

The logo for CEUB (Centro de Educação Universitária Brasileira) is displayed in a white, stylized font against a dark red background. The letters 'C', 'E', 'U', and 'B' are interconnected, with the 'U' and 'B' sharing a vertical stem.

EDUCAÇÃO SUPERIOR

ISSN 2236-1677

The cover features a photograph of a modern, white building with large glass windows and a prominent white statue of a seated woman holding a book. The building is situated on a hillside with a large, curved walkway and a pool of water in the foreground. The sky is blue with scattered white clouds. The entire cover is framed by a dark red border with a subtle floral pattern.

REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY

Gastos com atenção primária à saúde em municípios de grande porte do estado do Ceará de 2018 a 2021

Spending on primary health care in large cities in the state of Ceará from 2018 to 2021

Diógenes Farias Gomes

Camila Cristina Ripardo da Silva

VOLUME 14 • Nº 2 • AGO • 2024

Sumário

1. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, TEMAS EMERGENTES E POLÊMICOS	15
“DIREITO TINHA, O QUE FALTAVA ERA O ACESSO” : UMA ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DO ABORTO LEGAL NO BRASIL.....	17
Henderson Fürst, Lorenna Medeiros Toscano de Brito e Mariana de Siqueira	
UM QUADRO DE INJUSTIÇAS: POBREZA E DIGNIDADE MENSTRUAL E O PROGRAMA DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENSTRUAL	36
Nathália Lipovetsky e Silva e Diego Márcio Ferreira Casemiro	
JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À CANNABIS MEDICINAL NO BRASIL: O PARADOXO DO PROIBICIONISMO NO CONTROLE DE DROGAS E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	56
Luiz Fernando Kazmierczak, Leonardo Bocchi Costa e Carla Graia Correia	
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: NUDGES PODEM AJUDAR?	78
Benjamin Miranda Tabak e Ângela Maria de Oliveira	
DESCUMPRIMENTO DA JORNADA DE TRABALHO MÉDICA NO SUS: ESTUDO TRANSVERSAL DE DECISÕES DOS TRIBUNAIS DE CONTA ESTADUAIS	97
Rodrigo França Gomes e Marco Antonio Pereira Querol	
ESTRATÉGIAS INOVADORAS EM POLÍTICAS PÚBLICAS: O USO DA TELEMEDICINA PELO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	115
João Mendes Rocha Neto, Paulo Estevão Rodrigues Machado, Gláucia Costa Moraes e Juliane Aparecida Bundhak	
POLÍTICA DISTRITAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: QUAIS OS CAMINHOS PARA A SUA IMPLEMENTAÇÃO?	139
Helen Altoé Duar Bastos, Clara Cecília Ribeiro de Sá, Andhressa Araújo Fagundes e Verônica Cortez Ginani	
GASTOS COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE DO ESTADO DO CEARÁ DE 2018 A 2021	158
Diógenes Farias Gomes e Camila Cristina Ripardo da Silva	
2. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E INDÚSTRIA FARMACÊUTICA .	182
PROCESSO DE INOVAÇÃO NA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NACIONAL: DESAFIOS PARA O INCREMENTO À PESQUISA E DESENVOLVIMENTO	184
Rodrigo Mikamura Garcia e Daniel Nagao Menezes	

AS LICENÇAS COMPULSÓRIAS COMO MECANISMO DE AUXÍLIO À CONCRETIZAÇÃO DO OBJETIVO O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 3 DA AGENDA 2030 DA ONU 201
Júlia Cavalcanti Roman, Cristiani Fontanela e Suelen Carls

MONITORAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM DIREITOS FUNDAMENTAIS: A REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS POR MEIO DA CMED 228
Rômulo Goretti Villa Verde, Liziene de Oliveira Rodrigues e Marcos Vinício Chein Feres

3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, PANDEMIA E QUESTÕES CORRELATAS 244

UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS LEGAIS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: OS PRIMEIROS DUZENTOS DIAS DE LEGISLAÇÃO COVID-19 246
Daniel Luciano Gevehr e Ana Cristina Tomasini

CPI DA COVID E A NECROPOLÍTICA DESVELADA: A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA COMO INSTRUMENTO DE EXTERMÍNIO POPULACIONAL 265
Leonardo Bocchi Costa, Luiz Fernando Kazmierczak e Luiz Geraldo do Carmo Gomes

A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO NORTE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ENTRE RECOMENDAÇÕES E MEDIAÇÕES DE CONFLITOS SOCIOJURÍDICOS 284
Raquel Maria da Costa Silveira, Flávio Luiz Carneiro Cavalcanti, Ana Mônica Medeiros Ferreira, Haroldo Helinski Holanda e Myrella Santos da Costa

FUNDOS DE REPARAÇÃO NO DIREITO DE DANOS: UM ENSAIO CONFRONTADO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VACINAIS BRASIL – ARGENTINA NA COVID-19 305
Patrícia Ribeiro Serra Vieira, Felipe Rhamnusia de Lima e Raphael Saydi Macedo Mussi

