



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO  
UNIDADE ACADÊMICA DE GESTÃO PÚBLICA  
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

**ANA RITA BEZERRA ALVES PEREIRA**

**ANÁLISE DAS DIFERENÇAS HORIZONTAIS ENTRE OS  
DISPÊNDIOS PÚBLICOS EM SAÚDE NAS CAPITAIS NORDESTINAS**

**SUMÉ - PB  
2021**

**ANA RITA BEZERRA ALVES PEREIRA**

**ANÁLISE DAS DIFERENÇAS HORIZONTAIS ENTRE OS  
DISPÊNDIOS PÚBLICOS EM SAÚDE NAS CAPITAIS NORDESTINAS**

**Artigo Científico apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnóloga em Gestão Pública.**

**Orientador: Professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho.**

**SUMÉ - PB  
2021**

P486a Pereira, Ana Rita Bezerra Alves.  
Análise das diferenças horizontais entre os dispêndios públicos em saúde nas capitais nordestinas. / Ana Rita Bezerra Alves Pereira. - 2021.

37 f.

Orientador: Professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho.

Artigo Científico - Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido; Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública.

1. Dispêndios públicos em saúde. 2. Capitais nordestinas – gastos com saúde. 3. Saúde pública - dispêndios. 4. Saúde e desenvolvimento. 5. Gastos públicos em saúde. 6. Gestão da saúde. I. Lima Filho, Gilvan Dias de. II. Título.

CDU: 35:61(045)

**Elaboração da Ficha Catalográfica:**

Johnny Rodrigues Barbosa  
Bibliotecário-Documentalista  
CRB-15/626

**ANA RITA BEZERRA ALVES PEREIRA**

**ANÁLISE DAS DIFERENÇAS HORIZONTAIS ENTRE OS  
DISPÊNDIOS PÚBLICOS EM SAÚDE NAS CAPITAIS NORDESTINAS**

**Artigo Científico apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnóloga em Gestão Pública.**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho.  
Orientador – UAGESP/CDSA/UFCG**

---

**Professor Dr. Alex Bruno Ferreira Marques do Nascimento.  
Examinador I – UAGESP/CDSA/UFCG**

---

**Professor Me. Allan Gustavo Freire da Silva.  
Examinador II – UAGESP/CDSA/UFCG**

**Trabalho aprovado em: 31 de maio de 2021.**

**SUMÉ - PB**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da minha vida, pela perseverança e fé para seguir em frente diante dos obstáculos que surgiram na caminhada acadêmica, bem como na vida social e pessoal.

A minha família, em especial a minha mãe Amara Bezerra, que esteve ao meu lado em todos os momentos bons e ruins que a vida nos impõe, mas principalmente, naqueles que nos faltam tempo para concluir um trabalho, então vem a agonia e o desespero e ela pedindo calma que tudo vai dar certo e ainda, a minha irmã Maria Aparecida, que de forma direta também esteve presente nos momentos necessários.

Ao professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho pelo incentivo, dedicação e participação ao longo do curso, igualmente, pela colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores do Curso de Tecnologia em Gestão Pública, pelos conteúdos repassados para que possamos ser profissionais qualificados na carreira profissional.

Aos funcionários do CDSA, pela assistência prestada nos momentos solicitados.

Aos colegas de classe, pelos momentos de companheirismo e apoio, em especial aos amigos: Emanoela Maracajá, Cássio Oliveira e Tarlan Alexandre. Agradeço pelos numerosos auxílios em momentos de dificuldade ao longo dos três anos do curso.

## RESUMO

A saúde é um fator determinante para o desenvolvimento de um país ou região, pois configura-se como um instrumento essencial para o progresso humano e produtivo da sociedade. Em outras palavras, a relação entre saúde e desenvolvimento ultrapassa as perspectivas econômicas, pois apresentam inúmeras conexões e interações, dado que as ações e as políticas da saúde têm o desígnio de proporcionar o bem-estar social em sincronia com o crescimento produtivo. Dentro desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo principal analisar as discrepâncias entre os gastos públicos (absolutos e relativos) destinados pelos governos municipais das capitais nordestinas para o setor de saúde no período de 2008 a 2017. No quesito metodológico, o trabalho configurou-se como documental e bibliográfico quanto aos procedimentos da coleta de dados e a composição da revisão da literatura; quantitativo quanto à forma de responder e abordar o problema; explicativo quanto ao objeto de estudo; e descritivo, pois procura delinear uma realidade por meio de dados existentes que foram coletados de fontes formais. Como resultado, foi possível verificar que as despesas públicas destinadas pelas prefeituras das capitais nordestinas para a área da saúde apresentaram semelhança absoluta e diferenças relativas. Em termos absolutos todas as prefeituras iniciaram o período de análise com um montante menor e finalizaram o com um valor maior. Já em termos relativos os gastos efetivados com saúde apresentaram desconformidades, pois seis capitais ampliaram percentualmente seus gastos entre 2008-2017 e três capitais diminuíram. Aracaju, que dispendeu 33,85% do orçamento municipal com saúde em 2008 e reduziu para 33,46% no ano de 2017; Fortaleza que iniciou com 33,43% em 2008 e reduziu para 31,57% no ano de 2017 e João Pessoa com despesas correspondentes a 35,30% em 2008 e apenas 33,52% no ano de 2017.

**Palavras-chave:** Gastos Públicos; Saúde e Desenvolvimento; Capitais Nordestinas.

## ABSTRACT

Health is a determining factor for the development of a country or region, as it is an essential instrument for the human and productive progress of society. In other words, the relationship between health and development goes beyond economic perspectives, as they have numerous connections and interactions, given that health actions and policies are designed to provide social well-being in sync with productive growth. Within this context, the present work has as main objective to analyze the discrepancies between public expenditures (absolute and relative) destined by the municipal governments of the northeastern capitals for the health sector in the period from 2008 to 2017. In the methodological aspect, the work was configured whether as documentary and bibliographic in terms of data collection procedures and the composition of the literature review; quantitative as to how to respond and address the problem; explanatory as to the object of study; and descriptive, as it seeks to delineate a reality through existing data that were collected from formal sources. As a result, it was possible to verify that the public expenses destined by the prefectures of the northeastern capitals for the health area showed absolute similarity and relative differences. In absolute terms, all city halls started the analysis period with a lower amount and ended it with a higher amount. In relative terms, expenditures with health showed non-conformities, as six capitals increased their spending percentage between 2008-2017 and three capitals decreased. Aracaju, which spent 33.85% of the municipal health budget in 2008 and reduced it to 33.46% in the year 2017; Fortaleza, which started with 33.43% in 2008 and decreased to 31.57% in 2017 and João Pessoa with expenses corresponding to 35.30% in 2008 and only 33.52% in 2017.

**Keywords:** Public Spending; Health and Development; Northeastern Capitals.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>A RELEVÂNCIA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO NACIONAL .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1</b>	<b>Saúde e inovação .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2</b>	<b>Saúde e inovação no Brasil .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3</b>	<b>Equidade e os determinantes sociais da saúde .....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>SAÚDE PÚBLICA: COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GOVERNO .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>Atribuições comuns.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Competências da União.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>Competências dos estados .....</b>	<b>211</b>
<b>3.4</b>	<b>Competências do municípios .....</b>	<b>222</b>
<b>3.5</b>	<b>Dificuldades de cumprir as competências .....</b>	<b>233</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>CONJUNTURA DAS DESPESAS PÚBLICAS NAS CAPITAIS NORDESTINAS</b>	<b>25</b>
<b>5.1</b>	<b>Gastos públicos em saúde das capitais nordestinas.....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>344</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88) assegura o direito à saúde para todos, configurando como dever do Estado promovê-la por meio de políticas sociais e econômicas que visem diminuir o risco de doenças e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 196). Todavia, na prática a oferta de serviços de saúde com qualidade no Brasil mostra-se como um enorme desafio histórico para os governos central (federal) e subnacionais (estaduais e municipais), uma vez que existem distorções latentes quando comparado as restrições de recursos orçamentários em confrontação a amplitude das necessidades da sociedade brasileira (ANDRETT *et al.*, 2018).

Adiciona-se ao problema das disparidades entre recursos e demandas gerais, as discrepâncias regionais e locais. No caso específico do Brasil, tais disparidades materializam-se como desigualdades de oportunidades de crescimento e desenvolvimento para estados e municípios, uma vez que a saúde é fator determinante para o progresso econômico.

Dentro desse contexto, o objetivo central dessa pesquisa foi analisar o volume de recursos absolutos e relativos destinados pelas prefeituras das capitais nordestinas para a saúde pública, observando as assimetrias existentes entre os gastos liquidados entre 2008 a 2017.

Ressalta-se como justificativa que a primazia pela região nordeste foi pautada por essa ser socioeconômica a mais pobre do país, a segunda em população absoluta e a primeira em atomização (número de municípios). As capitais nordestinas foram selecionadas, por se configurarem historicamente, como as instâncias municipais de governo mais abastadas de provimentos públicos, de maior contingente populacional e politicamente mais importantes localmente. O período foi escolhido, por ser os dez anos mais contemporâneos em disponibilidade de dados (os resultados fiscais dos anos posteriores não estão publicizados).

