

Financiamento do SUS e COVID-19: análise comparativa, em relação ao triênio antecedente, do impacto inicial da pandemia (2020) nos valores aplicados em ações e serviços de saúde pelos entes federativos em quatro municípios da região do Alto Tietê.

Financing of SUS and Covid-19: Comparative Analysis, About the Previous Triennium, of the Initial Impact of the Pandemic (2020) on the Values Applied in Healthcare Actions and Services by Federative Entities in four Municipalities of the Alto Tietê Region

Michele Moreira Mendonça

Bacharel em Fisioterapia pela Universidade de Mogi das Cruzes. Especialista em Fisioterapia Hospitalar pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Especialista em Gestão do SUS nas Redes de Saúde pelo Hospital Sírio Libanês. Atua como Fisioterapeuta na Prefeitura Municipal de Santa Isabel. E-mail: michelemmendonca@yahoo.com.br e smsstaisabel@gmail.com

Resumo

O financiamento da saúde pública no Brasil é assunto recorrentemente debatido, no entanto, a pandemia de COVID-19 fez com que o tema deste trabalho - Valores aplicados pelos entes federativos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) durante o ano de 2020 - seja relevante para refletirmos sobre o subfinanciamento estrutural a que esse direito fundamental é submetido desde sua origem e as dificuldades da prática do financiamento coparticipativo entre os entes federativos. O objetivo é analisar os valores aplicados por cada ente federativo em ASPS e a questão a ser respondida: Por ocasião da pandemia de COVID-19, houve maior aplicação financeira de recursos, por parte dos entes federativos, nos fundos de saúde dos municípios? Como hipótese, temos que sim, os entes federativos aplicaram mais recursos. Os objetos utilizados serão os relatórios resumidos da execução orçamentária (RREO) das secretarias de saúde dos municípios de Arujá, Biritiba Mirim, Guararema e Santa Isabel, pertencentes à região do Alto Tietê no Estado de São Paulo nos anos de 2017 a 2020 atualizados em valores reais através do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Após análise dos dados, se confirmou a hipótese que os municípios estudados receberam maior aporte financeiro da União e do Estado em 2020, no entanto, esse aumento não pode ser atribuído exclusivamente à pandemia de COVID-19. Já em relação aos municípios, a hipótese de maior aplicação financeira é confirmada apenas em um dos quatro municípios estudados, os demais investiram menos recursos no ano da pandemia. Deste

Artigo recebido em 24/10/2023, aceito para publicação em 15/02/2024.

modo o trabalho demonstrou o quanto o cofinanciamento do SUS está distante de um ideal, impactando negativamente no orçamento dos municípios e na saúde dos cidadãos.

Palavras-chave: Financiamento público de saúde. COVID-19. Financiamento coparticipativo em saúde.

Abstract

Public health financing in Brazil is a recurrently debated subject. However, the COVID-19 Pandemic made the theme of this work, Values applied by federative entities in Public Health Actions and Services (ASPS) during 2020, relevant to reflect on the structural underfunding to which this fundamental right has been subjected since its origin and the difficulties in the practice of co-participatory financing between federative entities. The objective is to analyse the values applied by each federative entity in ASPS. The question to be answered is: During the COVID-19 pandemic, was there a more significant financial investment of resources by the federative entities in the municipalities' health funds? As a hypothesis, we have that yes, the federative entities invested more resources. The objects used will be the summary budget execution reports (RREO) from the health departments of the municipalities Arujá, Biritiba Mirim, Guararema and Santa Isabel belonging to the Alto Tietê region in the State of São Paulo in the years 2017 to 2020 updated in absolute values through the Broad National Consumer Price Index (IPCA). After analysing the data, the hypothesis that the municipalities studied received more significant financial support from the Union and the State in 2020 was confirmed; however, this increase cannot be attributed exclusively to the COVID-19 pandemic. About municipalities, the hypothesis of more significant financial investment is confirmed in only one of the four municipalities studied, while the others invested fewer resources in the year of the pandemic. In this way, the work demonstrated how SUS co-financing is far from ideal, negatively impacting the budget of municipalities and the health of citizens.

Keywords: Public health financing. COVID-19. Co-participatory financing in health.

1 Introdução

O ano de 2020 deixou sua marca na história mundial: o ano da pandemia de COVID-19. Quem poderia antever que três meses após o primeiro caso do letal novo coronavírus em uma província chinesa, a doença já estaria espalhada por todo o mundo? (Servo et al., 2020).

Sabemos que são os governos, e não o setor privado, que pautam as decisões em situações caóticas. É por meio dos dirigentes de órgãos públicos e das agências multilaterais que a população é informada sobre como agir fazendo com que lideranças com capacidade de escutar e tomar decisões com base em evidências, com moderação e sensibilidade sejam ativos essenciais (França; Silva; Peres, 2020). No entanto, a crise sanitária que vivemos em 2020, foi notoriamente agravada com as divergências entre o governo federal e os demais entes subnacionais sobre medidas de prevenção, controle e tratamento dos casos relacionados com a pandemia. Tendo no centro do debate o falso dilema entre saúde vs economia (Servo et al., 2020).

A calamidade pública deve fazer com que os governos priorizem a efetivação dos direitos fundamentais, como o direito à saúde, com direcionamento de políticas públicas e o respectivo orçamento necessário (Fernandes; Magalhães, 2021).

A pandemia revela a necessidade urgente de novos recursos, ampliação de inves-

timentos e gestão pública com procedimentos que avaliem suas decisões e que a elas confirmam transparência (França; Silva; Peres, 2020).

