



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VII- GOVERNADOR ANTÔNIO MARIZ
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

ANDRESSA DE JESUS MONTEIRO

**GESTÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO EM
SAÚDE NA REGIÃO DO VALE DO PIANCÓ (2019-2020)**

**PATOS-PB
2022**

ANDRESSA DE JESUS MONTEIRO

**GESTÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO EM
SAÚDE NA REGIÃO DO VALE DO PIANCÓ (2019-2020)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão pública em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior.

**PATOS-PB
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M775g Monteiro, Andressa de Jesus.
Gestão da saúde [manuscrito] : uma análise dos indicadores de gestão em saúde na região do Vale do Piancó (2019-2020) / Andressa de Jesus Monteiro. - 2022.
39 p. : il. colorido.
Digitado.
Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Exatas e Sociais Aplicadas, 2022.
"Orientação : Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior, Coordenação do Curso de Administração - CCSA."
1. Administração pública. 2. Gestão da saúde pública. 3. Administração financeira. 4. Gastos públicos. I. Título
21. ed. CDD 353.6

ANDRESSA DE JESUS MONTEIRO

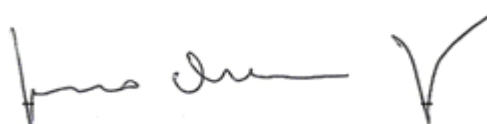
GESTÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INDICADORES DE GESTÃO EM
SAÚDE NA REGIÃO DO VALE DO PIANCÓ (2019-2020)

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão Pública da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública em
saúde.

Aprovada em: 24 / 05 / 2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Odilon Avelino da Cunha
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Francisco Anderson Mariano da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

RESUMO

No Brasil, os restritos recursos financeiros preocupam a administração da saúde pública. Apesar das altas taxas tributárias pouco dos valores arrecadados retornam a população na forma de benefícios que contribuam para a melhoria das condições de vida. Com isso, o planejamento e a organização do gasto público em saúde devem ser orientados pensando em uma das competências essenciais da administração pública, a eficiência. Este trabalho teve por objetivo realizar uma análise comparativa do desempenho da gestão pública em saúde, considerando os indicadores de saúde e as informações orçamentárias para o ciclo de gestão de 2019 e 2020 dos municípios do Vale do Piancó, Paraíba. Quanto à metodologia trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, que utilizou como fonte os dados secundários de domínio público, abordagem quantitativa, obtidos através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio DATASUS no Portal da Saúde. A partir da plataforma foram gerados o relatório resumido da execução orçamentária (RREO) e o relatório de indicadores orçamentários dos 19 municípios que compõem a região. Os resultados evidenciaram que há desequilíbrios na execução orçamentária do exercício de referência, com relação à distribuição geográfica e também aos setores em que são destinados os recursos. Entretanto, todos cumpriram com a aplicação mínima de 15% exigida pela Constituição Federal.

Palavras-chave: Administração Pública. Gestão de Saúde Pública. Administração Financeira. Gastos Públicos.

ABSTRACT

In Brazil, limited financial resources worry the public health administration. Despite the high tax rates, little of the amounts collected return the population in the form of benefits that contribute to the improvement of living conditions. As a result, the planning and organization of public spending on health must be oriented towards one of the essential competencies of public administration, efficiency. This study aimed to carry out a comparative analysis of the performance of public health management, considering health indicators and budget information for the 2019 and 2020 management cycle of the municipalities of Vale do Piancó, Paraíba. As for the methodology, it is a bibliographic and documentary research, which used as a source secondary data in the public domain, a quantitative approach, obtained through the Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), made available by the Ministry of Health through DATASUS on the Health Portal. From the platform, the summary report of budget execution (RREO) and the report of budget indicators of the 19 municipalities that make up the region were generated. The results showed that there are imbalances in the budget execution of the reference exercise, in relation to the geographic distribution and also to the sectors in which the resources are destined. However, all of them complied with the minimum investment of 15% required by the Federal Constitution.

Keywords: Public administration. Public Health Management. Financial management. Government spending.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1	A evolução da administração pública ao longo do tempo.....	9
2.2	Sociedades democráticas e a demanda pelo melhor uso dos recursos SUS.....	12
2.3	Um novo perfil econômico passa a orientar os serviços públicos em saúde.....	15
3	METODOLOGIA	19
3.1	Tipo de pesquisa.....	19
3.2	Área de estudo.....	19
3.3	Coleta de dados.....	20
3.4	Análise dos dados.....	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	22
5	CONCLUSÃO.....	34
	REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A gestão pública sofreu várias modificações ao longo da história. Após o período de redemocratização do Estado, entre 1975 e 1985, o cidadão passa a ser parte da administração pública e o governo começa a atuar não mais apenas como cumpridor de normas, mas também sob a perspectiva da eficiência e da transparência quanto ao orçamento público (OLIVEIRA, 2013).

Tendo em vista, que compreende um dos componentes a serem geridos pelo Estado, o sistema público de saúde, passa a incrementar os princípios da descentralização e da universalização do acesso, promovido pela Constituição Federal de 1988, especificamente pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei nº 8.080 de 1990. A descentralização da gestão fomentou a maior atuação dos entes federados, em particular dos governos municipais, buscando a democratização da alocação dos recursos e maior eficiência nos gastos públicos. Nesse contexto, os municípios se tornaram os pilares para provimento de serviços básicos de saúde no Brasil (PINTO et al., 2017).

Em contrapartida à universalização, que atribui a garantia de fornecimento dos serviços de saúde a todos sem distinção, surtiu em dificuldades para os governos locais, uma vez que não considerou a destinação de recursos suficientes para atender a essa prerrogativa. Na tentativa de amenizar essa deficiência financeira houve então a criação da obrigatoriedade da aplicação mínima de 15% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços de saúde através da Emenda Constitucional nº 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012 (SANTOS et al., 2017).

Reconhecendo essa nova face da administração pública, retoma-se a atenção para a organização da gestão em saúde em que existem níveis de atenção, divididos em baixa, média e alta complexidade de acordo com o grau de tecnologia empenhada, especialização dos órgãos e dos profissionais, e, portanto, da proporcionalidade dos gastos. Considerando estas características, sabe-se que quanto mais alto o nível de atenção à saúde, maiores os dispendidos e os gastos públicos.

A atenção primária a saúde é considerada o ponto de início, preferencial, para os serviços de atenção à saúde. A este nível é atribuído um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção, orientadas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais é atribuída a responsabilidade sanitária (GONDIM, 2009). Constitui-se por atividades a ela inerentes, por exemplo, a prevenção da evolução de danos e a redução de condições mórbidas que evoluam em demandas para atendimentos de maior custo.

Em linhas gerais, para a administração pública investir e fortalecer a atenção primária é crucial, pois é nesse nível que estão mergulhados os serviços de promoção e de prevenção em saúde que evitam o adoecimento grave e o aumento da demanda pelos serviços de alta complexidade. Em outras palavras, isso implica de forma direta na gestão e planejamento eficiente dos restritos recursos e do fornecimento de serviços de saúde. Pois, ainda que o Brasil seja um dos países com uma das maiores taxas tributárias do mundo, possui também um dos piores retornos dos valores arrecadados em prol da melhoria das condições de vida dos cidadãos (AMARAL; AMARAL; OLENIKE et al., 2018), promovendo um desbalanceamento entre o que é arrecadado e o efetivado em ações.

Considerando que a Paraíba é um dos estados mais pobres do Brasil e são os municípios que têm a competência de gerir e executar as ações e os serviços de saúde relacionados à Atenção Básica, dentre outros, para o estudo são destacados os municípios do interior da Paraíba, do Vale do Piancó. Estes municípios possuem baixos índices de IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) e PIB (Produto Interno Bruto) e ainda possuem altos índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2017; IBGE, 2021). Sendo assim, o estudo busca responder a seguinte problemática: Como ocorreu a gerência dos recursos públicos de saúde no Vale do Piancó nos anos 2019 e 2020 (período de crise pandêmica)?

O presente estudo tem como objetivo central realizar uma análise comparativa do desempenho da gestão pública em saúde, considerando os indicadores de saúde e as informações orçamentárias para o ciclo de gestão de 2019 e 2020 dos municípios do Vale do Piancó.

