociais podem ser relacionados aos serviços prestados pelo SUS e pela qualidade de vida da população. Algumas metas estaduais são estabelecidas para enquadramento das ações necessárias em cada localidade.

#### 4.6 ANÁLISE GERAL DOS DADOS

Ao considerar os valores transferidos da União para o Estado do Rio Grande do Sul, percebe-se inicialmente uma queda, com posterior aumento. No período de 2014 para 2020, houve aumento de 23,23%. Porém, ao considerar os valores da União para o município de Flores da Cunha, o período apresentou sequentes diminuições, mas a relação de 2014 para 2020, foi um aumento de 105,47%. Neste

sentido, os valores que a União transferiu beneficiou o município de Flores da Cunha mais que o Estado do Rio Grande do Sul, fato relacionado com o fator da descentralização, em que os municípios têm maior autonomia e deveres na gestão local, necessitando de maiores recursos.

Com relação aos recursos de origem estadual, as transferências do estado do Rio Grande do Sul para todos os municípios gaúchos apresentaram queda de 11,33% entre 2014 e 2020. A transferência do estado do Rio Grande do Sul unicamente para o município de Flores da Cunha também apresentou queda, sendo diminuição de 1,39% entre 2014 e 2020. O município de Flores da Cunha recebeu menos valores do estado do Rio Grande do Sul do que os valores recebidos da União no período analisado.

As despesas na função saúde no município de Flores da Cunha apresentaram aumento de 51,28% entre 2014 e 2020, sendo a principal alta em 2020. O mesmo aconteceu com as despesas totais do município, porém o aumento no período ficou em 30,26% e o ano de 2020 não obteve o maior aumento dentre os anos destacados. Conforme o relatório de despesa por função e subfunção de 2020 disponível no Portal da Transparência de Flores da Cunha (2021), o aumento das despesas com saúde tiveram aumento em 2020 em função da pandemia do Covid-19, porém, as despesas totais permaneceram constantes. Este fenômeno ocorrido com as despesas totais é explicado pelos gastos em outros setores no município como a educação. Em função do distanciamento social e das restrições impostas, os custos variáveis com a estrutura educacional e transporte de alunos não foram gerados, compensando no saldo final das despesas em 2020.

Com base nos indicadores de gestão calculados, os recursos próprios que o município de Flores da Cunha utilizou para suprir as necessidades da saúde pública municipal, são maiores que os recursos recebidos da União e do estado juntos. A média no período que compreende 2014 a 2020 de recursos próprios per capita na saúde foi de R\$ 486,12, enquanto que a média do gasto em saúde per capita no período foi de R\$ 736,85. A relação de proporção da despesa com saúde e da despesa total ficou em torno de 20% no mesmo período, apenas o ano de 2020 apresentou porcentagem de despesa com a saúde de 24% do total.

Mesmo com a questão de recursos monetários sendo significativos, no que diz respeito à área social, os indicadores de mortalidade infantil, proporção de partos

normais no SUS e índice de vacinação demonstraram problemas entre 2017 e 2020. Estes indicadores não atingiram as metas impostas pelo governo estadual. Os indicadores de mortalidade prematura e porcentagem de cobertura da população florense pelo SUS apresentaram índices compatíveis com as metas estaduais impostas.

Diante do exposto, os recursos que o município de Flores da Cunha recebeu precisaram de suplementação expressiva de recursos próprios, conforme as possibilidades que o município detinha de distribuição dos recursos. Como consequência do nível de recursos disponíveis, os indicadores sociais não atingiram as metas impostas para o município pelo estado, entretanto, o IDESE demonstra que o município de Flores da Cunha está entre os melhores municípios gaúchos ao se tratar deste indicador. Desta forma, os princípios doutrinários do SUS são exercidos de forma adequada para atingir o objetivo do sistema.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como principal objetivo realizar uma análise das transferências Federais e Estaduais juntamente com as despesas na função saúde no município de Flores da Cunha no período de 2014 a 2020. Além dos aspectos quantitativos, foram utilizados dados sociais, interligando os objetivos em que o SUS baseia-se.