Em contramão a tudo isso, o histórico do financiamento do SUS, de acordo com Marques (2017), mostra um subfinanciamento estrutural, sem forte apoio político para destinação de maiores recursos ao sistema. Santos (2018) já ilustrou a insuficiência de recursos quando analisou dados da execução orçamentária do Ministério da Saúde, entre 2012 e 2015.

Com o tema Valores aplicados pelos entes federativos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) durante o ano de 2020, essa pesquisa parte da seguinte questão: por ocasião da pandemia de COVID-19, houve maior aplicação financeira de recursos, por parte dos entes federativos, nos fundos de saúde dos municípios? A hipótese é que sim, os entes federativos aplicaram mais recursos.

O objetivo desta pesquisa é analisar os valores aplicados pelos entes federativos em ASPS nos municípios com até 100 mil habitantes. A escolha por esses municípios se dá por estudos mostrarem que, nessa faixa populacional, os governos tendem a ter maior dependência de transferências constitucionais por sua baixa arrecadação própria (Leite, 2014).

Considerando que os municípios, do ponto de vista da gestão, estão divididos em redes regionais de saúde, as quais se justificam pela necessidade de qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção com economia de escala, se fundamenta a necessidade de os municípios selecionados estarem dentro de uma mesma região (Mendes, 2011).

O Alto Tietê é a região onde estão localizados os municípios de Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano. Faz parte da Região Metropolitana de São Paulo e possui extensa área de cobertura vegetal, além de mananciais importantes – como o rio Tietê, que dá nome a região e a torna uma das principais produtoras de água do Estado. O orçamento anual ultrapassa R\$ 10 bilhões e a produção de riquezas é superior a de muitos estados brasileiros. Quanto à população, tem cerca de 3 milhões de habitantes (Condemat, 2024)

Dada a importância econômica e populacional do Alto Tietê, como objetos de pesquisa, serão utilizados os Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária (RREO) das secretarias de saúde dos municípios com menos de 100 mil habitantes pertencentes à região (Arujá, Biritiba Mirim, Guararema e Santa Isabel)² nos anos de 2017 a 2020 atualizados em valores reais através do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Os RREOs foram coletados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), regulamentado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 53 de 16 de janeiro de 2013, como o sistema de alimentação obrigatória e acesso público, para registro eletrônico, centralizado e atualizado das informações referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, Estados e Municípios (Brasil, 2013).

No estudo temos os seguintes gráficos para comparação e análise: 1 - Receita aplicada pela União em ASPS; 2 - Receita aplicada pelo Estado em ASPS; 3 - Receita aplicada pelos municípios em ASPS; 4 - Percentual do valor aplicado em ASPS pelo município à luz da LC 141; 5 - Composição da Receita dos fundos de saúde.

O trabalho segue com uma contextualização sobre o financiamento do SUS e análise das ações e execuções orçamentárias dos entes federativos nos anos pesquisados

1 O Município de Salesópolis foi descartado como objeto deste estudo por suas declarações no SIOPS apresentarem divergências de valores referentes à transferência Estadual no ano de 2020.

com ênfase em 2020 no que se relaciona à pandemia e à pasta da Saúde.

2 Financiamento do SUS: Histórico

Com o fim do regime militar em 1985, encerraram algumas estruturas políticas autoritárias: em julho deste mesmo ano foi convocada, pelo presidente da República a pedido do ministro da pasta, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986 com uma grande mobilização popular pela reforma do sistema de saúde (movimento sanitarista) (Paim, 2008).

A concretização das principais pautas aprovadas na conferência se deu com a promulgação da Carta Magna em 1988, na qual a saúde se tornou um direito social e ganhou uma seção inteira com 5 artigos que desenham de forma genérica o novo sistema de saúde brasileiro, com financiamento garantido através de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988).

Em 1990, a Lei 8.080 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e referendou seus objetivos, princípios e diretrizes. Os sistemas de gestão e financiamento ficam compartilhados pelos três entes federativos e mais uma vez são colocados os recursos do orçamento da seguridade social como principal fonte de financiamento. Outra determinação é o depósito dos recursos para a saúde em conta específica da União, Estados e Municípios, os Fundos de Saúde, que devem ser fiscalizados pelos conselhos de saúde (controle social). Também deve se considerar a Lei 8.142/1990 que trata de maneira mais detalhada como deve ser a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos intergovernamentais.

Apesar da preocupação em garantir recursos através de determinações na forma da lei, o financiamento do SUS é marcado por uma trajetória de luta e subfinanciamento (Servo et al., 2020).

No âmbito da União, em decorrência de diversos motivos, entre eles o crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões, o terço do orçamento da seguridade social desde o início não foi repassado integralmente ao Ministério da Saúde e em 1993 passou a financiar exclusivamente o pagamento de benefícios previdenciários (Brasil, 2007). Além disso, foi aprovada a desvinculação de 20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social e de impostos para integrar o Fundo Emergencial instituído para estabilizar a economia após a implantação do Plano Real e gerar superávit nas contas do Governo Federal Desvinculação de Receitas da União (DRU) (Jorge, 2018). A falta de recursos levou à criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1994, que funcionou apenas como fonte substitutiva, não incorporando mais recursos à pasta (Brasil, 2007).

No que diz respeito a Estados, Distrito Federal e Municípios o problema era a não definição de valores mínimos de aplicação em saúde e a inexistência de um sistema de informação que possibilitasse a consolidação de gastos dos entes federados com o SUS (Marques, 1999).