Diante dos objetivos específicos, o trabalho se empenha em: destacar a importância do planejamento orçamentário, nos municípios que compreendem a região do Vale do Piancó, a fim de verificar se o orçamento foi planejado e aplicado de forma a cumprir normas legais e de eficiência; com base nos dados, verificar quais as características mais expressivas dos gastos públicos em saúde e no seu custeio; contribuir para identificar aspectos relacionados à distribuição e ao

planejamento do orçamento público municipal em saúde, bem como, fornecer aos gestores e aos órgãos de controle referências gerenciais para a reflexão e promoção da eficiência do gasto público, respeitando as características populacionais e geográficas dos municípios.

A seguir o trabalho contemplará o referencial teórico em que são explorados conceitos relativos à administração pública para melhor entendimento do tema, os processos metodológicos ajustados, os resultados encontrados e as discussões, por fim, são feitas as considerações finais e indicadas às referências do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Na organização social do Estado antigo não havia separação entre sociedade civil e Estado propriamente. Neste período, a figura do monarca, que representava a oligarquia, era soberana, isto é, estava concentrada nele toda forma de poder político (absoluto). Essa divisão só começa a ser expressa com o Estado Moderno em que a sociedade civil e política se dissociam do Estado e o aparelho estatal passa a ficar distante do patrimônio privado dos soberanos.

Assim, surge à organização da administração pública, onde vários atores sejam estes eleitos (políticos), não eleitos (burocratas) ou oficiais públicos profissionais, conduzem o Estado orientados sob a égide do interesse público (COSTIN, 2010).

2.1 A evolução da administração pública ao longo do tempo

No sentido político e histórico, os termos nação e sociedade civil, irão se distinguir de povo, muito embora possam ser reconhecidos popularmente como sinônimos. Enquanto o povo possui direitos iguais, quando da organização em nação e sociedade civil o poder é ponderado através dos recursos como dinheiro e conhecimento ou da capacidade de organização e comunicação (BRESSER PEREIRA, 2017).

O termo gestão pública também pode assumir diferentes definições. Apesar da polissemia conferida ao termo para Waldo (1964) esta expressão é tida como a atividade em que os negócios públicos são administrados. De maneira geral, a forma como esta se apresenta passou por grandes transformações ao longo do tempo. À medida que a sociedade se modificava a gestão pública assumia diferentes papéis e suas relações passaram a tomar concepções diferentes.

Dentre os modelos que marcam a administração pública estão o Patrimonialista, o Burocrático, o Gerencialista e o modelo Societal (COSTIN, 2010). No modelo de gestão patrimonialista prevalecia o controle sobre os bens públicos por uma pequena porção de indivíduos que ocupavam algum papel na gestão (monarcas). O poder absoluto e centralizador confundia o patrimônio que era de direito público e o que era privado (COSTIN, 2010).

Após a delimitação entre público e privado a burocracia trouxe aos processos inerentes à administração pública exaustivos regulamentos enfatizando princípios como o formalismo, a impessoalidade, a hierarquização e rígido controle dos meios. Os processos nesse modelo afastavam a atividade pública da imprevisibilidade, os procedimentos obedeciam a uma ordem rígida de cadeia de comando (COSTIN, 2010).

A partir da década de 1990, o Partido Trabalhista inglês começa a influenciar as discussões políticas internacionais. As propostas seguiam a ideário da “Terceira Via” que buscava estabelecer uma nova esquerda. A organização estatal, nesse contexto, passa por uma reforma que implicaria na delegação de poder, expansão do papel da esfera pública e aumento da transparência. A Terceira Via destacou, também, o papel do governo na gestão de riscos e a eficiência estatal (GIDDENS, 1999).

No período pós-guerra a acentuação da globalização também trouxe vários problemas, inclusive econômicos e de governança, dessa forma a burocracia se transpôs e foi desqualificada para os processos públicos (ABRUCIO, 2005). Portanto, o Estado não podia diante das novas facetas sociais e complexidade das novas tarefas (serviços de educação, saúde, combate a desigualdade, proteção do meio ambiente, vigilância sanitária) apenas desempenhar o papel de cumpridor de normas e procedimentos (COSTIN, 2010).

Sendo assim, devido à redução de recursos e do poder, os governos começaram a descentralizar suas funções e investir em eficiência (ABRUCIO, 2005). Dando menos ênfase a regras Weberianas para destacar os resultados. A administração gerencial ou Nova Administração Pública emerge diante dessa conjuntura. Sendo fundamentada no ideário de que o Estado não está restrito aos contratos, ele vai além e deve formular e implementar políticas públicas que beneficiem a sociedade, tanto na área social quanto científica e tecnológica (BRESSER PEREIRA, 1998).

Diante disso, a Nova Administração pública trouxe muitos recursos e inovações corporativas ao setor público o que contempla uma nova visão do cidadão (a de cidadão-consumidor), o foco nos resultados, a capacitação dos recursos humanos, além da descentralização de processos e conseqüentemente delegação de tarefas e poder (KETTLE, 1998; MISOCZKY, 2004).

O foco no cidadão-consumidor redirecionou o olhar dos provedores de serviços públicos, que passou a ser a população e não mais os interesses da burocracia. Em outras palavras, a partir dessa nova forma de observar a sociedade, as pessoas começam a ser parte da administração pública como contribuintes na formulação de políticas públicas. Essa participação social permitiu que a população começasse a manifestar de forma legítima o que esperavam da gestão, eficiência e responsabilidade política (SANTOS; SANABIO; DAVID, 2013).

A ênfase nos resultados exigiu da administração pública formas de avaliação do desempenho, definição de metas e objetivos para as agências governamentais e seus gestores, medição da produtividade de acordo com o estabelecido e mensuração dos resultados, rumo à resolução de problemas em diferentes áreas as quais competem o exercício da atuação estatal (SANTOS; SANABIO; DAVID, 2013).

Já a qualificação de recursos humanos conferiu inovações no que tange a cultura organizacional ampliando a forma de abordar o cidadão dentro da gestão. Para esta nova forma de administração outros métodos de lidar com as finanças e metas incentivando o melhor desempenho foram também consideradas, além de empreender técnicas motivacionais, inclusive o desenvolvimento de ferramentas de gestão (SANTOS; SANABIO; DAVID, 2013).

A partir da reflexão social a gestão pública assume um novo modelo, o societal. Dialógico, participativo e preocupado com o bem de todos. Um tipo de gestão menos tecnocrática não resumida a interesses econômicos, mas que se amplia amparando os interesses sociais de bem comum ao passo que todos compartilham espaços e direito a fala durante a tomada de decisões (PAES-PAULA, 2005; GONDIM; FISCHER; MELO, 2006).

No Brasil, a gestão pública societal acompanha o processo de redemocratização, em que o Estado passou a atentar para as necessidades dos cidadãos e a buscar mais eficiência na coordenação da economia e dos serviços públicos. Sua origem tem relação de proximidade com as manifestações populares contrárias a ditadura com destaque para os partidos de esquerda e centro-esquerda, movimentos sociais e organizações não governamentais (PAES-PAULA, 2005).

Para a concretização desse modelo a organização de espaços coletivos que possibilitem a participação e discussão dentro e fora da comunidade é essencial. Para mais, é necessário que haja estratégias de ação e canais de comunicação com

o poder público, o que não é percebido nos modelos anteriores, nos quais existia uma distância maior entre o Estado e a sociedade (PAES-PAULA, 2005).

Dessa forma, essa nova configuração da gestão pública no contexto político-administrativo começa a se manifestar a partir de experiências como os Conselhos Gestores e do Orçamento Participativo, amparados pela Constituição de 1988, que dentre outras coisas, através da descentralização começa a atribuir aos municípios à autonomia de ente federativo, conferindo-lhes maiores deveres e responsabilidades com a coisa pública (PAES-PAULA, 2005).

2.2 Sociedades democráticas e a demanda pelo melhor uso dos recursos SUS

Como debatido anteriormente o modelo autoritário e centralizador foi sendo abandonado a partir da década de 1980. A burocracia da época foi alterada para configurações que trouxessem mais agilidade e eficiência. Com a administração gerencialista, por exemplo, as ferramentas do setor privado foram incorporadas ao setor público. Dentre as transformações encontra-se a descentralização, assim dizendo, não existia a delegação de atribuições.