Primeiramente utilizou-se a definição e a forma de funcionamento das finanças públicas. Posteriormente, contextualizou-se o sistema de saúde pública no Brasil e no mundo, além disso, buscou-se os dados referentes aos valores transferidos originários da União destinados para o estado do Rio Grande do Sul e para o município de Flores da Cunha e os valores originários do estado do Rio Grande do Sul destinados para o município de Flores da Cunha.

Juntamente com a revisão dos dados monetários utilizou-se indicadores de gestão, relacionando os valores per capita e a proporção entre eles. Com relação aos indicadores sociais, foi possível identificar alguns pontos de atenção em que o SUS poderá auxiliar no município com a produção de programas de incentivo.

Diante dos dados expostos, algo que pôde ser observado é que o estado do Rio Grande do Sul declinou com os valores transferidos, enquanto que a União aportou maior quantidade de recursos no mesmo período. Os gastos em termos reais com a saúde no município de Flores da Cunha se elevaram, acompanhando o ocorrido com as despesas totais do município. Mesmo com estes significativos aumentos relacionados aos recursos financeiros utilizados, os índices sociais apresentaram alguns pontos de melhora e outros não, caracterizando ineficiências. Neste aspecto, ambos os fatores deveriam se acompanhar considerando resultados, o que não aconteceu na prática.

Considerando os dados encontrados e todos os segmentos contidos no setor sanitário, análises referentes à proporção de despesas em relação às receitas podem ser desenvolvidas. Esta análise pode contemplar as três esferas do governo, sendo a União, os estados e os municípios. Desta forma, pode ser identificado o índice de eficiência operacional que o Ente exerce na função saúde.

A hipótese principal não foi confirmada por completo, os recursos destinados para o município de Flores da Cunha garantem o pleno funcionamento do sistema,

porém, não garantem que o objetivo social seja alcançado, tendo em vista os indicadores sociais analisados. A primeira hipótese secundária referente às finanças públicas se confirmou, os Entes recolhem receita dos impostos e contribuições e distribuem aos demais Entes da Federação. A segunda hipótese secundária também se concretizou, o SUS surgiu primeiramente pela aclamação da população por melhores condições de saúde e presta serviços de forma gratuita à população. A terceira hipótese secundária também se confirmou, os estados e municípios tomam decisões de forma autônoma sobre a gestão local do SUS, estas decisões são de forma descentralizada.

A quarta hipótese secundária foi confirmada, uma vez que os serviços públicos no Canadá e Reino Unido são semelhantes com o SUS, os Estados Unidos detêm de um sistema diferente, em que o setor privado é mais utilizado. A quinta hipótese secundária se confirmou por partes, pois não é apenas o governo Federal que arrecada impostos e contribuições para transferir, os estados e municípios também estão presentes neste momento. E a sexta hipótese secundária também foi confirmada, os gastos com saúde no município de Flores da Cunha ficou em torno de 20% no período de 2014 a 2020, apresentando pequenas variações no percentual.

Ao se tratar dos objetivos do presente estudo, os mesmos foram efetivos. Houve um estudo e avaliação da qualidade das transferências e gastos no SUS no município de Flores da Cunha, a compreensão do funcionamento das finanças públicas, histórico do surgimento e definição da gestão e das principais características do SUS, definição das principais características dos sistemas de saúde pública do Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Também analisou-se a capacidade de fontes dos recursos destinados ao SUS e identificou-se a proporção dos gastos em saúde em relação aos gastos totais.

Por fim, cada gestor público do SUS necessita identificar os pontos de melhora para destinar a realocação dos recursos e a constituição de programas sociais de forma adequada. A saúde pública no município de Flores da Cunha não atinge todas as metas impostas pelo estado, porém, apresenta boas colocações ao se tratar do IDESE.

## REFERÊNCIAS

ACQUAVIVA, Marcus Cláudio. **Teoria geral do Estado**. Barueri: Manoele, 2010.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Painel de precificação planos de saúde 2016**. Rio de Janeiro, 2017.

AZEVEDO, Iraneide S. S; ALVES, Aline. **Orçamentos, custos e finanças no setor público**. Porto Alegre: Sagah, 2017.

BARROS, Pedro Pita. **Economia da saúde: conceitos e comportamentos**. 3. ed. Coimbra: Almedina, 2013.

BUSATO, Ivana Maria Saes; GARCIA, Ivana de França; RODRIGUES, Izabelle Cristina Garcia. **SUS: estrutura organizacional, controle, avaliação e regulação**. 1. ed. Curitiba: Intersaberes, 2019.