Em 2000, com o objetivo de superar os problemas de financiamento vivenciados pelo SUS na década passada, foi criada a Emenda Constitucional 29 (EC 29) que determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que os entes federativos seriam obrigados a aplicar em ASPS (Campelli; Calvo, 2007). Em 2012, a Lei complementar 141 definiu que gastos com ASPS são as despesas em ações e serviços de saúde voltadas à promoção, proteção e recupe-

ração da saúde que atendam aos princípios do art. 7º da Lei 8.080/1990 e também às seguintes diretrizes: acesso universal, igualitário e gratuito, em conformidade com objetivos e metas que constam nos planos de saúde de cada ente da federação e que sejam de responsabilidade específica da pasta saúde (Brasil, 2012). Em resumo, para serem consideradas ASPS, as ações devem estar disponíveis de forma gratuita, a toda população, financiadas com recursos movimentados pelos fundos próprios, executadas na função saúde, incluídas no plano de saúde, devendo ser aprovadas pelo respectivo Conselho e ser de responsabilidade específica do setor saúde (Ministério da Saúde, 2023). Fica determinado, deste modo, o financiamento do SUS: União - o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); Estados - no mínimo, 12% de seus recursos próprios (o que inclui impostos diretamente arrecadados e as transferências constitucionais e legais); Municípios - no mínimo, 15% dos seus recursos próprios; Distrito Federal 12% e 15% de acordo com a natureza da receita, se de base estadual ou municipal respectivamente (Piola et al., 2013).

Ainda assim, o subfinanciamento persistia: permaneceram as desigualdades da despesa por habitante em ASPS entre as unidades federativas e grandes regiões. Em paralelo, houve aumento da participação dos municípios no financiamento do SUS com diminuição da participação federal (Piola; Benevides; Vieira, 2018). Em resposta a essa realidade, foi aprovada em 2015 a Emenda Constitucional 86 (EC 86), a qual determinou que a União deveria aplicar em ASPS percentuais escalonados de sua receita corrente líquida, partindo de 13,2% em 2016 para 15% em 2020 (Vieira; Piola; Benevides, 2019).

No entanto, a recessão econômica de 2015 trouxe prejuízo ao financiamento federal do SUS em 2016, em virtude da queda de arrecadação e do fortalecimento da agenda neoliberal, após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Nesta mesma época houve a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95) que congelou a despesa primária da União e sua aplicação mínima em ASPS até 2036 (Sá et al., 2018).

3 Orçamentos na pandemia: União, Estado e Municípios

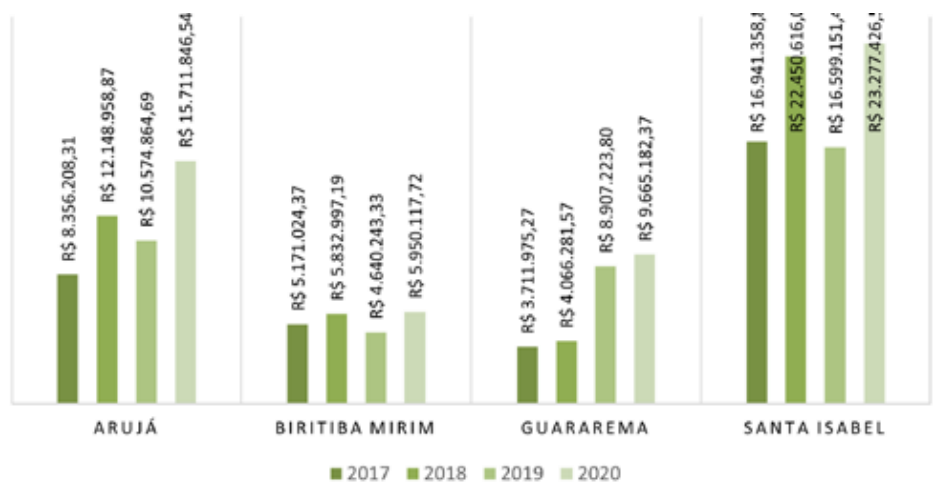
No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19) (Opas, 2020). Como respostas imediatas, o governo federal emitiu a Portaria 188/GM/MS, em 4 de fevereiro, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN); promulgou a Lei 13.979, em 6 de fevereiro, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência da Infecção Humana pelo coronavírus (COVID-19); e publicou em 13 de fevereiro o Plano de Contingência Nacional para infecção humana pela COVID-19.

Do ponto de vista financeiro, o Congresso Nacional reconheceu a calamidade para acionar o regime de exceções, previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal, em 20 de março de 2020, na primeira votação remota em 196 anos (Baptista, 2020).

A primeira medida adotada para financiamento federal em ASPS foi a Medida Provisória (MP) 924 em 13 de março, que não representou aumento de dotação orçamentária, apenas remanejamentos dos recursos do Ministério da Saúde. Em abril, foi editada a primeira MP contendo crédito extraordinário para a pasta (Servo et al., 2020). No gráfico 1 temos os valores repassados pela União para os municípios objeto deste

estudo:

Gráfico 1- Receita aplicada pela União em ASPS



Fonte: SIOPS atualizado pelo IPCA.

Ao analisarmos os repasses dos quatro municípios estudados percebemos que, exceto em Guararema, os municípios tiveram um repasse maior em 2018, diminuição do valor em 2019 e novo aumento de repasse em 2020.

Um possível evento que pode justificar esse maior aporte financeiro para os fundos municipais de saúde nos anos de 2018 e 2020 são as eleições. Lemos (2019) define emendas parlamentares como um mecanismo legiferante apto a acrescentar, alterar ou suprimir recursos de orçamentos apresentados pelo poder Executivo nos três níveis, visando direcionamento da verba pública pelo poder Legislativo. Graton (2000) coloca que os membros do Legislativo se preocupam em propor e poder executar emendas que beneficiem suas principais bases eleitorais. A Emenda Constitucional 86/2015, em seu parágrafo 9º, prevê que:

Emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde.³

Nomura (2020) afirma que o envio de emendas parlamentares é um importante instrumento político em ano de eleições e que, mesmo em nível municipal, elas podem influenciar quando utilizadas por deputados e senadores para beneficiar prefeitos aliados com recursos importantes, ainda mais em ano em que existe contexto de crise. As ações previstas na programação da pasta da Saúde se caracterizam por serem de execução objetiva e de grande visibilidade (aquisição de medicamentos, veículos, equipamentos, pequenas reformas e instalações), indo ao encontro dos interesses dos parlamentares (Baptista et al., 2012), que nem sempre estão previstas nos planos de saúde. Apesar da relevância, esse não é o foco desta pesquisa, por isso o tema não será aprofundado.