Tomando como marco a constituição de 1988 o Estado, começou a dividir as responsabilidades dos serviços de natureza pública com estados e municípios (que começam a ser tratados como entes federativos). Como aborda o Art. 18 "A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta constituição" (BRASIL, 1988).

A reestruturação político administrativa conferida nesse texto legal foi muito importante para os municípios, tanto financeiramente quanto pela autonomia e pela valorização do governo local, pois com a delegação de competências a administração começou a ficar mais próxima dos cidadãos e das questões que afetam a população, e estes se tornaram mais participativos na gestão pública (MOTTA, 1994).

Nesse contexto, o SUS (Sistema Único de Saúde) também passou a atribuir através da Lei Orgânica da Saúde formada pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90 competências as esferas federal, estadual e municipal. A lei também ressaltou o planejamento dos recursos financeiros e, por conseguinte do orçamento obtidos por meio de transferências intergovernamentais (BRASIL, 1990).

Em linhas gerais, a Constituição concretizou os princípios éticos doutrinários e organizacionais do SUS. A **Universalidade** que concedeu a saúde como um direito a todas as pessoas independente da cor, religião, local de moradia (zona urbana ou rural), renda, trabalho formal, etc. A **Equidade** que permitiu que as desigualdades populacionais fossem atendidas, reduzindo disparidades regionais e sociais. A **Integralidade** por meio da qual foram incorporadas ações em vários níveis sejam na promoção, prevenção e de reabilitação da saúde (BRASIL, 1990).

No entanto, embora não seja uma questão que se esgote apenas pelo fator financeiro e pelas dificuldades relacionadas à inexistência de um modelo de financiamento que assegure estabilidade e recursos suficientes, torna-se um desafio para o Brasil sustentar um sistema de saúde com caráter universal, somado a garantia da integralidade da atenção (BRASIL, 2009).

Agregando ainda ao sistema o princípio de **Descentralização** em que fica explícito a distribuição de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre todos os entes federados. Portanto, independente da capacidade econômica todos os municípios passaram a ter maiores gastos em saúde, e, por conseguinte maiores as dificuldades para fazer cumprir suas responsabilidades (BRASIL, 1990).

A **Participação social** é a garantia constitucional de que a população através de entidades representativas participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle orçamentário. Ademais, a **Regionalização e Hierarquização** princípios ligados à regulação adequada entre os níveis crescentes de complexidade do sistema (fluxos de referência e contra-referência), expõem a importância do planejamento orçamentário por meio da observância dos níveis de atenção a saúde (primário, secundário e terciário), pois reconhecidamente quanto mais alta a atenção maiores os recursos empregados e menos resolutivas se tornam as ações em saúde (BRASIL, 1990).

Como pode ser visto na Constituição brasileira o artigo 196 define o acesso universal e equânime da população a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação (ou reabilitação) da saúde através de políticas de orientação econômicas ou sociais que pretendam atenuar o risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1988). Todavia, com a universalização, o Estado brasileiro passou a garantir a saúde como direito a todos os cidadãos. Dessa forma, a administração amplia substancialmente a alocação de recursos financeiros.

Buscando a adequação da administração pública no Brasil, de acordo com os preceitos do gerencialismo, o Plano Diretor da Reforma do Estado, publicado em 1995, traçou elementos de controle para a operacionalização das atividades públicas com o Estado posicionado como meio necessário para a defesa dos direitos dos cidadãos, em particular dos direitos sociais. Distanciando ainda mais a ideia de que este funciona apenas para o cumpridor de tarefas comuns a administração (contratos e propriedade) (BRESSER PEREIRA, 1998).

Bresser Pereira, autor do texto-base que encabeçou a reforma, situa as mudanças em quatro dimensões fundamentais: a definição do tamanho do Estado e a redefinição do seu papel regulador, a recuperação da governança e, por fim, aumento da governabilidade. Para a delimitação da ação reguladora do Estado são consideradas por ele a privatização, publicização e a terceirização, aspectos embasados no sistema econômico capitalista (BRESSER PEREIRA, 1998).

Nesse sentido, caberia ao Estado não mais intervir no mercado de forma excessiva, mas orientar a distribuição de renda e participar com transferências financeiras em setores deficitários, pois a sua intervenção excessiva teria como consequência a ineficiência no atendimento as necessidades dos cidadãos. Seguindo esse raciocínio entram em discussão também os conceitos de governança e governabilidade. O primeiro diz respeito ao melhor uso dos recursos pela gestão, já o segundo envolve a legitimação do poder público pelo apoio da sociedade (BRESSER PEREIRA, 1998).

A questão da governança é analisada frente aos aspectos financeiro, estratégico e administrativo. Já a governabilidade na consecução de instituições voltadas à defesa do interesse público, *accountability* (mecanismos de responsabilização dos políticos e burocratas perante a sociedade), na capacidade da sociedade de limitar suas demandas e do governo de conseguir atender as remanescentes e da existência de um contrato social básico, que garante legitimidade e governabilidade (BRESSER PEREIRA, 1998).

Para Bresser Pereira o Estado não poderia se responsabilizar diretamente por muitas atividades deixando-as para o setor privado e público não estatal (filantropia). Visto que, assumir essas funções significaria oneração da máquina pública em termos de despesa (BRESSER PEREIRA, 1998). Em outras palavras, quando as ações econômicas e administrativas do Estado interviessem excessivamente nas relações de produção e ampliassem os espaços para bens e serviços interfeririam

no potencial de adequação do mercado, essa dinâmica produziria a redução da capacidade alocativa e, conseqüentemente, com mais gastos e menos receitas culminaria com o aumento do déficit público (SANTOS; RIBEIRO, 1993).

As soluções apontadas, sob a ótica conservadora e das aspirações capitalistas, para a ruptura deste dilema cíclico seriam a redução das despesas e a transferência de responsabilidades para o setor privado (SANTOS; RIBEIRO, 1993). Porém, quando o direcionamento desse debate volta-se a saúde pública de um país em desenvolvimento, Brasil, ganha uma dimensão mais ampla, estando situada não apenas em questões político-econômicas, como também nas divergências sociais, culturais e geográficas/regionais. Fortalecendo com isso a necessidade do rompimento da “unidade” do poder estatal em detrimento de um modelo de gestão descentralizada com distribuição de atribuições, responsabilidades e competências entre os entes federados e instituição de políticas públicas mais eficientes.

Esse novo contexto, mais democrático, porém com sérios problemas de financiamento, exigiu da administração pública o desenvolvimento da capacidade de planejamento e racionalização dos recursos destinados ao SUS, ou seja, implicou em ponderação pelo legislador ao prever fonte de receita para a área da saúde.

2.3 Um novo perfil econômico passa a orientar os serviços públicos em saúde

A partir da reforma e modernização dos modelos de administração pública, incentivados fundamentalmente pelo sistema econômico capitalista, a administração pública brasileira começa a reconhecer que com o agravamento da recessão econômica, anos 1980, existia a necessidade de buscar alternativas para financiar suas contas. Neste momento, em que a União enfrentava crises relacionadas ao ajuste fiscal, apesar das aspirações a uma reforma tributária, apenas pode-se ampliar os recursos dos fundos de participação e consolidação da desvinculação dos recursos, o que deu maior autonomia às unidades federadas na gestão financeira dos recursos tributários (SANTOS; RIBEIRO, 1993).

Nesse período também começa a emergir ajustes recessivos em que o Estado tenta conter o processo inflacionário e evitar maiores crises no balanço de pagamentos. Entretanto, essa ação acarretou na redução produtiva da economia e da arrecadação de impostos, acentuando as dificuldades financeiras no setor público e inviabilizando o atendimento de novas demandas da sociedade. Além de que,

pôde ser verificado que a redução das despesas de consumo não promoveu o ajuste das contas públicas, muito pelo contrário a medida pôde causar a fragilização do patrimônio social, pelo fato de existirem serviços públicos essenciais incomprimíveis (SANTOS; RIBEIRO, 1993). Relacionando este contexto aos serviços de saúde, com demandas de recursos cada vez mais elevadas, implicaria no sucateamento do setor e dificuldade para o enfrentamento das futuras conjunturas.

