

Repases financeiros para o enfrentamento da COVID-19 na perspectiva de gestores municipais do estado de São Paulo, Brasil

Fund transfers for combating COVID-19 from the perspective of municipal managers in São Paulo state, Brazil

Ligia Schiavon Duarte (<https://orcid.org/0000-0001-5822-9033>)¹
Mônica Martins de Oliveira Viana (<https://orcid.org/0000-0003-3049-4518>)¹
Mariana Tarricone Garcia (<https://orcid.org/0000-0001-5124-8936>)¹
Tereza Etsuko Costa Rosa (<https://orcid.org/0000-0001-9285-0472>)¹
Claudia Malinverni (<https://orcid.org/0000-0003-2218-283X>)¹
Miriam Vaz Ferreira Neves (<https://orcid.org/0009-0001-4519-7033>)¹
Luzia Aparecida de Albuquerque Dantas (<https://orcid.org/0009-0008-9148-9177>)¹

Abstract *The study examined municipal managers' perceptions of extraordinary funding and its use to address COVID-19. In this multiple-case, quantitative and qualitative study, using embedded mixed methods, semi-structured interviews were conducted in six case-municipalities in São Paulo state. Secondary data for 2020 to 2022, drawn from information systems, were analysed. The municipalities differed by population, health expenditures and access to federal funding, making it possible to observe different financial management strategies and resource allocation. In addition to the extraordinary funding, considerable budget transfers were found to have been made by Parliamentary Amendments during the study period. In a context where the national Unified Health System is underfunded, extraordinary funding and budget transfers by Parliamentary Amendments often enabled managers to organise municipal health systems to meet their understanding of health needs and possible responses to those needs. Funding to address COVID-19 was allocated mainly to medium- and high-complexity services and to engaging private companies.*

Key words *Unified Health System, COVID-19, Local Health Systems, Healthcare Financing, Health Management*

Resumo *O objetivo do estudo foi identificar a percepção dos gestores municipais sobre os recursos extraordinários e seus usos no enfrentamento à COVID-19. Trata-se de estudo de casos múltiplos, de métodos mistos incorporados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis municípios-caso do estado de São Paulo. Foram analisados dados secundários extraídos de sistemas de informação no período de 2020 a 2022. As distintas realidades municipais em termos populacionais, de gastos em saúde e de acesso aos recursos federais permitiram observar diferentes estratégias de gestão financeira e alocação dos recursos. Além dos recursos extraordinários, foi possível identificar, no período analisado, a presença relevante de repases por Emendas Parlamentares. No contexto de desfinanciamento do SUS, esses recursos e repases significaram, em muitos casos, a possibilidade de os gestores organizarem o sistema de saúde municipal segundo seu entendimento das necessidades de saúde e as respostas possíveis a essas necessidades. Evidenciou-se que os recursos para o enfrentamento à COVID-19 foram alocados principalmente na média e alta complexidade e na contratação de empresas privadas.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, COVID-19, Sistema Municipal de Saúde, Financiamento da Saúde, Gestão em Saúde*

¹ Instituto de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. R. Santo Antônio 590, Bela Vista. 01314-000 São Paulo SP Brasil. ligiaduarte@isaude.sp.gov.br

Introdução

O contexto nacional marcado pela austeridade fiscal, que vigora desde o início da implementação do Sistema Único de Saúde, tensiona as relações federativas e impacta as gestões de saúde dos municípios de diferentes portes. O financiamento é reconhecidamente um dos fatores que influenciam diretamente as decisões dos gestores locais do SUS, tanto pela disponibilidade de recursos próprios como daqueles repassados pelo governo federal¹⁻³. O regime fiscal⁴ inaugurado pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016, aprofundou o contexto de austeridade, levando o subfinanciamento crônico do sistema público de saúde a um novo patamar, tratado por diversos autores como “desfinanciamento”⁵⁻⁷. Essa redução dos gastos federais com o SUS, associada à gravidade da situação pandêmica, à errática atuação da União e à crise econômica e social do período, tornou a gestão municipal para o enfrentamento da COVID-19 (doravante COVID) um enorme desafio, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que o início da pandemia no Brasil foi marcado por políticas de priorização da atenção hospitalar⁸.

A descentralização vem ampliando a importância dos estados e municípios na gestão e financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Essa diretriz ganhou relevo durante o período pandêmico, sendo os gestores municipais e estaduais determinantes para a construção de respostas mais ampliadas e diversificadas para a COVID-19⁹. No que se refere ao financiamento do sistema, é possível afirmar que a União mantém sua posição privilegiada na coordenação das ações, seja na proposição do modelo de atenção, seja nas respostas às emergências em saúde, a partir da modulação da alocação de recursos por meio das transferências federais para os entes subnacionais⁵.

Diversos autores apontam essa excessiva fragmentação como fator de restrição à autonomia dos gestores subnacionais, induzindo a segmentação do cuidado e dificultando a promoção dos objetivos previstos nos planos municipais de saúde^{10,11}. No novo modelo de alocação dos recursos federais para a APS, chamado Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019 do Ministério da Saúde¹², essa tendência à fragmentação e restrição de autonomia não só está presente como parece se agravar.

Em fevereiro de 2020 foi decretado o estado de calamidade pública em decorrência da crise pandêmica. A partir desse momento, ações não

previstas no financiamento das ASPS foram efetivadas, levando a novas dinâmicas na gestão e no financiamento do SUS nos municípios, impedidos a reorientar o sistema de saúde em todos os níveis de complexidade.

Ainda que os impactos da pandemia abranjam o sistema de saúde como um todo, em relação à APS, que assumiu papel de destaque no cuidado comunitário e na vigilância em saúde em outros países¹³, deve-se considerar os efeitos que o Previne Brasil trouxe às gestões locais do SUS, que em somatória podem ter prejudicado o desempenho desse nível de atenção na COVID. Ameaças aos princípios de universalidade e integralidade do SUS já haviam sido identificadas a partir desse novo modelo de financiamento, na medida em que ele apresenta pouca ênfase nas perspectivas territoriais, do cuidado integral e multidisciplinar, além da perda de recursos financeiros e estímulo à privatização^{7,14-16}.