CRISE SANITÁRIA DA COVID-19 E AS ESTRATÉGIAS DOS BUROCRATAS EM NÍVEL SUBNACIONAL PARA O PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR 327
Fábio Resende de Araújo, Dinara Leslye Macedo e Silva Calazans, Luciana Laura Gusmão Cordeiro, Cleidson Costa de Lima e Antonio Teófilo Pinheiro Neto

4. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SANEAMENTO 344

AS TUTELAS INDIVIDUAIS DOS DIREITOS DA PERSONALIDADE E A EFICÁCIA DO MARCO LEGAL DO SANEAMENTO BÁSICO 346
Gilberto Fachetti Silvestre e Lilian Márcia Balmant Emerique

5. POLÍTICAS PÚBLICAS E NOVAS TECNOLOGIAS 375

INTROSPECTING THE DIGITAL DYNAMICS: RECONNECTING THE INTERPLAY BETWEEN PRIVACY, SURVEILLANCE, AND GOVERNANCE IN THE GLOBAL LANDSCAPE, WITH A SPECIAL FOCUS ON INDIA 377
Neha Agashe e Anuttama Ghose

EL FUTURO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL MARCO EUROPEO.....	396
Emilia María Santana Ramos	
6. POLÍTICAS PÚBLICAS E JUDICIALIZAÇÃO	417
CONSTITUTIONAL ADJUDICATION, NON-LEGAL EXPERTISE AND HUMILITY	419
Ana Paula de Barcellos	
USER-CENTRIC APPROACH: INVESTIGATING SATISFACTION WITH PORTUGUESE JUSTICE SERVICES	440
Pedro Miguel Alves Ribeiro Correia, Maria Beatriz Sousa, Sandra Patrícia Marques Pereira e Fabrício Castagna Lunardi	
7. OUTROS TEMAS EM POLÍTICAS PÚBLICAS.....	464
COMUNALIZAR LOS HUMEDALES URBANOS: UNA PROPUESTA PARA UNA GOBERNANZA LOCAL, DEMOCRÁTICA Y EFICIENTE DEL DESARROLLO SUSTENTABLE	466
Benoît Delooz Brochet	
INVERSIÓN PÚBLICA Y SU INFLUENCIA EN LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA MONETARIA EN LA REGIÓN DEL CUSCO PERIODO 2008-2021: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	488
Armando Tarco Sánchez e Luz Marina Palomino Condo	
FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO EN LAS ORGANIZACIONES ASOCIATIVAS AGROPECUARIAS EN LA REGIÓN OCCIDENTE DE COLOMBIA.....	502
Jhon Jairo Mosquera Rodas e Milena Velandia Tamayo	

Gastos com atenção primária à saúde em municípios de grande porte do estado do Ceará de 2018 a 2021*

Spending on primary health care in large cities in the state of Ceará from 2018 to 2021

Diógenes Farias Gomes**

Camila Cristina Ripardo da Silva ***

Resumo

Busca-se analisar, neste artigo, a evolução dos gastos públicos com Atenção Primária em Saúde (APS) em municípios de grande porte do estado do Ceará, no período de 2018 a 2021. Em relação à metodologia, trata-se de uma análise crítica, qualitativa e quantitativa, dos dados de execução orçamentária e financeira do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e dos portais das transparências dos municípios. Teve como cenário os cinco maiores municípios em população do estado do Ceará, sendo Fortaleza, Caucaia, Juazeiro do Norte, Maracanaú e Sobral. Para a análise dos dados, delimitaram-se oito indicadores que fundamentaram os resultados e a discussão. Constatou-se uma queda da média de gastos com APS no período analisado. A pandemia por Covid-19, em 2020, não repercutiu, de forma ampla, em aumento dos gastos com APS. Em alguns municípios, nesse ano, os gastos com APS apresentaram queda, mesmo com a reposição de recursos extraordinários nos orçamentos dos municípios. Em 2021, os gastos totais em saúde e com APS tiveram redução em relação a 2020. A conclusão esclarece a relação desproporcional entre o volume populacional e o valor empregado nos gastos com saúde e APS. Desse modo, teoricamente, orienta sobre a insuficiência do financiamento da saúde e da APS com base na análise dos gastos. O estudo contribuiu para o fortalecimento de evidências científicas sobre financiamento e comportamento dos gastos com a Atenção Primária à Saúde, potencializando análises nos campos da Gestão Pública, Políticas Públicas, Planejamento Governamental e Economia da Saúde, e na área da saúde coletiva.

Palavras-chave: gastos públicos com saúde; gastos em saúde; atenção primária à saúde.

* Recebido em: 19/10/2023.
Aprovado em: 01/07/2024.

** Pós-doutorando pela Fundação Oswaldo Cruz. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente da Faculdade Luciano Feijão.

E-mail: diogenesfgo@gmail.com.

*** Administradora pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Gestora Pública Financeira da Saúde de Sobral/CE.