Dado o exposto, o desafio do financiamento da saúde no Brasil pode ser analisado em vários aspectos, mas delimitando o assunto as receitas, o tema mais apontado é o da insuficiência dos recursos financeiros. O empecilho no custeio de um sistema universal de saúde ocorre tanto na quantidade como na qualidade dos gastos. Ou melhor, no país o gasto em saúde está abaixo do que o sistema requer, mas também existem carências com relação à aplicação e destinação dos recursos, o que significa a eficiência da gestão (BRASIL, 2009).

Quanto à quantidade dos gastos, apesar dos preceitos constitucionais, os recursos financeiros destinados para o SUS têm sido insuficientes, sendo que várias tentativas de vinculação aconteceram ao longo dos anos, para seu custeio. Somente em 13 de setembro de 2000, que é aprovada a Emenda Constitucional nº 29 determinando a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000).

A emenda conseguiu amenizar os problemas do financiamento das ações e serviços de saúde com a aplicação mínima de recursos para todas as esferas. Além disso, na perspectiva da equidade alocou melhor os recursos entre os entes federados de forma articulada reduzindo assim as desigualdades regionais. Entretanto, como mencionado, o sub financiamento do SUS pode ser considerado em duas vertentes, tanto pela quantidade como pela qualidade do gasto. A Emenda ameniza a questão relacionada ao primeiro item, fornecendo mais recursos, mas não direciona ou orienta a aplicação.

Com o capitalismo financeiro em crise (pela queda da taxa de lucro e financeirização) o Estado tem sido pressionado a adotar políticas de austeridade fiscal de acordo com os interesses do capital. Para os serviços de saúde é uma dinâmica extremamente prejudicial, pois além de enfraquecer os direitos sociais e os princípios constitucionais, duramente conquistados pelo SUS, a postura favorece a iniciativa privada em detrimento de concessões que acabam reduzindo a capacidade

alocativa do Estado e geram déficits para o financiamento dos serviços públicos (MENDES, 2016). Em nome do capital e do ajuste fiscal são feitas mudanças na organização do financiamento da saúde em que se elenca:

- A implementação da **Lei de Responsabilidade Fiscal** com crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs), privadas, em que são favorecidos os serviços terceirizados, pois se limita o incremento dos gastos com pessoal;
- O aumento das **renúncias fiscais** concedidas às entidades privadas sem fins lucrativos e à indústria químico-farmacêuticas e ainda sobre o imposto de renda com planos de saúde;
- Aprovação da **Lei 13.097/2015** permitindo a abertura para o capital estrangeiro na saúde;
- A **Emenda Constitucional 86/2015** que intensificou o sub financiamento do SUS alterando a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016, e para 15%, em 2020.
- A **EC 95/2016** que congela o gasto público por 20 anos (MENDES; FUNCIA, 2016; MENDES, 2017).

Resgatando aqui as facetas do gerencialismo apontadas anteriormente, em organizações corporativas são atribuídas aos setores administrativos, através da ação humana, a função de desempenhar as tarefas de maneira eficaz e eficiente, e incentivar que os elementos trabalhem juntos para assim chegar a um objetivo comum (CHIAVENATO, 2003). Nesse ponto, o processo de trabalho no setor público irá se aproximar da indústria, onde a cooperação e trabalho conjunto determinam a produtividade, porém com atores, funções e objetivos distintos.

Os elementos que compõem a administração pública envolvem a sociedade como um todo e não somente os seus gestores eleitos. Em contraposição ao setor privado o sentido das relações de poder adotam um fluxo contrário (não ocorre do gestor para servidor ou de patrão para empregado), na administração pública o poder emana do povo e dentro do Estado democrático devem ser os representantes eleitos a servir aos cidadãos desenvolvendo em comum acordo a agenda pública.

Os processos de formulação da agenda se iniciam ao longo das discussões sobre as demandas da sociedade. Muitos são os temas abordados no âmbito público, mas nem todos conseguem ser inseridos na agenda, muito porque não há

tempo e recursos para todas as questões. Com isso, apenas os temas que são mais urgentes ou que chamam mais a atenção, dos agentes públicos são incorporados à agenda formal de governo e implementados como políticas públicas, o que significa dizer que, na busca por soluções pode haver tanto a ação como a omissão (PALUDO, 2013). O atual cenário da administração dos recursos financeiros no Brasil apontam, entretanto, para a supressão dos direitos sociais, incluindo a saúde, e para o favorecimento dos gastos com juros da dívida (MENDES; FUNCIA, 2016).

Seguindo este enquadramento, em que a permanência de uma certa temática, dependerá do momento e do ambiente em que a sociedade está (PALUDO, 2013) e ainda tomando como norte a lógica do mercado e o Estado democrático, parte-se a compreensão de que as políticas públicas não devem ser meros instrumentos para as vontades das classes dominantes. Portanto, existe a iminente necessidade de renovação, reformas tributárias, sendo necessárias a inserção de novos atores e a participação social, trazendo à luz problemas públicos que reflitam a realidade, atualizando e enriquecendo o contexto dos debates de interesse coletivo.

Em linhas gerais, requer para a esfera pública estruturar e coordenar suas atividades para que, identificando as demandas da população a qual se destinam os serviços e ações, a gestão possa definir o perfil do investimento, bem como, das quantidades necessárias de recursos. Tarefa que se apresenta bastante complexa e fragilizada quando em uma conjuntura historicamente marcada por graves deficiências de governança para pensar o financiamento público em saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Quanto ao tipo, esta pesquisa é classificada como transversal e retrospectiva. Tem como fundamento a análise descritiva e documental, uma vez que se ocupa em detalhar as características de um determinado cenário do orçamento público através do SIOPS. Com relação à abordagem, trata-se de uma pesquisa quanti e qualitativa, pois além da representatividade numérica com resultados quantificáveis (COZBY, 2003), também se detém a analisar o que estes representam em termos práticos para o período (2019 e 2020).

3.2 Área de estudo

O estudo abrange 19 municípios que compreendem a área geográfica do Vale do Piancó, Paraíba, a saber: Aguiar; Boa Ventura; Conceição; Coremas; Curral Velho; Diamante; Emas; Ibiara; Igaracy; Itaporanga; Nova Olinda; Olho d' água; Pedra Branca; Piancó; Santa Inês; Santana de Mangueira; Santana dos Garrotes; São José de Caiana; e Serra Grande. O Quadro 1, a seguir, mostra algumas características destes municípios relevantes para o entendimento do estudo.

Quadro 1- Municípios que compõem o vale do Piancó e seus indicadores sociais.

Cidade	População*	IDHM*	PIB*	Mortalidade Infantil*
Aguiar	5.622	0,597	8.324,52	-
Boa Ventura	5.248	0,599	8.037,85	9,8
Conceição	19.030	0,592	9.093,78	9,26
Coremas	15.438	0,592	9.798,57	20,41
Curral Velho	2.508	0,606	8.793,50	-
Diamante	6.506	0,593	8.104,65	10,31
Emas	3.556	0,595	9.625,25	-
Ibiara	5.877	0,586	8.208,04	-
Igaracy	6.092	0,610	8.707,43	26,67
Itaporanga	24.960	0,615	11.443,39	8,22
Nova Olinda	5.892	0,573	8.186,34	-
Olha d' Água	6.399	0,572	8.264,66	-
Pedra Branca	3.802	0,599	8.167,18	-
Piancó	16.147	0,621	11.176,75	26,32

Santa Inês	3.591	0,572	8.242,10	-
Santana de Mangueira	5.098	0,535	8.149,49	15,87
Santana dos Garrotes	6.942	0,594	7.885,28	27,03
São José de Caiana	6.394	0,565	7.567,57	24,69
Serra Grande	2.921	0,586	9.055,60	19,23

*População e IDHM: Estimados segundo o censo de 2010. PIB: Ano 2018. Mortalidade Infantil: Ano 2019. (-) Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados coletados no IBGE, 2021.

A média populacional para estes municípios é de 8.001,21 habitantes. Seus indicadores mostram o quanto ainda há pouco desenvolvimento e crescimento, ademais com taxas de mortalidade significativas. Estimar e construir estes indicadores são fundamentais para conduzir as ações governamentais e a destinação dos investimentos. Para além, constituem também parâmetro para os efeitos esperados de políticas públicas (FIGUEIREDO FILHO et al., 2013).