Dessa forma, tendo em vista o difícil contexto de desfinanciamento do SUS no período anterior ao início da pandemia, bem como o complexo arcabouço normativo das relações interfederativas que orientam os gastos em ASPS, que se perpetuaram no período de estado de calamidade pública, associados à prerrogativa crescente de incluir a atenção primária como ponto estratégico no enfrentamento à pandemia, o objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos gestores municipais sobre os repasses recebidos e seus usos no combate à COVID.

Metodologia

Este artigo deriva da pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”, conduzida pelo Instituto de Saúde, com financiamento do Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (Fesima), ambos órgãos da SES/SP, aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 4.842.154 e identificação CAAE 48513721.80000.5469.

Trata-se de estudo de casos múltiplos, na modalidade que Creswell e Plano Clark denominam como “estudo de caso de métodos mistos incorporados”^{17,18}. A estratégia de estudo de casos múltiplos com um único nível de análise foi eleita por sua aplicabilidade para o aprofundamento e investigação de fenômenos que se caracterizam por sua indissociabilidade em relação ao contexto¹⁹. E, dentro do desenho do uso de métodos mistos incorporados, a base de dados quantita-

tivos (método suplementar) foi incorporada em momento posterior à pesquisa qualitativa, abordagem direcionadora. Seu uso se deu em virtude da necessidade de adensar a caracterização do contexto social em que se encontravam os entrevistados e complementar as explicações a respeito do fenômeno encontrado. Portanto, os dados quantitativos configuram um método suplementar, usado a serviço da abordagem direcionadora, que no presente artigo é a qualitativa. Na análise, em consonância com os pressupostos do estudo de caso de métodos mistos incorporados, empregou-se o paradigma construtivista, em que os dados secundários são utilizados para ajudar a explicar o elemento primário, fenomenológico.

Com a intencionalidade de compreender a percepção dos gestores municipais sobre os repasses recebidos, os dados qualitativos foram produzidos a partir de entrevistas semiestruturadas com seis municípios-caso²⁰ eleitos a partir da base de dados dos participantes coletados durante a primeira etapa da pesquisa (inquérito que entrevistou gestores de 253 municípios, mediante contato telefônico e/ou por videochamada, de fevereiro a junho de 2022). Um primeiro aspecto que a seleção de municípios-caso buscou contemplar foi o dos diferentes portes populacionais. Para isso, foram criados dois grupos de municípios: os menores de 50 mil habitantes e os com 50 mil habitantes ou mais, que daqui para frente serão tratados como “de menor porte” e “de maior porte”, respectivamente. Em segundo lugar, buscou-se incluir municípios-caso com diferentes modelos de APS, compreendendo aqueles com a presença ou ausência de elementos que caracterizam a Estratégia Saúde da Família (ESF), como os tipos de serviços de atenção primária disponíveis, processo de territorialização, acesso dos usuários ao sistema de saúde, funcionamento da contrarreferência e contratação de médico de família. Por último, foram consideradas as questões do inquérito que indicassem a menção ou não dos municípios a elementos sugestivos de realização de ações para o enfrentamento à pandemia voltadas ao território e de êxito dos municípios em dar continuidade ao cuidado na APS durante a crise. Essa última perspectiva se relaciona com a promoção de cuidado ampliado na atenção primária frente à situação pandêmica, nos anos de 2021-2022²¹⁻²³, daqui para frente tratada como “cuidado ampliado APS para COVID”.

As três perspectivas foram consideradas para a construção de grupos de municípios, organizados em um *ranking*, classificando os municípios

como “ESF bem estruturada” ou “sem estrutura de ESF”, com ou sem “elementos que favoreceram cuidado ampliado APS para COVID”. Além disso, buscou-se captar uma diversidade regional do estado de São Paulo, que é organizado em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e em 63 Regiões de Saúde. Os critérios de seleção e os municípios selecionados estão apresentados no Quadro 1.

Em cada um dos seis municípios foram entrevistados gestores das secretarias municipais de saúde, por serem profissionais mais próximos das decisões de uso dos recursos financeiros. O roteiro de entrevista buscou investigar a sua percepção em relação aos repasses recebidos do governo federal. Assim, o *corpus* qualitativo foi composto por doze entrevistas, analisadas segundo o referencial da análise temática²⁰, com o auxílio do *software* MAXQDA²⁴. Os relatos foram agregados por município e denominados aleatoriamente como M1, M2, M3, M4, M5 e M6. Em todas as etapas foram cumpridas as recomendações éticas para pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados quantitativos foram produzidos por meio de dados secundários extraídos de bancos de domínio público. Sua seleção se deu a partir dos achados das entrevistas com gestores, no sentido de ilustrar, complementar ou identificar divergências do que emergiu das entrevistas. Além do mais, informações básicas relativas à capacidade municipal de financiamento de ações e serviços de saúde e de dependência de transferências permitem a identificação do contexto mais geral de atuação dos gestores, ajudando no balizamento das análises qualitativas. Assim, foram captados os dados sobre os orçamentos públicos e as transferências de recursos financeiros para os três anos em análise (2020, 2021 e 2022). Para a compreensão das despesas efetivamente realizadas no nível local, da dependência de transferências financeiras da gestão e do comprometimento da receita própria no SUS, para cada uma das seis cidades foram obtidos indicadores municipais disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS-MS)²⁴. Foram selecionados os indicadores: (i) despesa total com saúde, em R\$/habitante, sob a responsabilidade do município; (ii) participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde; e (iii) participação da receita própria aplicada em saúde conforme a LC141/2012.