E-mail: camilaripardo@sobral.ce.gov.br.

Abstract

This article aims to analyze the evolution of public spending on Primary Health Care (PHC) in large municipalities in the state of Ceará, from 2018 to 2021. Regarding the methodology, it is a critical, qualitative and quantitative, budgetary and financial execution data from the Public Health Budget Information System (SIOPS) and municipal transparency portals. It took

place in the five largest municipalities by population in the state of Ceará, being Fortaleza, Caucaia, Juazeiro do Norte, Maracanaú and Sobral. For data analysis, eight indicators were defined that supported the results and discussion. There was a drop in average spending on PHC in the period analyzed. The Covid-19 pandemic in 2020 did not have a broad impact on an increase in PHC spending. In some municipalities, this year, spending on PHC fell, even with the replacement of extraordinary resources in the municipal budgets. In 2021, total spending on health and PHC decreased compared to 2020. The conclusion clarifies the disproportionate relationship between population volume and the amount used in health and PHC spending. In this way, theoretically, it provides guidance on the insufficiency of health and PHC financing based on the analysis of expenses. The study contributed to strengthening scientific evidence on financing and spending behavior on Primary Health Care, enhancing analyzes in the fields of Public Management, Public Policies, Government Planning and Health Economics, and in the area of collective health.

Keywords: public expenditures on health; health expenditures; primary health care.

1 Introdução

O SUS é um sistema universal financiado pela participação de toda a sociedade, por meio do sistema de seguridade social, e, com isso, oferta ações e serviços para toda a população, independentemente de o indivíduo optar, também, pelo setor privado. O Princípio da Universalidade constitui, portanto, o pilar do modelo de financiamento da saúde, sendo junto aos outros dois princípios doutrinários, integralidade e equidade, orientadores para a aplicação e execução dos recursos financeiros¹.

No decorrer das duas primeiras décadas do século XX, instauraram-se medidas político-administrativas que definiram o percentual mínimo de participação dos municípios, estados e união nos investimentos das ações e serviços de saúde². Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, deu abertura para a variação dos repasses financeiros anuais até 2012³. A Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, instituiu o valor mínimo e normas de cálculo do montante a ser aplicado nas três esferas de governo⁴, sendo a base para regularização da Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, que visa assegurar a possibilidade dos recursos mínimos para financiamento no SUS⁵.

A LC 141/2012 regulamenta que os Estados e o Distrito Federal tenham o dever de aplicar, anualmente, no mínimo 12% (doze por cento) da arrecadação de impostos, deduzidos das transferências realizadas aos municípios. Enquanto isso, os municípios devem aplicar o mínimo de 15% (quinze por cento) dos recursos arrecadados de impostos e transferências constitucionais e legais. O percentual realizado pode ser maior a

¹ VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n1/181-190/pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

² ROSSI, P.; DAVID, G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 267-280, 2021. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/560>. Acesso em: 03 ago. 2023.

³ BRASIL. *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28 jul. 2023.

⁴ BRASIL. *Lei Complementar n.º 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, Distrito Federal 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 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 28 jul. 2023.

⁵ BRASIL. *Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000*. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 27 jul. 2023.

dependem de circunstâncias especiais na operacionalização das ações e serviços de saúde, necessidades epidemiológicas, socioeconômicas, e das prioridades na política de governo.

As definições impostas na LC 141/2012 intensificaram a participação da união, dos estados e municípios em relação à coparticipação do financiamento e, conseqüentemente, a contas de saúde. Os percentuais mínimos exigidos podem ser vistoriados por meio de sistemas regulatórios como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Fundo Nacional de Saúde (FNS) e os portais da Transparência, que auxiliam no monitoramento da execução financeira.

Entre os levantamentos de gastos em saúde no Brasil, estão disponíveis análises das contas de saúde seguindo o modelo adotado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), por meio do *System of Health Accounts* (SHA). Com essa metodologia, uma avaliação divulgada em 2022 apresentou que o total de gastos em saúde em valores correntes, ou seja, em valores nominais de cada ano, passou de “R\$ 531,8 bilhões em 2015 para R\$ 710,4 bilhões em 2019”, o que correspondeu em termos de valores *per capita* a um aumento de 29,3% no período⁶. A mesma publicação indica que o crescimento médio do total de gastos em saúde foi de 7,5% a.a. no período, sendo o crescimento dos regimes de financiamento governamentais (5,8% a.a.) inferior ao dos planos privados e regimes com contribuições voluntárias de pré-pagamento (9,2% a.a.) e de pagamento direto dos bolsos das famílias (8,1% a.a.)⁷.

Estima-se que, em 2019, o SUS tenha perdido R\$ 20 bilhões em investimento do governo federal, decorrendo do exercício da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95), e que, até 2027, esse impacto será de R\$ 50,7 bilhões⁸.

