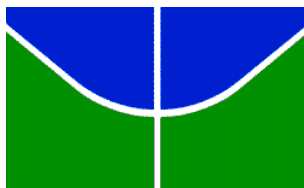


Universidade de Brasília  
Instituto de Ciência Política

**Relações intergovernamentais e o  
financiamento do SUS durante a pandemia de  
covid-19**

Letícia dos Santos Pereira

Brasília – DF  
Novembro/2022



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciência Política

**Relações intergovernamentais e o  
financiamento do SUS durante a pandemia de  
covid-19**

Letícia dos Santos Pereira

Monografia apresentada ao Curso de Ciência Política, do Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciência Política sob a orientação da professora Michelle Fernandez.

## RESUMO

O estudo apresentado buscou analisar quais as variáveis em torno da atuação dos governantes na esfera estadual que contribuíram para o enfrentamento da emergência no âmbito da saúde pública decorrente do coronavírus (covid-19), por meio da análise orçamentária e dos gastos em saúde dos estados e do distrito federal, e de transferência por parte da União. Por outro lado, a maior problemática percebida foi que a descoordenação do modo geral, mais inclusive financeira, afetou diretamente os recursos dos entes para enfrentar a pandemia. Sobretudo, ressalta-se que a ampliação do investimento em saúde é um instrumento de ampla importância para a redução das desigualdades regionais, com o objetivo de garantir o acesso à uma melhor assistência de saúde ao cidadão.

**Palavras-chave:** financiamento; Sistema Único de Saúde; covid-19; relações intergovernamentais; cooperação; federalismo fiscal; coordenação.

## **ABSTRACT**

The submitted research aimed analyzing the variables related to the actions of the state governments that contributed to the confrontation of the emergency in public health due to the coronavirus (covid-19), through the budgetary analysis and the spending on health of the states and the federal district, and the transfer from the Union. On the other hand, the major issue identified was the general lack of coordination, including financial, that directly affected the resources of the entities to address the pandemic. Above all, it is emphasized a broad investment in health as an instrument of ample importance for the reduction of regional inequalities, with the objective of guaranteeing access to better healthcare to the citizen.

**Keywords:** financing; Unified Health System; covid-19; intergovernmental relations; cooperation; fiscal federalism; coordination.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### QUADROS

**Quadro 1** – Blocos de financiamento do SUS.....21

**Quadro 2** – Despesa por Subfunção .....22

### GRÁFICOS

**Gráfico 1** - Evolução da aplicação mínima de recursos em saúde pelos estados .....29

**Gráfico 2** - Taxa de crescimento da despesa empenhada em saúde (Acumulado de 2020 e 2021 em relação ao ano anterior) .....30

**Gráfico 3** – População por UF (Média de 2020 e 2021).....32

**Gráfico 4** – % Aplicação de recursos dos estados em ASPS por subfunção.....33

**Gráfico 5** – % Aplicação de recursos aplicados no enfrentamento da pandemia em relação ao total aplicado em ASPS por subfunção .....33

**Gráfico 6** – Transferências advindas da união para a aplicação no enfrentamento da pandemia por descrição do recurso (2020 e 2021).....35

**Gráfico 7** - % Aplicação de recursos transferidos pela União no enfrentamento da pandemia em relação ao total aplicado por subfunção.....38

**Gráfico 8** - % Recursos próprios a serem aplicados no enfrentamento da pandemia.....39

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – % Recursos Próprios investidos em ASPS .....	28
<b>Tabela 2</b> – Número populacional por região e UF (2019-2021) .....	31
<b>Tabela 3</b> – Aplicação de recursos dos estados por subfunção percapita .....	32
<b>Tabela 4</b> – Aplicação de recursos transferidos pela União no enfrentamento da pandemia por subfunção.....	38
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos registros de casos por covid-19, total, segundo região e UF .....	41
<b>Tabela 6</b> – Distribuição dos registros de óbitos e taxa de letalidade por covid-19, total, segundo região e UF .....	42

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
2.1	FEDERALISMO, COOPERAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS	14
2.2	FEDERALISMO FISCAL .....	17
2.3	FINANCIAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE .....	19
2.3.1	Regulamentação sobre o financiamento do SUS.....	19
2.3.2	Repasse de recursos .....	21
2.3.3	Financiamento da pandemia.....	23
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
4.1	Aplicação de recursos em ASPS durante a pandemia .....	28
4.2	Repases de recursos para o enfrentamento à pandemia .....	34
4.3	Gestão dos recursos .....	40
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Diante da maior pandemia a atingir o país nos últimos cem anos, o SUS mostrou seu papel fundamental na assistência à população. Entretanto, o sistema de saúde enfrentou dificuldades no financiamento; no provimento dos serviços e equipamentos; na integração da atenção primária com atendimentos de maior complexidade; assim como na produção de vacinas, remédios e insumos médicos, entre outras questões. Isso porque, historicamente, são enfrentados problemas como o subfinanciamento, e dificuldades de gestão do sistema federalista, o que decorre a um vazio assistencial.

Outro aspecto considerado é o fato de populações com baixa renda estarem mais suscetíveis ao contágio da covid-19, devido a maiores dificuldades de acesso aos direitos sociais e consequente dificuldade de adesão aos protocolos de segurança recomendados pelas autoridades de saúde. A circunstância leva a necessidade de ponderar a atuação do governo central em auxiliar estados menos favorecidos economicamente.

O atraso do governo federal para destinar recursos no enfrentamento da covid-19 dificultou a ação dos entes para financiar a crise. Uma vez que, se houvesse a participação federal imediata no financiamento, sem dúvidas, evitaria as consequências desses vazios assistenciais, como a falta de oxigênio e de leitos de UTI nos primeiros meses da pandemia. Além disso, a vacinação, que estrategicamente deve ser coordenada pelo Ministério da Saúde, tivesse ocorrido quando ofertada, em dezembro de 2020, poderia evitar uma parte significativa das mais de 619 mil mortes acumuladas, até o fim de 2021.

Considerando o contexto, o objetivo desse estudo é entender quais as variáveis em torno das relações intergovernamentais e federalismo fiscal, em especial na relação entre estados e União, que contribuíram para o enfrentamento da emergência no âmbito da saúde pública, com a análise orçamentária e dos gastos em saúde nos estados. Com essa finalidade, são apresentados os resultados da análise orçamentária e das normativas relacionadas a gestão da saúde durante a pandemia de covid-19 e discutidos aspectos relevantes do mapeamento dos orçamentos em saúde nos dados dos orçamentos estaduais.

A partir disso, pretende-se verificar se as variáveis delimitadas (destinação de recursos próprios, transferências da União, repasse de recursos, distribuição por áreas) influenciam ou não na capacidade dos estados em combater a crise e se há um nível de significância entre elas, inclusive incitando parte do debate acerca de um dos principais instrumentos de coordenação das políticas públicas em saúde, o financeiro.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da presente monografia foi estruturado em três tópicos, a saber: federalismo, cooperação e relações intergovernamentais; federalismo fiscal; e financiamento de políticas de saúde.

### 2.1 FEDERALISMO, COOPERAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

A Constituição Federal (CF) de 1988 trata sobre a organização político-administrativa do Brasil, que compreende a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Essa organização é definida a partir de competências expressas constitucionalmente, em diversos artigos, que podem ser exclusivas ou compartilhadas entre esses entes. Para entender como é feita a repartição dessas competências é necessário entender os diversos tipos de competências institucionais, são elas: (i) exclusivas, (ii) privativas, (iii) comuns, (iv) concorrentes, (v) cumulativas, (vi) suplementares, (vii) residuais, ou (viii) remanescentes. Entre as competências exclusivas, a CF designa responsabilidades para cada esfera individualmente. Há também as exclusivas que exigem uma cooperação na repartição das receitas, no caso das competências tributárias. Já as compartilhadas dividem-se em: (i) executivas, comuns de União, estados, Distrito Federal e municípios; ou (ii) legislativas, concorrentes da União, estados e Distrito Federal. O Distrito Federal, exclusivamente, possui competências híbridas, uma vez que agrega as competências legislativas reservadas aos estados e municípios. Além disso, a CF também regula demais atribuições, tais como a organização administrativa e judiciária dos territórios, a intervenção federal e estadual, e o Sistema Tributário Nacional, que fazem parte do sistema federalista brasileiro.

Anderson (2009), no texto "Federalismo: Uma introdução" trata sobre o sistema federalista, tal como a sua importância, características, contexto da sua constituição em nível histórico, e os diferentes tipos de arranjos federalistas, a chamada geometria política das federações. De forma geral, o federalismo pode ser entendido como ideologia política, ao definir como um Estado deve ser governado de forma descentralizada ou agregada; ou de forma prática, com a existência de arranjos institucionais, como regulamentos que definem a organização político-administrativa do Estado. Segundo o autor, os sistemas apresentam características comuns, tais como: mínimo de dois níveis de governo, com ordens constitucionalmente instituídas, dotadas de autonomia; constituição escrita, em cada nível de governo; presença de câmaras altas, como instituições representativas das unidades da

federação; e acordos institucionalizados para resolução de conflitos entre os entes. Outro ponto tratado no texto refere-se sobre as tendências de repartição das competências entre os níveis de governo presentes nos tipos de federalismos, definidas na Constituição e/ou em acordos bilaterais com o governo central. Entre essas existem: a concorrente, quando ambos os níveis de governo têm a prerrogativa de legislar sobre a matéria, mas geralmente dando preferência ao nível federal; a conjunta, em casos que as matérias comportam decisões de ambas as esferas de governo; e a partilhada, quando as competências são distintas e independentes. Essas competências, comumente, podem apresentar possíveis assimetrias na distribuição dos poderes e entre as formas de governo e as unidades constitutivas. Por fim, como exemplo, aborda sobre o contexto da organização político-administrativa da República Federativa do Brasil, de que trata o artigo 18 da Constituição Federal. Assim, é visto que o arranjo federalista no país visou a descentralização política e administrativa, em vista a necessidade de potencializar as oligarquias regionais e promover o desenvolvimento econômico e social, dando maior autonomia para os entes subnacionais.

Riker (1975) abordou sobre os graus de centralização destacando tais aspectos: aliança, que pode ser fraca ou forte; federação, entre centralizada, periférica ou pouco centralizada; e o governo, como regionalizado ou ditatorial. O autor também faz uma crítica à visão dualista, em que as funções dos tipos de federalismo tendem a se integrar de maneira fluida e trata da prevalência do governo central sob os regionais em contextos de crise e conflitos ao poder do centro.

Lassance (2013) trata sobre a adoção de um arranjo com o enfraquecimento do Executivo federal desde o regime republicano no Brasil. Nesse contexto, o Executivo se ausentava de assumir um papel de coordenação e, por consequente, detinha uma agenda menos centralizada, com a ausência de coalização. No entanto, a partir do chamado ultrapresidencialismo dos estados, os Executivos estaduais assumiram um protagonismo elitista de governança e o Executivo federal se viu coagido a traçar uma política central mais coesa. Essa forma de organização buscou fortalecer a esfera federal sem enfraquecer o Executivo estadual ou municipal e foi perpetuado, a partir de 1930. Contudo, historicamente, durante esse processo houve momentos cruciais na política brasileira em que a autonomia do Executivo passou por diversas mudanças. Um exemplo disso foi a crise fiscal dos estados, no final dos anos 80 à década de 90, onde os governos estaduais se encontravam dependentes financeiramente de políticas federais, por meio de ajustes fiscais estabelecidos pela União.