Os dados relativos aos repasses federais para os 645 municípios paulistas foram extraídos do Fundo Nacional de Saúde (FNS)²⁵, para os três

anos em análise. Os valores, trabalhados em planilha Microsoft Excel®, foram organizados para identificar os seis municípios selecionados e o total do estado. Além da totalização das transferências, foram identificados e agregados os repasses relacionados ao enfrentamento, à pandemia, tratados a partir daqui como recursos COVID, e os repasses relacionados às emendas parlamentares²⁶, tratados como recursos EP (Quadro 2).

Os repasses identificados como (i) Totais, (ii) COVID e (iii) EP foram calculados em base *per capita* a partir das projeções populacionais da Fundação Seade²⁷ para 2021. Os valores foram atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Bra-

sileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram utilizados índices médios anuais, corrigindo-se os valores para preços de 2022.

Resultados

Os municípios selecionados são bastantes diversos entre si. Em termos de porte populacional, em 2021, o maior era Paulínia, com 106.781 habitantes e o menor, Fernão, com 1.656; Piracaia 26.379, Juquitiba 30.579, Fernandópolis 66.131 e Peruíbe 66.747. A grande heterogeneidade se reflete também nos gastos públicos em saúde. Paulínia e Fernão, apesar de representarem extre-

Quadro 1. Municípios-caso e critérios de seleção.

Porte populacional	Presença de estrutura de ESF	Presença de elementos que favoreceram o cuidado ampliado no enfrentamento à situação pandêmica por meio da APS	Municípios-caso selecionados	DRS/Região de Saúde	Número de gestores entrevistados
<50 mil habitantes	Sim	Sim	Fernão	DRS IX/Marília	1
≥50 mil habitantes	Sim	Sim	Fernandópolis	DRS XV/Fernandópolis	3
<50 mil habitantes	Sim	Não	Juquitiba	DRS I/Mananciais	2
≥50 mil habitantes	Sim	Não	Peruíbe	DRS IV/Baixada Santista	2
<50 mil habitantes	Não	Sim	Piracaia	DRS VII/Bragança	2
≥50 mil habitantes	Não	Sim	Paulínia	DRS VII/RM Campinas	2

Fonte: Autoras, a partir da pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”.

Quadro 2. Seleção das ações orçamentárias para identificação de repasses COVID-19 e por Emendas Parlamentares.

Fonte	Fundo Nacional de Saúde
Acesso	https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada
Ano	2020, 2021 e 2022
Estado	São Paulo
Municípios	Todos
Tipo de repasse	Municipal
Ações detalhadas para repasses COVID-19	Coronavírus (COVID-19)
	Coronavírus (COVID-19) - SAES
	Coronavírus (COVID-19) - SAPS
	COVID-19 - Medida Provisória nº 1.043 - SAES
	COVID-19 - Medida Provisória nº 1.062, de 09/08/2021 - SAES
	CV19 - Coronavírus (COVID-19)
	CVF0 - COVID-19 - Medida Provisória nº 1.062, de 09/08/2021 - SAPS
Ações detalhadas para repasses EPs	Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
	Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária em Saúde

Fonte: Autoras.

mos opostos em termos populacionais, em 2022 tinham os maiores gastos *per capita*. O primeiro despendeu R\$ 4.180,81 por habitante e o segundo, R\$ 3.264,03 (Tabela 1). Esses valores são muito superiores quando comparados aos demais municípios.

A Tabela 1 permite observar, ainda, que as despesas *per capita* não estiveram diretamente relacionadas às transferências realizadas pelos outros entes aos fundos municipais de saúde (FMS). Ainda tendo como referência 2022, em Paulínia, apesar do alto gasto por habitante, as transferências para a saúde representam apenas 4,2% da despesa total do município com saúde. Vale destacar também a grande participação das transferências em Fernandópolis, onde a participação chegou a atingir, em 2020, 48,8%. Também chama atenção a variação identificada ao longo do período em análise em Fernão, Peruíbe e Piracaia, neste último município, a participação passou de 34,4%, em 2020, para 14,6%, em 2022.

Quanto ao comprometimento da receita própria com o setor de saúde, observa-se que os seis municípios apresentaram uma participação acima do limite constitucional. Em especial Peruíbe, que em 2022 comprometeu 39,7% das suas receitas próprias com saúde pública.

A análise dos repasses financeiros *per capita* do fundo nacional para os fundos municipais de saúde permitiu observar importantes diferenças entre os municípios-caso (Figura 1). Considerando os repasses *per capita* para os FMS dos 645 municípios paulistas, é possível observar que Fernão esteve bem acima da média estadual, seguido por Fernandópolis. No outro extremo, Piracaia e Paulínia apresentaram os menores repasses federais por habitante. Observa-se também a diminuição real dos valores repassados para os fundos

municipais de 2020 a 2022, tendência que não se confirmou apenas em Fernandópolis e Juquitiba, cujos repasses federais, em 2022, apresentaram os maiores valores.

A soma das transferências *per capita* para os FMS nos três anos em análise e a desagregação dos recursos COVID e EP permitiram identificar as suas participações na média dos municípios paulistas vis-à-vis os municípios-caso (Figura 2).

No que tange aos recursos COVID, foi possível observar que Fernão, Paulínia e Fernandópolis estiveram acima da média estadual (R\$ 160,34), com destaque para o primeiro, que recebeu R\$ 219,23 por habitante. Já Peruíbe, Juquitiba e Piracaia obtiveram repasses abaixo dessa média.

As transferências de recursos EP apresentaram as maiores discrepâncias entre os municípios-caso. Enquanto a média do estado foi de R\$ 62,73 *per capita*, Fernão recebeu R\$ 400,05 por habitante nessa modalidade. Chamam atenção também os valores repassados para Fernandópolis (R\$ 192,24) e Juquitiba (R\$ 185,81). Vale ressaltar que se na média estadual os recursos EP foram menores que os recursos COVID nos municípios em análise eles superaram os recursos para o enfrentamento pandêmico.