Portanto, supõe-se que há essa incompatibilidade entre o financiamento público e os gastos em saúde, asseverada por medidas político-normativas instituídas nos últimos anos, o que desencadeia um desequilíbrio das contas de saúde e interfere na efetividade das ações e dos serviços prestados pelo SUS. Considera-se que os gastos em saúde oscilam conforme os valores e o perfil da oferta assistencial, sendo os serviços de média e alta complexidade clínica os que agregam os maiores montantes, chegando a mais 50% da alocação do recurso em alguns casos⁹.

Estima-se que, em países de renda média, o gasto público em saúde *per capita* tenha aumentado desde o início do século, chegando a uma média de 6% ao ano, e superando o patamar de US\$ 270,00, em 2019 (R\$ 1.083,51, considerando do Dólar a US\$ 4,013, em 2019), enquanto em países de renda baixa esse gasto chegou a US\$ 60,00 (R\$ 240,78, considerando o mesmo ano) (OPAS, 2019). No Brasil, em 2014, os gastos públicos como porcentagem do PIB chegaram a, apenas, 3,8%, em comparação com países de sistema de saúde universal (França – 9%; Itália – 7%; Portugal – 6,2%; Espanha – 6,4%; Reino Unido – 7,6%) esse percentual encontra-se inferior¹⁰.

Como reflexo da EC 95/2016, o desfinanciamento federal da saúde se intensifica, aderindo ao congelamento dos gastos até 2027. Considerando-se as despesas federais em 2016, o montante chegou a R\$ 107,6

⁶ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Gasto per capita com saúde aumentou 29,3% de 2015 a 2019*. 2022. Disponível em: https://www.IPEA.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38914. Acesso em: 30 jul. 2023.

⁷ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019*. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2022. Disponível em: https://www.IPEA.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/220202_livro_contas_de_saude.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

⁸ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016*. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 28 jul. 2023.

⁹ MAZON, L. M. *et al.* Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate*, v. 42, n. 116, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YLgMyxhMY3z99DXHTNr5GBv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

¹⁰ FIGUEIREDO, J. O.; PRADO, N. M. B. L.; MEDINA, M. G.; PAIM, J. S. Gastos públicos e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*, v. 42, n. spe. 2, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzswsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

bilhões, e de R\$ 109,1 bilhões em 2017. Desse modo, o financiamento se tornou R\$ 3,9 bilhões inferior em, apenas, um ano, considerando a deflação pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), em 2017¹¹.

O desfinanciamento da saúde pública reverbera no resgate e supervalorização do modelo biomédico, centrado na assistência de média e alta complexidade, em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no nível da Atenção Primária. Trata-se de uma ameaça ao modelo de saúde centrado na pessoa e na família, com a desvalorização dos serviços ofertados no seio da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹².

Em 2017, a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) alterou as propostas assistenciais de organização das equipes de saúde da família, extinguiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e flexibilizou a organização das unidades de saúde. A revisão da PNAB tratou-se de uma adequação à política organizacional de austeridade em ascensão desde então, caracterizando novos caminhos para o financiamento desse nível de atenção¹³.

Organizou-se o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da transferência do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, em valores definidos pelo valor *per capita* multiplicado pela população de cada município, e variável definido pela adesão às iniciativas da ESF, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe de saúde bucal na ESF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que definiam os investimentos para as ações e serviços de saúde¹⁴.

O Previne Brasil determina que o custeio da APS passe a ser constituído por: captação ponderada; pagamento por desempenho; e incentivo para ações estratégicas. A captação ponderada é repassada considerando a população e as equipes de saúde cadastradas, a situação socioeconômica da população, perfil demográfico, e tamanho do município, com limites e orientações de cálculo determinados pela portaria. O pagamento por desempenho considera os resultados dos indicadores alcançados pelas equipes cadastradas. O incentivo para as ações estratégicas ocorre conforme adesão e cumprimento de metas estabelecidas em 16 programas (Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal; Unidade Odontológica Móvel; Centro de Especialidades Odontológicas; Laboratório Regional de Prótese Dentária; Equipe de Consultório de Rua; Unidade Básica de Saúde Fluvial; Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional; Saúde do Adolescente Privado de Liberdade; Programa Saúde na Escola; Programa Academia da Saúde; Informatização da APS; Residências Médicas e Multiprofissionais; ACS; e outros que venham a ser normatizados)¹⁵.

O novo modelo de financiamento trouxe consigo a divergência entre as propostas estabelecidas em portaria e a realidade dos sistemas municipais de saúde, que, em sua maioria, enfrentam desafios no cadas-

¹¹ MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/224-243/pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

¹² MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/224-243/pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

¹³ MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*, v. 42, p. 38-51, 2018. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

¹⁴ CABREIRA, F. S.; RITTER, F.; AGUIAR, V. R.; CELESTE, R. K. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 12, e00150117, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/P77JZWz3ZJwmgVDCHWtRSB/?lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

¹⁵ BRASIL. *Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Previne%20Brasil,28%20de%20setembro%20de%202017>. Acesso em: 28 jul. 2023.

tramento dos usuários devido a problemas estruturais e de recursos humanos¹⁶. Mas a pandemia ocasionada pelo Covid-19 desacelerou a implantação do Previne Brasil, e, de maneira inesperada, promoveu o repasse de recursos financeiros para ações de prevenção aos agravos da doença.