BRASIL. **Decreto nº 6.140, de 03 de julho de 2007**. Regulamenta a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF. Brasília, DF: Presidência da República [2007] Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6140.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6140.htm) Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. **Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1967] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm) Acesso em: 18 de abril de 2021.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 900, de 29 de setembro de 1969**. Altera disposições do Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1969] Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del0900.htm#:~:text=Altera%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20do%20Decreto%2Dlei,1967%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0900.htm#:~:text=Altera%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20do%20Decreto%2Dlei,1967%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias). Acesso em: 18 de abril de 2021.

BRASIL. **Emenda constitucional Nº 3, de 17 de março de 1993**. Altera os arts. 40, 42, 102, 103, 155, 156, 160, 167 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República [1993] Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc03.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc03.htm) Acesso em: 08 de julho de 2021.

BRASIL. **Lei Nº 7.596, de 10 de abril de 1987**. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, modificado pelo Decreto-lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, e pelo Decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1987] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7596.htm#:~:text=LEI%20No%207.596%2C%20DE%2010%20DE%20ABRIL%20DE%201987.&text=Altera%20dispositivos%20do%20Decreto%2Dlei,1986%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7596.htm#:~:text=LEI%20No%207.596%2C%20DE%2010%20DE%20ABRIL%20DE%201987.&text=Altera%20dispositivos%20do%20Decreto%2Dlei,1986%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias). Acesso em: 18 de abril de 2021.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1990] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. **Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República [1998] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm) Acesso em: 13 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e programas**. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas> Acesso em: 04 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde brasileiro**. Brasília, DF: Editora MS, 2002.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Instituições, bom estado e reforma da gestão pública**. In: BIDERMAN, Ciro; ARVATE, Paulo (org.). **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Repasses Sociais e Relatórios Anuais**.

Disponível em:

<http://loterias.caixa.gov.br/wps/portal/loterias/landing/repasses-sociais/> Acesso em: 03 de julho de 2021.

DOMINGUEZ, Bruno. **Por dentro dos sistemas universais**. Radis: comunicação em saúde. Rio de Janeiro, vol. 99, p. 11 - 13, 2010.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DE SÃO PAULO. **Setores da cadeia da saúde**.

Disponível em: <https://www.fiesp.com.br/setores-da-cadeia-da-saude/> Acesso em: 07 de novembro de 2021.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira; PRADO, Nilia Maria de Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe; PAIM, Jairnilson Silva. **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 42, p. 37 - 47, 2018.

FILELLINI, Alfredo. **Economia do setor público**. São Paulo: Atlas, 1994.

FIOCRUZ. **Antes do SUS**. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus> Acesso em 09 de novembro de 2021.

FLORES DA CUNHA. **Dados gerais**. Disponível em:

<https://www.floresdacunha.rs.gov.br/secao.php?id=1> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

FLORES DA CUNHA. **História**. Disponível em:

<https://www.floresdacunha.rs.gov.br/secao.php?id=2> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

FLORES DA CUNHA. **Portal da Transparência**. Disponível em:

<http://187.63.171.67:8082/multi24/sistemas/transparencia/index?secao=receitas>  
Acesso em: 18 de agosto de 2021.

FLORES DA CUNHA. **Portal da Transparência**. Disponível em:

[http://187.63.171.67:8082/multi24/sistemas/transparencia/index.php?secao=despesas&sub=funcao\\_subfuncao](http://187.63.171.67:8082/multi24/sistemas/transparencia/index.php?secao=despesas&sub=funcao_subfuncao) Acesso em: 30 de agosto de 2021.

FLORES DA CUNHA. **Portal da Transparência**. Disponível em:

[https://floresdacunha.multi24h.com.br/multi24/sistemas/transparencia/index.php?secao=despesas&sub=funcao\\_subfuncao](https://floresdacunha.multi24h.com.br/multi24/sistemas/transparencia/index.php?secao=despesas&sub=funcao_subfuncao) Acesso em: 20 de novembro de 2021.

FLORES DA CUNHA. **Saúde**. Disponível em:

<https://www.floresdacunha.rs.gov.br/secretarias.php?id=9> Acesso em: 15 de setembro de 2021.