Ainda em relação à Figura 2, analisando o grupo com ESF, observa-se que eles foram os municípios que mais receberam transferências *per capita* do FNS, incluindo os recursos EP. Fernão e Fernandópolis, que tinham elementos que favoreceram o cuidado ampliado APS na pandemia, receberam mais transferências *per capita* do fundo nacional, incluindo os recursos COVID. Juquitiba e Peruíbe, sem esses elementos, receberam menor recurso, mesmo quando comparados com os municípios sem ESF.

Tabela 1. Valores per capita (R\$) das despesas com saúde e participação das transferências aos municípios e da receita própria aplicada em saúde entre 2020 e 2022, segundo municípios-caso.

Municípios-caso	Despesa total com Saúde (R\$/hab.), sob a responsabilidade do Município			Participação (%) das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde			Participação (%) da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Fernão	2.498,81	2.195,61	3.264,03	40,5	26,3	25,0	25,6	30,7	27,8
Fernandópolis	839,68	870,50	1.055,82	48,8	35,5	43,4	22,5	23,0	21,8
Juquitiba	745,73	819,87	860,42	39,5	35,5	46,3	28,5	21,5	23,8
Peruíbe	1.198,17	1.369,96	1.513,52	30,1	24,0	19,2	31,3	34,8	39,7
Piracaia	755,34	820,67	951,21	34,4	17,2	14,6	23,0	23,6	28,1
Paulínia	3.543,97	4.150,82	4.180,81	5,8	4,8	4,2	23,1	21,2	20,4

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

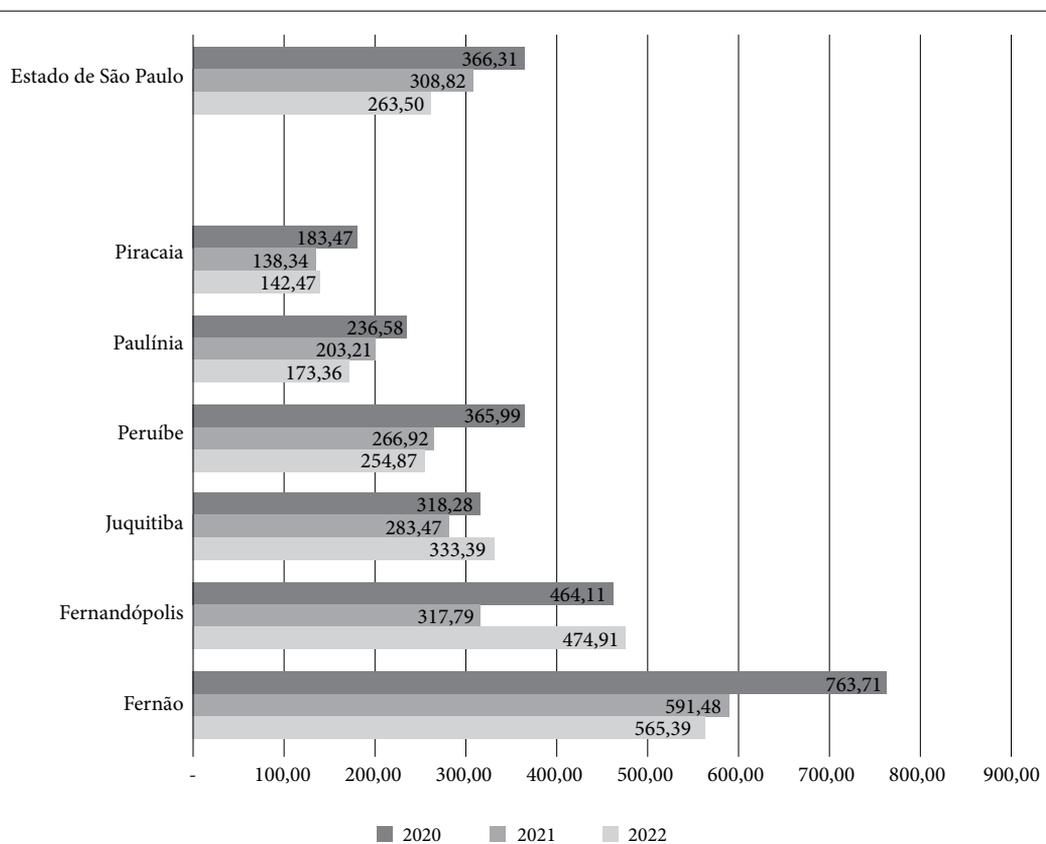


Figura 1. Valores per capita, em reais de 2022, dos repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde entre 2020 e 2022, segundo municípios-caso.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS).