Arretche (2010), no texto sobre o federalismo e a desigualdade territorial, reforça alguns pontos desde a concepção do sistema federalista que não considera duas questões centrais: o

papel das desigualdades regionais e a importância das relações intergovernamentais, entre a União e os governos subnacionais. Esses pontos refletem em uma descentralização da execução das políticas públicas e uma consequente distinção entre a formulação dessas, que centraliza a autoridade no Poder Central. Entretanto, tais características inerentes ao sistema causam um comprometimento na eficácia, efetividade e eficiência do Estado diante à provisão de políticas públicas para a garantia dos direitos dos cidadãos. A regulação federal, portanto, tem origem na formação do Estado-nação que compreende uma intervenção na autonomia dos governos locais para o combate ao clientelismo das elites políticas e a promoção de uma estrutura desenvolvimentista no país.

Segundo Jaccoud (2020), a emergência de um instrumento de cooperação pode expressar a materialização da implementação ou uma mudança na trajetória da política pública, seja em seu objetivo, estrutura cognitiva e normativa, ou em seus resultados. Considerando a análise desses instrumentos, é enfatizada uma dimensão simultaneamente técnica e política nessa ação, atuando como instituições, criando efeitos de agregação e de aprendizagem e estabelecendo regras e procedimentos que ordenam interações e reduzem incertezas. Assim, promovem e estabilizam formas de ação coletiva, ao induzir e tornar previsíveis comportamentos de atores e organizações, além de estruturar relações sociais entre os governos estaduais e a sociedade. A autora trata da significância da articulação entre os incentivos financeiros e outros instrumentos de coordenação federativa de natureza não financeira, tanto na potencialização, quanto no enfraquecimento da capacidade de coordenação e indução das políticas. Estudos destacam também que os instrumentos de coordenação intergovernamental devem se articular com ações políticas relacionadas à responsabilidade do Estado pela proteção social e do seu papel redistributivo.

Conforme Shepsle (2010), a existência de cooperação, como em caso de consórcios, - como por exemplo a atuação do Consórcio Nordeste no atual contexto da pandemia de covid-19, que buscou saídas conjuntas para superar obstáculos como a distribuição de renda financeira, a compra de equipamentos médicos, contratação de profissionais da saúde e o oferecimento de assistência à população nordestina - , é considerada como uma ação de bem público, já que todos os feitos são realizados com financiamento do dinheiro público provindo de impostos e não promove a exclusão de nenhum indivíduo e nem exige pagamento como bens privados.

Para Olson (1965), a ação coletiva consiste em encontrar uma forma exitosa de produzir o bem público, considerando o fato de que ninguém pode ser excluído do consumo desse bem e que esse consumo seja conjunto. Fazendo um paralelo ao contexto pandêmico, a saúde pública

representa um tipo de bem público que implica certo tipo de rivalidade no consumo, no sentido de que o bem público se "desgasta" pela existência de consumidores adicionais, gerando problemas de ação coletiva, visto que o consumo possível (ou seja, sua demanda) é superior à quantidade de bem disponível, como em um contexto de restrições orçamentária ou mesmo a falta de coordenação por parte do Governo central.

Ao que discorre Fertonani et al (2015), os problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços de saúde são considerados os principais desafios enfrentados pelo SUS, e que estão sendo agravados pelo atual cenário político e econômico. E, no atual contexto de crise causada pela pandemia do coronavírus, as relações institucionais no Brasil, em seu teor federalista vigente desde a Constituição Federal de 1988, encontram-se fragilizadas. Durante o governo Bolsonaro, a coordenação, indispensável anteriormente, foi substituída por uma tendência ao abandono de políticas já bem estruturadas, como demonstra Abrucio (2020).

Conforme apresentado no artigo "As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados", um instrumento importante para a cooperação entre os entes observados no estudo é a questão dos repasses financeiros, sejam da União para estados ou dos estados para os municípios. O tema é colocado na observação das normativas, na qual aponta uma diferença gritante da quantidade classificadas como Estado-União para as de Estado-municípios, que apesar de mostrar a atuação mais forte de suporte dos municípios por parte dos estados, identifica que os três entes sobrepuseram esforços, mesmo que em intensidades muito diferentes. A necessidade de barganha entre os entes para o combate a pandemia é uma das características do Modelo Sobreposto de Agranoff e Radin (2014) que pode ser vista nas relações intergovernamentais durante todo o ano de 2020. A principal manobra de barganha foi vista na quantidade de repasses financeiros que, na maioria dos casos, estão ligados à realocação de fundos destinados à saúde, conhecido como repasse fundo a fundo, um dos instrumentos de cooperação intergovernamental abordado no decorrer desse estudo.

## 2.2 FEDERALISMO FISCAL

Neto (2014) aponta que os estados têm se caracterizado como meros administradores de recursos transferidos da União para políticas centralmente definidas – principalmente, saúde, educação e assistência social – e como negociadores apáticos de propostas de investimento junto à União e suas estatais e ao capital privado. A centralização de receitas tributárias na

esfera da União e, por conseguinte, a baixa participação dos estados na base tributária nacional têm sido elemento favorável à lentidão observada na recuperação das finanças estaduais.

Em relação à governança fiscal instituída pela Lei 9.496/1997, os estados foram obrigados a cumprir metas fiscais e honrar compromissos específicos, tais como: (i) alcançar meta de sua dívida financeira em relação à receita líquida real (RLR); (ii) obter superávit primário; (iii) não ultrapassar determinado nível de despesas com funcionalismo público; (iv) ampliar arrecadação de receitas próprias; e (v) realizar privatização, permissão ou concessão de serviços públicos, bem como reforma administrativa e patrimonial. Em linhas gerais, estas metas e compromissos visavam à convergência da trajetória da dívida financeira e da RLR.

Como evidencia Lima (2008), o contexto político e econômico do Brasil contribuiu para os efeitos distorcidos do sistema tributário e interferiu na capacidade financeira das instâncias governamentais. Isso porque o federalismo fiscal pragmático brasileiro não se adequou à expansão do papel do Estado na proteção social, não promovendo também a superação das desigualdades regionais, ao seguir os princípios da política macroeconômica relacionados à estabilização e aos ajustes estruturais da economia impostos por agentes externos, organismos multilaterais e interesses privados.

Lopreato (2014) explica em que sentido a crise de 2008 levou a repensar o papel do gasto público e a reconsiderar o consenso teórico no que se refere à capacidade responsiva da política monetária em contextos de crise. Apesar de se adotar uma política monetária expansionista e as taxas de juros chegarem próximas a zero, não foi possível manter empregos e o produto. Por conseguinte, os governos recorreram ao aumento do gasto fiscal a fim de se evitar o colapso econômico. Contudo, o autor explica que a adoção da política de estímulos fiscais conduz à discussão acerca dos limites do gasto público e dos riscos referentes à capacidade dos governos de honrarem seus compromissos, de forma a demonstrar que o uso da política fiscal não deve limitar-se aos estabilizadores automáticos e pode se constituir em instrumento efetivo em momentos particulares de crise profunda, tendo uma vasta gama de possibilidades de instrumentalização da política fiscal.

Neste ponto é importante lembrar o que Lindblom (1959) afirma ao dizer que os tomadores de decisão não reveem suas políticas constantemente e tampouco, como previsto nos conceitos do modelo incremental, têm acesso a todo e qualquer tipo de informação constantemente, não tendo assim a visão estrutural necessária, tempo ou informação suficiente para construir políticas públicas abrangentes para áreas específicas. O incrementalismo parte do pressuposto que a elaboração dos orçamentos se baseia na qual foi elaborada anteriormente, com variações pontuais, assumindo um caráter incremental. Considerando que o processo

orçamentário nas três esferas de governo tenha forte influência incremental, se faz necessário a utilização desse modelo teórico para examinar e compreender o comportamento das decisões no processo orçamentário. Tendo esse modelo teórico como partida, compreender como se comportam os agentes na alocação dos recursos públicos são fatores que podem contribuir para repensar e aprimorar a prática da gestão governamental.

Dye (2009) trata sobre modelo incrementalista, que diz respeito à concepção de que os agentes irão buscar maximizar seus ganhos e implementar políticas públicas onde existirá um maior ganho social que não ultrapasse os custos pré-estabelecidos. Tal modelo tem como base que os tomadores de decisão terão constante acesso a toda informação, estudarão todos os casos e buscarão interagir com demais grupos para assim poder implementar políticas que tenham um maior custo-benefício.

Como discorrido por Musgrave (1974), segundo a abordagem clássica da intervenção pública, o Estado assume função alocativa, que visa a promoção de ajustes na alocação de recursos, no oferecimento de determinados bens e serviços necessários e demandados pela sociedade, que não são providos integralmente pela iniciativa privada.

Rezende (2006), ao tratar sobre finanças públicas, considera que a existência de falhas de mercado, justifica a intervenção do governo na provisão de “bens meritórios”. Portanto, o Estado entra como interventor para incentivar as externalidades que trazem benefícios para a sociedade e para desincentivar as externalidades negativas. Um exemplo dessas falhas é a existência de bens públicos, de externalidades, de participantes do mercado com alto grau de influência sobre os preços e a quantidade produzida, além do problema da assimetria de informação.

Ainda nesse sentido, no âmbito da política de saúde em particular, a literatura aborda que existem dois tipos de instrumentos financeiros de coordenação parte do federalismo fiscal: (i) as transferências regulares e automáticas do Ministério da Saúde (MS) para estados e municípios, mais comumente denominadas de transferências fundo a fundo ou transferências condicionadas, e (ii) a vinculação de recursos, associada a patamares mínimos de gasto por esfera de governo (PAIVA et. al, 2020).

## 2.3 FINANCIAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

### 2.3.1 Regulamentação sobre o financiamento do SUS

A Constituição Federal de 88 definiu, nos artigos 195 e 198, que a responsabilidade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, onde há a participação das três

esferas de governo: federal, estadual e municipal, por meio da vinculação do orçamento da seguridade social. Como marco do regulamento do setor público de saúde, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) estabeleceu a descentralização de recursos para os estados e municípios para as ações e serviços públicos de saúde (ASPS). A norma define como ASPS, as ações referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde, e que atendam, de forma simultânea, aos princípios instituídos no art. 7º da lei, devendo ser: (i) destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; (ii) em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da federação; e (iii) de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Em atendimento a disposições constitucionais, cada ente federativo deve comprovar a aplicação de um percentual mínimo anual de sua receita em ASPS. A comprovação é realizada por meio da inserção dos dados referentes aos gastos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), mantido pelo Ministério da Saúde. São essas declarações que garantem as transferências constitucionais de recursos para a oferta de ações e serviços públicos de saúde, e a não transmissão de dados pode gerar o bloqueio dessa transferência de recursos para estados ou municípios que não prestam as informações [Art. 198, § 2º da Constituição Federal; Art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT); Arts. 6º e 7º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; Art. 25, § 1º, inciso IV, alínea "b" da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)].

A legislação dispõe que os estados e o Distrito Federal devem aplicar, anualmente, no mínimo, 12% (doze por cento) da receita corrente bruta, os municípios 15%. Para a União, a partir da Lei 141/2012, ficou definida uma regra específica do Novo Regime Fiscal (NRF) instituída pela Emenda Constitucional (EC) no 95/2016, de que deverá investir ao menos o mesmo valor gasto em ASPS do ano anterior corrigido pelo Índice de Preços Ampliados ao Consumidor (IPCA). A EC 95 é um entrave para a ampliação do financiamento do SUS, tendo em vista a impossibilidade de alocar mais recursos para a saúde sem tirar recursos de outras políticas no âmbito federal. A medida de austeridade estabelece um teto de gastos para despesas primárias, onde as aplicações mínimas em saúde foram fixadas, e as despesas assumem a tendência a crescerem acima da inflação, gerando competição por recursos já escassos para o financiamento das políticas públicas.