Outra influência positiva no orçamento de 2020 é a publicação da Portaria 2.979

³ Emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde.

em 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, o qual altera o modo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). A tabela abaixo demonstra as principais mudanças:

Tabela 1 – Tabela comparativa do financiamento da Atenção Básica

Modo de Financiamento da Atenção Básica pela União	
PAB (Piso da Atenção Básica) FIXO e VARIÁVEL (até 2019)	Programa Previne Brasil (2020)
Transferência de recursos per capita (IBGE)	Captação Ponderada: *Transferência de recursos por pessoa cadastrada em serviço de Atenção Básica; *Vulnerabilidade socioeconômica da população; * Perfil demográfico por faixa etária; * Classificação geográfica definida pelo IBGE
Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	Pagamento por desempenho: cumprimento de meta alcançada sobre um grupo selecionado de indicadores.
Núcleo de Atendimento Saúde da Família (NASF)	Incentivo para ações estratégicas: Programa Saúde na Hora, Equipe de saúde bucal, Unidade odontológica móvel dentre outras.

Tabela elaborada pela autora com base em (Harzhein, 2020)

Massuda (2020) coloca que, embora o esperado seja que os municípios aumentem o número de pessoas cadastradas em serviços de Atenção Básica e que a ponderação valorize regiões mais vulneráveis, o financiamento dependerá da efetividade do cadastro. Alguns municípios podem apresentar diferentes obstáculos para esse cadastramento ser ampliado, acarretando em redução de recursos. Harzhein (2020) discorda desse posicionamento e diz que a efetivação do programa trará a 4.472 municípios a oportunidade de potencializar o recebimento de recursos, enquanto 1.098 municípios receberam pelos 12 meses de 2020 o valor da maior competência financeira de 2019, aumentando também seus repasses (Brasil, 2020). Deste modo, com aumento ou não da captação de usuários para a atenção básica, o repasse aumenta em todos os municípios.

Ainda sobre o maior aporte financeiro em 2020, ano da pandemia, o Conselho Nacional de Saúde elaborou um documento que resume a movimentação financeira da União em relação ao enfrentamento da COVID-19: em valores reais, até o final de 2020, o Governo Federal destinou uma dotação de R\$63.743 bilhões para a Ação 21CO - Despesas relacionadas ao combate à COVID-19 - Lei 13.979, de 06/02/2020. Do valor total, foram empenhados R\$41.757 bilhões, ou seja, nem todo recurso dotado para a ação foi empenhado a algum tipo de aplicação. Exemplo disso é o recurso dotado para aplicação direta do Ministério da Saúde (R\$ 28.705 bilhões) que ficou com 76,4% do seu recurso a empenhar e 15% a liquidar. Já o recurso dotado para transferência aos Estados (R\$ 9.883 bilhões) e Municípios (R\$23.310 bilhões) ficou com apenas 0,2% e 0,1% de recursos a empenhar e 1,5% e 0,8% a liquidar, respectivamente. Tal movimentação evidencia repasses específicos para o enfrentamento da pandemia diretamente

aos municípios.

Rodrigues (2001) afirmou que a pandemia fez crescer o repasse da União para os municípios.

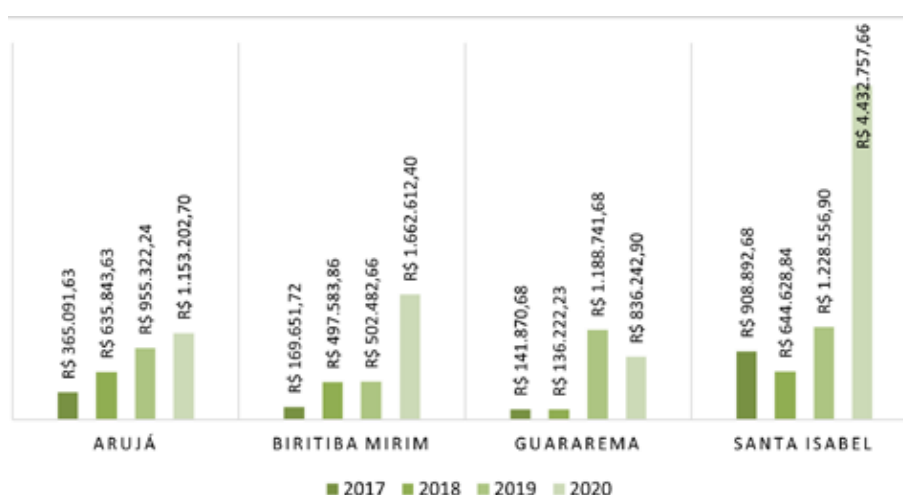
Passando para a análise dos repasses estaduais, temos o estado de São Paulo, pertencente à região Sudeste, com população de 44.269.710 habitantes dividida em 645 municípios, representando 31,5% do PIB do país (São Paulo, 2021a)

A emissão do primeiro decreto de medida econômica para a Secretaria de Saúde foi em 31 de março de 2020 (Decreto 64.889); além desse, mais cinco decretos foram emitidos neste mesmo ano (64.929; 64.944; 64.960; 65.034; 65.194), todos dispendo sobre abertura de crédito suplementar ao Orçamento da Seguridade Social na Secretaria da Saúde, visando ao atendimento de Despesas Correntes, de Despesas de Capital ou ambas (São Paulo, 2021b).