Em consonância ao exposto, o trabalho buscou responder à seguinte indagação: **Existiram desconformidades absolutas e relativas entre as despesas públicas destinadas pelas prefeituras das capitais nordestinas ao setor de saúde entre 2008-2017?**

Como composição o artigo é constituído por seis partes: na seção introdutória foi exposto de modo abreviado o tema, o objetivo central, a justificativa e o problema; na segunda seção foi apresentada a discussão sobre a relevância da saúde para o desenvolvimento nacional; na terceira seção discorreu-se sobre a partilha das atribuições na prestação da saúde pública entre as esferas de governos; na quarta seção foi descrita a metodologia; na quinta seção foram

tipificados os resultados das despesas realizadas pelas prefeituras das capitais nordestinas no período em estudo; e na última seção foram registradas as notas conclusivas da pesquisa.

## **2 A RELEVÂNCIA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO NACIONAL**

A saúde é um segmento basilar para o desenvolvimento econômico e social de um país ou região, dispendo-se como ambiente de conciliação entre desígnios humanos e produtivos, pois, concomitantemente, condiciona o exercício integral dos direitos humanos e envolve uma ampla cadeia produtiva de bens e serviços de alta tecnologia (PIMENTEL *et al.*, 2012). Dentro desse contexto, constata-se que a saúde como segmento econômico tanto induz e difunde o progresso tecnológico quanto beneficia a sociedade ao manter e ampliar a capacidade produtiva do fator trabalho (REIS; BARBOSA e PIMENTEL, 2016). Quantitativamente, a cadeia produtiva da saúde é formada de diversas atividades econômicas proeminentes, que responderam em 2017 por 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (consumo final), 6,4% das ocupações e 9,2% das remunerações (IBGE, 2017).

Sobre o tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (PIMENTEL *et al.*, 2012). Logo, a saúde individual é uma premissa do desenvolvimento humano em nível individual e, no coletivo, é um elemento básico do desenvolvimento da sociedade. Desse modo, a relação entre saúde e o desenvolvimento não se limita a uma única conversão, mas uma rede complexa de inúmeras conexões e interações, que no final proporcionam amplitude produtiva para o trabalhador (autonomia econômica individual) e para a realização das diversas atividades do cotidiano em sua vida (emancipação pessoal).

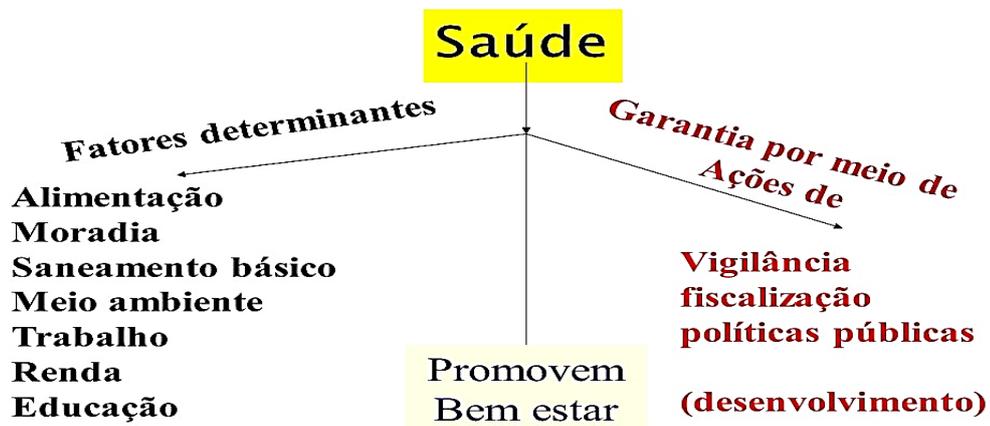
Assim, a relação entre a saúde e o desenvolvimento econômico perpassa o simples aspecto do crescimento produtivo que promove emprego e renda em uma sociedade, uma vez que deve estar pautado na abordagem do desenvolvimento humano, ou seja, primando diretamente pelo bem-estar das pessoas, com a potencialização de suas oportunidades e a valorização de suas capacidades. Destaca-se que o emprego e renda são importantes, mas devem ser considerados meios para a efetivação de desenvolvimento e não como o seu objetivo exclusivo.

A saúde como elemento integrante da economia deve ser sempre considerada como um fator básico para a cidadania, sendo parte inerente e estratégica das dimensões produtiva e social do desenvolvimento, pois o setor da saúde tem características cada vez mais evidenciadas, que o colocam como área de destaque de um projeto de desenvolvimento nacional que abrange

outras dimensões além da econômica, como por exemplo a dimensão humana e tecnológica. De forma imbricada, estudos constataram que investimentos em saúde proporcionam ganhos quantitativos e qualitativos no estoque de capital do país ou região, ou seja, ampliam o número de trabalhadores aptos a trabalhar, bem como a sua capacidade produtiva diária.

Desse modo, percebe-se que há uma interligação entre saúde e desenvolvimento, promovendo mudanças positivas no setor econômico e melhorando a qualidade de vida da população. Segundo Reis; Barbosa e Pimentel (2016), a relação entre saúde e desenvolvimento tem a ver com a necessidade de vida saudável para que assim possam trabalhar e gerar renda e, consequentemente promover o desenvolvimento social. Conforme mostra a figura 01 abaixo.

**Figura 01 - Saúde como fator determinante do desenvolvimento**



Fonte: Secretaria de Saúde de Osasco, 2021 (Adaptada pela autora).

Para Reis; Barbosa e Pimentel (2016 apud HSIAO e HELLER, 2007) um nível elevado de saúde da população contribui de maneira significativa para acúmulo de capital humano e para a produtividade. Desse modo, o peso das doenças em países de baixa renda funciona como uma barreira para o desenvolvimento econômico, uma vez que limita a capacidade de trabalho das pessoas, além de gerar despesas permanentes para o Estado. Assim, investir para promover uma saúde de qualidade e de longevidade das pessoas, pode ser uma estratégia de desenvolvimento capaz de minimizar a pobreza existente nos países, com um efeito de crescimento a longo prazo (REIS; BARBOSA e PIMENTEL 2016 apud SACHS, 2001).

Assim, as relações entre saúde e desenvolvimento devem ser sempre compreendidas “como um processo dinâmico e virtuoso que combina, ao mesmo tempo, crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população” (VIANA e ELIAS, 2007, p. 1.766). Em outras palavras, sem investimentos contínuos em saúde dificilmente um país ou região será capaz de ampliar e diversificar sua

capacidade de produção e inserir produtivamente sua população economicamente ativa (PEA), tornando, portanto, restritiva suas possibilidades de desenvolvimento econômico e social mesmo diante de políticas públicas fomentadoras de tal propósito.

## **2.1 Saúde e inovação**

Considerando que somente será possível desenvolver um país ou nação se existir políticas públicas destinadas à ampliação e melhoramento do setor de saúde, tornam-se imperativas ações públicas que associem a saúde com a inovação, pois esta é a única parceria capaz de promover tal resultado de modo ininterrupto.

Para que tal fim seja materializado as respectivas políticas públicas voltadas para o setor de saúde devem buscar associar as estratégias inovativas de produção e competitividade, almejando conceber a coerência macroeconômica, a coesão regional e o equilíbrio campocidade, sempre atenuando as desigualdades econômicas horizontais (entre níveis similares de governo) e verticais (entre diferentes níveis de governo).

Dessa maneira, compreende-se que as políticas públicas e estratégias governamentais direcionadas para a estruturação de um sistema nacional de inovação destinado ao setor de saúde devem ser fortemente articuladas e integradas, permitindo que temáticas voltadas para a saúde estejam sempre ligadas à territorialização do aspecto nacional e regional do desenvolvimento. Como decorrência, a dimensão inovativa do desenvolvimento deve abranger a estrutura produtiva e tecnológica do setor de saúde, como condicionantes de trajetórias para o arrefecimento das desigualdades regionais existentes no país e em suas múltiplas divisões.

Como constatação, hodiernamente, o setor da saúde mostra-se como um importante instrumento de inovação, devido à correlação sistêmica estabelecida entre os serviços em saúde e os segmentos industriais de base biotecnológica, química, mecânica, eletrônica e de equipamentos. Do mesmo modo, para a existência e ratificação de um ciclo inovativo em saúde alguns componentes são necessários, como demonstra a figura 02 abaixo.

**Figura 02** - Componentes do ciclo de inovação para o setor de saúde



**Fonte:** Secretaria de Saúde de Osasco, 2021.

Ponderando que a inovação só existe como um conjunto de atos contínuos, o ciclo inovativo para o setor de saúde demonstra que as ações não podem ocorrer de modo isoladas, sendo imprescindível a geração de conhecimento interdisciplinar (bioengenharia), a administração automatizada do conhecimento (gestão e informática para a saúde), a materialização do conhecimento (inovação tecnológica em saúde), o investimento em capital humano qualificado (educação permanente em saúde) e aplicação prática com resultados plausíveis (tecnologias assistivas).