Por conseguinte, no caso de descumprimento dos percentuais mínimos, está prevista a restrição de repasse dos recursos ao emprego em ações e serviços públicos de saúde. Há duas

hipóteses que resultam na suspensão de transferências voluntárias: (i) quando constatada, por meio dos dados do SIOPS, a aplicação de recursos em ASPS inferior ao mínimo legal; ou (ii) na ausência de homologação das informações do SIOPS.

A Lei Orgânica define critérios para a transferência dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde, aos estados, municípios e ao DF, e que serão repassados tendo em vista as necessidades de saúde da população; as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde; e o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080/1990, qual especifica que para o estabelecimento de valores a serem transferidos aos entes, serão utilizados os critérios a partir da análise técnica de programas e projetos, tais como: (i) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; (ii) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; (iii) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; (iv) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

### **2.3.2 Repasse de recursos**

O financiamento do SUS é realizado por meio de recursos financeiros do orçamento da seguridade social, assim como recursos da União, dos Estados, dos Municípios e de outras fontes. Em cada esfera de governo há um Fundo de Saúde, que assume a função de gerir financeiramente os recursos. Na federal, o Ministério da Saúde administra os recursos por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS); na estadual, as Secretarias Estaduais de Saúde gerenciam os recursos, através dos Fundos Estaduais de Saúde (FES); e na municipal, as Secretarias Municipais de Saúde têm como gestores financeiros os Fundos Municipais de Saúde (FMS). O financiamento e o uso dos recursos no SUS das transferências intergovernamentais são fiscalizados pelos Conselhos de Saúde do nível correspondente e Órgãos de Fiscalização e Controle, como os Tribunais de Contas de cada esfera administrativa.

Por sua vez, o repasse financeiro dos recursos do SUS é executado diretamente pelo FNS para os fundos dos estados e dos municípios, ou de forma complementar, dos FES para os FMS. Essa modalidade de transferência é chamada de repasse fundo a fundo.

As transferências de recursos federais para a saúde, particularmente, são feitas através de blocos de financiamento. Na organização atual, estabelecida pela Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020, os recursos do Ministério da Saúde repassados aos entes subnacionais estão organizados nos seguintes blocos de financiamento:

#### **Quadro 1 – Blocos de financiamento do SUS**



BLOCOS DE FINANCIAMENTO	ASPS
<p><b>Bloco de Manutenção:</b> recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Primária</li> <li>• Atenção Especializada</li> <li>• Assistência Farmacêutica</li> <li>• Vigilância em Saúde</li> <li>• Gestão do SUS</li> </ul>
<p><b>Bloco de Estruturação:</b> recursos aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para Aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Primária</li> <li>• Atenção Especializada</li> <li>• Assistência Farmacêutica</li> <li>• Vigilância em Saúde</li> <li>• Gestão do SUS</li> </ul>

**Fonte:** Fundo Nacional da Saúde. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>.

No mais, a execução da despesa orçamentária é dividida em áreas, classificadas como subfunções: (i) Administração Geral, (ii) Atenção Básica, (iii) Assistência Hospitalar e Ambulatorial, (iv) Suporte Profilático e Terapêutico, (v) Vigilância Sanitária, (vi) Vigilância Epidemiológica, (vii) Alimentação e Nutrição e (viii) Outras Subfunções.

**Quadro 2** – Despesa por Subfunção

SUBFUNÇÕES	DESCRIÇÃO
ADMINISTRATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatório das despesas constantes da subfunção administrativa: (Planejamento e Orçamento, Administração Geral, Administração Financeira, Controle Interno, Tecnologia da Informação, Formação de Recursos Humanos, Comunicação Social)</li> </ul>

VINCULADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção básica</li> <li>• Assistência hospitalar e ambulatorial</li> <li>• Suporte profilático e terapêutico</li> <li>• Vigilância sanitária Vigilância epidemiológica</li> <li>• Alimentação e nutrição</li> </ul>
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatório de todas as despesas das Subfunções que não sejam vinculadas à Função Administrativa e Subfunções Vinculadas: (Previdência Básica, Previdência do Regime Estatutário, Previdência Complementar, Desenvolvimento Científico, Desenvolvimento Tecnológico e Engenharia, Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico, Refinanciamento da Dívida Interna, Refinanciamento da Dívida Externa Serviço da Dívida Interna Serviço da Dívida Externa e Outras)</li> </ul>

**Fonte:** Ministério da Saúde. Cartilha de Orientações SIOPS 2020. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>.

### 2.3.3 Financiamento da pandemia

Dentre as medidas tomadas, na tentativa de prover auxílio para o custeio do combate à pandemia, o Congresso Nacional aprovou a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020 (LC 173/2020), intitulada como Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus, que suspendeu os pagamentos das dívidas de estados e municípios com a União e transferiu extraordinariamente um montante de R\$ 60 bilhões.

A Constituição Federal em seu artigo 167, inciso VI, veda a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa. Com a edição dessa regulação a partir da Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020 (LC 172/2020), se conferiu a autorização específica para a transferência e a transposição de saldos financeiros dos fundos de saúde dos entes federativos para uso em atividades de saúde no âmbito do SUS durante a emergência de saúde pública.

A medida foi tomada em vista do necessário apoio financeiro para os estados e municípios para o combate à pandemia de covid-19, possibilitando aos entes a utilização de recursos federais transferidos a fundos de saúde com saldos financeiros remanescentes de anos

anteriores. Saldos remanescentes são considerados como as “sobras” de recursos anteriormente transferidos ao Fundo de Saúde local por, como exemplo, sua não utilização no tempo devido. Essa remanescente pode ser observada em situações em que o gestor atendeu às demandas de saúde planejada para o exercício financeiro, com base na economicidade, em que valor gasto foi menor do que o inicialmente previsto.

Destaca-se que transposição e transferências financeiras são atividades distintas, sendo que a transposição implica em realocação de recursos orçamentários entre programas, que permite que o valor previsto inicialmente para a execução de um programa/ação de saúde possa ser executado em outro. Já as transferências são realocações financeiras em categorias econômicas de despesa diferentes da prevista inicialmente, como para que recursos destinados ao custeio seja utilizado em investimento, e vice e versa.

Além dessas, por parte do Executivo, foi editada a Medida Provisória nº 938, de 2 de abril de 2020 (MP 938/2020), convertida na Lei nº 14.041, de 18 de agosto de 2020, que garantiu aos entes uma compensação pela perda de receita com os Fundos de Participação dos Estados e Municípios. Demais instrumentos foram concedidos por ministérios, como por exemplo a Portaria nº 1.666, de 1º de julho de 2020, do Ministério da Saúde, que promoveu repasses adicionais de R\$ 2,5 bilhões. Em 2020, o Ministério transferiu ainda R\$ 9,0 bilhões adicionais aos estados, por meio da ação 21C0 - Enfrentamento de Emergência de Saúde Pública de Importância. Essas transferências foram repassadas por meio de portarias durante toda a crise.

No caso do financiamento das ações e serviços públicos de saúde para enfrentamento da pandemia, os autores do ensaio “Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia” argumentam a ampliação da alocação de recursos ao SUS tem grande dependência da atuação do governo federal, devido aos seguintes fatores: (i) há atribuições da política econômica que são exclusivas do governo federal; (ii) a maior parte da arrecadação tributária está concentrada na União; (iii) o SUS já estava subfinanciado há anos, apesar da ampliação da participação de estados e, principalmente, de municípios desde os anos 2000; (iv) o subfinanciamento foi agravado por medidas de limitação do gasto público adotadas pelo governo federal (SERVO et. al, 2020).

Em estudo recente, Silva (2022) analisou através de testes empíricos os gastos com saúde dos estados brasileiros no contexto da pandemia da covid-19, considerando suas relações federativas. Os resultados sugerem que a despesas com saúde estadual no Brasil é fortemente influenciada pelos recursos próprios (ICMS), as transferências intergovernamentais (FPE) e o apoio político do Presidente da República diante dos governadores estaduais.

Souza (2005), no livro desenho institucional e participação política, destaca que na implementação de políticas para melhoria da saúde pública, durante a fase de reformas sociais voltadas para a municipalização da saúde, houve um aumento da receita local. Não houve, portanto, alteração no processo já existente, podendo considerar, aqui, uma das bases do modelo incremental relacionada à “injeção” de investimentos. Trazendo como alusão ao contexto da pandemia, reflete que, historicamente, a experiência brasileira mostra que a indução de políticas a partir do repasse de recursos federais é fator fundamental para que os governos locais assumam o papel mais atuante na provisão de serviços de saúde. Também mostra que as relações intergovernamentais evoluíram para um sistema notado por recompensas e sanções, o que reduziu o grau de conflito entre os níveis de governo, mas, ao mesmo tempo, restringiu a autonomia de gastos e de decisão concedida aos governos locais pela Constituição de 1988.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia está baseada em uma abordagem mista que abrange tanto a análise quantitativa, no levantamento de dados orçamentário e financeiro, quanto qualitativa, na análise do comportamento político e atuação dos estados, buscando relações com os conceitos e bibliografias trabalhadas, principalmente no que tange aos instrumentos de coordenação no federalismo. Já em relação ao objeto, o foco é analisar, de forma mais limitada o contexto em âmbito estadual. Para fins de observância de correlação entre as variáveis, foram analisados dados referentes aos gastos e investimentos em saúde relacionados com a pandemia de covid-19.

O levantamento engloba informações sobre contratações emergenciais, doações e medidas de estímulo econômico e proteção social nos estados, além das transferências do governo federal para apoio financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios na implementação de medidas de assistência à saúde durante o período. Quanto ao período escolhido como escopo, serão considerados a situação financeira dos estados e seus orçamentos nos anos de 2019, 2020 e 2021, para fins de comparação.

Com a utilização da abordagem mista, foram utilizadas as técnicas de coleta de dados, de natureza aplicada, para obter dados exploratórios e descritivos que expressam a correlação das relações intergovernamentais e a utilização dos recursos financeiros. A coleta de dados foi realizada durante os anos de 2020 a 2022 e, para a elaboração da pesquisa, realizou-se um levantamento teórico por meio de bancos de dados e produções acadêmicas sobre a temática apresentada, a partir de procedimentos de análise documentais e bibliográficas.

Os dados referentes aos orçamentos foram coletados dos portais de transparência disponíveis em sites governamentais, em especial o do Tesouro Nacional e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O SIOPS é um sistema operacionalizado pelo Ministério da Saúde de alimentação obrigatória e de acesso público de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde, de forma informatizadas. O sistema disponibiliza dados sobre aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, declarados por gestores para possibilitar o acompanhamento e monitoramento de gastos públicos em saúde.

Em relação a despesas na análise de orçamento, foram considerados os valores empenhados, que são os resultantes do estágio de empenho da despesa. Esse estágio, consiste na reserva de dotação orçamentária, ou seja, reserva de valores monetários autorizados para atender o fim específico. O empenho é registrado no momento da contratação do serviço, aquisição do material ou bem. Já os dados referentes a recursos abarcam a dotação atualizada,

da qual soma a dotação inicial, planejada na LOA, com créditos adicionais agregados ao orçamento durante o ano. Foi utilizado também dados da disponibilização de “quadro demonstrativo da transferência de recursos advindos da união para a aplicação no enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de importância nacional - Coronavírus (COVID-19)”, pelo SIOPS.