Num panorama geral, em 2020 foram empenhados R\$3.777 milhões e liquidados R\$3.356 milhões restando R\$ 421 mil a liquidar. Desse montante empenhado, R\$662.860.553,00 foram para transferências aos municípios, tendo liquidado o valor de R\$638.860.553,00 que corresponde a 96,38% do valor empenhado (São Paulo, 2021b).

No gráfico 2 temos os valores repassados pelo Estado para os municípios estudados.

Gráfico 2- Receita aplicada pelo Estado em ASPS



Fonte: SIOPS atualizado pelo IPCA.

Os repasses feitos pelo Estado apresentaram aumento anual para os municípios de Arujá e Biritiba Mirim, durante o período estudado. Os municípios de Santa Isabel e Guararema apresentam uma queda em 2018, comparando com 2017 e apenas Guararema teve em 2019 um repasse de R\$ 352.498,78 maior que em 2020.

Destaque para o repasse recebido pelo município de Santa Isabel, que teve aumento em 2020 acima de 240%, quando comparado com 2019.

Para estes dados podemos lembrar os autores já citados que tratam das emendas parlamentares no ano eleitoral de 2020.

Outro ponto a considerar é que, segundo Sá (1993), a Legislação complementar estabelece que à direção estadual de saúde compete dentre outras atribuições: descentralizar para os municípios os serviços e ações de saúde; gerir as unidades de saúde do sistema público de alta complexidade, de referência regional ou estadual e prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. Neste contexto, vemos que, apesar

dos repasses estaduais não terem grande volume financeiro, é de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde a gestão dos hospitais de alta complexidade, que foram grandemente exigidos em 2020.

Segundo o Portal Hospitais Brasil (2021), os hospitais vivenciaram uma explosão de procedimentos de alta tecnologia e custo.

Por outro lado, Santos (2008) afirmou que a descentralização prevista pela Constituição Federal de 1988 foi identificada como a “municipalização” das obrigações do Estado, o deixando com funções mal definidas e de cunho cooperativo com os demais entes da federação.

Carro (2020) coloca que entre 2009 e 2019, a participação dos Estados na execução dos gastos públicos em saúde caiu aproximadamente de 40% para 35%.

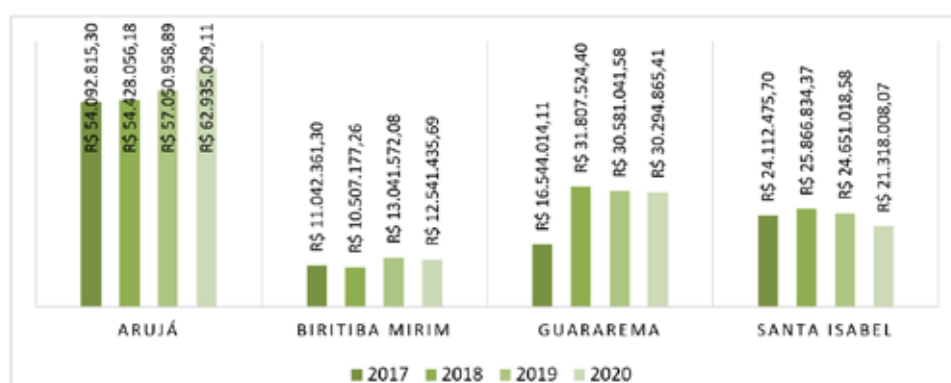
Os municípios de Arujá, Biritiba Mirim, Guararema e Santa Isabel juntos tem uma população estimada 214,712 mil habitantes e a economia baseada na produção de frutas e flores, turismo e pequenas indústrias, com exceção de Arujá que possui um polo industrial mais importante no ponto de vista econômico, às margens da Rodovia Presidente Dutra.

Compõem com os demais municípios da região do Alto Tietê um consórcio intermunicipal (CONDEMAT), a fim de promover formas articuladas de planejamento regional, com criação de mecanismos conjuntos para consulta, estudos, execução, fiscalização e controle de atividades. Este consórcio ainda engloba o município de Santa Branca.

No ano de 2020, em relação a pandemia, a região teve no total 78.122 casos de COVID-19 confirmados e 3.496 óbitos pela doença.

No gráfico 3 estão os valores aplicados em ASPS pelos próprios municípios:

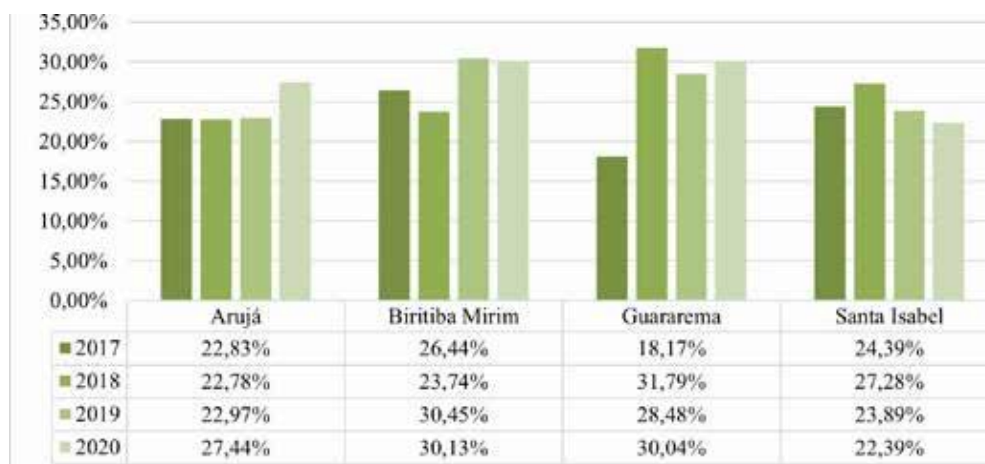
Gráfico 3- Receita aplicada pelos Municípios em ASPS.