3.3 Coleta de dados

Os dados secundários de domínio público para realização da pesquisa são disponibilizados pelo ministério da saúde e foram obtidos através SIOPS, no período discriminado de 2019 e 2020, a partir dos relatórios de execução orçamentaria homologados no demonstrativo de responsabilidade fiscal dos referidos municípios. Considerou-se metodologicamente relevante descrever o fluxo dos comandos executados a partir da página do SIOPS, sendo a sequência:

- **Para buscar o relatório resumido de execução orçamentária (RREO):**
SIOPS>Demonstrativos/Dados Informados>Demonstrativos>Municípios>RREO>Ano 2019/2020, 6º Bimestre, PB, e município de consulta;
- **Para buscar os indicadores de cada município:**
SIOPS>Indicadores>Municípios>Consulta por ano> Ano 2019/2020, 6º Bimestre, PB, e município de consulta.

3.4 Análise dos dados

Com estes documentos foram extraídos os demonstrativos numéricos sobre as receitas (origem e financiamento) e despesas com saúde (natureza por nível de atenção). Posteriormente os valores foram inseridos e compilados em planilhas do Excel a fim de realizar análise descritiva (média, mínimo, máximo e porcentagens) e construção de quadros para a consequente interpretação dos dados coletados, situando a análise e a conjuntura verificada pelos números com o período de crise pandêmica por COVID-19.

O estudo extrai informações sobre composição, distribuição, previsão e planejamento. Estes são apresentados da seguinte maneira: 1) Na primeira parte serão apresentadas as receitas e as fontes de custeio; 2) Na segunda a análise das despesas por subfunção; 3) E por último a relação entre receitas e despesas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para se alcançar inicialmente uma compreensão acerca do perfil socioeconômico da região estudada é necessário realizar algumas considerações sobre o estado e os municípios. A Paraíba está situada na região nordeste do Brasil, é composta por 223 municípios, distribuídos em 4 mesorregiões (Agreste, Mata Paraibana, Borborema e Sertão Paraibano) e 23 microrregiões. É o 13º estado em número de habitantes no Brasil e o 5º mais populoso do Nordeste (IBGE, 2021).

A população segundo o censo de 2010 compreendia 3.766.528 já a estimada para 2021 é de aproximadamente 4.059.905 de habitantes, o que representa uma elevação de 293.377 ou 7,8% da população no período. O estado também apresentou um IDHM de 0,658 em 2010, referindo-se a 23ª posição no ranking nacional. Os 19 municípios estudados estão localizados no Sertão paraibano, porção nomeada de Vale do Piancó, a média do IDHM destes municípios para 2010 foi de 0,589, menor que o estadual para o mesmo ano, nesse caso, é uma região com baixíssimo IDHM (IBGE, 2021).

Com relação aos dados foram gerados registros relativos aos 19 municípios do Vale do Piancó, através do SIOPS, destes foram encontrados resultados para todos os entes nos anos de 2019 e 2020, 6º semestre. Salienta-se que quando o município apresenta pendências na declaração obrigatória dos dados no SIOPS, no prazo estipulado, situação definida como “sem balanço”, pode ter como penalidade prejuízo no que tange ao repasse de recursos de transferências constitucionais voluntárias, suspensão, como é o caso do FPM (Fundo de Participação Municipal) um dos recursos mais importantes para estes municípios, o que será discutido posteriormente (BRASIL, 2013).

Analisando o demonstrativo das receitas (recursos financeiros a serem utilizados em benefício da população) e despesas (com ações e serviços públicos de saúde), disponíveis no SIOPS, constata-se que o rol de receitas dos municípios são compostas por impostos municipais (Receita de Impostos Líquida) os quais são: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), Imposto Territorial Rural (ITR), Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos; Dívida Ativa dos Impostos e Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos.

Constituem também as receitas, as Transferências Constitucionais e Legais (impostos estaduais) os quais são compostas por: Cota-Parte do Fundo de Participação Municipal (FPM), Cota-Parte Imposto Territorial Rural (ITR), Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Cota-Parte Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Cota-Parte Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI-exportação), Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais e Desoneração ICMS (LC 87/96). Juntas, ambas as fontes (Impostos líquida e transferências constitucionais e legais) representam a fonte livre, com aplicação mínima de 15% exigida pela Constituição (BRASIL, 2012).

Ainda fazem parte da composição das fontes de arrecadação as Receitas Adicionais para Financiamento da Saúde que podem ser oriundas dos municípios, estado ou União (tais receitas não são utilizadas na base de cálculo do percentual mínimo). As transferências municipais são realizadas de um município para outro, por meio de pagamentos a prestadores municipais e de pagamentos a consórcios intermunicipais de saúde. Para o estado, correspondem as transferências de pagamentos realizados por prestação de serviços sob a gestão municipal e as realizadas do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2012).

Já as Receitas da União podem ser oriundas de convênios, recursos transferidos pelo Ministério da Saúde (Fundo a Fundo) e de pagamentos federais a prestadores de serviços sob a gestão municipal. Objetivando a progressiva redução das disparidades regionais, estes repasses estão determinados a observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2012).

Em linhas gerais, os recursos para custear despesas com saúde do SUS podem ser oriundos da União, dos Estados e dos Municípios. Com a análise dos dados foi possível verificar que os municípios possuem pouca capacidade de autofinanciamento sendo, para todos os casos, a maior parte da receita arrecadada advinda principalmente de repasses federais e estaduais (transferências constitucionais e legais e do SUS), essas fontes representaram juntas em média 97,14% (2019) e 96,55% (2020) da composição total das fontes de receita realizadas no período estudado.

O principal componente dos repasses constitucionais e legais com expressiva importância é representado pelo FPM com uma média de 83,52% (2019) e 82,5% (2020) da composição dessa fonte e ainda representa a maior porção da receita do recurso livre, ou seja, capital com aplicação mínima exigida de 15%, como já mencionado anteriormente, e destino a ser estabelecido de acordo com a avaliação da administração municipal. Salienta-se que se o mínimo não for cumprido à penalidade é justamente a suspensão desta espécie de recurso o que poderá ter grave impacto na execução do orçamento até que se cumpra o condicionamento e que o município fique quite com suas obrigações legais (SANTOS et al., 2017).

Quanto à receita própria do município a origem mais importante dos recursos foi à captada por meio do ISS, média de 44,55% em 2019 e 42,83% em 2020, e o IRRF, média de 48,1% em 2019 e 51,43% em 2020, sendo assim, conferem relativamente à metade dos recursos próprios. Ainda sobre estes recursos quando comparados à proporcionalidade e equidade, partindo da ideia de que a receita própria é o melhor indicador da capacidade relativa de autofinanciamento do município, uma política que pretenda ser equitativa deve também considerar a capacidade de arrecadação dos municípios quando da descentralização, repasse, dos recursos federais.

Em vista disso, o Quadro 2 apresenta os municípios que tiveram as maiores e menores receitas de arrecadação (Impostos) e das transferências constitucionais realizadas pelo Governo Federal e Estadual, bem como, de Receitas Adicionais para Financiamento da Saúde (SUS/União) com destinação específica.

Quadro 2- Receitas totais em saúde arrecadadas pelos municípios nos ciclos 2019 e 2020 no Vale do Piancó.

Fonte/Ano	Mínimo		Máximo		Média anual
Receita Líquida de Impostos	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Curral Velho	182.349,20	Itaporanga	2.067.822,09	564.904,00
2020	Curral Velho	181.012,07	Coremas	2.978.546,16	721.338,58
Receita de Transferências Constitucionais e legais	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Curral Velho	10.180.894,70	Itaporanga	25.901.199,63	12.541.555,08
2020	Curral Velho	9.827.924,24	Itaporanga	25.275.740,20	12.131.219,37
Receita	Município	Valor	Município	Valor	Média anual

Adicionais (SUS/União)					
2019	Emas	838.261,58	Piancó	22.041.069,69	4.283.818,14
2020	Curral Velho	1.731.217,21	Piancó	27.486.170,78	6.049.778,11

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Como podemos observar através dos dados expressos no Quadro 2, acima, o município de Curral Velho é o que apresentou o menor poder de arrecadação, portanto, menor participação na receita total, e ainda obteve a menor valor em transferências estadual e federal no financiamento. Já em outro extremo os municípios de Itaporanga e Coremas apresentaram a maior captação de recursos em impostos, sendo assim, indica que possuem melhores potencias de autofinanciamento.