Tendo em vista a necessidade de criar instrumentos excepcionais para acompanhar a aplicação de recursos pelos entes federativos, a Portaria nº 2.824/2020 do Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SIOPS, quadro de informações gerenciais relacionadas à aplicação de recursos no enfrentamento da pandemia de covid-19. O quadro apresenta um campo para preenchimento das despesas executadas a partir dos repasses de recursos da União direcionados para aplicação na pandemia, de forma detalhada. A disponibilização dos dados pelos entes federativos deve contemplar obrigatoriamente as seguintes informações: (i) repasses da União aos demais entes federativos; (ii) repasses estaduais aos municípios; (iii) recursos próprios aplicados por cada ente federativo; e (iv) a informação da despesa por subfunção.

Os dados são disponibilizados pelos gestores de cada ente, vale ressaltar, que pode haver erro de preenchimento e, até mesmo, a escassez, o que limita a análise fidedigna em alguns casos. Porém, são os mais confiáveis disponíveis para consulta, uma vez que a disponibilização está prevista em regulamentação.

Foram considerados também indicadores de saúde para analisar as dimensões epidemiológicas da doença em cada unidade da federação (UF), tais como número de registros de casos e óbitos, porcentagem de prevalência em números totais, e letalidade. Para fins de comparação de forma proporcional foi considerado o número populacional de cada região e UF para cálculos de despesas. Os dados são das estimativas de população enviadas ao Tribunal de Contas da União (TCU) levantadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Valores per capita foram calculados a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Per capita} = \frac{\text{Valor total do gasto público em saúde}}{\text{Total da população residente}}$$

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Aplicação de recursos em ASPS durante a pandemia

A **Tabela 1** apresenta os respectivos percentuais aplicados entre 2020 e 2021, calculados com base nos dados informados, que considera o valor de recursos próprios destinados a ASPS em relação à receita bruta total de cada estado.

**Tabela 1** – % Recursos Próprios investidos em ASPS

UF	Mediana (2009-2019)	2020	2021
<b>Acre</b>	16,24%	14,57%	13,20%
<b>Alagoas</b>	12,12%	12,56%	16,27%
<b>Amapá</b>	12,99%	19,44%	17,75%
<b>Amazonas</b>	21,00%	20,62%	18,57%
<b>Bahia</b>	12,94%	13,26%	13,31%
<b>Ceará</b>	14,65%	16,54%	15,68%
<b>Distrito Federal</b>	17,31%	17,75%	15,72%
<b>Espírito Santo</b>	17,57%	16,66%	14,51%
<b>Goiás</b>	12,12%	12,78%	13,50%
<b>Maranhão</b>	12,61%	15,11%	15,69%
<b>Mato Grosso</b>	12,50%	12,46%	13,31%
<b>Mato Grosso do Sul</b>	14,17%	14,39%	14,31%
<b>Minas Gerais</b>	12,29%	12,29%	12,55%
<b>Pará</b>	13,54%	15,46%	14,45%
<b>Paraíba</b>	13,44%	12,40%	12,70%
<b>Paraná</b>	12,03%	12,96%	12,27%
<b>Pernambuco</b>	15,74%	16,58%	17,21%
<b>Piauí</b>	12,26%	16,02%	14,59%
<b>Rio de Janeiro</b>	12,10%	12,03%	12,55%
<b>Rio Grande do Norte</b>	13,89%	14,40%	12,69%
<b>Rio Grande do Sul</b>	12,15%	12,15%	12,19%
<b>Rondônia</b>	13,02%	13,76%	13,25%
<b>Roraima</b>	16,03%	12,10%	17,06%
<b>Santa Catarina</b>	12,37%	14,63%	14,45%
<b>São Paulo</b>	12,66%	13,97%	12,73%
<b>Sergipe</b>	12,65%	12,59%	14,50%
<b>Tocantins</b>	18,03%	16,02%	16,51%
<b>Média Nacional</b>	14,02%	14,57%	14,50%

Fonte: Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

No ano de 2020, a média nacional de investimento foi de 14,57% e, ano de 2021, 14,50%. No entanto, pôde-se ser identificado uma volatilidade nos investimentos de cada estado entre os anos analisados. Entre eles, chama-se atenção ao Amapá que aumentou sua receita em saúde em cerca de 6% a mais em comparação a série histórica. Nenhum dos demais estados teve um aumento tão significativo em percentuais acima de 5%, por exemplo.

Um destaque nessa análise diz respeito aos estados que tiveram um aumento do percentual mesmo com a diminuição da arrecadação, conseguindo cumprir o limite constitucional, o que não significou uma associação direta com o percentual mínimo aplicado em saúde. A tendência pode indicar uma possível eficiência na gestão desses recursos durante o período avaliado.

Em linhas gerais, o cumprimento do mínimo constitucional, mesmo em momentos de crise, é notado na evolução representada no **Gráfico 1**.

**Gráfico 1** – Evolução da aplicação mínima de recursos em saúde pelos estados



**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

Lopreato (2014) elucida que esse cenário é propício para o equilíbrio econômico por meio da política fiscal, no qual os governos arrecadaram receitas e realizaram despesas em função da estabilização macroeconômica, da redistribuição da renda, e da alocação de recursos. Tal processo pode justificar o cumprimento do compromisso fiscal relacionado a ASPS.

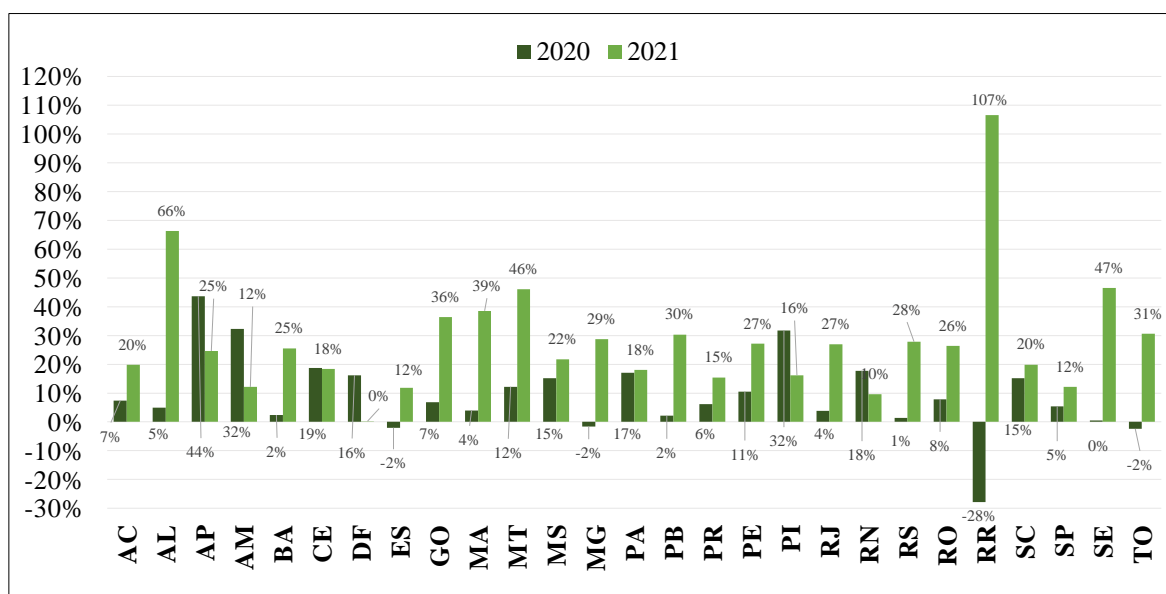
Em outra hipótese, os valores de aplicação foram aumentados por consequência da aprovação da Emenda Constitucional do teto de gastos (EC 95/2016), o que pode justificar o evidente aumento da aplicação nos anos de 2020 e 2021, comparada à série histórica dos



últimos 10 anos. Esse aumento foi identificado na maioria dos entes, e em média representa pouco mais de meio ponto percentual.

O **Gráfico 2** mostra um crescimento médio de 7,29% e de 21,87%, em 2020 e 2021 respectivamente, na despesa empenhada com recursos próprios em saúde nos estados no acumulado de cada ano em comparação ao ano anterior.

**Gráfico 2** – Taxa de crescimento da despesa empenhada em saúde (Acumulado de 2020 e 2021 em relação ao ano anterior)



**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

Em 2020, os estados com maiores crescimentos na despesa em recursos próprios em saúde foram Amapá (44%), Amazonas (32%) e Piauí (32%). No mesmo ano, foi constatada uma queda no empenho dessas despesas nos estados de Roraima (27,81%), Tocantins (2,44%), Espírito Santo (2,04%) e Minas Gerais (1,65%). Já no ano de 2021, o grande destaque foi o crescimento de cerca de 106% no estado de Roraima, que teve a sua despesa diminuída drasticamente no ano anterior em 27,81%. Dentre os 27 entes, apenas 6 tiveram um decréscimo: Amazonas (20,10%), Amapá (19,04%), Distrito Federal (16,01%), Piauí (15,58%), Rio Grande do Norte (8,12%) e Ceará (0,32%). Os demais estados aumentaram as despesas.

É importante considerar que o número de habitante tem influência em relação à quantia de recursos aplicados. O tamanho populacional de cada região e UF está representado, respectivamente, na **Tabela 2** e **Gráfico 3**.

**Tabela 2** – Número populacional por região e UF (2019-2021)

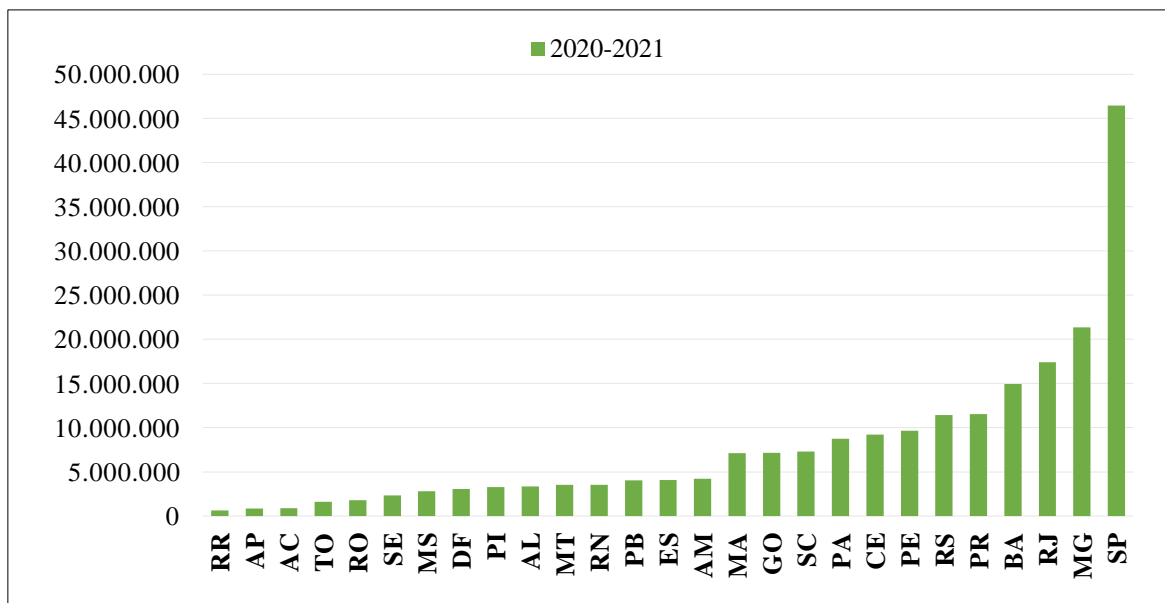
<b>REGIÃO/UF</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Norte</b>	<b>18.430.980</b>	<b>18.672.591</b>	<b>18.906.962</b>
AC	1.777.225	1.796.460	1.815.278
AM	881.935	894.470	906.876
AP	4.144.597	4.207.714	4.269.995
PA	605.761	631.181	652.713
RO	8.602.865	8.690.745	8.777.124
RR	845.731	861.773	877.613
TO	1.572.866	1.590.248	1.607.363
<b>Nordeste</b>	<b>57.071.654</b>	<b>57.374.243</b>	<b>57.667.842</b>
AL	7.075.181	7.114.598	7.153.262
BA	3.273.227	3.281.480	3.289.290
CE	9.132.078	9.187.103	9.240.580
MA	3.506.853	3.534.165	3.560.903
PB	4.018.127	4.039.277	4.059.905
PE	9.557.071	9.616.621	9.674.793
PI	3.337.357	3.351.543	3.365.351
RN	2.298.696	2.318.822	2.338.474
SE	14.873.064	14.930.634	14.985.284
<b>Sudeste</b>	<b>88.371.433</b>	<b>89.012.240</b>	<b>89.632.912</b>
ES	21.168.791	21.292.666	21.411.923
MG	4.018.650	4.064.052	4.108.508
RJ	17.264.943	17.366.189	17.463.349
SP	45.919.049	46.289.333	46.649.132
<b>Sul</b>	<b>29.975.984</b>	<b>30.192.315</b>	<b>30.402.587</b>
PR	11.433.957	11.516.840	11.597.484
RS	7.164.788	7.252.502	7.338.473
SC	11.377.239	11.422.973	11.466.630
<b>Centro-Oeste</b>	<b>16.297.074</b>	<b>16.504.303</b>	<b>16.707.336</b>
DF	2.778.986	2.809.394	2.839.188
GO	3.484.466	3.526.220	3.567.234
MS	7.018.354	7.113.540	7.206.589
MT	3.015.268	3.055.149	3.094.325
<b>Brasil</b>	<b>210.147.125</b>	<b>211.755.692</b>	<b>213.317.639</b>