FRIDAY, Lee. **O problema está em quem gerencia: o sistema estatal de saúde do Canadá também é um fracasso colossal**. Disponível em:

<https://www.mises.org.br/article/2884/o-sistema-de-saude-universal-no-canada-um-colossal-fracasso-estatal> Acesso em: 11 de julho de 2021.

GIACOMONI, James. **Orçamento público**. 17. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

GIAMBIAGI, Fabio; ALÉM, Ana Cláudia. **Finanças públicas - teoria e prática no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população**. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados> Acesso em 3 de outubro de 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga rendimento domiciliar *per capita* 2016.** [s.l.], 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/flores-da-cunha/panorama> Acesso em 02 de outubro de 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **SIDRA.** Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado> Acesso em 3 de outubro de 2021.

IPEADATA. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).** Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx> Acesso em 30 de agosto de 2021.

JACCOUD, Luciana; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Federalismo, integralidade, e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação.** Ipea, Rio de Janeiro, 2018, n. 2399.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LIMA, Edilberto Carlos Pontes. **Curso de finanças públicas: uma abordagem contemporânea.** São Paulo: Atlas, 2015.

MENDES, Marcos. **Federalismo fiscal.** In: BIDERMAN, Ciro; ARVATE, Paulo (org.). **Economia do setor público no Brasil.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

NESI, Nazareno. **Finanças públicas**. 2. ed. Florianópolis: IF-SC, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Aspectos históricos**. In: PAIM, Jairnilson Silva (org.), **SUS sistema único de saúde - tudo o que você precisa saber**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

PEGORARO, Ana Paula Andreotti. **O sistema de saúde no Brasil e nos Estados Unidos**. Curitiba, 2013.

PEREIRA, José Matias. **Administração pública: foco nas instituições e ações governamentais**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

PEREIRA, José Matias. **Finanças públicas**. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes; SANTOS, Thadeu Borges de Souza; TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. **Gestão do Sistema Único de Saúde**. In: PAIM, Jairnilson Silva (org.), **SUS sistema único de saúde - tudo o que você precisa saber**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

PINTO, Rosa Maria Ferreiro; GARCIA, Marina Stefania Mendes Pereira; GONÇALVES, Alessandro Marcus da Silva. **O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos**. Intraciência. Ed. 19, 2020.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólon Magalhães. **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Ipea, Brasília, 1995.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar; **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013

RIANI, Flávio. **Economia do setor público: uma abordagem introdutória**. 6.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Pactuação interfederativa de indicadores**. Disponível em: [http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_MeuMunicipio](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_MeuMunicipio) Acesso em 02 de outubro de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Portal da Transparência**. Disponível em: <http://www.transparencia.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=Transparencia.qvw&host=QVS%40QLVPRO06&anonymous=true> Acesso em 16 de agosto de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Série histórica nova metodologia**. Disponível em: <https://arquivofee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/serie-historica-nova-metodologia/2/?ano=2016&ordem=idese> Acesso em: 21 de novembro de 2021.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **Infraestrutura do SUS**. in: PAIM, Jairnilson Silva (org.), **SUS sistema único de saúde - tudo o que você precisa saber**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

SCHEFFER, Mário César; BAHIA, Ligia. **Público e privado na saúde**. in: PAIM, Jairnilson Silva (org.), **SUS sistema único de saúde - tudo o que você precisa saber**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez; SANTOS, Isabela Soares. **Uma análise da progressividade do financiamento do sistema único de saúde (SUS)**. Rio de Janeiro, 2006.

VASCONCELLOS, Marco Antonio Sandoval de. **Economia: micro e macro**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

VASCONCELLOS, Marco Antonio Sandoval de; GARCIA, Manoel Enriquez. **Fundamentos de economia**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MOTA, Paulo Henrique do Santos; UCHIMURA, Liza Yurie Teruya; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. **Organização do Sistema Único de Saúde**. In: PAIM, Jairnilson Silva (org.), **SUS sistema único de saúde - tudo o que você precisa saber**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução dos gastos com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Rio de Janeiro: IPEA, Texto Para Discussão, vol 2356, 2018.

ZUCCHI, Paola; FERRAZ, Marcos Bosi. **Guia de economia e gestão em saúde**. 1. ed. Barueri, SP: Manoele, 2010.