## 2.2 Saúde e inovação no Brasil

No Brasil, foi constatado uma significativa melhoria nas condições de saúde e de acesso, no que diz respeito aos desdobramentos da evolução favorável dos determinantes sociais e da expansão dos serviços de saúde. Essa melhoria tem dupla origem: de um lado, percebe-se os aspectos histórico-estruturais que foram conquistados há mais de uma década, e preservados explicitamente nos anos recentes e, de outro, os fatores que diretamente decorrem das políticas públicas adotadas nos últimos anos, no tocante a alterações do padrão de desenvolvimento nacional (GADELHA e COSTA, 2013).

Quanto aos desdobramentos concretos da nova institucionalização da relação entre saúde e desenvolvimento, merece destaque a iniciativa de retomada da política industrial destinado à área da saúde, expressa sobretudo, no estímulo à produção nacional de fármacos no Brasil. Visando alcançar esse objetivo, ampliou-se o poder de compra do Estado para o

desenvolvimento tecnológico em saúde, por meio da criação de parcerias público-privadas entre empresas farmacêuticas nacionais com laboratórios oficiais internacionais que passaram a ter acesso ao mercado brasileiro (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Tem-se como exemplo dessa ampliação, a participação pioneira de instituições da área econômica e de Ciência e Tecnologia (C&T) na priorização da produção e inovação em saúde. O caso mais emblemático foi a criação em 2004 do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica I (Profarma I) e em 2007 do Profarma II (incluindo o Complexo Industrial), com recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) em consonância com a área da saúde. Destaca-se que o Profarma em suas duas etapas tinha como diretrizes estratégicas a ampliação da competitividade do Complexo Industrial da Saúde (CIS), a construção da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e a articulação entre a Política Industrial com a Política Nacional de Saúde, vigente no país.

Até o mês de julho de 2009 a carteira de investimento público em saúde, considerando também as contrapartidas privadas, totalizaram R\$ 2,54 bilhões (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012). Já no segmento de Ciência e Tecnologia (C&T), os fundos de subvenção geraram para as empresas inovadoras em saúde o montante de R\$ 800 milhões em 2007 e 2008, de acordo com informações disponibilizadas pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Apesar de ter ocorrido uma retomada da política industrial e produtiva para a área da saúde em novas bases e do crescente reconhecimento do papel central da inovação nessa área, ainda permanecem lacunas estruturais que limitam o alcance de resultados efetivos. Não obstante essa área ter sua importância reconhecida, não são observadas até então condições políticas e institucionais reais para enfrentar os entraves estruturais, o que leva a crer que a saúde até o presente momento ainda não obteve, de fato, centralidade na política nacional de desenvolvimento. Essa centralidade na agenda de desenvolvimento marca também desafios que carecem de ser vencidos, tendo como destaque entre esses, a necessidade de superar as falsas polaridades existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (2012), a primeira falsa polaridade a ser superada é entre a promoção e assistência e a base produtiva da saúde. Pois o preconceito referente ao segmento produtivo da saúde, não altera o fato de que quanto melhor a qualidade de serviços prestados de prevenção e promoção e maior a expectativa de vida da população, o aumento da demanda do Complexo da Saúde será maior. Em vista disso, não se pode dissociar ações de prevenção e fomento à produção de insumos de saúde.

A segunda polarização a ser vencida é a observada entre a área da incorporação tecnológica e a prestação de serviços de saúde, posto que essa incorporação pode traçar um padrão de inovação que seja compatível com o modelo de bem-estar brasileiro. Logo, a incorporação e a prestação de serviços de saúde são segmentos indissociáveis em um sistema que busca a universalidade e a integralidade.

A terceira e última falsa polaridade é aquela vivente entre o Estado e o mercado. Pois a base produtiva da saúde procede na esfera do mercado. Assim, o ponto central da discussão deve ser a busca de mecanismos para que o Estado em consonância com a sociedade pautar a dinâmica de mercado, e não pelo mercado sejam pautados.

A complexidade da questão sugere que a superação das tensões inerentes ao confronto entre os interesses públicos e privados na saúde demanda uma atuação estruturada e coordenada por parte do Estado. A relação entre esses interesses tende a se manter desequilibrada se não houver a devida intervenção estatal. Esta se daria por meio da qualificação de seu aparato regulatório, da acentuação do uso de seu poder de compra, do aumento dos aportes financeiros e redefinição das fontes de financiamento do SUS, da adequação de seu modelo de gestão e do fortalecimento da institucionalização do Complexo da Saúde em todas as suas dimensões (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 41).

Em outras palavras, Gadelha e Costa (2013), destacam que ainda podem ser observados desafios que dificultam uma transformação profunda na área da saúde no Brasil, bem como apresentam impactos negativos na qualidade e na perspectiva de mudança do SUS frente ao sistema privado de serviços. E afirma que a necessidade de enfrentar esses desafios aponta para frentes de intervenção que, se não forem tratados com prioridade implicará em riscos de crises sucessivas no setor da saúde, podendo arruinar o objetivo de se concretizar um sistema de saúde universal, socialmente justo e também dinâmico do ponto de vista econômico.

### **2.3 Equidade e os determinantes sociais da saúde**

Em outubro de 2011, no Rio de Janeiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS), convidou chefes de governo, ministros e representantes dos governos para expressar sua consignação em promover a equidade social e na saúde, por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar, implementadas mediante uma ampla abordagem intersetorial, expressas no documento “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde” (OMS, 2011):

- Reafirmaram que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores do governo, bem como de todos os

segmentos e dos membros da comunidade internacional em uma ação global de ‘todos pela equidade’ e ‘saúde para todos’;

- Sublinharam o valor indispensável da equidade em saúde, constante nos princípios e disposições inseridos na Constituição da OMS, assinada em 1946 e na Declaração de Alma-Ata de 1978, e também na série de conferências internacionais sobre promoção da saúde;
- Reconheceram que o gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição econômica ou social;
- Declararam que os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus governados, esta que só pode ser cumprida por meio da promoção de medidas sociais e sanitárias adequadas, e que os esforços nacionais carecem de ser apoiados por um ambiente internacional favorável;
- Reiteraram que as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente inaceitáveis, além de injustas e, em grande parte, evitáveis e que a promoção da equidade em saúde é de suma importância ao desenvolvimento e à melhoria da qualidade de vida e bem-estar para todos, dado que isto contribui para a paz e a segurança.

Para a Fundação Oswaldo Cruz (2012), são as condições econômicas e sociais que influenciam de forma decisiva as condições de saúde de pessoas e população. E a maior parte da carga das doenças, igualmente as iniquidades em saúde existentes em todos os países, ocorre por causa das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. A esse conjunto dá-se o nome de “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde.

Segundo a definição de Reis; Barbosa e Pimentel (2016 p. 93 apud OPAS 2011, p. 15):

Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas circunstâncias são moduladas pela distribuição de renda, poder e recursos em nível global, nacional e local e são influenciadas por decisões políticas. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde – as diferenças injustas e evitáveis entre pessoas e países.

Mas nem todos os determinantes são igualmente importantes. Os que mais se evidenciam são aqueles que geram estratificação social, ou seja, são determinantes estruturais que refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, tal como

a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda e as diferenças de oportunidades. Além desses, destacam-se os problemas existentes nas estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir iniquidades relacionadas ao poder econômico.

Os mecanismos que geram e conservam essa estratificação são as estruturas de propriedades dos meios de produção e de distribuição de poder entre as classes sociais, de modo igual as correspondentes instituições de governança formais e informais; sistemas educacionais, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros; a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social. São esses mecanismos estruturais que alteram o posicionamento social dos indivíduos, a causa mais profunda das iniquidades em saúde. Logo, são essas diferenças que contribuem para a formação das condições de saúde dos indivíduos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

O conceito abrangente de determinantes sociais da saúde, adotado pela OMS no seu relatório “Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”, que foi discutido na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, conforme mencionado anteriormente, demonstra os determinantes estruturais, os quais compreendem:

- A distribuição de renda;
- A diferença de oportunidades.

E os determinantes intermediários que se configuram:

- Nas condições de vida;
- Nos aspectos psicossociais;
- Nos elementos comportamentais e/ou biológicos e,
- No próprio sistema de saúde.

Ao definir determinantes sociais da saúde a OMS deixa evidente que a saúde é um processo social e torna evidente como os aspectos sociais e as decisões políticas impactam de maneira direta as condições de vida e de saúde das populações, bem como o aparecimento de doenças (REIS; BARBOSA e PIMENTEL, 2016).

“Para melhorar a situação da saúde e reduzir iniquidades, considerando essa abordagem dos determinantes sociais, é necessário que intervenções coordenadas e coerentes entre si sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 45). Nesse contexto, são necessárias ações com estratégias conjuntas por parte dos governantes, que visem minimizar as iniquidades existentes no sistema de saúde e também tratar a questão social, que refletem no setor saúde. Dado que a boa saúde tem sua parcela de contribuição importantíssima para outras prioridades sociais como

o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Gerando o “círculo virtuoso” onde a saúde e os seus determinantes se auxiliam e se beneficiam reciprocamente. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

No relatório da OMS confirmado na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, foi reafirmado três princípios de ação:

- Melhorar as condições de vida cotidianas – as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem;
- Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos – as bases estruturais das condições de vida referidas – nos níveis global, nacionais e locais;
- Qualificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um conjunto de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema.