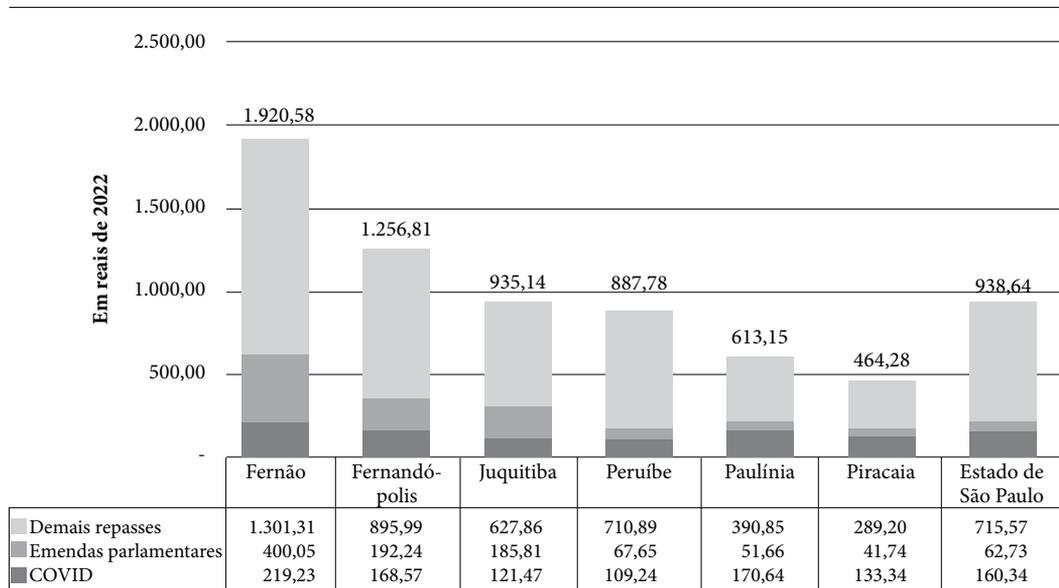


Figura 2. Soma dos repasses per capita, em reais de 2022, para os Fundos Municipais de Saúde de 2020 a 2022 segundo a desagregação dos recursos.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Do outro lado, Piracaia e Paulínia, selecionados por não terem o modelo ESF e pela presença de elementos que favoreceram o cuidado ampliado APS para a doença pandêmica, receberam menor transferências *per capita* do FNS, incluindo os recursos EP, quando comparados com os demais selecionados. Em relação aos recursos COVID, encontravam-se em situação intermediária, recebendo menos que Fernão e Fernandópolis e mais que Peruíbe e Juituba.

Na etapa qualitativa, todos os entrevistados, com maior ou menor ênfase, fizeram referência explícita aos recursos excepcionais para o enfrentamento pandêmico, quando perguntados sobre os apoios externos recebidos. Já em relação aos recursos de EP, metade dos municípios fez referência explícita a esse dispositivo, mesmo não tendo sido estimulados diretamente pelo roteiro de entrevista. A emergência espontânea desse tema no discurso sugere lugar de destaque dessa modalidade de repasse para os participantes.

Sobre o recurso COVID, referido por todos os entrevistados, para três deles as transferências foram consideradas como “ *muito recurso* ” (M1, M4 e M5). Dois demonstraram bastante entusiasmo quanto ao montante repassado, afirmando que possibilitou “ *pagar quase toda a pandemia* ” (M4) e “ *o dinheiro veio, veio, veio de todos os lados* ” (M5). Cabe ressaltar que essa percepção não se originou de gestores dos municípios com maiores valores *per capita* de transferências.

A percepção de pouco recurso foi apontada pelo entrevistado de um dos municípios que recebeu relativamente menos recurso COVID e que não apresentou elementos que favoreceram o cuidado ampliado APS na pandemia. A fala do entrevistado pontua: “ *não era muito recurso, mas ajudou!* ” (M2).

Todos os entrevistados fizeram menção ao uso desses recursos, apontando diferentes tipos de dispêndios. De forma geral, os relatos tratam da contratação de serviços não relacionados à APS, como a implantação de centros de atenção aos casos sintomáticos, ampliação de leitos de unidade de terapia intensiva, UTI móvel e investimentos em laboratórios locais para testagem, entre outros. Foi relatada também a compra de insumos, tais como oxigênio, testes COVID e equipamento de proteção individual (EPI).

Em vários momentos, os relatos se desdobram em considerações sobre a facilidade na contratação de “ *empresas particulares* ”, que garantiriam o funcionamento dos serviços, ou compra de insumos, mesmo com o aumento de preços que caracterizou o período. Um relatou a contratação

de empresa privada para o provimento de recursos humanos para dois centros COVID:

[...] ela me mandava o médico, a enfermeira e o técnico para me auxiliar, entendeu? Então eu usei esse dinheiro fazendo os covidários funcionarem. Eu fazia, fiz, entendeu? Contratei empresas particulares, médicas para poder fazer esse trabalho para mim, e eu só fazia a gestão [...] isso fluiu superbem [...] a gente exigia dos médicos o que a gente queria, que viessem trabalhar. Não era só vir, tinha que ir ali e ficar das 8 às 5 para fazer o atendimento (M5).

Quanto ao uso dos recursos COVID na APS, um dos entrevistados enfatizou que esse nível de atenção não foi atendido. Os poucos exemplos descritos referiam-se à compra de EPI e contratação de empresa para a limpeza das unidades. Esse mesmo entrevistado afirmou que a maior parte dos recursos gastos na atenção básica durante a pandemia veio de “ *aporte municipal* ”.

Em três municípios foram mencionados os recursos EP. Importante ressaltar que a menção foi feita em municípios com diferentes valores *per capita* de repasses por EP. Um dos relatos trouxe posicionamentos bastante críticos a essa forma de transferência, apontando, de maneira geral, para o fato do recurso ser direcionado em muitas vezes para gastos que não refletiam as necessidades locais. Um dos entrevistados fez referência a “ *emendas de equipamentos* ”, frequentemente “ *o equipamento nem é necessário* ” (M6). Na visão desse entrevistado o recurso deveria vir de “ *forma mais abrangente* ”, podendo ser usado “ *de uma forma mais tranquila* ”.

Em outro município, ainda que o entrevistado demonstrasse entusiasmo quanto às possibilidades de gastos que os recursos por EP, foi possível identificar reflexões que demonstraram discordância com essa modalidade. Segundo o relato, a gestão elabora um plano de trabalho para dois anos com o objetivo de manter uma equipe de saúde da família para atuar na atenção básica, o que é visto como algo importante. No entanto, a crítica se expressou na afirmação: “ *todo município que colocar uma estratégia de saúde da família já deveria ter esse apoio do Ministério da Saúde* ” (M5). Ou seja, não depender dos recursos repassados por EP.

Já o terceiro município que mencionou recebimento dessa modalidade não fez críticas explícitas aos repasses, valorizando a flexibilidade e a autonomia inerentes à execução desse recurso. Na sua visão, ele possibilita atender demandas feitas por integrantes da equipe de saúde:

Agora a gente também tem bastante emendas para custeio. Então assim... a gente consegue tudo

o que as meninas pedem... às vezes até uma coisa que foge... por exemplo, um curativo para uma pessoa que está com uma úlcera, pontual... a gente consegue comprar [...] a gente não tem muito problema com questão de materiais (M3).