Diante desse contexto, questiona-se: quais as principais mudanças dos gastos com APS em municípios de grande porte durante o período de crise da pandemia por Covid-19? Diante dessa questão, analisa-se, neste estudo, a evolução dos gastos públicos com Atenção Primária à Saúde em municípios de grande porte do estado do Ceará, no período de 2018 a 2021.

2 Fundamentação Teórica

O SUS possibilitou o crescimento das ações e serviços no campo da APS, e potencializou a promoção, prevenção e recuperação da saúde nas últimas décadas, fazendo com que milhões de vidas fossem salvas. Contudo, desafios organizativos, políticos e financeiros ainda embargam a efetividade do sistema público e interferem, incisivamente, nas políticas públicas exercidas principalmente a nível da APS.

A APS tem sofrido com os efeitos de políticas de austeridade dos últimos anos. A EC 95/2016, mais conhecida como a Emenda Constitucional do teto dos gastos públicos, incidiu na redução dos investimentos na saúde e educação, consequentemente impactando nos repasses financeiros aos municípios e nas ações de saúde a nível primário. As necessidades de saúde estão relacionadas aos condicionantes e determinantes de saúde, que podem ser minimizados pelos efeitos das políticas públicas. Mas a EC 95/2016 estagnou a possibilidade de o SUS avançar, de forma compatível, com as necessidades de saúde da população.

Nessa Emenda, o gasto público federal para os próximos anos segue como base o exercício de 2017, corrigidos pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). E, de forma contrária, a experiência de outros países que adotaram o teto de gastos públicos, no Brasil, somente será possível aumentar “os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras”, o que acentua, ainda mais, a irresponsabilidade dessa tomada de decisão legislativa, e dificulta a possibilidade de readequação dessa proposta. Desse modo, o crescimento das despesas do governo federal até 2036 será independente das reais necessidades da população, mesmo que haja uma melhoria da condição econômica, e isso tende a desencadear o sucateamento das políticas sociais nas áreas da saúde e educação¹⁷.

O ano de 2017 marca o início de um período de transformações também para a APS, reflexo das medidas de austeridade que têm tomado poder no cenário legislativo e executivo. A publicação da nova PNAB trouxe consigo a extinção do NASF e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), dando caminho para a mudança do modelo de financiamento nessa esfera do SUS, o que ocorreu em 2019 com o Previne Brasil. Ainda em 2019, criou-se a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, por meio da Lei n.º 13.958/2019, que permitiu a contratualização de prestadores de serviços de saúde privados para executar ações de apoio à gestão da APS, além disso, determinou e reduziu o rol de serviços assistenciais que poderiam ser ofertados à população¹⁸.

¹⁶ SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

¹⁷ MARIANO, C.M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev. Investig. Const.*, v. 4, n. 1, p.259-281, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>. Acesso em: 30 jul. 2023.

¹⁸ MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação dos recursos do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, n. 2, e00164621, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2022.v38n2/e00164621/pt>. Acesso em: 29 jul. 2023.

O Previne Brasil alterou o modelo de financiamento da APS, extinguindo os PAB fixo e variável, e implantou o repasse por desempenho. Em 2019, ele iniciou com a adoção de 7 (sete) indicadores voltados à saúde da gestante, da mulher, da criança e doenças crônicas, que seriam aumentados para 21 (vinte e um) até 2022, além dos indicadores estratégicos como Saúde na Hora, apoio à informatização e qualificação das unidades e programas de residências médica e multiprofissional¹⁹.

No entanto, em meio à implementação no Previne Brasil, a pandemia por Covid-19 fez inerte os impactos desse programa, em curto prazo, no sistema de saúde. Dessa maneira, o ano de 2020 foi inviável para a execução plena desse programa, devido à necessidade do aumento de investimentos na saúde e da adequação das práticas da ESF para suporte diagnóstico e terapêutico no enfrentamento da Covid-19, o que fragilizou a cobrança de alguns indicadores²⁰.

A simulação do impacto era de redução dos repasses para 1.354 municípios, em 2020, ou seja 24% do território nacional, devido ao baixo nível de cadastramento populacional e à classificação em município urbano adjacente, conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²¹.

Desse modo, o Previne Brasil e a pandemia por Covid-19 são dois movimentos que suscitam uma análise sobre os seus impactos nos gastos com a APS, considerando o intervalo de tempo que compreende esses eventos. Para tanto, a melhor forma de elucidar seus efeitos deve ser de maneira científica, associando o comportamento financeiro às dimensões políticas, econômicas e sanitárias, o que torna esse estudo necessário em meio ao campo da economia da saúde.

Deve-se considerar que o financiamento da APS indicou uma queda para os anos que ocorreram a maior crise sanitária por Covid-19. Em 2020, o início do Previne Brasil impactou, severamente, os municípios brasileiros, mas as necessidades emergentes de saúde fizeram com que o fenômeno do desfinanciamento fosse desacelerado.