Fonte: Elaboração própria, com dados do IBGE (2022).

Conforme o número populacional de cada UF, a Região Sudeste é a região com o maior tamanho, seguida do Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Essa análise com enfoque no tamanho populacional está em acordo com o disposto na Lei Orgânica da Saúde, que define critérios para a transferência dos recursos da União vinculados a ações e serviços

públicos de saúde. Dentre eles, são consideradas as dimensões demográficas, epidemiológicas, e socioeconômicas, em torto da capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

**Gráfico 3** – População por UF (Média de 2020 e 2021)



**Fonte:** Elaboração própria, com dados do IBGE (2022).

A **Tabela 3** apresenta os valores destinados pelos estados e o distrito federal a cada subfunção, proporcional ao número total de habitantes.

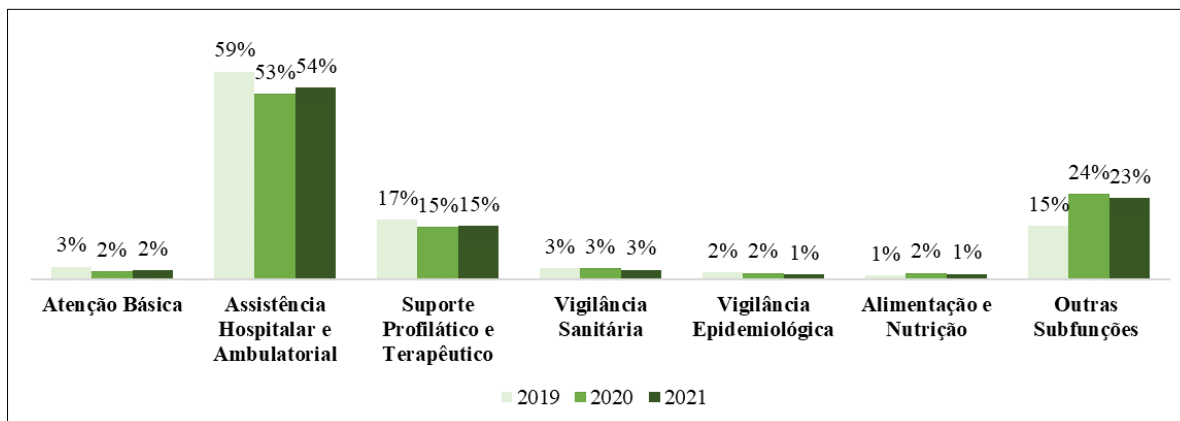
**Tabela 3** – Aplicação de recursos dos estados por subfunção percapita

<b>Subfunção</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Atenção Básica	576,65	420,82	546,11
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	9.748,75	10.327,54	12.561,35
Suporte Profilático e Terapêutico	2.797,43	2.891,62	3.496,88
Vigilância Sanitária	498,62	590,81	596,39
Vigilância Epidemiológica	323,02	336,67	308,78
Alimentação e Nutrição	149,36	342,80	335,43
Outras Subfunções	2.481,13	4.716,96	5.299,39
<b>Total</b>	<b>16.574,96</b>	<b>19.627,22</b>	<b>23.144,34</b>

**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

Já o **Gráfico 4** traz a porcentagem dos recursos em ASPS aplicados em cada área de despesa entre 2019 e 2021.

**Gráfico 4** – % Aplicação de recursos dos estados em ASPS por subfunção



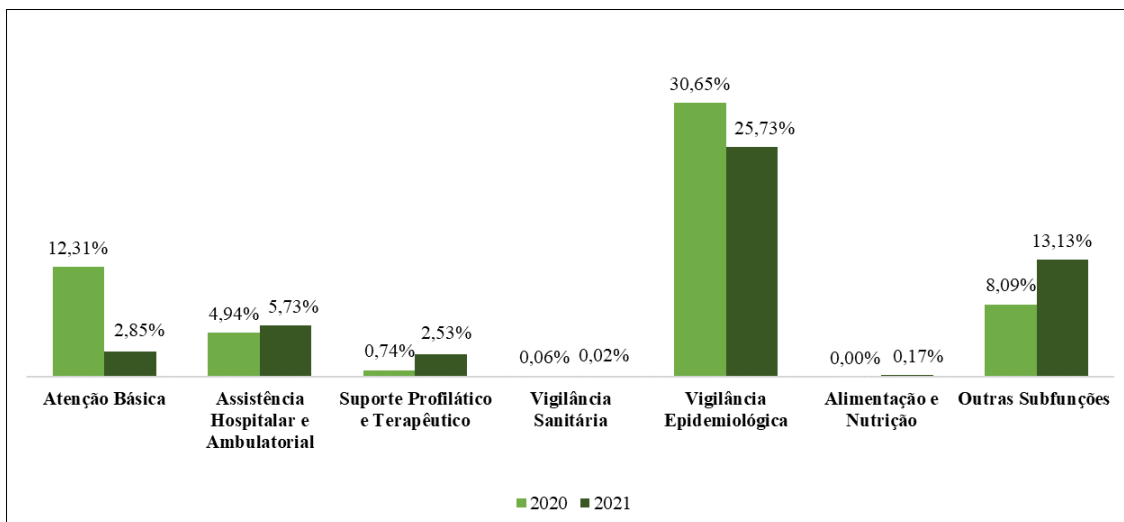
**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

Apesar da pandemia, não foi constada variação entre os blocos de subfunção em relação ao ano anterior. As aplicações seguiram uma constante, sem maiores investimentos. Em comparação ao ano anterior à pandemia, houve um aumento tímido, de cerca de 9 pontos percentuais, na categoria de outras funções que podem abarcar recursos para administração, por exemplo.

Servo (2020) identificou que o padrão de alocação de recursos reforça a segmentação de competências assistenciais federativas, e influencia diretamente a capacidade de resposta a emergências sanitárias. O autor conclui que em situações que exijam respostas rápidas, como no caso da pandemia de covid-19, essa segmentação reafirma a indispensabilidade de coordenação.

No **Gráfico 5** é introduzido o levantamento de despesas em saúde destinadas ao combate à covid-19.

**Gráfico 5** – % Aplicação de recursos aplicados no enfrentamento da pandemia em relação ao total aplicado em ASPS por subfunção



**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

Os resultados apontam que parte significativa das despesas totais em ASPS dos estados foram utilizadas para o enfrentamento da crise. Em especial, a área de vigilância epidemiológica foi a que recebeu mais recursos.

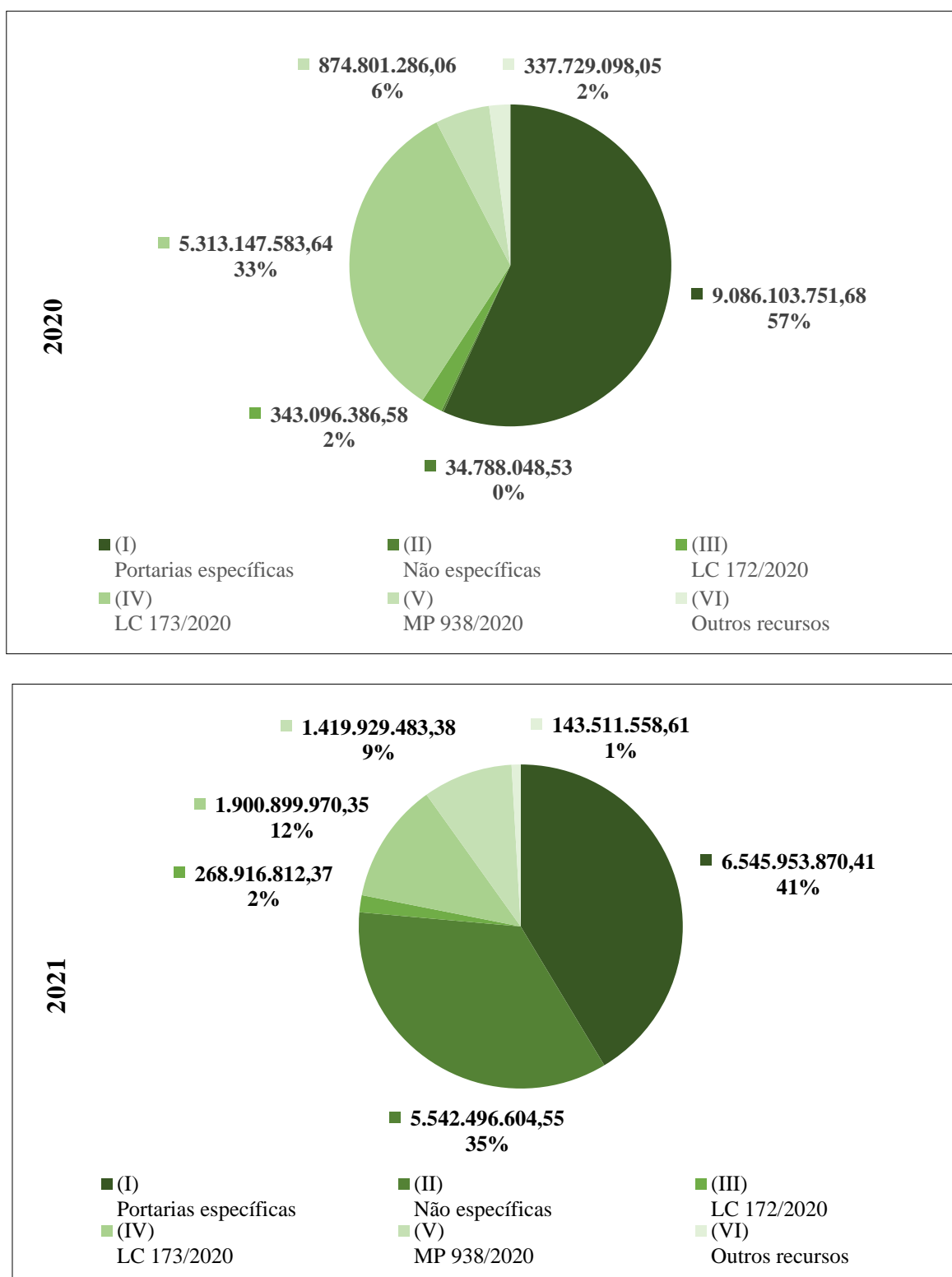
A distribuição de recursos no contexto da pandemia justifica uma intervenção pública por parte dos governos, pois, a assistência à saúde da população brasileira está fortemente relacionada a benefícios sociais, tratando-se de “bens meritórios” como justificaria Rezende (2006). As variáveis que determinam como se deu a gestão financeira do SUS durante a pandemia – como em aquisição de insumos, realocação de recursos, aumento de recursos, contratação de pessoal e investimento em infraestrutura –, podem ser contempladas dentro da análise total de recursos disponíveis em cada UF.