### **3 SAÚDE PÚBLICA: COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GOVERNO**

Para acabar com a histórica dualidade que abalizou a participação do Estado brasileiro na área de saúde, sempre configurada por uma atuação independente entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a Constituição Federal de 1988, estabeleceu em seu art. 198 que:

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;  
III- Participação da comunidade.

Desse modo as ações e os serviços de saúde passaram a formar um Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando uma gestão compartilhada, com rateio de competências e responsabilidades entre as três instâncias de governo. A definição de papéis e as atribuições dos gestores do SUS nas três esferas governamentais significa mostrar as especificidades da atuação de cada nível de governo no que tange a cada uma dessas macro funções gestoras, de maneira harmoniosa com fins de atuação do Estado em cada instância de governo, com os princípios e objetivos estratégicos da política nacional de saúde e também para cada campo da atenção na saúde, os quais são: promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entres outras ofertas (BRASIL, 2003).

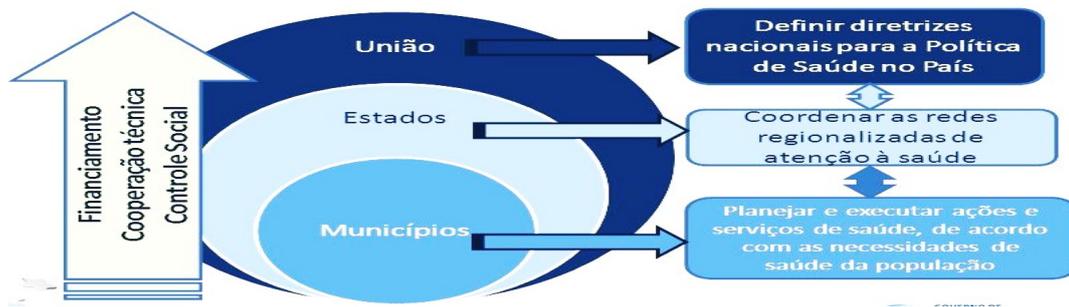
Cabe frisar também, que a Constituição Federal de 1988 define os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não estabelece de modo específico o papel de cada esfera de governo no SUS. O detalhamento das competências e das atribuições da direção do SUS em cada nível de governo: Federal, Estadual e Municipal são estabelecidos pela Lei 8.080/1990, também chamada Lei Orgânica da Saúde, a qual preconiza em seu Art. 8º que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS, seja de forma direta ou mediante participação complementar da iniciativa privada, devem ser organizados de maneira regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, por sua vez no Art. 9º estabelece que a direção do SUS é única, conforme o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo essa direção exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- No âmbito Federal, pelo Ministério da Saúde;
- No âmbito Estadual e Distrital, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- No âmbito Municipal, pela respectiva Secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Para Lucena (2015 apud BRASIL, 1990)., a lei 8.080/1990 estabelece diferentes competências para cada uma dessas esferas de governo, as quais devem guiar suas decisões e ações, bem como permitir a sua complementaridade. A efetiva implementação do SUS que é orientado por princípios doutrinários de Universalidade, Equidade e Integralidade nos serviços e ações de saúde e regido por princípios organizativos ou diretrizes, devem segundo Lucena (2015 apud BRASIL, 2000) ser marcados pela descentralização, regionalização, hierarquização da rede e a participação social, requerendo das três instâncias de governo a atuação articulada e integrada.

Para que isso se efetive é necessário a redefinição de papéis e responsabilidades, promovendo a transferência de equipamentos e recursos, sobretudo dos níveis federal e estadual para o municipal. Porém o controle de equipamentos e recursos está intimamente ligado ao exercício de poder político e a perda desse exercício tem enfraquecido o espaço de atuação das três esferas, dando surgimento a diversos grupos de interesse e pressão que interferem negativamente nos processos de descentralização (SILVA, 1996). Mediante a figura 03 abaixo, podem ser observadas as competências por esferas de governo para a direção do SUS.

**Figura 03 - O SUS e as competências por esfera de governo**



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, 2021.

Sobre as competências Lucena (2015, p. 1109) afirma:

A direção nacional possui competências para formular, avaliar e apoiar políticas e sistemas em diversas áreas, estabelecer normas, critérios e padrões em diversas áreas, prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios e promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para unidades federadas e municípios. A direção estadual possui competência para promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios, acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do sistema, coordenar, prestar apoio técnico e financeiro e, em caráter complementar, executar ações e serviços de saúde. A direção municipal possui competência para planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), é competência dos governos municipais a prestação de serviços básicos de saúde e a execução de ações de vigilância epidemiológica e fiscalização sanitária. Aos governos estaduais compete o gerenciamento dos serviços mais especializados, igualmente o controle de insumos, além de definir estratégias gerais de ação epidemiológica, que serão assumidas e executadas pelos municípios em caso de ameaça de surtos. No que compete ao governo federal foi destinado, formalmente, o papel de coordenador e normatizador de todo o SUS (SILVA, 1996).

### 3.1 Atribuições comuns

No que concerne às atribuições comuns das três esferas de governo: União, estados, Distrito Federal e municípios, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde) define em seu Art. 15 as seguintes atribuições:

- I** - Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II** - Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

- III** - Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV** - Organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V** - Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI** - Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII** - Participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII** - Elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX** - Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X** - Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI** - Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII** - Realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII** - Para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV** - Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV** - Propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI** - Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII** - Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII** - Promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX** - Realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX** - Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI** - Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Desse modo, a Lei 8.080/1990 de forma muito abrangente permitiu a União, estados, Distrito Federal e municípios participar do processo de territorialização da saúde pública nacional, ao mesmo tempo responsabilizando cada ente governamental pela população adscrita e garantindo a integralidade da atenção e participação plena nas atividades de planejamento e avaliação das ações promovidas.

### **3.2 Competências da União**

No tocante às competências legais e formais definidas pela Lei Orgânica de Saúde, para a gestão do SUS em cada esfera de governo, configuram-se em seu Art. 16. (que estabelece à direção nacional do Sistema Único de Saúde), os seguintes encargos para a União:

- I - Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - Participar da formulação e da implementação de políticas:
  - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b) de saneamento básico; e
  - c) relacionadas às condições e aos ambientes de trabalho.
- III - Definir e coordenar os sistemas;
  - a) de rede integrada de assistência de alta complexidade;
  - b) de laboratórios de saúde pública;
  - c) de vigilância epidemiológica; e
  - d) vigilância sanitária.
- IV - Participar da definição de normas, igualmente de mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou que dele decorra e que venha a repercutir na saúde humana;
- V - Participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições e dos ambientes de trabalho, tal como coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - Coordenar e participar na das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, com execução complementada pelos estados, Distrito Federal e municípios;
- VIII - Estabelecer critérios e métodos para controlar a qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - Promover articulação com os órgãos educacionais e os de fiscalização do exercício profissional e com as entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, articulado com os demais entes federados;
- XI - Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV - Elaborar normas visando regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - Promover a descentralização para as Unidades Federadas, tal como para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitando as competências estaduais e municipais;
- XVIII - Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal;
- XIX - Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal.

Destaca-se que na União, os órgãos de representatividade do SUS e responsáveis pela atuação do governo federal e definição das diretrizes nacionais para a política de saúde no país, são: Ministério da Saúde, Ouvidoria do SUS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Em termos do provimento de recursos, o governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde é o responsável por aplicar metade de todos os recursos gastos em saúde pública anualmente no Brasil. Todavia, deve ser salientado que o Ministério da Saúde fica restrito a formulação das políticas nacionais de saúde (planejamento, elaboração de normas, avaliação e utilização de instrumentos para controle), mas não realiza as ações diretamente. Isso é incumbência dos estados, Distrito Federal e municípios.

### 3.3 Competências dos estados

Já o Art. 17. da Lei 8.080/1990 delinea as responsabilidades das esferas reginais (estados) sobre a direção do Sistema Único de Saúde (SUS). De modo tipificado, as competências dos estados são estabelecidas em quatorze incisos, expressos abaixo:

- I - Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição; e
  - d) de saúde do trabalhador.
- V - Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que repercutem na saúde humana;
- VI - Participar da formulação da política, igualmente da execução de ações de saneamento básico;
- VII - Participar das ações de controle e da avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Salienta-se que os estados possuem secretarias específicas para a gestão da saúde. Além disso, os gestores estaduais (governadores e secretários) devem destinar para saúde recursos

próprios e verbas repassadas pela União, não só para atividades de incumbência regional, mas para ações de amparo vinculadas aos municípios que constituem seu espaço geográfico.

Em termos legislativos, cabe aos estados aplicar as políticas nacionais e estabelecer suas próprias políticas de atuação, para a coordenação o planejamento e a organizando da saúde em todo o seu território.