Para tanto, verificar os gastos no período que sucede a nova PNAB e converge com as mudanças nas políticas de saúde possibilita identificar lacunas analíticas que contribuem para as discussões no campo da saúde coletiva. Tomando o Ceará como cenário para a investigação, consideram-se as variáveis de crescimento econômico no último ano, como o crescimento do PIB em 2021 de 6,63%, superando o valor nacional de 4,0%²².

3 Metodologia

Trata-se de um estudo analítico que se preocupa com inferências dos efeitos da aplicação dos recursos da saúde em consonância com os contextos políticos e epidemiológicos, tendo como horizontes para análise as receitas, despesas e modelos de financiamento no decorrer dos anos.

Considerou-se, no estudo, o cenário o estado do Ceará, em 2021, com uma população estimada de 9.240.580 habitantes (aumento de 3,77% em relação a 2015). Sua pirâmide etária é de base larga com pre-

¹⁹ SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

²⁰ MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação dos recursos do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, n. 2, e00164621, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2022.v38n2/e00164621/pt>. Acesso em: 29 jul. 2023.

²¹ SOARES, C. S. *et al.* Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. *RAHIS*, v. 18, n. 2, p. 41-54, 2021. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6827>. Acesso em: 30 jul. 2023.

²² INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. *IPECE conjuntura econômica do 4º trimestre de 2021*. 2021. Fortaleza, CE: IPECE. 2021. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2022/03/APRESENTACAO_PIB_4o_TRIM2021.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

valência populacional entre 10 e 29 anos de idade. Renda nominal mensal domiciliar *per capita* de R\$ 881,00, proporção de pessoas ocupadas em funções empregatícias de 3.630 a cada 1.000 pessoas entre 16 anos ou mais, 320.110 pessoas com ocupação em cargos públicos, defesa e seguridade social, e renda média habitual de trabalho no valor de R\$ 2.551,00²³.

A regionalização da saúde do Ceará é organizada em cinco regiões demarcadas por áreas geográficas, delimitadas por fluxos assistenciais e econômicos entre os municípios. As Regiões do Cariri, Fortaleza, Sobral, Sertão-Central e Litoral Leste-Jaguaripe, representadas, respectivamente, pelos municípios polos de Juazeiro do Norte, Fortaleza, Sobral, Quixadá e Icó cobrem todos os 184 municípios do estado para viabilizar o acesso e integralidade do cuidado²⁴.

Maior parte dos municípios cearenses são de pequeno porte populacional (n=103), com menos de 25 mil habitantes, seguido de municípios de médio porte (n=72) com 25.001 a 100 mil habitantes, e grande porte (n=9) com mais de 100.001 habitantes²⁵.

Dentre os municípios com maior contingente populacional, destacam-se: Fortaleza com 2.703.391 habitantes (29,26% da população do Estado); Caucaia com 368.918 (3,99%); Juazeiro do Norte com 278.264 (3,01%); Maracanaú com 230.986 (2,50%), e; Sobral com 212.437 (2,30%)²⁶. Esses cinco municípios representam mais de 40% da população do Estado. A diferença populacional entre o 5º maior município (Sobral) e o 6º (Crato) é de 78.524 habitantes, o que equivale à população de municípios de médio porte como Canindé, Tianguá, Acarati, Crateús e Pacajus que possuíam um contingente populacional entre 75 mil a 79 mil habitantes, em 2021²⁷. Essa diferença fez com que esse estudo se limitasse aos cinco maiores municípios como cenário de investigação. Assim, abrange municípios de três das cinco regiões de saúde: regiões de Fortaleza (municípios de Fortaleza, Caucaia e Maracanaú), do Cariri (Município de Juazeiro do Norte) e de Sobral (Município de Sobral).

Compreende-se que esses municípios possuem relevância para estabelecer uma investigação sobre os valores destinados e executados na APS no Estado do Ceará, considerando suas características populacionais, econômicas e de saúde, a fim de compreender os impactos dos modelos de financiamento.

Para seleção dos dados, consideraram-se os anos de 2018 a 2021. Os anos de interesse para análise desse estudo sucedem a implantação das condições normativas exigidas pela Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016, que “instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros”²⁸, o que condicionou a aprovação dos novos orçamentos anuais e seguintes.

O novo modelo de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil²⁹, constitui um fator de interesse devido aos impactos nas execuções orçamentárias e financeiras, perceptíveis no Sistema de Informações

²³ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades*. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: 28 jul. 2023.

²⁴ CEARÁ. *Regionalização*. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

²⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades*. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: 28 jul. 2023.

²⁶ CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010>. Acesso em: 28 jul. 2023.

²⁷ CEARÁ. *Regionalização*. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

²⁸ BRASIL. *Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 27 jul. 2023.