Outrossim, Itaporanga também apresenta maiores valores de repasses constitucionais e legais quando comparado aos demais municípios além de elevada receita de impostos. Juntas estas receitas formam o recurso destinado à aplicação mínima e conseqüentemente irá lhe conferir maior potencial financeiro para investimento e aquisição de novas tecnologias em saúde para aprimoramento da eficiência. Ainda sobre os repasses e transferências, o município de Piancó foi o que mais obteve participação relativa da União, transferências do SUS, nos dois anos estudados.

De forma geral, existe uma disparidade entre os valores repassados para os municípios quando observados de maneira isolada sem considerar outros fatores como o número de habitantes, a estrutura e o porte do município, por exemplo. Itaporanga possui 24.960 habitantes e seu PIB é 11.443,39, já Curral Velho possui apenas 2.508 e PIB 8.793,50, portanto, menos atendimentos médicos que Itaporanga.

Para elucidar essa influência busca-se também associar a despesa com saúde por habitante, antecipando brevemente as exposições sobre despesas que serão detalhadas mais adiante. A média geral das despesas totais por habitante nos 19 **municípios** do Vale do Piancó para os anos de 2019 e 2020 foram respectivamente **R\$ 895,63** e **R\$ 1208,69**. Já para os municípios de Curral Velho foram R\$ 1.391,79 (2019) e R\$ 1.599,76 (2020), logo, as despesas com saúde estão acima das produzidas em Itaporanga que teve em média uma despesa por habitante de R\$ 592,69 (2019) e R\$ 691,94 (2020). Já o **estado** aplicou na despesa total por habitante sob sua responsabilidade (exeto inativos) **R\$ 341,75 (2019)** e **R\$ 405,89**

(2020) e a **União R\$ 601,03 (2019) e R\$ 777,39 (2020)**. Desse modo, o que se pode observar é que há disparidade nas receitas e transferências entre os municípios o que está refletido nos números de dispêndios por habitante, e ainda são estes os que mais empenharam valores de recursos seguido pela União e o estado.

Situando essa questão através desses municípios, verifica-se que as despesas por habitante em Curral velho são muito maiores que para Itaporanga, entretanto as receitas para este município são muito menores, arrecadação e transferências. Portanto, a elevada heterogeneidade chama atenção para prováveis iniquidades no atual modelo de descentralização. Posto isto, os dados também mostram contrastes no poder de autofinanciamento e da participação federal para amenizar tais desigualdades, tornando a distribuição de recursos menos equânime.

Com relação aos anos de 2019 a 2020 houve uma elevação da arrecadação de impostos em 27,69% (156.434,58), bem como, de transferências federais (SUS) em 41,22% (1.765.959,96). Porém, há uma retração das transferências constitucionais e legais em média de 3,27% (410.335,71), composto pela cota de impostos como IPVA, ICMS e IPI- exportação, essa receita apresentou redução do FPM para todos os municípios, a receita mais importante do recurso livre. Em contra partida, há elevação da cota parte impostos estaduais como ICMS e IPVA no período.

De um modo geral a tendência é que estados e municípios participem cada vez mais do financiamento do SUS, de forma a reduzir a importância da participação relativa da União nesse financiamento. Entretanto, a participação da União no financiamento das ações e serviços de saúde ainda é significativa em muitos municípios, principalmente naqueles dos estados mais pobres, como pode ser visto nos municípios pesquisados.

Considerando que o período analisado corresponde ao de crise pandêmica por COVID-19 que desencadeou a súbita elevação dos gastos públicos em saúde nacionalmente, e, que conseqüentemente aumentou a necessidade da participação da União, este fato também pôde ser registrado a partir das receitas de transferências SUS realizadas no ano de 2020 que em média estiveram pouco mais de 40% maiores que as previstas (Quadro 3). Quanto ao planejamento a maioria dos municípios obteve receitas abaixo das previstas, como podemos observar no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3- Planejamento das receitas no Vale do Piancó ciclo 2019 a 2020.

Receitas de Impostos e Transferências constitucionais legais			Receita de Transferência SUS	
Municípios	2019 %	2020 %	2019 %	2020 %
Aguiar	0,38	9,050376	54,13579	20,3215
Boa ventura	1,179132	11,10172	56,10486	-157,503
Conceição	11,33618	14,14571	-15,3012	-40,6006
Coremas	2,20362	7,034914	-17,6315	-49,192
Curral Velho	1,035518	14,56317	20,02878	12,32941
Diamante	0,942928	10,72757	37,33023	-16,3045
Emas	1,989214	10,34916	21,80469	-102,091
Ibiara	0,695906	12,29152	0,303207	2,401567
Itaporanga	1,605184	9,262364	-167,361	-71,1974
Nova Olinda	1,901623	11,40701	-71,0183	-41,4487
Olho d' água	10,11522	12,77778	34,01783	-78,1085
Pedra Branca	-5,30888	6,789801	41,50336	-37,1896
Piancó	6,555506	9,772287	57,71599	-19,7133
Santa Inês	1,532001	11,03269	84,44584	-57,881
Santana de Mangueira	3,063937	11,10431	-16,1092	-51,6312
Santana dos Garrotes	0,694941	10,00995	61,32181	-13,6861
Caiana	16,45616	16,64289	-41,7295	-157,503
Serra Grande	-3,09527	6,361261	35,39164	-22,5153
Igaracy	0,821244	13,95258	-22,3365	-26,9822
MÉDIA	2,85	11,20	8,032453	-40,2506
MÁXIMO	16,46	16,64289	84,44584	20,3215
MÍNIMO	-5,31	6,361261	-167,361	-157,503

Observação: Os valores percentuais negativos representam os municípios em que as receitas realizadas estiveram acima das previstas e os positivos aqueles em que as receitas realizadas estiveram abaixo do previsto. Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Quanto às despesas para os municípios estudados estas estão, em ordem decrescente, concentradas em atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático, vigilância epidemiológica, outras subfunções, vigilância sanitária e alimentação e nutrição. Quanto a outras subfunções correspondem ao apoio administrativo e a atividades referentes à administração, manutenção da secretaria de saúde. São exemplos destas atividades o planejamento orçamentário, a administração financeira, o controle interno e a formação de recursos humanos de acordo com o Manual do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (2014).

As atividades que menos empenham recursos foram Vigilância Sanitária e o item Alimentação e Nutrição que se destaca, pois segundo os registros, não houve investimentos por parte de nenhum município e os valores estão zerados em todo o período pesquisado. Além disso, verifica-se ainda que há um aumento das despesas

relativas do ano de 2019 para 2020 para todas as demais subfunções, com exceção da vigilância sanitária que teve redução em média de 72,46% (1.392,90).

Outro ponto a se destacar é quanto ao item “Outras subfunções”, mencionado anteriormente, este possui a maior expansão no período 340,50% (272.957,32), já as demais subfunções tiveram os seguintes aumentos em média: Vigilância epidemiológica 40,85% (61.112,01), Atenção básica 28,63% (1.196.601,99), Suporte Profilático e terapêutico 23,03% (37.540,58) e Assistência Hospitalar e Ambulatorial 10,89% (235.213,27). Os Quadros 4 e 5, a seguir, sintetizam os valores das despesas por subfunção na região estudada.

Quadro 4- Despesa com saúde por subfunção no Vale do Piancó ciclo 2019 a 2020.