Fonte: SIOPS atualizado pelo IPCA

Observamos que, em todos os municípios, houve aumento na quantia de recursos aplicados na saúde comparando os anos de 2017 e 2019. Arujá mantém esse aumento também em 2020, já os demais municípios têm uma queda na aplicação de recursos no primeiro ano da Pandemia, com destaque para Santa Isabel que investiu R\$3.333.010,51 a menos.

Gráfico 4- Percentual do valor aplicado em ASPS pelos Municípios à luz da LC 141



Fonte: SIOPS

O Gráfico 4 confirma o aumento de investimento de Arujá e a diminuição de aplicação de recursos próprios dos municípios de Biritiba Mirim e Santa Isabel, do ano de 2019 para o ano de 2020. Já em relação a Guararema, temos que, embora o volume de recursos aplicados seja R\$286.176,17 menor que no ano anterior, o percentual investido em relação a arrecadação foi maior em 2020.

Outro dado importante deste gráfico é a aplicação acima do piso de 15% exigido pela EC 29 em todo o período estudado, sendo o menor índice 18,17% em Guararema no ano de 2017 e o maior 30,45% em Biritiba Mirim no ano de 2019.

Araújo et al. (2016) coloca que em um contexto de descentralização da saúde e subfinanciamento da política pública, os municípios alocam a proporção das receitas próprias em níveis superiores aos determinados constitucionalmente. Aos municípios foi dada a função de gerir e executar os serviços de saúde, ficando assim a responsabilidade, em última instância, de dar condições de efetivação das políticas públicas.

Segundo matéria publicada na revista eletrônica Isto é (2017), 96% dos municípios do Brasil investem mais do que o mínimo exigido por lei pela falta de verbas federais para manter os equipamentos de Saúde em funcionamento.

O Conselho Nacional de secretarias municipais de saúde calcula que só em 2019 foram investidos pelos municípios 31 bilhões de reais acima do mínimo constitucional.

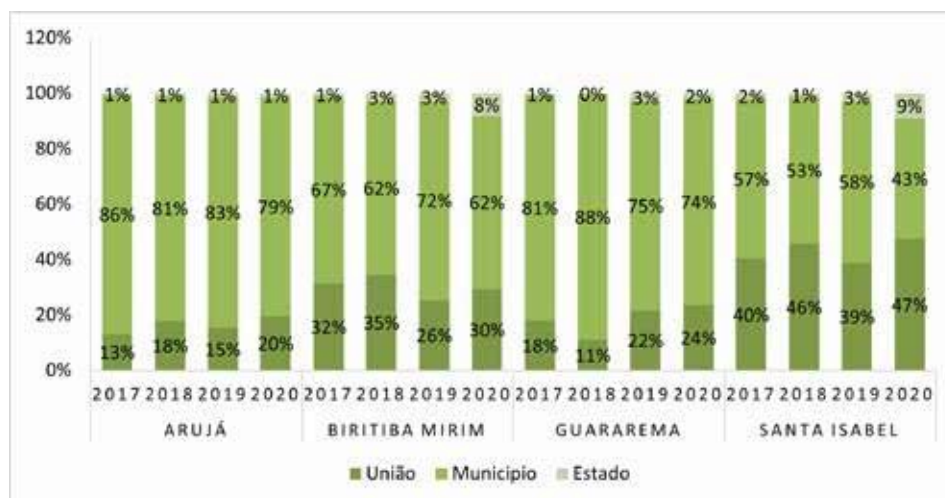
Marques (2003) diz que em recorte nos municípios do estado de São Paulo, percebeu-se que os orçamentos dos menores municípios foram os mais onerados com a descentralização devida a falta de escala de serviço

Corroborando o aumento de investimento feito pelo município de Arujá, Rodrigues (2020), repórter da Agência Brasil, afirmou que os municípios brasileiros investiram mais em saúde em 2020. O artigo do Observatório de Informações Municipais, escrito por Carro (2021), constatou que, entre 2019 e 2020, as despesas municipais com a área da saúde subiram 18,08%. Pelos cálculos do Observatório, no bolo da despesa total dos municípios, a saúde passou de 24,62% em 2019 para 26,89% em 2020.

Essa diferença de Arujá com dos demais municípios pode ter ocorrido por esse município possuir população mais próxima dos 100 mil habitantes, o que aumenta sua arrecadação em relação aos demais

Abaixo, no gráfico 5, temos como foi a composição do orçamento da saúde.

Gráfico 5- Composição das Receitas nos Fundos Municipais da Saúde.



Fonte: SIOPS

Observamos a contribuição do Estado sempre abaixo de 5% do volume total de recursos gastos com ASPS nos anos anteriores à pandemia, chegando ao máximo de 9% em Santa Isabel em 2020.

O Conselho Federal de Medicina (2020) publicou artigo em que cita a opinião de Hideraldo Cabeça, segundo o qual, avaliando o comprometimento dos percentuais de orçamento da saúde entre 2008 e 2019, os Estados, aos poucos, têm retraído sua presença proporcional nas contas. Na mesma matéria, consta que, em 2008, as prefeituras assumiram 29% do gasto total público, já em 2019 este percentual foi para 31,3%. Enquanto isso, no mesmo intervalo, os Estados passaram de 27,6% para 26,3% de contribuição com o percentual de despesas consecutivamente.