### **3.4 Competências dos municípios**

Por fim, está expresso no Art. 18. da Lei 8.080/1990 os encargos dos municípios sobre à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS), como apresentado abaixo:

- I - Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulado à direção estadual;
- III - Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - Executar serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição;
  - d) de saneamento básico; e
  - e) de saúde do trabalhador.
- V - Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que repercutem na saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controla-las;
- VII - Formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - Colaborar com a União e os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, igualmente controlar e avaliar a execução desses serviços;
- XI - Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Exalta-se que os municípios são responsáveis pelo implemento das ações e serviços de saúde no âmbito local., sendo os gestores municipais (prefeitos e secretários) incumbidos da aplicação dos recursos próprios e transferidos pela União e estados. Em termos funcional, por limitação financeira ou técnica o município pode estabelecer parcerias com outros para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos mais complexos.

### 3.5 Dificuldades de cumprir as competências

Todavia, a tentativa da Lei 8.080/1990, de disciplinar as ações dos entes federados, estabelecendo-lhes atribuições legais e formais não foi suficiente para que essas esferas de governo conseguissem desempenhar seus papéis com facilidade. Nessa conjuntura, para atender às suas necessidades de “sobrevivência”, as organizações de saúde têm uma forte tendência para dimensionar funções e atividades, ajustando suas competências, e os recursos disponíveis, à sua capacidade operacional e à cultura interna (SILVA, 1996).

A organização das ações e dos serviços também tem o dever de assumir características diferentes por esfera de governo. No âmbito estadual, essas ações e serviços devem ser regionalizados, com estrutura administrativa descentralizada, permitindo que o processo de decisão se aproxime da execução dos serviços. No âmbito municipal, conforme o art. 10, parágrafo 2º da Lei 8.080/1990, os municípios poderão formar consórcios para desenvolver de maneira conjunta as ações e os serviços de saúde que lhes são cabíveis, inclusive, podendo o SUS organizar-se em distritos sanitários de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas que estejam voltadas para a cobertura total das ações de saúde (SILVA, 1996).

Os Distritos Sanitários deverão corresponder a unidades espaciais equipadas para a promoção do atendimento integral, constituídos, pelo menos, de centros de saúde, ambulatorios de especialidades, hospital geral, e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SILVA, 1996, p. 73).

Isso leva a crer que essa medida é suficiente para resolver grande parte dos problemas de saúde da população, levando em consideração que a maioria desses problemas são resolvidos em postos ambulatoriais. Porém, é necessário destacar que além dessa infraestrutura, o distrito sanitário deve oferecer atendimento de nível hospitalar terciário, sendo imprescindível, nesse caso, comprar os serviços do setor privado que exerce liderança neste segmento (SILVA, 1996).

Sobre o funcionamento dos Distritos Sanitários, Silva (1996, p. 73) afirma:

O arranjo pensado para o funcionamento dos distritos representa uma nova forma de organizar os equipamentos de saúde já instalados no município e planejar sua expansão. São relevantes os obstáculos à sua consolidação, pois, não é muito simples dar nova forma organizacional a uma rede de serviços de serviços tradicionalmente implantada sem planejamento. A instalação dos equipamentos, tanto públicos quanto privados, atendeu a critérios políticos e de oportunidades de financiamento, localizando-se, via de regra, sem considerar os aspectos epidemiológicos, as demandas por serviços existentes e as características socioeconômicas da população.

Mais que uma reorganização de equipamentos e do espaço físico para garantir o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, a formação desses distritos é considerada como a única alternativa para efetivar as ações e serviços, dentro de um enfoque que ultrapassa a eficiência do atendimento ao público. Isso é, antes de tudo, uma possibilidade de inserir em uma área geográfica e mediante a existência de equipamentos de saúde, meios que possam transformar e satisfazer todos os níveis de complexidade do atendimento à população, trazendo mudanças significativas na concepção da relação saúde-doença, como da geração de suas demandas (SILVA, 1996).

Sobre a organização do distrito sanitário, Silva (1996 apud MENDES, 1992) exalta a seguinte observação: mais que um arranjo espacial que visa suportar o novo modelo de assistência, esses distritos representam a instalação de um processo social com reflexos em três campos diferentes: o político, o ideológico e o tecnológico. Quanto ao campo político, abriga os interesses dos diversos atores sociais que disputam um jogo de poder para induzir ou conter as transformações do sistema de saúde. A dimensão ideológica, por sua vez, é um cenário para estruturar o novo paradigma de promoção à saúde. E a dimensão tecnológica, que urge por transformações na estrutura do conhecimento, com novos referenciais para o estabelecimento de práticas e rotinas de trabalho que sejam mais adequadas aos princípios definidos pelo SUS.

Silva (1996), salienta que a manifestação desses princípios necessita ser traduzida nos campos prático e operacional, por meio de respostas positivas às necessidades assistenciais da população, quer preventivas, quer curativas, mas que carece de uma resposta imediata para suas demandas de saúde, pois as condições de vida da população são um grande apelo para uma atuação efetiva e mais tradicional, calcada no atendimento curativo e preventivo. No entanto, para que esse fato aconteça é imprescindível resolver um dos grandes dilemas que o SUS apresenta: a falta de estrutura para manejar em todas as frentes, o que leva a fazer uma “escolha trágica” nos rumos de sua atuação, sobretudo, nos municípios.

#### **4 METODOLOGIA**

No que diz respeito ao procedimento adotado no tratamento da pesquisa o presente estudo se consolidou como documental e bibliográfico. No quesito documental os dados foram compilados por meio do portal Compara Brasil, do qual foram extraídas informações sobre as despesas públicas destinadas pelas prefeituras das capitais nordestinas ao setor de saúde nos anos de 2008 a 2017.

No quesito bibliográfico, para compor a revisão da literatura, foram abordados autores e obras que buscaram explicar a importância da saúde para o desenvolvimento nacional, bem como estabelecer as competências de cada ente federado. As duas vertentes de análise, serviram para compreensão e aprimoramento acerca do conteúdo abordado e do tema em questão. Para fundamentar a pesquisa os principais autores utilizados foram: (ANDRETT, 2018); (LUCENA, 2015); (PIMENTEL, 2012); (REIS, C.; BARBOSA, L.; PIMENTEL, 2016); (SILVA, 1996), (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012) entre outras fontes.

Para responder a indagação norteadora deste trabalho, foi utilizada a abordagem quantitativa, pois foi por meio dos dados coletados e a comparação desses, que se buscou analisar a trajetória dos gastos em saúde promovidos pelas capitais nordestinas entre 2008-2017. Exalta-se que todos os valores utilizados pelo estudo foram extraídos de fonte formal e governamental.

Para formulação dos resultados, ou seja, para se obter a média anual com saúde das prefeituras de cada capital foi realizado o somatório da despesa anual orçamentária e o somatório da despesa anual com saúde, logo após foram divididos o montante total da despesa anual com saúde, pelo montante totalizado da despesa total anual, cujo o resultado foi multiplicado por 100, chegando assim aos resultados relativos.

Por fim, quanto à análise, o trabalho foi classificado como exploratória e descritiva, pois buscou descrever uma realidade em concordância com dados existentes, conectando assim as finalidades e conceitos que deram consonância ao exposto pela bibliografia e os dados coletados, para a compreensão acerca do tema abordado.

Nesse contexto, foi a partir dos métodos mencionados acima que se buscou contextualizar o presente artigo, igualmente responder o problema em questão.

## **5 CONJUNTURA DAS DESPESAS PÚBLICAS NAS CAPITAIS NORDESTINAS**

Considerando a saúde como aspecto indispensável para o desenvolvimento de um país ou região em decorrência da sua imprescindibilidade para a dignidade humana e sua efetivação como fator de produção agregador, esta seção tem por objetivo primordial expor a trajetória absoluta e relativa das despesas liquidadas pelos governos municipais das capitais nordestinas no período entre 2008-2017.

## 5.1 Gastos públicos em saúde das capitais nordestinas

Ponderando as informações apresentadas na tabela 01, constatou-se que durante os anos de 2008 a 2017 a prefeitura de Aracaju totalizou R\$ 5.774.565.872,19 voltados aos dispêndios no segmento de saúde, o que correspondeu a uma média anual de 34,59% da integralidade do orçamento do governo municipal. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com saúde R\$ 449.373.895,30 no ano de 2008 e finalizou investindo R\$ 532.845.983,20 no ano de 2017, o que representou um aumento de R\$ 83.472.087,90. Todavia, em termos relativos os gastos efetivados com saúde no ano de 2017 (33,46%) foram proporcionalmente menores do que no ano de 2008 (33,85%). Também deve ser exaltado que os anos com maiores gastos absolutos em saúde foram 2015, 2014, 2013 e 2012 (coincidentemente, os anos com maior provimento orçamentário). Já os anos com maior participação relativa dos gastos com saúde no orçamento municipal foram 2011, 2015, 2013 e 2009, o que materializou uma trajetória irregular tanto em termos absoluto quanto relativo, decorrente especialmente da heterogeneidade das ações públicas realizadas pelos prefeitos Edvaldo Nogueira (2006-2012) e João Alves Filho (2013-2017), alvitre da ausência de programas e planos estruturais de médio e longo prazo (SECRETARIA DE SAÚDE DE ARACAJU, 2021).