Despesa/Ano	Mínimo		Máximo		Média anual
Atenção Básica	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Serra Grande	83.817,78	Coremas	11.364.785,17	4.179.513,52
2020	Coremas	3.230.068,21	Conceição	12.704.880,90	5.347.600,04
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Curral Velho	0,00	Piancó	20.451.337,16	2.158.297,14
2020	Curral Velho	0,00	Piancó	21.190.088,68	2.290.391,35
Suporte Profilático e Terapêutico	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Aguiar • Curral Velho • Diamante • Emas • Itaporanga • Olho d'água • Santa Inês • Santana dos Garrotes • São José de Caiana • Igaracy 	0,00	Piancó	1.807.468,24	162.982,7163
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Aguiar • Coremas • Curral Velho • Diamante • Emas • Ibiara • Olho d'água • Santana 	0,00	Piancó	1.965.528,84	209.353,96

	dos Garrotes <ul style="list-style-type: none"> • São José de Caiana • Igaracy 				
--	---	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Dos valores aplicados em assistência hospitalar e ambulatoria, além de suporte profilático e terapêutico, o município de Piancó é o que mais investe em todos os anos estudados, um dos nortes para a apresentação destes valores é que a cidade sedia hospitais e serviços de saúde nesse nível de atenção que atendem a toda a região do Vale do Piancó e outras localidades, o qual também se tornou referencia. Em relação ao item atenção básica os municípios com maior aplicação de recursos são Coremas (2019) e Conceição (2020). Todavia, um detalhe para o município de Coremas chama atenção, pois o ente passa do município com mais investimentos em Atenção Básica, em 2019, para o que menor investiu nesse setor em 2020. A redução no período de 2019 a 2020 para este município foi de 71,58% (8.134.716,96).

Quanto à vigilância sanitária e epidemiológica (Quadro 5), considerando que se trata de um período de crise sanitária devido à pandemia por COVID-19, torna-se o incremento de recursos do orçamento fundamentais as ações nestas áreas que compreendem justamente ações para prevenção e controle de doenças transmissíveis, bem como, para melhorar, promover, proteger e recuperar a saúde da população por meio de ações coletivas (VIEIRA; BENEVIDES, 2020).

Entretanto, de acordo com os dados declarados no SIOPS, alguns municípios não fizeram investimentos, ou pouco o fizeram, nesse setor, o que pode ser um problema informacional já que são dados declaratórios e que precisam passar pela contabilidade do município e serem registrados corretamente. Caso haja necessidade de retificação o próprio declarante deverá reenviar às informações (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003; BRASIL, 2013). O município de Itaporanga traz dados mais expressivos com relação à vigilância epidemiológica no período, além de ter sido o que mais aplicou recursos nesse setor também elevou o valor empenhado de 2019 para 2020 em 73,65% (488.425,21).

Quadro 5- Despesa com saúde por subfunção no Vale do Piancó ciclo 2019 a 2020.

Despesa/Ano	Mínimo		Máximo		Média anual
	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
Vigilância Sanitária					

2019	<ul style="list-style-type: none"> • Aguiar • Boa Ventura • Coremas • Curral Velho • Diamante • Emas • Ibiara • Itaporanga • Nova Olinda • Olho d' água • Piancó • Santa Inês • Santana de Mangueira • Santana dos Garrotes • Serra Grande • Igaracy 	0,00	Pedra Branca	19.210,42	1.922,24
2020	Todos os demais exceto Conceição	0,00	Conceição	9.528,16	5.490,57
Vigilância Epidemiológica	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Curral Velho • Emas 	0,00	Itaporanga	663.211,77	149.584,82
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Coremas • Curral Velho • Emas 	0,00	Itaporanga	1.151.636,98	199.607,53
Alimentação e Nutrição	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Todos	0,00	Todos	0,00	0,00
2020	Todos	0,00	Todos	0,00	0,00
Outras subfunções	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Conceição • Coremas • Curral Velho • Diamante • Emas • Ibiara • Itaporanga • Olho d' água • Pedra Branca • Piancó • Santa Inês 	0,00	Boa Ventura	1.239.273,73	80.162,03

	<ul style="list-style-type: none"> • Santana de Mangueira • São José de Caiana • Serra Grande • Igaracy 				
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Coremas • Emas • Nova Olinda • Olho d' água • Piancó • Santa Inês • Santana de Mangueira • São José de Caiana • Serra Grande 	0.00	Conceição	3.230.068,21	334.534,12

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

O repasse dos recursos da União ocorre através de serviços produzidos e convênios por transferências regulares e automáticas, remuneração. Que podem ser efetuadas através de transferências regulares e automáticas, fundo a fundo, além de pagamento direto a beneficiários cadastrados e prestadores de serviços (BRASIL, 2012; 2014). Os recursos transferidos fundo a fundo são a principal fonte de receita das ações e serviços de saúde de todos os municípios estudados.

Em média, os municípios do Vale do Piancó custearam suas despesas em ações e serviços de saúde com 97,13% (2019) a 98,83% (2020) de transferências da União, considerando o total de recursos transferidos para a saúde aos municípios. Observa-se que a grande parte dos municípios brasileiros (cerca de 3.200) possuem entre 20% e 50% das despesas totais em saúde custeadas pelas transferências federais. Isto é, existe grande dependência dos recursos federais para os municípios estudados.

Inclusive, como pode ser verificado no Quadro 6, as despesas totais por habitante tiveram aumento de em média 34,95% (313,1) no período, o que reflete o aumento dos dispêndios com saúde desencadeados pela pandemia (WERNECK; CARVALHO, 2021; ARAGÃO; FUNCIA, 2021).

Quadro 6- Despesas para o ciclo de 2019 a 2020.

Despesas/Ano		Mínimo		Máximo		Média anual
Despesa	total					

com Saúde, por habitante	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Itaporanga	R\$ 592,69	Piancó	R\$ 1532,53	R\$ 895,63
2020	Itaporanga	R\$ 691,94	Piancó	R\$ 1938,51	R\$ 1208,69
Participação da despesa com pessoal	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Coremas	22,35	Itaporanga	75,42	51,24
2020	Coremas	14,43	Itaporanga	72,68	43,77
Participação da despesa com medicamentos	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	• Aguiar • Ibiara • Igaracy	0,00	Pedra Branca	11,03	1,44
2020	• Curral Velho • Ibiara • Serra Grande • Igaracy	0,00	Pedra Branca	11,6	1,41

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A Emenda Constitucional LC nº141/2012, determina que os municípios devam aplicar no mínimo 15% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais em saúde, desta forma, verificamos no Quadro 7, que os municípios cumpriram o mínimo exigido, no caso de Conceição, elevou este percentual em 2020, aplicando os recursos financeiros em 30,07%. Observou-se também que houve uma crescente no percentual de aplicação dos recursos nos municípios da região, acompanhando a elevação das receitas em 2020.

O percentual das despesas realizadas também aumentaram com média geral de 21,17% (1.465.548,71), com exceção de Coremas, que foi o município da região que menos investiu em saúde no período de 2020, uma redução de 69,93% (8.233.597,82) de 2019 para 2020, com maior impacto sobre a atenção básica. Vale ressaltar que quando o município não atinge o percentual mínimo passa por uma penalidade e vai ter que passar por um processo de condicionamento, além de pagar no ano seguinte o valor deficitário mais o percentual do ano em curso, entretanto não foi o caso do município mesmo com essa redução.

Quadro 7- Despesas para o ciclo de 2019 a 2020 e cumprimento da Emenda Constitucional LC nº 141/2012.

Despesa/Ano	Mínimo		Máximo		Média anual
	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
Participação da desp. com serviços de					

terceiros - pessoa jurídica					
2019	Boa Ventura	5,86	Aguiar	24,76	12,87
2020	Itaporanga	8,61	Igaracy	31,92	16,81
Participação da despesa com investimentos	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Curral Velho	0,58	Boa Ventura	28,15	6,61
2020	Aguiar	0,47	Olho d' água	16,75	5,02
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC nº 141/2012	Município	Valor	Município	Valor	Média anual
2019	Serra Grande	16,18	Conceição	27,5	19,23
2020	São José de Caiana	16,51	Conceição	30,07	21,9

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Todavia, no cerne das discussões sobre o sub financiamento em saúde entra a questão do sucateamento dos serviços de atenção básica que são os pilares fundamentais dos serviços de atenção à saúde, pois é nesse setor que são oferecidos serviços preventivos e curativos atendendo a maior porção das demandas de saúde. Portanto, o planejamento deve considerar não só a redução dos gastos, mas também a qualidade da assistência sendo estas compatíveis com os problemas específicos de cada município, respeitando a integralidade dos serviços o que inclui o fornecimento atenção básica, além do planejamento intersetorial e articulação interfederativa (SALDIVA; VERAS, 2018).