Nesse mesmo município, o recurso de emenda parlamentar possibilitou a compra de um gerador para a manutenção da refrigeração das vacinas. Segundo ele, essa era uma grande preocupação dos profissionais da equipe, pela possibilidade de perdas devido à falta de energia:

Teve dias, meia-noite, o motorista me ligar e a gente correr atrás de posto de combustível, que tinha acabado o combustível [...] é uma preocupação muito grande porque a gente sabe da importância dessas vacinas, né? Principalmente na época do covid (M3).

Cabe ainda ressaltar que parte dos entrevistados demonstrou certa imprecisão quanto à origem e ao montante dos recursos financeiros direcionados ao enfrentamento da pandemia. Chama atenção que em um município de maior porte o secretário e a coordenação da atenção básica declararam explicitamente desconhecer a administração financeira dos recursos, fazendo referência a um mesmo profissional reconhecido por ambos como o real responsável pela tarefa. É possível identificar certa fragmentação de responsabilidades, explicitada no comentário da coordenadora da AB:

Eu me envolvo mais com a parte de atenção básica do que de recurso porque eu sou sozinha. [...] então a gente aqui meio divide as coisas. Só que, assim, foi muita dificuldade, e, aí, não posso te falar o quanto a gente recebeu. A gente recebeu uma quantidade boa de verbas [...] só que a gente tinha que ficar solicitando, o tempo todo... (M4).

Em alguma medida, na fala do gestor também foi identificado o desconhecimento sobre o regramento que envolve as motivações e o uso dos recursos transferidos pela União: “*Eu não tenho muito conhecimento no Previde Brasil porque quem realmente faz a gestão é o [nome do profissional]*” (M4).

Certamente a fragmentação da responsabilidade ou o desconhecimento sobre a motivação e o uso dos recursos transferidos pelas esferas federal ou estadual não é uma característica de todas as gestões municipais de saúde.

Discussão

O uso dos estudos de caso com métodos mistos incorporados possibilitou o adensamento de in-

formações concretas que complementam o fenômeno subjetivo emergente nas entrevistas, facultando a caracterização aprofundada do contexto financeiro a partir do qual os gestores municipais construíram sua percepção. E com o método complementar incorporado (dados quantitativos), identificou-se a expressiva heterogeneidade das realidades locais investigadas.

Os casos selecionados guardavam especificidades nos seus indicadores de despesas em saúde, que se refletiram em grande diferença do valor *per capita* gasto anualmente entre eles, confirmando a grande diversidade nas variáveis de gastos em saúde nos municípios brasileiros²⁸. Em comum, todos eles demonstraram comprometer bem mais que os 15% da sua receita própria, conforme orienta a Lei nº 141²⁹, de 2012, apontando para uma possível resiliência econômica do nível local, nos termos apresentados por Costa².

Observou-se também que, exceto Paulínia, houve grande participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde. Chama atenção a tendência de variação dessa participação nos três anos analisados. Essa variação trouxe importantes desafios para a gestão municipal, principalmente às cidades de menor renda, que dependem mais das transferências¹. Contudo, em termos *per capita*, observou-se que nem sempre os municípios menos populosos foram os mais beneficiados³⁰. De forma geral, as transferências federais para os FMS reiteraram importantes diferenças entre os municípios selecionados e reflete a grande heterogeneidade brasileira, conforme apontado por Fernandes e Pereira²⁸. Vale ressaltar, porém, a homogeneidade percebida no sentido de que os maiores repasses totais *per capita* foram acompanhados de maiores repasses EP *per capita*.

Já em relação aos repasses específicos para a COVID, Peruíbe e Juquitiba, selecionados pela falta de elementos que favorecessem o cuidado ampliado APS para o evento pandêmico, receberam menores repasses em valores *per capita*. A distribuição dos recursos financeiros para o combate à pandemia seguiu a lógica geral de desigualdade de distribuição dos recursos dentro do pacto federativo²⁸. Isso não significa, contudo, que a diferença de valores seria a causa para as dificuldades no enfrentamento à crise sanitária, tendo em vista o contexto político, econômico e social que conformou o período pandêmico no cenário nacional³¹⁻³³.

A análise dos casos selecionados não permite afirmar que os gastos *per capita* em saúde tenham sido empregados para incrementar a APS em sua

capacidade de organização do cuidado ampliado. Peruíbe, que apresentou um gasto por habitante intermediário, foi selecionado por não ter apresentado esse perfil, segundo os critérios escolhidos. Já Piracaia, com o segundo menor gasto *per capita*, foi selecionado pela existência de ações no território e continuidade do cuidado na atenção primária, que tenderiam a promover o cuidado ampliado para COVID.

Tendo em vista que o período em análise foi caracterizado por uma série de medidas de transição na implementação do novo modelo de financiamento da APS, que buscavam atenuar eventuais perdas de recursos⁷, não foi possível identificar nas falas dos gestores uma percepção clara dos reflexos do Previne Brasil no orçamento municipal e, conseqüentemente, na gestão da pandemia.

Evidenciou-se que os recursos para o enfrentamento da crise sanitária foram alocados principalmente na média e alta complexidade, em parte em resposta ao forte direcionamento das portarias que orientaram a alocação dos recursos extraordinários para esse nível assistencial, conforme demonstrado por Faleiros e Pereira³⁴. No estado de São Paulo as transferências seguiram a tendência nacional, com recursos direcionados a habilitação de leitos específicos para a doença pandêmica (de UTI e de suporte ventilatório, serviços temporários, denominados centros COVID, entre outros)³³. Independente do volume de recursos repassados e do nível de complexidade da atenção em que foram alocados, os gestores de todos os municípios participantes reconheceram os repasses financeiros para o enfrentamento à pandemia como uma importante forma de apoio do governo federal. Em alguns casos, a percepção foi de acesso excepcional aos recursos, até então não vivenciados por eles. Esse fato sugere que, no contexto de desfinanciamento, os recursos extraordinários significaram em muitos casos a possibilidade de os gestores organizarem o sistema de saúde municipal segundo seu entendimento das necessidades de saúde e as respostas possíveis a elas, ainda que também nesse caso existisse o “engessamento” no uso dos recursos³⁴.