#### 4.2 Repasses de recursos para o enfrentamento à pandemia

Durante os anos, nenhum estado aplicou menos que o mínimo constitucional, garantindo que todos ficassem elegíveis para o recebimento de transferências da União.

O **Gráfico 6** apresentam o montante de transferências da União para auxílio aos estados e municípios durante a pandemia. Dentre os recursos, estão especificados os valores nos seguintes meios de repasses: portarias específicas nos blocos de manutenção e estruturação, não específicas; LC 172/2020; LC 173/2020; MP 938/2020; além de outros recursos advindos de transferências da União.

**Gráfico 6** – Transferências advindas da união para a aplicação no enfrentamento da pandemia por descrição do recurso (2020 e 2021)



**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

A maior parte dessas transferências são advindas de portarias do Ministério da Saúde para aplicação nos blocos de manutenção e estruturação. Como evidenciado nas tabelas das **Figuras 1 e 2**, no total, os estados que receberam uma maior quantia de repasses foram Ceará (em média 2,2 bilhões), Santa Catarina (1,7 bilhões) e São Paulo (1,5 bilhões).

Em 2020 especificamente, houve destaque também o montante de recursos liberados pela LC 173/2020, que aportou 60 milhões de reais aos entes para auxiliar no financiamento. Para os estados, o auxílio financeiro foi de 61,66% do valor total, com a disponibilidade de R\$ 30,0 bilhões em recursos não vinculados e de R\$ 7,0 bilhões em recursos vinculados especificamente a ações de saúde e assistência social. Os critérios de distribuição desses recursos foram estabelecidos considerando a taxa de incidência de covid e os dados populacionais.

**Figura 1** – Transferências da União para enfrentamento da pandemia de covid-19 (2020)

UF	(I) Portarias específicas	(II) Não específicas	(III) LC 172/2020	(IV) LC 173/2020	(V) MP 938/2020	(VI) Outros recursos	Total de recursos
AC	116.696.564,55	-	6.886.094,56	73.313.866,92	-	-	<b>196.896.526,03</b>
AL	121.899.389,73	-	-	-	-	-	<b>121.899.389,73</b>
AP	107.499.394,68	-	-	-	-	-	<b>107.499.394,68</b>
AM	219.435.508,09	-	34.799.245,29	401.474,24	-	-	<b>254.636.227,62</b>
BA	700.511.996,79	-	-	330.297.507,00	-	-	<b>1.030.809.503,79</b>
CE	437.582.388,55	-	-	918.821.342,88	498.933.497,17	302.640.075,28	<b>2.157.977.303,88</b>
DF	335.825.421,06	15.453.406,79	-	-	-	-	<b>351.278.827,85</b>
ES	257.651.844,58	-	-	190.014.746,62	-	-	<b>447.666.591,20</b>
GO	244.371.021,98	-	102.726.014,70	152.311.980,38	-	-	<b>499.409.017,06</b>
MA	276.205.433,80	771.461,74	-	249.409.171,91	-	20.000.000,00	<b>546.386.067,45</b>
MT	128.220.796,46	-	71.837.819,48	-	-	-	<b>200.058.615,94</b>
MS	60.829.217,76	-	9.488.855,61	91.698.284,56	-	-	<b>162.016.357,93</b>
MG	416.982.984,65	18.563.180,00	116.622.506,94	452.705.997,82	-	757.215,94	<b>1.005.631.885,35</b>
PA	470.764.465,81	-	-	-	-	-	<b>470.764.465,81</b>
PB	470.764.465,81	-	-	-	-	-	<b>470.764.465,81</b>
PR	447.260.815,20	-	-	-	-	-	<b>447.260.815,20</b>
PE	599.193.249,12	-	-	263.231.842,21	-	-	<b>862.425.091,33</b>
PI	115.409.971,42	-	-	143.265.115,85	-	-	<b>258.675.087,27</b>
RJ	371.586.073,37	-	-	362.131.158,52	-	-	<b>733.717.231,89</b>
RN	175.297.083,80	-	735.850,00	121.179.998,30	-	-	<b>297.212.932,10</b>
RS	567.149.356,29	-	-	-	-	-	<b>567.149.356,29</b>
RO	108.359.914,79	-	-	149.803.595,43	-	-	<b>258.163.510,22</b>
RR	57.790.787,33	-	-	196.810.205,64	-	-	<b>254.600.992,97</b>
SC	281.590.182,44	-	-	1.359.137.456,85	82.537.645,91	3.236.906,83	<b>1.726.502.192,03</b>
SP	1.679.385.599,06	-	-	-	-	-	<b>1.679.385.599,06</b>
SE	185.529.586,50	-	-	151.164.652,51	293.330.142,98	-	<b>630.024.381,99</b>
TO	132.310.238,06	-	-	107.449.186,00	-	11.094.900,00	<b>250.854.324,06</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9.086.103.751,68</b>	<b>34.788.048,53</b>	<b>343.096.386,58</b>	<b>5.313.147.583,64</b>	<b>874.801.286,06</b>	<b>337.729.098,05</b>	<b>15.989.666.154,54</b>

**Figura 2 – Transferências da União para enfrentamento da pandemia de covid-19 (2021)**

UF	(I) Portarias específicas	(II) Não específicas	(III) LC 172/2020	(IV) LC 173/2020	(V) MP 938/2020	(VI) Outros recursos	Total de recursos
AC	149.136.770,55	30.381.000,00	-	19.799.605,71	-	-	199.317.376,26
AL	264.239.467,31	286.307.854,95	-	-	-	-	550.547.322,26
AP	201.578.469,91	-	-	-	-	-	201.578.469,91
AM	277.169.775,92	-	5.868.341,44	25.856.006,43	-	-	308.894.123,79
BA	319.459.120,37	430.980.756,80	-	-	-	-	750.439.877,17
CE	307.539.526,72	-	-	918.821.342,88	897.111.741,28	130.028.657,56	2.253.501.268,44
DF	113.386.763,10	150.042.056,61	-	-	-	-	263.428.819,71
ES	27.682.888,19	305.671.605,60	-	34.254.291,92	-	-	367.608.785,71
GO	425.091.161,98	33.424.249,39	225.104.433,72	188.960.306,93	-	-	872.580.152,02
MA	245.938.909,93	424.097.593,84	-	1.952.789,51	-	-	671.989.293,28
MT	104.117.569,56	109.751.632,80	-	-	-	-	213.869.202,36
MS	39.009.361,87	35.658.955,20	2.168.920,24	210.879,05	-	-	77.048.116,36
MG	342.932.085,77	156.757.071,43	35.775.116,97	97.623.974,48	-	178.245,64	633.266.494,29
PA	283.437.292,92	198.308.450,40	-	-	-	-	481.745.743,32
PB	283.437.292,92	198.308.450,40	-	-	-	-	481.745.743,32
PR	255.357.348,87	377.457.727,20	-	-	-	-	632.815.076,07
PE	301.977.565,64	572.367.461,11	-	-	-	-	874.345.026,75
PI	3.619.759,63	-	-	107.375.369,01	-	-	110.995.128,64
RJ	375.396.667,36	159.145.500,00	-	-	-	-	534.542.167,36
RN	64.240.081,57	112.147.740,00	-	15.915.057,44	-	-	192.302.879,01
RS	79.159.725,76	391.289.409,60	-	-	-	-	470.449.135,36
RO	139.167.275,55	68.889.000,00	-	195.803.595,43	229.487.599,12	-	633.347.470,10
RR	71.004.251,78	35.907.000,00	-	24.186.743,48	-	-	131.097.995,26
SC	1.439.840.594,91	7.383.159,00	-	-	-	-	1.447.223.753,91
SP	169.401.088,80	1.320.022.976,62	-	-	-	-	1.489.424.065,42
SE	202.397.102,24	72.579.453,60	-	151.164.652,51	293.330.142,98	-	719.471.351,33
TO	60.235.951,28	65.617.500,00	-	118.975.355,57	-	13.304.655,41	258.133.462,26
<b>TOTAL</b>	<b>6.545.953.870,41</b>	<b>5.542.496.604,55</b>	<b>268.916.812,37</b>	<b>1.900.899.970,35</b>	<b>1.419.929.483,38</b>	<b>143.511.558,61</b>	<b>15.821.708.299,67</b>

(I) Transferência da União repassados pelo FNS - Portarias específicas nos blocos de manutenção e estruturação;

(II) Transferência da União repassados pelo FNS nos blocos de manutenção e estruturação não específicas;

(III) Transferência da União repassados pelo FNS aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios - LC 172/2020;

(IV) Auxílio financeiro, aos estados, DF e municípios - LC 173/2020;

(V) Prestação de apoio financeiro aos entes federativos que recebem recursos do FPE e do FPM - MP 938/2020;

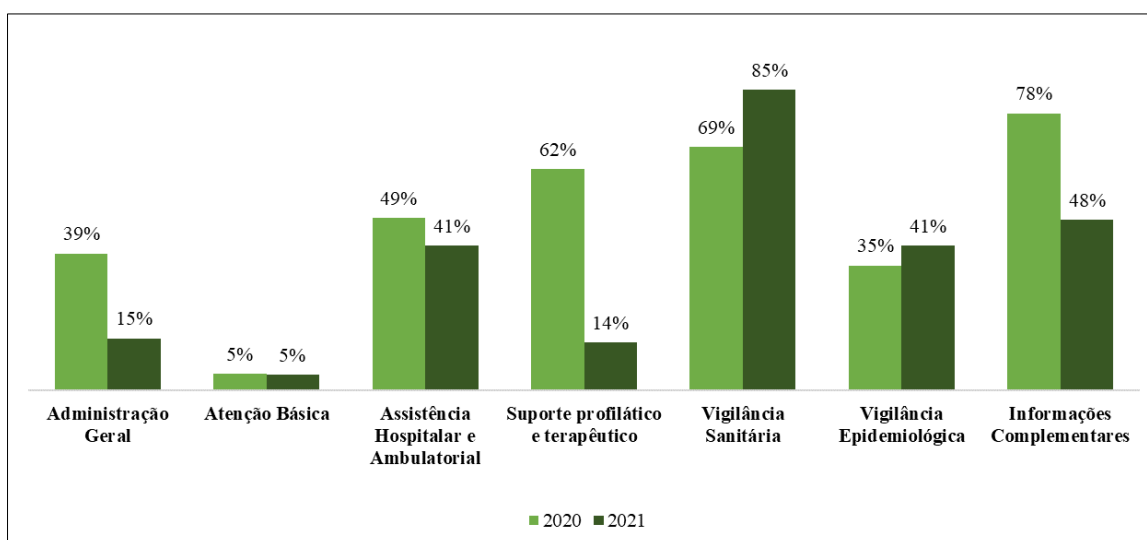
(VI) Outros recursos advindos de transferências da União.