No gráfico 5, outro ponto comum a todos os anos é que o investimento na saúde é feito predominantemente pelos municípios, com exceção do ano de 2020 em Santa Isabel, quando a contribuição federal foi maior que o investimento próprio em saúde.

Lina (2007) e Arreteche (2004) afirmam que a adesão dos municípios à descentralização da saúde os levou a arcar ainda mais substancialmente com o financiamento do setor. Santos (2011) e Faveret (2003) enfatizam que são os municípios que mais contribuem com a saúde em termos proporcionais a sua arrecadação.

A contribuição sempre acima dos 15% somada ao aumento no repasse de origem Federal e Estadual podem justificar a inversão na composição do orçamento de Santa Isabel em 2020.

Sobre a participação da União no gasto público com saúde, Uga (2010) mostra que tem diminuído, indo de 72% em 1993 a 51% em 2003, com consequente aumento da participação dos municípios que passou de 16% para 26% consecutivamente.

Outra consideração a fazer é que os repasses aos municípios é feito considerando o pagamento por procedimento, adesão a programas e quantidade de equipamentos de saúde instalados.

4 Considerações finais

Com base nos dados apresentados, podemos confirmar a hipótese de que os mu-

nicípios estudados receberam maior aporte financeiro da União e do Estado em 2020. No entanto, o fato da atenção básica ter seu repasse alterado pela Portaria 2.979/2019, por parte da União, e de ser um ano eleitoral, faz com que esse aumento não possa ser atribuído exclusivamente à pandemia de COVID-19.

Como dito anteriormente, apesar de não ser o foco desta pesquisa, os dados demonstrados nos trazem um alerta para a necessidade de estudos sobre as emendas parlamentares e seus impactos no financiamento do SUS. O aumento de verbas destinadas aos fundos de saúde municipais deste modo coloca o Poder Legislativo como um importante protagonista das políticas públicas no setor.

Sobre o Estado, sua baixa contribuição com os fundos de saúde municipais é histórica. Com relação ao seu posicionamento no período da pandemia, seria interessante um estudo comparativo dos percentuais gastos antes, durante e após a pandemia.

Em relação aos municípios, a hipótese de maior aplicação financeira é confirmada apenas em Arujá; os demais municípios estudados, ao contrário do que previa esse estudo, investiram menos recursos no ano da pandemia. Aqui se fundamenta a hipótese de diversos autores quando afirmam que municípios com população mais próxima de 100 mil habitantes possuem melhor capacidade orçamentária, podendo dispor de mais recursos. O mesmo não acontece com os municípios com menor porte populacional, que apresentam baixa arrecadação e, conseqüentemente, possuem uma maior dependência dos repasses dos demais entes federativos para determinar como melhor vão distribuir o seu orçamento.

Para o tema cofinanciamento do direito social à saúde, este trabalho contribui ao demonstrar o quanto está distante de um ideal. A Lei Complementar 141 estabelece percentuais mínimos de financiamento; no entanto, a União e o Estado têm utilizado esses percentuais como teto de contribuição. Por sua vez, os municípios, no seu papel de financiador e executor da política pública, têm comprometido seus orçamentos muito além do previsto constitucionalmente. O mesmo se verifica quanto à promoção de novas políticas públicas e à coordenação dos serviços existentes. O resultado disso é um Sistema de Saúde que não atende as necessidades da população.

Finalizando, para uma análise mais completa de como se deu o financiamento do SUS no período da pandemia, é interessante uma nova pesquisa que abranja os orçamentos dos anos de 2021 - ano que os poderes executivos puderam escrever sua Lei Orçamentária Anual (LOA) já com conhecimento do potencial devastador da pandemia e com políticas públicas preestabelecidas - e 2022 - quando é decretado o fim do estado da emergência de saúde pública em decorrência da pandemia da COVID-19 no Brasil.

Referências

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 3, p. 953-963, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>. Acesso em: 11 abr. 2022.

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 1726, 2004.

Balances da pandemia: Covid-19 levou a aumento de procedimentos de alta complexidade. Portal hospitais Brasil, São Paulo, 22 nov. 2021. Notícias. Disponível em:

<https://portalhospitaisbrasil.com.br/balancos-da-pandemia-covid-19-levou-a-aumento-de-procedimentos-de-alta-complexidade/>. Acesso em 09 mar. 2022.

BAPTISTA, R. **Em sessão histórica, Senado aprova calamidade pública contra covid-19**. Senado notícias, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/20/em-sessao-historica-senado-aprova-calamidade-publica-contra-covid-19>. Acesso em: 03 out. 2021.

BAPTISTA, T. W. de F. et al. As Emendas Parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400006>. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. Departamento de Economia da Saúde. **Siops em perguntas e respostas**. Brasília -DF, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indicadores_municipais_SIOPS.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 86 de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95**, 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados e do Senado/ Federal, 2016 Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 03 out 2021.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de

setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm. Acesso em: 03 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 01 out. 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/18142.htm. Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 07 mar. 2022.

BRASIL. Portaria nº 169, de 31 de janeiro de 2020. Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previner Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-169-de-31-de-janeiro-de-2020-240912927>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previner Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. Portaria nº 53, de 16 de janeiro de 2013. Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0053_16_01_2013.html. Acesso em 01 out. 2021.

CAMPELLI M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 7, p. 1613-23, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>. Acesso em: 03 out. 2021.

CARRO, R. **Prefeituras elevam gastos com saúde em 2020, mas reduzem com educação**. 17 jun. 2021. Disponível em: http://www.informacoesmunicipais.com.br/?pagina=detalhe_noticia¬icia_id=72192 Acesso em: 09 mar. 2022.