Em relação à APS, além da menção de um dos entrevistados de que esse nível de atenção depende principalmente dos recursos próprios do município, os relatos sobre a sua utilização também parecem corroborar o argumento sobre os desencontros de entendimento dos diferentes entes quanto ao papel da APS⁸. Por vezes os municípios seguem a tendência federal de priorizar a atenção hospitalar em detrimento do cuidado no âmbito do território⁸.

Em relação à fragmentação de responsabilidades e ao desconhecimento de gestores sobre os recursos transferidos pelas esferas federal ou estadual, esta não é uma característica de todas as gestões municipais de saúde. É preciso considerar, no entanto, tendo em vista a grande diversidade de realidades dos municípios brasileiros, que nem sempre os gestores estão aptos a oferecer reflexões sobre o planejamento financeiro da política de saúde local.

Os dados quantitativos evidenciaram que todos os municípios estudados receberam repasses por emenda parlamentar. No entanto, sem serem estimulados a falar sobre esse incentivo, apenas os gestores de três municípios mencionaram os recursos EP. A emergência espontânea desse tema em seus discursos sugere lugar de destaque dessa modalidade para esses participantes. Vale ressaltar que análises recentes sobre o financiamento do SUS também apontam a importância dos repasses por EP. Para Batista *et al.*³⁵, eles são instrumentos de participação do Legislativo no processo orçamentário, sendo a saúde um dos principais setores de atuação desse mecanismo. A compulsoriedade da execução das EP a partir das Emendas Constitucionais nº 86, de 2015, e nº 100, de 2019, levou ao rápido crescimento desse tipo de despesa na área da saúde, em decorrência não apenas das emendas individuais e das de bancada estadual, mas também pelas do relator^{30,36,37}. Logo, é possível supor que, no período recente, as EP vêm impactando grande parte das gestões locais do SUS, tendo em vista a influência dos repasses federais nos orçamentos municipais para a saúde.

Segundo Carnut *et al.*³⁸, são poucos os estudos que abordam a relação entre as emendas parlamentares e a alocação de recursos em saúde. Em que pese os benefícios que as EP podem trazer ao atendimento de demandas identificadas a partir da realidade locorregional, estudos apontam para possíveis efeitos indesejados nesse tipo de dispositivo^{30,35,38}. Entre outros, a existência de um padrão instável de execução, que pode impactar negativamente o planejamento de médio e longo prazo; a falta de critério de distribuição dos recursos que promova a equidade, podendo beneficiar os municípios e estados de forma desigual; e a falta de transparência na execução orçamentária desse dispositivo, que não promove o adequado controle da sociedade sobre o uso dos recursos financeiros.

Alguns entrevistados expressaram importantes críticas à inadequação desse tipo de financiamento, relacionadas ao investimento em equi-

pamentos que não são necessários e ao uso em políticas que precisariam ter financiamento regular, confirmando a preocupação sobre essa sistemática de repasses em relação ao planejamento regional. Ainda assim, vale ressaltar que um relato demonstra que a gestão tinha um plano de uso do recurso EP em dois anos, a fim de manter o funcionamento de uma equipe de saúde da família (eSF), o que revela o esforço do município em fazer um planejamento possível. Sugere-se que, em alguma medida, parte dos recursos EP pode estar sendo direcionada para ações e serviços que eram contemplados por incentivos suprimidos na formulação da política de atenção básica mais recente, tal como os direcionados para as eSF¹⁴. Infere-se que os relatos que demonstram satisfação da gestão no acesso aos recursos EP relacionam-se mais com a autonomia na decisão das despesas em ações e serviços a partir do reconhecimento das necessidades locais¹¹.

Por fim, cabe ressaltar, os relatos sugerem que parcela considerável dos recursos repassados foi empregada na contratação de empresas privadas para suprir necessidades da gestão em serviços de saúde durante a pandemia, como identificado em outro estudo sobre o papel dos gestores na pandemia⁹, indicando certa consolidação dessa tendência. A natureza excepcional do recurso COVID e irregular dos recursos EP, junto com os constrangimentos sofridos pela gestão municipal para a contratação de pessoal, induzindo a terceirização^{39,40}, reforçam o caráter mercantilizado do SUS ao promover a participação de agentes privados no provimento das ASPS.

Conclusão

O estudo evidenciou distintas percepções dos gestores sobre os recursos extraordinários para o combate à COVID. Além disso, também foi possível identificar percepções relacionadas aos repasses originados nas emendas parlamentares. Dado o relevante envolvimento e engajamento dos gestores municipais no planejamento e execução dos recursos para a saúde, encontrando saídas pragmáticas que atendiam às demandas locais, notou-se seu papel de destaque em influenciar os rumos do modelo de atenção no SUS. As especificidades locais – populacionais, de gastos em saúde e de acesso aos recursos federais – evidenciaram distintas estratégias de gestão financeira e alocação dos recursos. Mas, no que tange aos usos, demarcou a tendência em privilegiar a alocação em outros pontos de atenção à COVID, que não a APS, e a contratação de empresas privadas.

Considerando a complexidade inerente aos fluxos e às normativas em relação aos repasses financeiros e à heterogeneidade que atravessa a desigualdade entre os municípios, alguns gestores expressaram domínio de conhecimento quanto à forma de uso dos repasses, tecendo críticas ou reconhecendo vantagens, enquanto outros delegaram a gestão financeira a outros profissionais das secretarias de saúde. Independente disso, foi possível constatar a valorização da autonomia no uso dos recursos em vários relatos.