**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

Analisando a aplicação dessas transferências por subfunções, o **Gráfico 7** mostra que a maior parte dos recursos foram destinados a ações e serviços de vigilância sanitária. Em segundo lugar aparecem as informações complementares que contemplam todas as demais subfunções não relacionadas às demais áreas.



**Gráfico 7** – % Aplicação de recursos transferidos pela União no enfrentamento da pandemia em relação ao total aplicado por subfunção



**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

Nos dados, chama-se a atenção a grande quantia repassada para as subfunções de informações complementares. Essa tendência pode justificar o auxílio da União para refinanciamento de dívidas com o governo federal, entre outras questões. Por outro lado, o baixo repasse para a atenção básica indica a não priorização do governo em financiar a assistência primária.

**Tabela 4** – Aplicação de recursos transferidos pela União no enfrentamento da pandemia por subfunção

Subfunção	2020	2021
Administração Geral	1.085.032.680,64	531.495.839,77
Atenção Básica	47.581.774,17	13.534.132,89
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	7.084.884.069,71	7.080.522.308,27
Suporte profilático e terapêutico	119.755.477,66	35.079.755,35
Vigilância Sanitária	7.936.390,26	7.422.616,00
Vigilância Epidemiológica	1.144.444.470,14	1.148.062.977,67
Alimentação e Nutrição*	0,00	0,00
Informações Complementares	539.348.001,78	282.720.274,20
<b>Total</b>	<b>10.028.982.864,36</b>	<b>9.098.837.904,15</b>

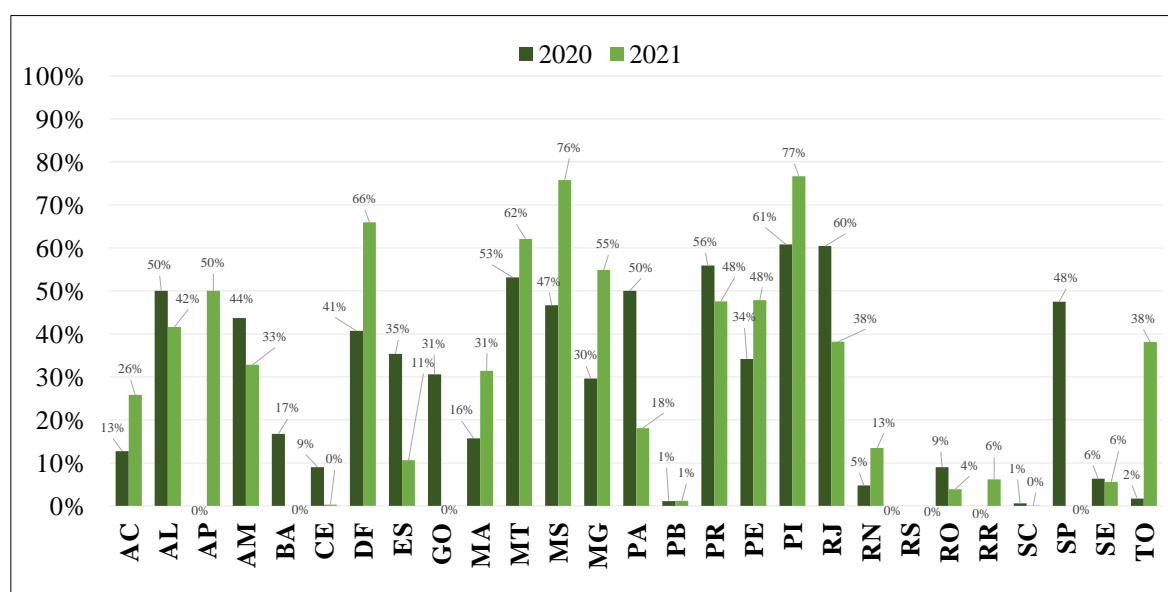
**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

\*Para a subfunção “Alimentação e Nutrição” não houve transferências.

No total, os recursos transferidos pela União aplicados em 2020 representam 44% do montante total das despesas e, com um leve decréscimo, 36% em 2021. Em destaque está a grande quantia em número para a assistência hospitalar e ambulatorial, área que mais demandou auxílio na União, como para o financiamento de insumos hospitalar, EPIs, implantação de leitos e investimentos em estrutura para aumentar a capacidade de internação e atendimentos de emergência. Não foram transferidos recursos para políticas de alimentação e nutrição, visto que não foi uma das áreas demandantes de financiamento específico de recursos voltados à covid-19.

Para análise específica do protagonismo dos estados e o distrito federal, o **Gráfico 8** apresenta a porcentagem de aplicação de recursos próprios em saúde comparado ao total de recursos disponíveis, com os repasses federal, para o enfrentamento da pandemia.

**Gráfico 8** – % Recursos próprios a serem aplicados no enfrentamento da pandemia



**Fonte:** Elaboração própria, com dados do SIOPS (2022).

\* Os dados de AP, RS e RR, referentes ao exercício de 2020; e de BA, CE, RS e SP, de 2021; não foram disponibilizados.

Em 2020, as UFs aplicaram cerca de 30% dos recursos totais destinados ao enfrentamento da covid-19. Esse número foi um pouco mais expressivo no segundo ano de pandemia, representando em média 33% dos recursos totais aplicados. Esse resultado pode ser decorrente de um menor repasse de recursos por parte da União durante o ano de 2021. Essa observação infere que, ao longo dos exercícios, não houve um aumento da participação federal para o financiamento da crise.

No geral, entre os entes que aplicaram maiores quantias de recursos próprios para o enfrentamento da pandemia em 2020 estão PI (60,78%), RJ (60,40%) e PR (55,91%); e em 2021 estão PI (76,66%), MS (75,76%) e DF (65,92%). No mais, 12 dos 27 entes aplicaram uma proporção acima de 50% de suas receitas, em comparação às de transferências da União. Esses confirmam a hipótese já levantada na literatura, qual aponta que a aplicação de recursos próprios impacta de maneira mais significativa se comparado às transferências intergovernamentais, o que supõe a relevância dos recursos próprios estaduais para o financiamento das políticas de saúde subnacionais durante a pandemia.

Assim como ilustrado no estudo realizado por Silva (2022), os achados dessa pesquisa também apontam que as políticas de saúde na federação brasileira possuem uma forte dependência dos principais recursos aplicados pelos entes estaduais no país. Demonstram também que a relação política entre os entes no período pandêmico influencia na aplicação dos recursos subnacionais no contexto da pandemia, na qual consolida a hipótese levantada acerca da desarticulação federativa, suposição discutida nesse estudo.

Ressalta-se ainda que os montantes de aplicação aqui apresentados não apontam uma explicação lógica, sendo necessário considerar o contexto financeiro e epidemiológico de cada ente separadamente para entender suas destinações.

### **4.3 Gestão dos recursos**

Importante considerar o contexto discutido por Servo et. al (2020) em observações relacionadas à evolução da execução orçamentária. É notado que o aumento da dotação orçamentária por parte da União aconteceu somente a partir da segunda quinzena de maio, dias depois da segunda troca em menos de um mês na gestão do MS, quando o contágio já estava em pico. Destacam ainda a morosidade da execução dos recursos, que foi ineficiente considerando a urgência das necessidades demandadas pela crise.

Vale ressaltar que apesar de haver maiores aplicações em alguns estados em relação a outros, isso não necessariamente reflete uma boa gestão dos recursos. Para demonstrar essa afirmação, os dados sobre contaminação e mortalidade nos estados são descritos nas tabelas 5 e 6.

**Tabela 5** – Distribuição dos registros de casos por covid-19, total, segundo região e UF

REGIÃO/UF	2020		2021	
	Nº TOTAL CASOS	%	Nº TOTAL CASOS	%
<b>Norte</b>	<b>842.795</b>	<b>11,29</b>	<b>1.924.071</b>	<b>8,63</b>
AC	40.736	0,55	88.386	0,40
AM	196.007	2,63	433.850	1,95
AP	66.293	0,89	127.013	0,57
PA	289.795	3,88	625.518	2,81
RO	92.587	1,24	284.660	1,28
RR	68.237	0,91	129.086	0,58
TO	89.140	1,19	235.558	1,06
<b>Nordeste</b>	<b>1.853.784</b>	<b>24,83</b>	<b>4.951.609</b>	<b>22,21</b>
AL	103.125	1,38	242.091	1,09
BA	482.113	6,46	1.271.029	5,70
CE	327.832	4,39	957.035	4,29
MA	200.043	2,68	370.694	1,66
PB	163.107	2,18	464.511	2,08
PE	214.949	2,88	645.887	2,90
PI	140.245	1,88	334.472	1,50
RN	114.204	1,53	387.352	1,74
SE	108.166	1,45	278.538	1,25
<b>Sudeste</b>	<b>2.604.123</b>	<b>34,88</b>	<b>8.663.799</b>	<b>38,87</b>
ES	238.377	3,19	629.925	2,83
MG	522.331	7,00	2.224.553	9,98
RJ	420.075	5,63	1.352.852	6,07
SP	1.423.340	19,06	4.456.469	19,99
<b>Sul</b>	<b>1.309.310</b>	<b>17,54</b>	<b>4.349.943</b>	<b>19,51</b>
PR	400.288	5,36	1.598.956	7,17
RS	430.780	5,77	1.507.117	6,76
SC	478.242	6,41	1.243.870	5,58
<b>Centro-Oeste</b>	<b>855.794</b>	<b>11,46</b>	<b>2.402.085</b>	<b>10,78</b>
DF	247.928	3,32	519.811	2,33
GO	304.389	4,08	947.907	4,25
MS	128.164	1,72	380.515	1,71
MT	175.313	2,35	553.852	2,48
<b>Brasil</b>	<b>7.465.806</b>		<b>22.291.507</b>	

**Fonte:** Elaboração própria, com dados dos Boletins Epidemiológicos, publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2022).

**Tabela 6** – Distribuição dos registros de óbitos e taxa de letalidade por covid-19, total, segundo região e UF

REGIÃO/UF	2020		2021	
	Nº TOTAL ÓBITOS	TAXA DE LETALIDADE	Nº TOTAL ÓBITOS	TAXA DE LETALIDADE
<b>Norte</b>	<b>17.718</b>	<b>2,10</b>	<b>47.554</b>	<b>2,47</b>
AC	780	1,91	1851	2,09
AM	5.173	2,64	13.836	3,19
AP	901	1,36	2022	1,59
PA	7.124	2,46	17.091	2,73
RO	1.743	1,88	6.737	2,37
RR	773	1,13	2078	1,61
TO	1.224	1,37	3.939	1,67
<b>Nordeste</b>	<b>47.192</b>	<b>2,55</b>	<b>120.028</b>	<b>2,42</b>
AL	2.454	2,38	6.383	2,64
BA	8.983	1,86	27.507	2,16
CE	9.952	3,04	24.806	2,59
MA	4.466	2,23	10.377	2,80
PB	3.604	2,21	9.597	2,07
PE	9.560	4,45	20.454	3,17
PI	2.802	2,00	7.275	2,18
RN	2.923	2,56	7.572	1,95
SE	2.448	2,26	6.057	2,17
<b>Sudeste</b>	<b>87.224</b>	<b>3,35</b>	<b>294.674</b>	<b>3,40</b>
ES	4.926	2,07	13.330	2,12
MG	11.585	2,22	56.659	2,55
RJ	24.905	5,93	69.472	5,14
SP	45.808	3,22	155.213	3,48
<b>Sul</b>	<b>21.115</b>	<b>1,61</b>	<b>97.521</b>	<b>2,24</b>
PR	7.656	1,91	40.889	2,56
RS	8.452	1,96	36.444	2,42
SC	5.007	1,05	20.188	1,62
<b>Centro-Oeste</b>	<b>17.546</b>	<b>2,05</b>	<b>59.328</b>	<b>2,47</b>
DF	4.198	1,69	11.108	2,14
GO	6.751	2,22	24.695	2,61
MS	2.207	1,72	9.728	2,56
MT	4.390	2,50	13.797	2,49
<b>Brasil</b>	<b>190.795</b>	<b>2,56</b>	<b>619.105</b>	<b>2,78</b>

**Fonte:** Elaboração própria, com dados dos Boletins Epidemiológicos, publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2022).