**Tabela 01 - Total de despesas com saúde em Aracaju**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
<b>2008</b>	<b>1.327.655.232,03</b>	<b>449.373.895,30</b>	<b>33,85%</b>
<b>2009</b>	<b>1.356.550.393,37</b>	<b>479.381.306,33</b>	<b>35,34%</b>
<b>2010</b>	<b>1.441.343.514,01</b>	<b>482.543.272,63</b>	<b>33,48%</b>
<b>2011</b>	<b>1.577.653.758,27</b>	<b>581.641.935,21</b>	<b>36,87%</b>
<b>2012</b>	<b>1.849.891.376,01</b>	<b>634.255.114,49</b>	<b>34,29%</b>
<b>2013</b>	<b>1.831.194.577,40</b>	<b>651.738.344,94</b>	<b>35,59%</b>
<b>2014</b>	<b>1.953.655.396,09</b>	<b>655.714.199,47</b>	<b>33,56%</b>
<b>2015</b>	<b>1.956.014.846,05</b>	<b>712.025.415,45</b>	<b>36,40%</b>
<b>2016</b>	<b>1.808.106.861,85</b>	<b>595.046.405,17</b>	<b>32,91%</b>
<b>2017</b>	<b>1.592.278.127,11</b>	<b>532.845.983,20</b>	<b>33,46%</b>

**Fonte:** Autora e Orientador, 2021.

Mediante as informações da tabela 02, constatou-se que durante o período em estudo a prefeitura de Fortaleza totalizou o montante de R\$ 18.541.035.015,72 destinados à área da saúde, configurando uma média anual de 29,68% da integralidade do orçamento do governo municipal. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com saúde o valor de R\$ 1.637.444.739,57 no ano de 2008 e finalizou investindo R\$ 2.194.445.937,77 no

ano de 2017, o que representou um aumento de R\$ 557.001.198,20. No entanto, em termos relativos os gastos efetivados com saúde no ano de 2017 (31,57%) foram proporcionalmente menores que o ano de 2008 (33,43%). Salienta-se ainda que os anos com maiores gastos absolutos em saúde foram 2014, 2017, 2015 e 2013. Já os anos com maior participação relativa dos gastos com saúde no orçamento municipal foram 2009, 2008, 2014 e 2013, o que consolidou uma trajetória espaçada, sobretudo em termos relativos, consequência dos maiores investimentos em obras realizados no ano final do primeiro mandato da prefeita Luizianne Lins (2005-2012) e no início do primeiro mandato do prefeito Roberto Cláudio (2013-2020).

Como ratificação os maiores dispêndios relativos com saúde realizados pela prefeita Luizianne Lins ocorreram com a construção do Hospital da Mulher efetivado ao longo de todo o seu mandato (8 anos), porém com maiores aportes financeiros nos anos de 2008 e 2009. Já o prefeito Roberto Cláudio concretizou seus maiores investimentos em saúde nas obras de reconstrução do Posto Guiomar Arruda (localizado no bairro do Pirambu, um dos mais pobres da capital), e na construção do Hospital da Criança de Fortaleza (complexo cirúrgico e clínico, composto por 104 leitos para internamentos de emergência) e da Policlínica do Bonsucesso (um dos bairros mais populosos da capital cearense) (SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2021).

**Tabela 02 - Total de despesas com saúde em Fortaleza**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual Com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
<b>2008</b>	<b>4.898.838.869,85</b>	<b>1.637.444.739,57</b>	<b>33,43%</b>
<b>2009</b>	<b>5.189.816.151,40</b>	<b>1.737.737.802,34</b>	<b>33,48%</b>
<b>2010</b>	<b>5.669.482.875,07</b>	<b>1.813.987.500,00</b>	<b>32,00%</b>
<b>2011</b>	<b>6.183.954.924,52</b>	<b>1.895.054.172,33</b>	<b>30,64%</b>
<b>2012</b>	<b>6.687.095.143,91</b>	<b>2.090.469.778,26</b>	<b>31,26%</b>
<b>2013</b>	<b>6.490.800.840,47</b>	<b>2.129.410.138,89</b>	<b>32,81%</b>
<b>2014</b>	<b>6.876.512.658,08</b>	<b>2.294.549.298,91</b>	<b>33,37%</b>
<b>2015</b>	<b>6.725.033.814,71</b>	<b>2.164.343.483,41</b>	<b>32,18%</b>
<b>2016</b>	<b>6.799.902.561,56</b>	<b>2.057.292.164,24</b>	<b>30,25%</b>
<b>2017</b>	<b>6.950.079.839,16</b>	<b>2.194.445.937,77</b>	<b>31,57%</b>

**Fonte:** Autora e Orientador, 2021.

Analisando a tabela 03, verificou-se que entre os anos 2008 e 2017 a prefeitura de João Pessoa somatizou a quantia de R\$ 7.348.392.232,16 com o setor da saúde, o que significou uma média anual de 34,75% da integralidade do orçamento do ente municipal no intervalo. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com saúde o valor de R\$ 580.637.296,01 no ano de 2008 e terminou investindo R\$ 711.192.029,12 no ano de 2017, o

que significou um aumento de R\$ 130.554.733,11. Entretanto, em termos relativos os gastos efetivados com saúde no ano de 2017 (33,52%) foram menores que no ano de 2008 (35,30%). Evidencia-se também que os anos com maiores gastos absolutos em saúde foram 2012, 2013, 2014 e 2015. Já os anos com maior participação relativa dos gastos com saúde no orçamento municipal foram 2012, 2011, 2008 e 2013, o que significou uma trajetória com concentração nos gastos absolutos e pouco espaçamento nos gastos relativos.

Destaca-se que os maiores gastos absolutos e relativos foram realizados no final do primeiro mandato do prefeito Ricardo Coutinho (2005-2010), nos dois últimos anos de mandato do prefeito Luciano Agra (2010-2012) e no primeiro mandato do prefeito Luciano Cartaxo (2013-2020). As principais ações voltadas para saúde, realizadas por Ricardo Coutinho no ano de 2008, foram: a reforma do Ortotrauma, em Mangabeira e a construção de Unidade de Saúde da Família no Alto do Mateus. Já Luciano Agra teve como medidas mais proeminentes para o segmento nos anos de 2011 e 2012, a construção da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Complexo Hospitalar Valentina Figueiredo e a ampliação do Laboratório de Análises Clínicas (Lacen), instalado no Centro de Assistência Integral à Saúde (Cais) em Jaguaribe. Por fim, o mandato de Luciano Cartaxo foi marcado por ações pulverizadas na saúde, como: construção de 4 novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e a implantação de 20 novas Unidades de Saúde da Família (USF's) (SECRETARIA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2021).

**Tabela 03 - Total de despesas com saúde em João Pessoa**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual Com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
<b>2008</b>	<b>1.644.898.198,47</b>	<b>580.637.296,01</b>	<b>35,30%</b>
<b>2009</b>	<b>1.657.649.726,07</b>	<b>581.028.987,09</b>	<b>35,05%</b>
<b>2010</b>	<b>1.960.487.602,69</b>	<b>672.261.385,70</b>	<b>34,29%</b>
<b>2011</b>	<b>2.134.352.747,11</b>	<b>753.840.337,23</b>	<b>35,32%</b>
<b>2012</b>	<b>2.390.038.832,04</b>	<b>875.875.312,16</b>	<b>36,65%</b>
<b>2013</b>	<b>2.369.816.806,52</b>	<b>833.728.664,55</b>	<b>35,18%</b>
<b>2014</b>	<b>2.401.270.357,33</b>	<b>830.123.880,40</b>	<b>34,57%</b>
<b>2015</b>	<b>2.348.590.705,32</b>	<b>814.221.438,62</b>	<b>34,67%</b>
<b>2016</b>	<b>2.118.381.753,55</b>	<b>695.482.901,27</b>	<b>32,83%</b>
<b>2017</b>	<b>2.121.685.827,45</b>	<b>711.192.029,12</b>	<b>33,52%</b>

**Fonte:** Autora e Orientador, 2021.

Com relação às informações na tabela 04, verificou-se que durante os anos em estudo a prefeitura de Maceió totalizou R\$ 6.563.049.406,09 voltados aos dispêndios no segmento de saúde, o que equivaleu a uma média anual de 31,41% da integralidade do orçamento do governo

municipal. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com saúde o montante de R\$ 501.173.801,83 no ano de 2008 e finalizou investindo R\$ 715.403.691,46 no ano de 2017, o que significou um aumento de R\$ 214.229.889,63. Em termos relativos os gastos efetivados com saúde no ano de 2008 foi (29,66%) e em 2017 (32,66%) havendo assim um aumento de 3,0%, configurando em conformidades tanto absoluta quanto relativa. Merece destaque também os anos com maiores gastos absolutos em saúde, são eles 2014, 2013, 2017 e 2015. Esses mesmos anos seguem com maior participação relativa dos gastos com saúde no orçamento municipal, mas em uma sequência diferente, 2013, 2014, 2017 e 2015, o que não impede de ter havido desconformidade tanto absoluta quanto relativa.

Salienta-se que os principais aportes financeiros em saúde foram realizados durante a gestão de Rui Palmeira (2013-2020), único prefeito de Maceió no período com maior investimento. A atuação de Rui Palmeira foi pautada no Decreto de Emergência na Saúde (que permitiu a prefeitura direcionar novos recursos transferidos pelo estado de Alagoas e União, para o setor de saúde, que passava por acentuada crise operacional), implementado em outubro de 2013. A partir dessa diretriz a Prefeitura de Maceió conseguiu direcionar recursos para abastecer os postos de saúde com medicamentos e outros itens essenciais, bem como iniciar a recuperação de 20 unidades de saúde. Além disso, foram nomeadas quase 900 profissionais que haviam realizado o concurso da Secretaria Municipal de Saúde de 2012. (SECRETARIA DE SAÚDE DE MACEIÓ, 2021).

**Tabela 04 - Total de despesas com saúde em Maceió**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual Com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
2008	1.689.679.598,23	501.173.801,83	29,66%
2009	1.856.739.507,13	547.241.369,10	29,47%
2010	1.992.220.141,92	582.018.056,79	29,21%
2011	2.036.560.936,04	629.973.554,20	30,93%
2012	2.264.662.540,65	688.962.034,41	30,42%
2013	2.167.286.191,53	728.578.877,23	33,62%
2014	2.395.249.524,26	799.198.891,11	33,37%
2015	2.146.437.359,55	690.781.806,35	32,18%
2016	2.155.260.494,63	679.717.323,59	31,54%
2017	2.190.654.247,82	715.403.691,46	32,66%

Fonte: Autora e Orientador, 2021.

A respeito das informações contidas na tabela 05, verificou-se que durante os anos do período avaliado a prefeitura de Natal totalizou a quantia de R\$ 6.218.912.733,61 designados

às despesas no segmento de saúde, o que significou uma média anual de 29,33% do orçamento integral do governo municipal. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com o setor saúde a quantia de R\$ 466.806.515,56 no ano de 2008 e finalizou investindo R\$ 743.984.031,86 no ano de 2017, o que configurou um aumento de R\$ 277.177.516,30. Em termos relativos os gastos efetivados com o setor da saúde foram (24,68%) em 2008 e (33,17%) em 2017, o que ocasionou um aumento de 8,49%, constatando-se conformidades tanto absoluta quanto relativa. É válido destacar que os anos com maiores gastos absolutos em saúde foram 2017, 2016, 2014 e 2015 (coincidentemente, os anos com maior provimento orçamentário). Já os anos com maior participação relativa dos gastos com saúde no orçamento municipal foram 2011, 2012, 2017 e 2016, o que consolidou em irregularidade tanto absoluta quanto relativa.

**Tabela 05 - Total de despesas com saúde em Natal**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual Com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
<b>2008</b>	<b>1.891.408.125,92</b>	<b>466.806.515,56</b>	<b>24,68%</b>
<b>2009</b>	<b>1.898.482.319,00</b>	<b>519.146.996,87</b>	<b>27,35%</b>
<b>2010</b>	<b>1.959.225.568,97</b>	<b>559.523.815,66</b>	<b>28,56%</b>
<b>2011</b>	<b>2.022.540.645,54</b>	<b>636.577.296,63</b>	<b>31,47%</b>
<b>2012</b>	<b>2.062.721.279,04</b>	<b>648.218.428,04</b>	<b>31,43%</b>
<b>2013</b>	<b>2.064.571.464,19</b>	<b>606.423.700,52</b>	<b>29,37%</b>
<b>2014</b>	<b>2.706.204.729,79</b>	<b>667.498.733,22</b>	<b>24,67%</b>
<b>2015</b>	<b>2.207.763.358,84</b>	<b>659.952.243,37</b>	<b>29,89%</b>
<b>2016</b>	<b>2.146.073.087,22</b>	<b>710.780.971,88</b>	<b>33,12%</b>
<b>2017</b>	<b>2.243.021.809,66</b>	<b>743.984.031,86</b>	<b>33,17%</b>

**Fonte:** Autora e Orientador, 2021.

No tocante à tabela 06 conforme as informações apresentadas, verificou-se que durante os anos de 2008 a 2017 a prefeitura de Recife totalizou um montante de R\$ 10.442.911.968,36 direcionados às despesas no segmento de saúde, o que configurou em uma média anual de 22,12% da integralidade do orçamento do governo municipal. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com saúde o montante de R\$ 790.208.897,94 no ano de 2008 e terminou investido R\$ 1.174.641.347,93 no ano de 2017, o que correspondeu um aumento de R\$ 384.432.449,99. Em termos relativos os gastos efetivados com saúde no ano de 2008 foi (19,39%) e em 2017 (24,28%), configurando um aumento de 4,89%, havendo assim conformidade tanto absoluta quanto relativa. Quanto aos anos com maiores gastos absolutos em saúde foram 2014, 2015, 2017 e 2016. Já os anos com maior participação relativa dos gastos

com saúde no orçamento municipal foram 2017, 2016, 2015 e 2010, o que materializou uma trajetória irregular tanto absoluta quanto relativa.

**Tabela 06 - Total de despesas com saúde em Recife**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual Com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
2008	4.074.803.394,67	790.208.897,94	19,39%
2009	3.892.454.144,67	819.672.928,39	21,06%
2010	4.112.232.348,71	923.282.297,28	22,45%
2011	4.519.812.294,44	985.722.779,18	21,81%
2012	4.940.279.887,98	1.073.767.386,30	21,73%
2013	5.177.759.218,14	1.109.662.175,22	21,43%
2014	5.545.744.175,28	1.221.383.181,33	22,02%
2015	5.330.521.449,20	1.211.163.024,86	22,72%
2016	4.770.994.393,29	1.133.407.949,94	23,76%
2017	4.837.116.858,04	1.174.641.347,93	24,28%

Fonte: Autora e Orientador, 2021.

Conforme as informações contidas na tabela 07, verificou-se que durante os anos em questão (2008-2017) a prefeitura de Salvador totalizou R\$ 12.252.842.596,34 remitidos aos dispêndios no setor da saúde, o que correspondeu a uma média anual de 23,37% do orçamento integral do governo municipal. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com a área da saúde R\$ 1.221.571.885,14 no ano de 2008 e finalizou investindo R\$ 1.532.148.624,24 no ano de 2017, o que representou um aumento de R\$ 310.576.7399,10. Em termos relativos os gastos efetivados com saúde no ano de 2008 foi (25,05%) e em 2017 (25,19%), configurando um aumento proporcional de 0,14%, havendo conformidade tanto absoluta quanto relativa. Salienta-se que os anos com maiores gastos absolutos em saúde foram 2017, 2010, 2016 e 2015. Já os anos com maior participação relativa dos gastos com saúde no orçamento municipal foram 2010, 2011, 2017 e 2013, o que se configurou em uma trajetória de desconformidade tanto absoluta quanto relativa.

**Tabela 07 - Total de despesas com saúde em Salvador**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual Com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
2008	4.876.181.080,72	1.221.571.885,14	25,05%
2009*	---	---	---
2010	5.559.760.606,49	1.519.476.900,74	27,33%
2011	5.560.880.152,95	1.476.441.215,72	26,55%
2012	5.679.889.116,35	1.357.786.804,78	23,91%
2013	5.518.365.205,77	1.355.313.179,89	24,56%
2014	6.425.467.960,27	788.153.752,02	12,27%
2015	6.460.404.184,60	1.492.742.340,23	23,11%
2016	6.261.852.175,42	1.509.207.893,58	24,10%
2017	6.081.739.670,02	1.532.148.624,24	25,19%

Fonte: Autora e Orientador, 2021.

\* Dados não disponíveis.

Analisando as informações apresentadas na tabela 08, constatou-se que durante os anos de 2008 a 2017 a prefeitura de São Luís totalizou um montante de R\$ 8.789.870.113,14 designados para a área da saúde, o que equivaleu a uma média anual de 31,43%. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com a área da saúde R\$ 738.512.731,13 no ano de 2008 e finalizou investindo R\$ 905.002.411,19 no ano de 2017, o que proporcionou um aumento de R\$ 166.489.680,06. Em termos relativos os gastos efetivados com saúde no ano de 2008 foram (30,70%) e no ano de 2017 (32,85%), configurando em um aumento de 2,15%, ocorrendo conformidade tanto absoluta quanto relativa. Também deve ser evidenciado que os anos com maiores gastos absolutos em saúde foram 2015, 2014, 2012 e 2013. Já os anos com maior participação relativa dos gastos com saúde no orçamento municipal foram 2017, 2015, 2016 e 2014, o que configurou uma trajetória irregular tanto em termos absoluto quanto relativo.

**Tabela 08 - Total de despesas com saúde em São Luís**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual Com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
2008	2.405.516.874,66	738.512.731,13	30,70%
2009	2.485.598.438,20	790.643.375,05	31,81%
2010	2.938.040.898,39	891.240.181,70	30,33%
2011	2.957.962.833,17	901.618.485,50	30,48%
2012	3.092.998.289,02	928.076.457,86	30,01%
2013	2.874.377.571,63	905.438.767,21	31,50%
2014	3.020.237.583,97	966.449.011,20	32,00%
2015	2.985.965.847,74	969.952.089,30	32,48%
2016	2.449.938.953,48	792.936.603,00	32,37%
2017	2.755.271.579,51	905.002.411,19	32,85%

Fonte: Autora e Orientador, 2021.

Por fim, ponderando as informações apresentadas na tabela 09, verificou-se que entre os anos de 2008 e 2017 a prefeitura de Teresina totalizou a quantia de R\$ 8.954.020.279,22 destinados aos dispêndios no setor da saúde, o que correspondeu a uma média anual de 41,00%. Em termos absolutos, a prefeitura iniciou o período de análise gastando com saúde R\$ 701.982.658,77 no ano de 2008 e terminou investindo R\$ 1.128.477.576,62 no ano de 2017, o que conferiu um aumento de R\$ 426.494.917.85. Em termos relativos os gastos efetivados com saúde no ano de 2008 foram (38,32%) e no ano de 2017 (40,93%), ocorrendo um aumento de 2,61%, configurando a existência de conformidade tanto absoluta quanto relativa. É válido salientar ainda que os anos com maiores gastos absolutos em saúde foram 2016, 2017, 2013 e 2015. Já os anos com maior participação relativa dos gastos com saúde no orçamento municipal foram 2013, 2011, 2016 e 2010, o que consolidou uma trajetória irregular tanto em termos absoluto quanto relativo.

**Tabela 09 - Total de despesas com saúde em Teresina**

<b>Ano</b>	<b>Despesa Anual Orçamentária</b>	<b>Despesa Anual Com Saúde</b>	<b>Percentual de Gastos com Saúde</b>
<b>2008</b>	<b>1.831.915.715,11</b>	<b>701.982.658,77</b>	<b>38,32%</b>
<b>2009</b>	<b>2.010.180.249,58</b>	<b>812.637.948,96</b>	<b>40,43%</b>
<b>2010</b>	<b>2.152.401.294,85</b>	<b>888.249.979,05</b>	<b>41,27%</b>
<b>2011</b>	<b>2.316.837.748,31</b>	<b>974.501.057,03</b>	<b>42,06%</b>
<b>2012</b>	<b>2.576.717.356,22</b>	<b>1.043.064.705,07</b>	<b>40,48%</b>
<b>2013</b>	<b>2.572.766.615,72</b>	<b>1.116.929.315,14</b>	<b>43,41%</b>
<b>2014*</b>	---	---	---
<b>2015</b>	<b>2.745.569.570,34</b>	<b>1.091.538.360,55</b>	<b>39,76%</b>
<b>2016</b>	<b>2.873.689.003,22</b>	<b>1.196.638.678,05</b>	<b>41,64%</b>
<b>2017</b>	<b>2.757.307.699,56</b>	<b>1.128.477.576,62</b>	<b>40,93%</b>

**Fonte:** Autora e Orientador, 2021.

\* Dados não disponíveis.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou mostrar a importância da saúde para o desenvolvimento nacional, igualmente apresentar de forma detalhada as competências e atribuições da direção do SUS para cada esfera de governo e demonstrar por meio dos dados coletados os dispêndios com saúde das prefeituras nas capitais nordestinas entre os anos 2008-2017.

Em um contexto amplo, a saúde é um elemento de suma importância tanto para o desenvolvimento econômico quanto para o social de um país ou região, pois ela agrega e favorece o desenvolvimento humano de modo individual e promove o desenvolvimento da sociedade em nível coletivo, igualmente proporciona produtividade para o trabalhador e confere disposição para a realização de diversas tarefas no dia a dia. Com isso fica evidente que a saúde faz parte de uma ampla rede de conexões e interações, que envolvem desenvolvimento, inovação e, acima de tudo o bem-estar do ser humano. Fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente favorável, renda, entre outros, também são elementos indispensáveis para garantir a saúde, pois um nível elevado de saúde leva ao desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade.

Desse modo, a saúde é um fator determinante para o desenvolvimento, daí a importância de ações estratégicas por parte dos governantes, que visem mitigar as mazelas existentes no sistema de saúde, igualmente tratar a questão social, que reflete no setor da saúde. É nesse sentido que os entes federados possuem atribuições compartilhadas e diferenciadas para o exercício de suas funções, frente a um sistema complexo que necessita de direcionamento estratégico, recursos e políticas públicas voltadas para o desenvolvimento inovativo, para assim trazer melhorias de acesso ao sistema e a garantia de novas tecnologias na política industrial da saúde com resultados efetivos para a população brasileira que urge por soluções imediatas.

Como conclusão foi constatado que as despesas públicas destinadas pelas prefeituras das capitais nordestinas para a área da saúde, apresentaram desconformidade com relação aos maiores gastos absolutos e com a maior participação relativa dos gastos com saúde nos anos analisados. No entanto, é importante frisar que em termos absolutos todas as prefeituras apresentaram conformidade nos dispêndios com saúde, pois iniciaram o período de análise com um montante menor e finalizaram o com um valor maior. Já em termos relativos, os gastos efetivados com saúde apresentaram desconformidades em 3 capitais. Como é o caso de Aracaju, que iniciou com (33,85%) 2008 e reduziu para (33,46%) 2017; Fortaleza com (33,43%) 2008 reduzindo para (31,57%) 2017 e João Pessoa com (35,30%) 2008 e (33,52%) 2017. As outras

capitais demonstraram conformidade, visto que iniciaram o estudo com um orçamento menor e finalizaram com um valor maior.

Em termos absolutos, percebe-se que a prefeitura de Fortaleza foi a que mais dispendeu com saúde entre os anos de 2008 a 2017 com um montante de R\$ 18.541.035.015,72, contra a prefeitura de Salvador que totalizou uma despesa de R\$ 12.252.842.596,34, ficando acima da prefeitura de Recife a qual obteve uma despesa de R\$ 10.442.911.968,36. Quanto à prefeitura de Teresina dispendeu um valor menor que a anterior, totalizando uma soma de R\$ 8.954.020.279,22 das despesas com saúde, em contraposição à prefeitura de São Luís que representou a quantia de R\$ 8.789.870.113,14. Já a prefeitura de João Pessoa somatizou um valor menor ainda, sendo um montante de R\$ 7.348.392.232,16 dos gastos com saúde. A prefeitura de Maceió por sua vez, dispendeu um total de R\$ 6.563.049.406,09 das despesas com saúde, contra R\$ 6.218.912.733,61 da prefeitura de Natal. Por fim, em último lugar a prefeitura de Aracaju que totalizou R\$ 5.774.565.872,19 de dispêndios com saúde.

Em termos relativos, a prefeitura de Teresina foi a que mais efetivou gastos com saúde entre os anos analisados, com um percentual de 41,00 %, logo após a prefeitura de João Pessoa com 34,75%, contra 34,59% da prefeitura de Aracaju. Já a prefeitura de São Luís efetivou um percentual de 31,43%, ficando acima do percentual da prefeitura de Maceió que obteve 31,41%. A prefeitura de Fortaleza ficou com uma porcentagem de 29,68% de gastos com saúde. Quanto à prefeitura de Natal dispendeu com um percentual de 29,33%, mas um percentual maior que a prefeitura de Salvador que apresentou 23,37% de gastos. Por fim, em último lugar, a prefeitura de Recife, que obteve 22,12%. Constatando-se assim, desconformidades absolutas e relativas entre as despesas públicas destinadas pelas prefeituras das capitais nordestinas para o setor da saúde entre os anos estudados.

## REFERÊNCIAS

- ANDRETT, M. C. S. *et al.* **Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil:** estudo sobre o desempenho de estados brasileiros. *Revista de Gestão em Sistema de Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 114-128, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/336>. Acesso em: 08 out. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988.** Art. 196 a 200. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf). Acesso em: 05 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 21 abr. 2021.
- COSTA, M. A. F.; COSTA, M. F. B. **Projeto de Pesquisa:** entenda e faça. 6. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2015. pp. 36-38.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro..** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta Satélite da Saúde – Brasil: 2010-2015.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2021.
- LUCENA, R. C. B. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1107-1120, set./out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v49n5/0034-7612-rap-49-05-01107.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- PIMENTEL, V. P. *et al.* Saúde como desenvolvimento: perspectivas para atuação do BNDES complexo industrial da saúde. In: SOUSA, F. L. (org). **BNDES 60 anos: perspectivas setoriais.** Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2012. p. 300-332.
- REIS, C.; BARBOSA, L.; PIMENTEL, V. P. **O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde.** BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 46, p. 87-124, set. 2016.
- SECRETARIA DE SAÚDE DE ARACAJU. **Notícias saúde.** Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/saude>. Acesso em: 22 abr. 2021.
- SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Notícias.** Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/categoria/saude>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIÁS. **Os marcos legais do SUS**. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/1843465/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. **Notícias**. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretaria/sms/>. Acesso em: 23 abr. 2021

SECRETARIA DE SAÚDE DE MACEIÓ. **Notícias**. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/noticias/sms/>. Acesso em: 23 abr. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DE OSASCO. **Reordenamento da atenção básica**. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10267137/>. Acesso em: 02 abr. 2021.

SILVA, H. M. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. 2016. 123 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 1996.

VIANA, A. L.; ELIAS, P. E. Saúde e desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1765-1776, 2007.