No sentido do fortalecimento do SUS, vale reforçar a necessidade de buscar estratégias voltadas para o robustecimento dos diferentes níveis de gestão, que orientem o processo de trabalho dos gestores e permitam ao financiamento extrapolar a dimensão de tutela dos gestores por meio dos incentivos.

Colaboradores

LS Duarte contribuiu na concepção geral do artigo, desenvolvimento da metodologia e pesquisa, nas análises dos dados, discussão do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. MMO Viana contribuiu na concepção geral do artigo, desenvolvimento da metodologia e pesquisa, nas análises dos dados, discussão do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. MT Garcia contribuiu no desenvolvimento da pesquisa e da metodologia, na elaboração das figuras e revisão final, abstract. C Malinverni contribuiu no desenvolvimento da pesquisa e da metodologia e na revisão final do texto. TEC Rosa contribuiu no desenvolvimento da pesquisa e da metodologia. MVF Neves contribuiu no desenvolvimento da pesquisa, na formatação, organização das referências e revisão final do artigo. LAA Dantas contribuiu no desenvolvimento da pesquisa, na formatação, organização das referências e revisão final do artigo.

Referências

1. Cruz WGN, Barros RD, Souza LEPF. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Cien Saude Colet* 2022; 27(6):2459-2469.
2. Costa NR. A resiliência das grandes cidades brasileiras e a pandemia da Covid-19. *Saude Debate* 2021; 45(n. esp. 2):10-20.
3. Duarte LS, Viana MMO, Scalco N, Garcia MT, Felipe LV. Incentivos financeiros para mudança de modelo na atenção básica dos municípios paulistas. *Saude Soc* 2023; 32(1):e210401pt.
4. Vieira FS, Benevides RPS. *Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília: Ipea; 2016.
5. Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, Benevides RPS. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saude Debate* 2020; 44(n. esp. 4):114-129.
6. Funcia F, Bresciani LP, Benevides R, Ocké-Reis CO. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. *Saude Debate* 2022; 46(133):263-276.
7. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica* 2022; 38(2):e00164621.
8. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins Filho PR, Santos VS. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the Covid-19 pandemic. *Braz Oral Res* 2020; 34:e047.
9. Tasca R, Carrera MBM, Malik AM, Schiesari LMC, Bigoni A, Costa CF, Massuda A. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 1):15-32.
10. Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques RM, Piola SF, Carrillo AR, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES); 2016. p.169-204.
11. Duarte LS, Mendes ÁN, Louvison MCP. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saude Debate* 2018; 42(116):25-37.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
13. Aguilar-Guerra TL, Reed G. Mobilizing Primary Health Care: Cuba's Powerful Weapon against Covid-19. *MEDICC Rev* 2020; 22(2):53-57.
14. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00040220.
15. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saude Debate* 2019; 43(n. esp. 5):137-144.

16. Giovannella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25:1475-1482.
17. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
18. Creswell JW, Plano Clark VL. *Pesquisa de Métodos Mistos*. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
19. Champagne FA. Análise da implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 217-238.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
21. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, Grabois V, Campos GWS. O papel da Atenção Primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. *Cad Saude Publica* 2020; 36(6):e00104120.
22. Engstrom E, Melo E, Giovannella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM. *Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Observatório Covid-19: Série Linha de cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020 [acessado 2023 mar 13]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>.
23. World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund (UNICEF). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the Covid-19 pandemic. Interim guidance* [Internet]. Geneva; 2020 [cited 2023 mar 13]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *SIOPS: Indicadores Municipais* [Internet]. 2019 [acessado 2023 mar 6]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consdeta-lhereenvio2.php>.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Fundo Nacional de Saúde (FNS)* [Internet]. Brasília: MS; 2020 [acessado 2023 fev 28]. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/>.
26. Souza MLG, Figueiredo Júnior WP, Bosio AL. *Aplicação de recursos decorrentes de emenda parlamentar para incremento do PAB e do MAC. Nota Técnica n. 6*. Brasília: Câmara dos Deputados; 2019.
27. Informações dos Municípios Paulistas (IMP). *Projeções populacionais - Seade* [Internet]. [acessado 2023 fev 28]. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>.
28. Fernandes GAAL, Pereira BLS. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Rev Adminis Publica* 2020; 54(4):595-613.
29. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 13 jan.
30. Vieira FS. *Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020). Texto para Discussão 2732*. Rio de Janeiro: Ipea; 2022.
31. Ouverney ALM, Fernandes FMB. Legislativo e Executivo na pandemia de Covid-19: a emergência de uma conjuntura crítica federativa? *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 1):33-47.
32. Braga JCS, Oliveira GC. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. *Cad Saude Publica* 2022; 38:e00325020.
33. Chioro A, Moretti B, Harada J, Bragagnolo LM, Furtado LAC, Melo MA, Sóter APM, Bigal AL, Giannotti EM, Tofani L, Passos DV, Feliciano DGCF, Camargo FSL, Silva GR, Bernardino JVC. *Financiamento do SUS e garantia de direitos: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19* [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2021.
34. Faleiros DR, Pereira BLS. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. *Cien Saude Colet* 2021; 26(11):5639-5651.
35. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD, Garcia M, Andrade CLT, Gerassi CD. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cad Saude Publica* 2012; 28(12):2267-2279.
36. Vieira FS. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. *Rev Saude Publica* 2020; 54:127.
37. Piola SF, Vieira FS. *As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde* *Texto para Discussão 2497*. Rio de Janeiro: Ipea; 2019.
38. Carnut L, Andre ECG, Mendes Á, Meira ALP. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. *Saude Debate* 2021; 45(129):467-480.
39. Santos JA, Mendes ÁN, Pereira AC, Paranhos, LR. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1269-1280.
40. Brasil. Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19). *Diário Oficial da União* 2020; 27 maio.

Artigo apresentado em 28/04/2023

Aprovado em 14/08/2023

Versão final apresentada em 16/08/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva