

TÍTULO DO RESUMO

Guilherme Braga Alencar de Novais¹; Thereza Christina Bahia Coelho²; Andrei Souza Teles³, Milla Pauline da Silva Ferreira⁴; Júlio Moraes Brito Regis⁵; Ilane Moreira Figueiredo⁶; Valéria Santos Santana⁷

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduando em Nome do Curso de Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: Guilhermea15@hotmail.com.br
2. Orientador, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: Tcuide@uol.com.br
3. Participante do NUSC, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: stdrei@hotmail.com
4. Participante do NUSC, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: millapauline@hotmail.com
5. Participante do NUSC, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: Jmbreges@hotmail.com
6. Participante do NUSC, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: ilanemoreira@outlook.com
7. Participante do NUSC, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: valer.ss1727@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: FLUXO DA RECEITA; FINANCIAMENTO; FUNDO PÚBLICO.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) procurando assegurar aos cidadãos brasileiros o direito à saúde como dever do Estado. No que diz respeito aos avanços da descentralização dos recursos alocados no setor saúde, a participação do governo federal no financiamento do SUS mantém-se crucial para o desenvolvimento das ações de saúde e como importante indutor das políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (TELES, 2016).

No debate setorial, já se estabeleceu o consenso de que os principais problemas do SUS são de duas ordens: financiamento e gestão. Diversas iniciativas já foram implementadas com o objetivo de racionalizar o uso dos recursos e melhorar o desempenho do sistema (VIEIRA, 2016).

A situação do financiamento da seguridade social revela uma lógica perversa na alocação do fundo público no Brasil na perspectiva dos trabalhadores e das necessidades sociais reais. Hoje, mais do que nunca, o que está em jogo é o redirecionamento do fundo público, escasseando sua alocação na composição das políticas públicas e participando ativamente na recomposição da rentabilidade do capital (BEHRING, 2008).

As receitas tributárias correspondem aos ingressos originados da arrecadação de impostos, taxas e contribuições. Assim, constituem-se em receita privativa da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, os quais possuem legalmente o poder de tributar (BRASIL, 2004). Tais receitas recebidas pelos municípios naturalmente se

convertem em gastos municipais com ações e serviços de saúde de acordo com as determinações da Emenda Constitucional nº 29. Os trabalhadores – beneficiários diretos das políticas da seguridade social – são, em grande medida, os financiadores dessas políticas, mediante o pagamento de impostos. O sistema tributário brasileiro é regressivo, ou seja, baseado em tributos indiretos que não aumentam proporcionalmente conforme aumenta a renda das famílias, sendo repassados à população no preço de produtos e serviços consumidos (CISLAGHI, 2011).

É imprescindível que se tenha o conhecimento de como ocorre o fluxo da receita destinada para a saúde e, também, senso crítico para as necessidades reais da população, a qual clama uma melhor oferta de serviços do SUS e que a partir disso, haja mudança a partir das lacunas encontradas. Nisso, encontra-se a importância de se estudar o financiamento em Saúde e como os gastos com saúde podem se tornar mais eficientes e disponíveis a partir da análise de como os recursos estão sendo administrados durante os últimos anos.

MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA (ou equivalente)

Trata-se de um estudo quantitativo em uma perspectiva descritiva, comparativa e retrospectiva.

O modelo de Contas Nacionais de Saúde (*National Health Accounts*) – NHA, trata-se de uma ferramenta de síntese, descrição e análise das informações financeiras que objetiva melhorar a performance do sistema de saúde. Mensura os gastos em saúde utilizando uma matriz com quatro categorias básicas da atenção à saúde:

- 1- Fontes de Financiamento: são responsáveis por fornecer as verbas para o setor da saúde, tais como os recursos de arrecadação tributária federal, estadual e municipal;
- 2- Agentes de Financiamento: são os receptores intermediários das verbas de fontes de financiamento e as usam para pagar serviços de saúde e produtos (medicamentos, remédios etc);
- 3- Provedores: são os receptores finais das verbas de cuidados com a saúde. Distribuem os serviços de saúde para a população, ou seja, os hospitais, as clínicas e os postos de saúde;
- 4- Atividades: referem-se às ações e serviços que os provedores oferecem com seus recursos, por exemplo, curativos, cuidados de enfermagem, insumos médicos, dentre outros.

Estas categorias orientam a montagem das tabelas e guiam, estruturalmente, a análise. A identificação detalhada do fluxo de recursos permite identificar como cada serviço é financiado, ou dito de outra maneira, torna-se possível saber quem gasta em saúde, como e quanto.

A partir deste modelo será montada a Tabela 1 (Fontes X Agentes de Financiamento) utilizando-se do programa Excel para formar matrizes contábeis (receita X despesas), as quais organizarão os dados (valores) coletados nos sistemas de informação, tais como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), todos disponíveis na

internet. Os valores alcançados via tabulação serão transformados em gráficos e tabelas menores que permitirão variáveis análises.

Em seguida, será realizado o deflacionamento dos valores para melhor comparação entre os anos estudados. A partir da análise dos dados das receitas tributárias municipais aplicadas no setor da saúde, será possível identificar as principais fontes de recursos e traçar um perfil de como os vários tipos de receitas são distribuídas. Além disso, as tabelas irão se constituir em uma base de dados confiáveis, para a realização de análises secundárias, estatisticamente, mais sofisticadas, a serem exploradas em outros estudos.

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO (ou Análise e discussão dos resultados)

Neste estudo, foi possível observar como se deu o fluxo dos recursos financeiros federais para a saúde nos municípios da macrorregião Centro-Leste, para os anos de 2009 a 2015. Podendo assim, comparar os gastos entre as microrregiões da macrorregião Centro-Leste de saúde. Pôde-se observar uma curva crescente de crescimento no que diz respeito ao gasto com a saúde em cada microrregião durante o período estudado. Em 2009, a receita total da macrorregião Centro-Leste foi de R\$ 486.001.032,99 e, até 2015, atingiu a marca de R\$ 930.183.483,20. Lembrando que estes são valores não deflacionados, ou seja, não levam em conta a desvalorização provocada pela inflação. Com o deflacionamento, a receita de 2009 não se altera, pois este foi o ano utilizado como referência, Já no de 2015, houve redução, o que correspondeu a R\$ 890.092.575,07. Em seguida, foi feita a divisão das microrregiões, calculando o desenvolvimento da receita de cada uma usando, desta vez, o deflacionamento dos valores para melhor compreensão do fluxo de gastos em saúde. Na microrregião de Feira de Santana, para o ano de 2009 as receitas nominais e reais foram de R\$ 273.754.323,60 porque foi, justamente, o ano utilizado como referência para construção dos cálculos. Já em 2015, observa-se uma significativa diferença, sendo que o valor nominal foi de R\$ 498.768.452,68 e o deflacionado foi de R\$ 477.271.532,37. Na microrregião de Itaberaba, no ano de 2009, o valor foi de R\$ 61.198.002,92 e em 2015 o valor nominal correspondeu a R\$ 104.395.351,28 e o real, a R\$ 99.895.911,64. Na microrregião de Seabra, no ano de 2009, o valor foi de R\$ 34.589.987,17 e em 2015 o valor nominal correspondeu a R\$ 80.021.922,79 e o real, a R\$ 76.572.977,92. Por fim, temos a microrregião de Serrinha que em 2009 teve receita de R\$116.458.719,30 e, em 2015, os valores nominais foram de R\$ 246.997.756,44 e os deflacionados de R\$ 236.352.153,14.

Foi também feita uma análise de variáveis de serviços nas microrregiões estudadas que tem como representantes Feira de Santana, Itaberaba, Seabra e Serrinha. Sendo que foram utilizados dados de imunização por local de residência (doses aplicadas), na qual houve redução no número de doses aplicadas em todas as quatro microrregiões. Na microrregião de Feira de Santana houve redução de 14,3 % (418.533 em 2009 e 358.791 em 2015). Na de Itaberaba houve redução de 38,9 % (112.386 em 2009 e 69.583 em 2015). Na de Seabra houve redução de 31,7 % (116.470 em 2009 e 80.170 em 2015). Na de Serrinha houve redução de 21,8 % (174.679 em 2009 e 136.662 em 2015). Outra variável utilizada foi o número de nascimentos por ano do nascimento por local de internação, em que pôde se observar a redução significativa durante o período estudado,

excetuando-se a microrregião de Feira de Santana (aumento de 2,9%). Tendo a micro de Itaberaba a maior redução – de 3.908 em 2009 para 3.313 em 2015 (diminuição de 15,2%). O número total de nascidos vivos sofreu redução de 3,2%. A mortalidade também foi avaliada, demonstrando flutuações durante o período estudado. Entretanto, no fim, houve aumento total da mortalidade em todas as microrregiões. A mortalidade geral sofreu acréscimo de 29,1% entre 2009 e 2015. Sendo a microrregião de Feira de Santana a que apresentou maiores índices de mortalidade dentre as outras, correspondendo ao aumento de 25,1% no período estudado. Entretanto, a micro que obteve maior acréscimo percentual durante o período foi a de Serrinha com 43,4%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou Conclusão)

Dentre as microrregiões estudadas (Feira de Santana, Itaberaba, Seabra e Serrinha) no período de 2009 a 2015, todas registraram aumento no que tange à receita para gastos em saúde pública. A microrregião de Seabra foi a que mais obteve incremento na receita, enquanto a de Itaberaba foi a que menos obteve aumento na receita durante o período. Em contraste com o aumento da receita, houve uma brusca redução nas imunizações, o que pode estar relacionado a outros fatores e não somente à gestão dos recursos públicos destinados à saúde. Com relação à mortalidade, a microrregião que registrou maior aumento desta foi a de Serrinha, mesmo com Feira de Santana tendo maiores números absolutos. Contudo, a microrregião de Feira de Santana foi a única que teve aumento na porcentagem de nascidos vivos, sendo a micro de Seabra a que registrou os menores valores percentuais. Destes fatores, os indicadores de saúde mais relevantes foram o aumento da mortalidade e redução de nascidos vivos. Com base nesses dados, o repasse deve ser repensado de forma mais equitativa, como prega este que é um dos princípios do SUS. Conduzindo-se mais eficiente qualitativamente e quantitativamente a forma de tratar a população usuária desse serviço.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. A lógica do financiamento da Seguridade Social entre 1997 e 2007. Anais do Congresso Mundial de Serviço Social, 2008.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Receitas públicas: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Ministério da Fazenda, 2004.

TELES, A. S. Blocos De Financiamento: Transferências Federais Para o Estado da Bahia. Rev. Saúde. Com 2016; 12(2): 542-550.

VIEIRA, F. S. Os Impactos do Novo Regime Fiscal Para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e Para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil. Brasília, 2016.

CISLAGHI, J.F. O Financiamento do SUS: principais dilemas. Rio de Janeiro, Universidade estadual do Rio de Janeiro, 201.