²⁹ BRASIL. *Portaria GM/MS n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Previne%20Brasil,28%20de%20setem>

sobre Orçamento Públicos em Saúde (SIOPS). Contudo, os dois anos anteriores à crise da saúde pela pandemia Covid-19 (2018 e 2019) e dois anos de ocorrência da pandemia (2020 e 2021) se contrapõem aos fenômenos políticos e sociais que alteraram a disposição e execução de recursos para a saúde, reverberando em consequentes mudanças na APS, que merecem ser investigadas.

Utilizaram-se, para a análise dos gastos, os Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) emitidos pelo SIOPS nos exercícios de 2018 a 2021 e dos dados do Portal da Transparência dos Municípios. Assim, contemplaram-se dados referentes, respectivamente, às esferas municipal, estadual e nacional. Também, utilizaram-se dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Organizaram-se os dados (tabulados) e processados (calculados) com o auxílio do *software Microsoft Office 2013*.

A trajetória dos municípios pode ser comparada, entre os anos de 2018 e 2021, a partir dos indicadores: gasto público em saúde; gasto público em saúde *per capita*; gasto público com APS; gasto público com APS *per capita*; gasto público com APS em relação ao gasto público em saúde; gasto público com APS oriundo de recursos municipais; gasto público com APS oriundo de recursos estaduais; gasto público com APS oriundo de recursos federais.

A análise ocorreu por meio da estatística descritiva³⁰, valorizando a categorização das informações como meio de organização dos seus resultados. Analisaram-se as séries temporais em valores reais de 2021, com a correção monetária por meio do IPCA do IBGE.

Calcularam-se as taxas de variação dos indicadores para viabilizar a comparação da trajetória dos municípios. Com a utilização dessa técnica de análise, apresentaram-se os resultados por meio de tabelas dispostas.

Sistematizaram-se os dados obtidos do SIOPS e dos Portais da Transparência dos Municípios com base no cálculo dos indicadores pré-estabelecidos, conforme o quadro 1. Para fins de apresentação dos resultados, optou-se por utilizar os valores sem o uso de decimais, a fim de simplificar a discussão.

Quadro 1 – indicadores para análise dos dados.

N	Indicador	Especificação do indicador*	Fontes dos dados
1	Gasto público em saúde (R\$)	Despesas totais com saúde	SIOPS
2	Gasto público em saúde <i>per capita</i> (R\$)	Despesas totais com saúde/população	SIOPS / IBGE
3	Gasto público com APS (R\$)	Despesa com ações e serviços públicos na APS	SIOPS e Portal da Transparência do Município
4	Gasto público com APS <i>per capita</i> (R\$)	Despesa com ações e serviços públicos na APS / população	SIOPS e Portal da Transparência do Município / IBGE
5	Gasto público com APS em relação ao gasto público em saúde (%)	Despesa com ações e serviços públicos na APS / Despesas totais com saúde	SIOPS e Portal da Transparência do Município
6	Gasto público com APS oriundo de recursos municipais (%)	Despesa com ações e serviços públicos na APS financiadas com recursos municipais / Despesas com APS	SIOPS e Portal da Transparência do Município

bro/2020de/202017. Acesso em: 28 jul. 2023.

³⁰ MORENO, L. Z.; MORCILLO, A. M. *Estatística descritiva*. Campinas, SP: UNICAMP, 2019.

N	Indicador	Especificação do indicador*	Fontes dos dados
7	Gasto público com APS oriundo de recursos federais (%)	Despesa com ações e serviços públicos na APS financiadas com recursos federais / Despesas com APS	SIOPS e Portal da Transparência do Município
8	Gasto público com APS oriundo de recursos estaduais (%)	Despesa com ações e serviços públicos na APS financiadas com recursos estaduais / Despesas com APS	SIOPS e Portal da Transparência do Município

Fonte: elaboração própria.

Para fins de constatação e segurança, compararam-se alguns dados do SIOPS com as informações de despesas disponíveis no Portal da Transparência de cada município. Para tanto, não se identificaram inconsistências em relação às informações.

Para o cálculo dos indicadores *per capita*, utilizaram-se os dados populacionais obtidos no IBGE para o quadriênio, conforme a tabela 1.

Tabela 1 – estimativa populacional dos municípios, de 2018 a 2021

Município	População estimada			
	2018	2019	2020	2021
Fortaleza	2.643.247	2.669.342	2.686.612	2.703.391
Caucaia	363.982	361.400	365.212	368.918
Juazeiro do Norte	271.926	274.207	276.264	278.264
Maracanaú	226.128	227.886	229.458	230.986
Sobral	206.644	208.935	210.711	212.437

Fonte: IBGE (2022).

4 Resultados

O primeiro indicador “gastos públicos totais em saúde” considerou todos os gastos decorrentes de recursos de fontes federais, estaduais e municipais dos municípios, com ações nas subfunções de Atenção Primária à Saúde, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilâncias em Saúde, e outras (Administração Geral) que representam, respectivamente, as subfunções organizativas utilizadas nos repasses financeiros: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição, e outras subfunções.