CARRO, R. Cresce a participação dos municípios no financiamento à saúde. **Jornal Valor Econômico**, 20 nov. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/jornal-valor-economico-cresce-a-participacao-dos-municipios-no-financiamento-a-saude/>. Acesso em: 09 mar. 2022.

CONDEMAT. **Perfil Alto Tietê**. Mogi das Cruzes, 2024. Disponível em: <https://condemat.sp.gov.br/perfil-alto-tiete/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Estados reduzem participação com gasto em saúde**. 08 out. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/estados-reduzem-participacao-no-gasto-com-saude-2/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Boletim Cofin 2020/12/31** (dados até 31/12/2020). Comissão de orçamento e financiamento. Elaboração: Francisco R. Funca (CNS e USCS), Rodrigo Benevides (IPEA) e Carlos Oce (IPEA) Fonte: Adaptado de SIGABRASIL E SIOP. Divulgação 04/03/2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 out. 2021.

ESTADÃO CONTEÚDO. 96% das cidades investem mais do que o mínimo exigido. **Revista Eletrônica Isto é**. Disponível em: <https://istoe.com.br/96-das-cidades-investem-mais-do-que-o-minimo-exigido/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

FERNANDES, B. R. M.; MAGALHÃES, H. P. C. **A boa governança como instrumento efetivador do direito à saúde no Brasil em tempos de pandemia**. Repositório de Universitário da Ânima. UNIFG (BA), Guanambi. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/13526>. Acesso em: 13 abr. 2022.

FRANÇA, C.; SILVA, R.; PERES, U. D. Covid-19: pensamento complexo para problemas complexos. **Nexo Jornal**, 06 abr. 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Covid-19-pensamento-complexo-para-problemas-complexos>. Acesso em: 30 set. 2021.

GRATON, L. H. T.; BONACIM, C. A. G.; SAURAI, S. N. A Barganha no processo orçamentário brasileiro e a caracterização do parlamentar de Coalizão. In: UnB Internacional Congresso of accounting and Governance, 5th., 2019, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: UnB, 2019. Disponível em: <https://conferencias.unb.br/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Acesso em: 8 mar. 2022.

JORGE, A. T. Apontamentos acerca da desvinculação de receitas da União (DRU). **Revista de finanças públicas, tributação e desenvolvimento**, Rio Janeiro, v. 6, n. 6, p. 1-29, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfptd/article/view/32908/24524>. Acesso em: 02 out. 2021.

LEITE, F. L. B. **Fusão de municípios: impactos econômicos e políticos da diminuição do número de municípios em Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Minho, Braga, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/30631> Acesso em: 01 out. 2021.

LEMOS, J. T. Emendas Parlamentares e Barganhas Políticas. **JusBrasil**, 2019. Disponível em: <https://jordantomazelli.jusbrasil.com.br/artigos/703990332/emendas-parlamentares-e-barganhas-politicas>. Acesso em 08 mar 2022.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política pública de saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, v. 49, p. 35-47, jul./dez. 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/82332/1/ppp_n49_notas.pdf. Acesso em: 01 out. 2021.

MARQUES, R. M. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago do Chile: Publicación de las Naciones Unidas, 1999. (Série Financiamento del Desarrollo, n. 82). Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5289/S997486_pt.pdf;sequence=1 Acesso em: 02 out. 2021.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 8 mar. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

NOMURA, B. Emendas Parlamentares: o que são e como funcionam? **Estadão**, São Paulo, 30 maio 2020. Política. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,emendas-parlamentares-o-que-sao-e-como-funcionam,70003319234>. Acesso em: 08 mar. 2022.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **OMS declara emergência de saúde**

pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 02 out. 2021.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/555555555555.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

PIOLA S. F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.** Brasília, DF: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

PIOLA S. F.; BENEVIDES R. P. de S.; VIEIRA F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017.** Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2439). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

SANTOS, A. P. **Municípios, descentralização e território.** Rio de Janeiro: Forense, 2008.

RODRIGUES, L. **Municípios investem 34% a mais em Saúde, mas quadro fiscal preocupa.** Rio de Janeiro, RJ: Agência Brasil, 21 out. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-brasil/2021/10/21/municipios-investem-34-a-mais-em-saude-mas-quadro-fiscal-preocupa.htm>. Acesso em: 08 mar. 2022.

SÁ, E. B. et al. **Saúde. Polít. Soc.**, n. 25, p. 111-156, 2018. Disponível em : <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1139870>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SÁ, E. N. de C.; DIMITROV, P. Funções da Secretaria de Estado da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 2, p. 3-20, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901993000200002>. Acesso em: 9 mar. 2022.

SANTO, A. C. G. E.; TANAKA, O. U. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, 2011.

SANTOS, A. P. **Municípios, descentralização e território.** Rio de Janeiro: Forense, 2008.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>. Acesso em: 01 out. 2021.

SÃO PAULO (Estado). São Paulo: potência em história, economia, cultura e turismo. São Paulo, 2021a. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/conhecasp/> Acesso em: 03 out. 2021.

SÃO PAULO (Estado). **SP contra o novo coronavírus.** São Paulo, 2021b. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/transparencia/>. Acesso em: 03 out.

2021.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid 19: histórico, participações federativas e respostas a pandemia. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 114-129, 2020.

UGÁ, M.A.D. et al. O financiamento do SUS na esfera estadual de governo: o estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ M.A.D. et al. (org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 147-168. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>. Acesso em: 18 abr. 2022.

VIEIRA, F. S.; PIOLA S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Brasília, DF: Ipea, 2019. (Texto para discussão, n. 2516). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35119. Acesso em: 03 out. 2021.