Da mesma forma, a alta variabilidade encontrada na análise dos números de casos e óbitos por covid-19 é constatada em virtude da assimetria social atribuída a cada região do país. Como mencionado, a literatura considera que populações com baixa renda são mais suscetíveis ao contágio da covid-19, devido a maiores dificuldades de acesso aos direitos sociais e consequente dificuldade de adesão aos protocolos de segurança recomendados pelas autoridades de saúde (KERR et al., 2020).

Observada uma tendência, as regiões Sudeste e Nordeste também tiveram as maiores taxas de letalidade registradas, de 3,35 e 2,55 respectivamente, reflexo de serem as regiões com maior prevalência da doença.

Entre 2020 e 2021, os estados com os maiores números de óbitos decorrente de covid foram SP (155.213), RJ (69.472) e MG (56.659), respectivamente. Como constatado, os estados que receberam uma parcela maior dos recursos da União, são os mesmos que possuem uma população maior e tiveram os mais altos números de casos confirmados e óbitos por covid-19, aumentando a necessidade de aplicação desses recursos, de forma eficiente.

A partir dessa análise, um ponto a ser observado é a constatação teórica sobre a falta de capacidade do Governo Federal, como um grande corpo, em sustentar municípios e assumir as responsabilidades para cuidar de pequenas áreas além dos estados. Esse contexto evidencia que determinações constitucionais, normas, interesses de grupos ou capacidade gerencial e financeira, embora importantes, não são suficientes para impulsionar a implementação de políticas para as esferas locais. Souza (2006) explica que o desenho institucional da política moldado em torno de mecanismos de recompensas e sanções, regras claras e universais, e o apoio do Executivo federal na liberação regular dos recursos apresentam-se como as variáveis mais importantes para a transferência de responsabilidades para os governos locais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões da análise ressaltam que as medidas adotadas para enfrentamento da pandemia mostram a persistência e reforço do padrão de desigualdade do sistema federativo brasileiro. Além de sugerir a hipótese da descoordenação federativa na pandemia de covid-19, apontando os problemas de ação coletiva que surgiram com a grande heterogeneidade, assimetria e competição entre os entes federados, sobretudo os governos estaduais, que preponderaram no quadro de respostas governamentais nesse contexto de crise sanitária.

Os dados demonstram que o contexto da pandemia não alterou estruturalmente o quadro fiscal de estados e municípios, mas ensejou preocupações circunstanciais relacionadas à frustração de receita e o crescimento de despesas com saúde. Nessa análise, constata-se que a queda na arrecadação própria dos subnacionais foi compensada pelas transferências da União. E, embora as despesas com saúde tenham aumentado, houve uma flexibilização orçamentária pela suspensão do pagamento das dívidas com a União e as renegociações com o sistema financeiro. No entanto, ações realizadas pelos governos subnacionais de forma descoordenada e autônoma propiciaram uma desigualdade no acesso a tratamento, distribuição de insumos, sobreposição de competências, além de vazios assistenciais. A queda de arrecadação e de receitas podem, em um segundo momento, ter prejudicado ou atrasado perspectivas de investimentos em saúde que não sejam direcionados à pandemia.

A ampliação dos recursos destinados ao SUS, vista a necessidade de maior atuação do governo federal, se mostrava essencial para o financiamento das ASPS no enfrentamento da pandemia. Contudo, o contexto se deu em paralelo a uma redução da participação federal para esse financiamento, além de dificuldades de coordenação entre os entes federativos e da consequente limitação para os estados ampliarem sua capacidade financeira para aplicação de recursos às políticas de saúde. Com as mudanças de financiamento, o Ministério da Saúde assumiu participação no processo de fragilização da coordenação federativa do SUS. Esse contexto, revelou a priorização da categoria econômica em detrimento da aplicação dos recursos em áreas finalísticas de atuação.

Nesse sentido, para uma maior participação da União, devem ser estabelecidas novas políticas de financiamento federal para o SUS, que corrija a limitação de aplicação de recursos imposta pela regra do piso e de políticas neoliberais. Para isso, é esperado de uma próxima gestão, a edição de uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC), para revogar a EC 95/2016 e estabelecer uma regra fiscal em substituição à adotada atualmente.

Há de considerar ainda outros fatores que influenciam o contexto de provisão de políticas de saúde nesse contexto, que são inerentes ao sistema da administração pública, tais como a atuação dos gestores, negociação com o setor privado – como nas relações de compras – e, principalmente, a cooperação dos entes em questões para além de recursos.

As limitações do estudo são percebidas, principalmente, com o vazio de informações disponibilizadas pelos gestores. Há algumas lacunas sobre a provisão de recursos para alguns entes, que podem ser justificadas pela não disponibilização de dados ou mesmo por uma não disponibilização de recursos. Com isso, o objetivo de medir a significância das variáveis foi limitado, uma vez que não foi possível identificar como de fato os recursos foram distribuídos e aplicados, e como se deu a relação federativa para geri-los, considerando as ações de cada governo. Para tanto, seria necessário um estudo de caso aprofundado para entender como se deu a programação das despesas. Ademais, o contexto político, social e econômico de cada localidade certamente contribuiu na capacidade de enfrentamento da pandemia, e as estratégias adotadas para sua gestão podem ser mais bem analisadas a partir de uma pesquisa documental, como das normativas adotadas.

Portanto, para uma agenda futura de pesquisa, se faz conveniente responder questões como: Qual o grau de eficiência dos gastos públicos na aplicação de recursos em saúde durante a pandemia? Qual foi a influência do legislativo federal para a provisão de recursos extraordinários aos estados e municípios no contexto da crise? Os recursos provenientes de auxílios da União foram suficientes para o financiamento da saúde em locais com um contexto fiscal desfavorável? Quais estratégias de coordenação influenciaram uma melhor gestão da crise no âmbito do SUS?

Outra questão a ser debatida é a implementação de um modelo de gestão com maior capacidade de coordenar a ação dos entes federados, para garantir a provisão de políticas e serviços públicos de forma descentralizada. Essa ação pode contar com a colaboração dos entes para gerir redes organizadas regionalmente, possibilitando o acesso ao atendimento em diferentes níveis de complexidade. De certo modo, esses desafios de coordenação devem ser pensados com vistas a alcançar a redução de desigualdades na oferta de serviços, incitando o próprio direito universal e integral à saúde.

Dessa forma, a experiência da pandemia de covid-19 deve ser encarada não apenas como uma janela de oportunidade para revisar a política de financiamento do SUS, mas para também projetar um ambiente político favorável a implementação de novas reformas, incentivando um rearranjo mais sustentável e equitativo.



## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, Vols. 54, n. 4, pp. 663- 677, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>>.
- ANDERSON, George. *Federalismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.
- ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: Revan, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? Dados*, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582010000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582010000300003).
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Arts. 18-30.
- \_\_\_\_\_. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial, Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>.
- \_\_\_\_\_. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, DF e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo*. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm).
- \_\_\_\_\_. *Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LCP/Lcp172.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp172.htm).
- \_\_\_\_\_. *Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp173.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp173.htm).
- \_\_\_\_\_. *Medida Provisória nº 938, de 2020. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem recursos do Fundo de Participação dos*

Estados - FPE e do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19).

Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/141397>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Cartilha de Orientação SIOPS. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed. 1. Imp. - Brasília-DF 2020. 116p.

\_\_\_\_\_. Secretário do Tesouro Nacional. Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi). Boletim de Finanças dos Entes Subnacionais 2020 e 2021. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/temas/estados-e-municipios/boletim-de-financas-dos-entes-subnacionais-conteudos-relacionados>

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Editora UNB, 2009, pp. 99-129.

FERNÁNDEZ, Michelle, SOUZA, Stelle de; CARVALHO, Rebeca. As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados. *Reflexión política* 23(48), pp. 98-109, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.29375/01240781.4232>.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, pp. 1869-1878, Jun 2015.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Sítio. Brasília, DF: FNS, 2020. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br>.

JACCOUD, Luciana. Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras. IPEA, 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/200821\\_coordenacao\\_book.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/200821_coordenacao_book.pdf).

KERR, L. et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, supl. 2, p. 4099-4120, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kYBX8WJpfFGSzmnWDtV5CcT/>.

LASSANCE, Antônio. Presidencialismo, Federalismo e Construção do Estado Brasileiro (Capítulo III). In: CARDOSO, José C. IPEA, 2013. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19896](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19896).

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, nº 5, p. 511-522, 2007.

\_\_\_\_\_. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, pp. 573-598, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300010>>

\_\_\_\_\_.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 36, nº 7, 2020.

\_\_\_\_\_. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

LINDBLOM, C. E. The science of "muddling through". *Public administration review*, 79-88, 1959.

LOPREATO, F. Crise econômica e política fiscal: os desdobramentos recentes da visão convencional. Texto para Discussão - Instituto de Economia – Unicamp, Junho 2014. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/handle/iditem/615>.

MUSGRAVE, R. A. *Teoria das finanças públicas*. São Paulo: Atlas, 1974.

NETO, Aristides Monteiro. *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Ipea, 2014.

OLSON, Mancur. *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1965.

PAIVA, A. B.; GONZALES, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação do SUS. In: JACCOUD, L. (Org.). *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília: Ipea, 2020. p. 183-2014.

REZENDE, Fernando Antonio. *Finanças Públicas*. Editora Atlas S. A., São Paulo, 2006.

RIKER, William. Federalism. In: GREENSTEIN, Fred I.; POLSBY, Nelson W. (Eds.). *Handbook of Political Science*. v. 5. AddisonWesley, 1975. pp. 93-172.

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. spe4, pp. 114-129. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>>.

SHEPSLE, Kenneth. *Analyzing Politics: Rationality, Behavior and Institutions*. 2nd Edition. New York: W.W.Nortons, 2010.

SIGA BRASIL. CORONAVÍRUS - ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19. Disponível em: <http://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrcamentoVisaoGera1>

SILVA, William Gledson e. Gastos com saúde dos estados brasileiros no contexto da pandemia da Covid-19: uma análise das relações federativas os meses de março/dezembro de 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Social), Departamento de Ciências Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/46199>.

SOUZA, Celina. Coordenação de políticas públicas. Brasília: Enap, 2018.

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, [S. l.], v. 8, n. 16, 2006. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/5605>.

\_\_\_\_\_. Sistema brasileiro de governança local: inovações institucionais e sustentabilidade. In: Catia Lubambo; Denilson Bandeira Coelho; Marcus André Melo. (Org.). Desenho institucional e participação política. Petrópolis: Vozes, 2005, v. , p. 108-130.