Observa-se que houve queda de gastos com pessoal, medicamentos e investimentos, em contra partida aumento da participação de serviços terceirizados. Apesar do quadro com relação a planejamento e execução dos gastos, os municípios conseguiram cumprir a EC 29 no período. O que muito embora aparente ser positivo, é necessário considerar que a regra da aplicação mínima apenas obriga o gestor a efetuar o gasto dentro de uma margem estabelecida, mas não reconhece as melhores formas de planejamento e alocação a serem destinadas para este recurso, deste modo o gestor público em exercício é incumbido a cumprir essa exigência legal, para evitar sanções criminais, com prejuízo para o repasse nas transferências voluntárias. Em outros termos, as normas não consideram eficiência da gestão para a destinação de recursos e este cenário fica muito claro quando os números são estudados (SALDIVA; VERAS, 2018).

5 CONCLUSÃO

A análise da equidade na distribuição geográfica de recursos financeiros, a relação dos gastos com saúde em um período de crise pandêmica, além do planejamento da execução orçamentária são foco deste estudo. O intuito é fomentar critérios que possam balizar um financiamento mais equitativo e eficiente, com destaque para uma das regiões mais carentes da Paraíba. Para tanto, a priori, é necessário considerar que é fundamental entender como se dá o financiamento da saúde pública junto à realidade sociodemográfica da região, sendo esta uma das principais contribuições do presente trabalho.

Constatou-se que o grande financiador das ações e serviços de saúde do SUS na região é a União, destacando-se que é integrada basicamente por municípios pequenos, pouco desenvolvidos economicamente e com geração insuficiente de receita própria. O estudo mostra que relativo às fontes de custeio, além dos repasses do SUS, uma das principais transferências para os municípios é constituída pela Cota-Parte do FPM.

Considera-se ainda que a avaliação da aplicação dos recursos deve ser feita de maneira constante pelos gestores municipais e que através da análise dos demonstrativos no período de 2019 a 2020 se pôde concluir que houveram desequilíbrios na execução orçamentária do exercício de referência, com relação a distribuição geográfica e também dos setores em que foram destinados os recursos, ou seja, alguns municípios detém mais recursos em detrimento de outros para realização de suas ações e serviços de saúde e alguns serviços tem pouco ou nenhum tipo de investimento, com destaque para a alimentação e nutrição.

As despesas estiveram concentradas principalmente em atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial e suporte profilático. Entretanto, apesar do déficit apresentado, com o estudo foi possível verificar que todos os municípios conseguiram atingir o mínimo de 15% exigido. Em linhas gerais, percebeu-se que há uma maior preocupação com o cumprimento das normas e menor com a eficiência do gasto público. Salienta-se que as limitações do presente estudo estão atreladas principalmente a acessibilidade de dados mais detalhados em pesquisa de campo que possam elucidar melhor o destino dos recursos declarados no sistema. Dessa forma, se torna fomento para o desenvolvimento de futuras investigações.

Quanto ao SIOPS é uma ferramenta que se observou conferir maior transparência e contribuição para fortalecimento das políticas públicas de saúde e a tomada de decisão no plano orçamentário, porém apresenta uma interface com baixa objetividade, sendo a diversidade e a complexidade de comandos um fator limitante para a acessibilidade e interpretação dos relatórios pela população em geral que busque informações nessa plataforma sobre as receitas e despesas dos entes federados.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, L. F. **Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático**: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (Org.). Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

AMARAL, G. L.; AMARAL, L. M. F.; OLENIKE, J. E. **Estudo sobre a carga tributária/PIBxIDH**: Cálculo do índice de retorno de bem estar à sociedade. Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT), 2018. Disponível em: <<http://ibpt.impostometro.s3.amazonaws.com/Arquivos/ESTUDO+CARGA+TRIBUT%C3%81RIA-PIB+X+IDH++IRBES++2018.pdf>>. Acesso em: 22 de fev. 2022.

ARAGÃO, E. S.; FUNCIA, F. R. Austeridade fiscal e seus efeitos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00100521>>. Acesso em: 23 de dez. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 31 de mar. de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 31 de mar. de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8080, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 31 de mar. de 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012**. Que 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. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 22 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: **Manual do Relatório Resumido de Execução Orçamentária-RREO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 31 de mar. de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 30 de mai. de 2022.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Gestão do setor público**: estratégia e estrutura para um novo Estado In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). Reforma do estado e da administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BRESSER PEREIRA, L. C. Estado, estado-nação e formas de intermediação política. **Revista de Cultura e Política**, n. 100, p. 155-185, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-155185/100>>. Acesso em: 31 de mar. de 2021.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. n. 45, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>>. Acesso em: 31 de mar. de 2021.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COSTIN, C. **Administração pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciência do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

DATASUS. Ministério da Saúde. SIOPS- Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Demonstrativo da despesa com saúde. Relatório Resumido de Execução Orçamentária/RREO. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>>. Acesso em: 23 de dez. 2021.

DATASUS. Ministério da Saúde. SIOPS- Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Indicadores Municipais. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/relindicadoresmun2.php?S=1&UF=12;&Municipio=&Ano=2020&Periodo=2>>. Acesso em: 23 de dez. 2021.

FIGUEIREDO FILHO, D. B. et al. Análise de componentes principais para construção de indicadores sociais. **Revista Brasileira de Biometria**, São Paulo, v.31, n.1, p.61-78, 2013.

GIDDENS, A. **A Terceira Via**: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GONDIM, S.; FISCHER, T.; MELO, V. P. **Formação em gestão social: um olhar crítico sobre uma experiência de pós-graduação.** In: FISCHER, T.; ROESCH, S.; MELO, V.P. (orgs.). *Gestão do desenvolvimento territorial e residência social: casos para ensino.* Salvador: EDUFBA, CIAGS/UFBA, 2006.

GONDIM, R. et al. Organização da atenção. **Qualificação de gestores do SUS**, v. 2, p. 93-120, 2009.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>>. Acesso em: 22 de dez. de 2021.

KETTL, D. F. **A revolução global: uma reforma da administração do setor público.** In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter (Org.). *Reforma do estado e da administração pública gerencial.* Rio de Janeiro:Fundação Getulio Vargas, 1998.

MENDES, Á. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. *Futuro do Brasil Ideias para Ação.* Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2017. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28237/2/Aquilas_Mender_sa%C3%BAde_e_capitalismo_financeiro.pdf>. Acesso em: 22 de dez. de 2021.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M. et al. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento.* Brasília: Abres/MS/OPAS, v. 1, p. 139-168, 2016.

MISOCZKY, M. C. A. **Uma defesa da reflexão teórico crítica na pesquisa e prática da administração pública.** In: Encontro nacional de administração pública e governança, 1., 2004, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 2004.

MOTTA, P. R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 28, n. 3, p. 174-194, 1994. Disponível em:

<<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8601>>. Acesso em: 30 maio. 2022.

OLIVEIRA, V. C. S. Modelos de administração pública. In: SANABIO, M. T.; SANTOS, G. J.; DAVID, M. V. (Org.). **Administração pública contemporânea: política, democracia e gestão.** Juiz de Fora: UFJF, 2013.

PAES PAULA, A. P. Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n.1, 2005.

PALUDO, A. **Administração pública.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PEREIRA, J. M. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **APGS**, Viçosa, v. 2, n. 1, p. 109-134, 2010.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 1257-1267, 2017.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>>. Acesso em: 23 de fev. 2022.

SANTOS, J. A. et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 1269-1280, 2017.

SANTOS, R. S.; RIBEIRO, E. M. A administração política brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 4, p. 102-135, 1993. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8553>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SANABIO, M. T.; SANTOS, G. J. dos; DAVID, M. V. (Org). **Administração pública contemporânea: política, democracia e gestão**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2013.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200005>>. Acesso em: 22 de fev. 2022.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Gasto federal com vigilância em saúde na última década e necessidade de reforço do orçamento do ministério da saúde para enfrentamento à pandemia pelo coronavírus**. Nota Técnica. IPEA, n. 61, 2020. Disponível: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9856>>. Acesso em: 23 de fev. 2022.

WALDO, D. **O estudo da Administração Pública**. Rio de Janeiro: Centro de Publicações Técnicas da Aliança Missão Norte-Americana de Cooperação Econômica e Técnica no Brasil (USAID), 1964.

WERNECK, G. L. C.; SÁ, M. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>>. Acesso em: 23 de dez. 2021.