Como ilustração dessa decomposição do indicador “gastos públicos totais em saúde” nos municípios analisados, a respeito da trajetória do quadriênio, seu maior componente (por subfunção) são os gastos em Assistência Hospitalar e Ambulatorial, seguidos da Atenção Primária em Saúde. Seu menor componente constitui os gastos com ações em Alimentação e Nutrição. Na tabela 2, apresentam-se os gastos totais com saúde por subfunção, município e ano.

Tabela 2 – gastos dos municípios por subfunção de 2018 a 2021, conforme correção aos valores do ano de 2021

ANO: 2018					
SUBFUNÇÕES	FORTALEZA	CAUCAIA	JUAZEIRO DO NORTE	MARACANAÚ	SOBRAL
Atenção Básica	R\$ 512.178.606	R\$ 90.154.825	R\$ 43.037.946	R\$71.332.971	R\$ 77.222.429
Assistência Hospitalar e ambulatorial	R\$ 1.460.039.800	R\$ 96.903.802	R\$ 73.864.689	R\$ 159.487.936	R\$ 195.394.320
Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 47.503.012	R\$ 2.148.741	R\$ 14.446.269	R\$ 2.360.428	R\$ 4.428.789
Vigilância Sanitária	R\$ 58.507.950	R\$ 795.025	R\$ 2.823.663	R\$ 0,00	R\$ 573.300
Vigilância Epidemiológica	R\$ 1.570.251	R\$ 6.713.453	R\$ 6.134.567	R\$ 1.323.567	R\$ 1.061.201
Alimentação e Nutrição	R\$ 0,00	R\$ 44.539	R\$ 70.994	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Outras Subfunções	R\$ 231.779.486	R\$ 15.567.668	R\$ 25.965.182	R\$ 16.811.254	R\$ 0,00
TOTAL	R\$ 2.311.579.103	R\$212.328.053	R\$ 166.343.310	R\$251.316.156	R\$278.680.039
ANO: 2019					
SUBFUNÇÕES	FORTALEZA	CAUCAIA	JUAZEIRO DO NORTE	MARACANAÚ	SOBRAL
Atenção Básica	R\$ 548.183.504	R\$ 93.638.276	R\$ 48.004.936	R\$ 71.387.150	R\$ 78.383.299
Assistência Hospitalar e ambulatorial	R\$ 1.645.222.730	R\$ 89.573.526	R\$ 72.921.974	R\$ 155.798.972	R\$ 190.532.179
Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 31.810.187	R\$ 0,00	R\$ 14.056.226	R\$ 3.804.342	R\$ 7.280.542
Vigilância Sanitária	R\$ 65.118.027	R\$ 593.602	R\$ 2.642.271	R\$ 0,00	R\$ 219.672,0
Vigilância Epidemiológica	R\$ 2.410.275	R\$ 7.213.119	R\$ 7.250.968	R\$ 1.234.655	R\$ 714.647
Alimentação e Nutrição	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 95.832
Outras Subfunções	R\$ 226.256.873	R\$ 14.843.421	R\$ 17.052.121	R\$ 15.397.601	R\$ 0,00
TOTAL	R\$ 2.519.001.595	R\$ 205.861.944	R\$ 161.928.496	R\$ 247.622.719	R\$ 277.226.173
ANO: 2020					
SUBFUNÇÕES	FORTALEZA	CAUCAIA	JUAZEIRO DO NORTE	MARACANAÚ	SOBRAL
Atenção Básica	R\$ 581.094.598	R\$ 55.209.170	R\$ 53.650.044	R\$ 72.075.967	R\$ 74.301.860
Assistência Hospitalar e ambulatorial	R\$ 1.738.571.991	R\$ 154.718.676	R\$ 76.263.581	R\$ 174.833.274	R\$ 192.706.473
Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 30.684.413	R\$ 1.988.802	R\$ 13.532.270	R\$ 1.453.579	R\$ 4.364.093

Vigilância Sanitária	R\$ 67.854.851	R\$ 594.877	R\$ 2.790.939	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Vigilância Epidemiológica	R\$ 2.954.626	R\$ 7.762.410	R\$ 22.580.498	R\$ 10.457.291	R\$ 2.115.260
Alimentação e Nutrição	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 43.850
Outras Subfunções	R\$ 426.987.021	R\$ 20.276.375	R\$ 18.689.665	R\$ 22.703.735	R\$ 53.112.462
TOTAL	R\$ 2.848.147.501	R\$ 240.550.310	R\$ 187.506.997	R\$ 281.523.846	R\$ 326.643.998

ANO: 2021

SUBFUNÇÕES	FORTALEZA	CAUCAIA	JUAZEIRO DO NORTE	MARACANAÚ	SOBRAL
Atenção Básica	R\$ 571.832.010	R\$ 57.292.597	R\$ 53.428.626	R\$ 75.024.921	R\$ 69.360.319
Assistência Hospitalar e ambulatorial	R\$ 1.559.966.953	R\$ 146.198.863	R\$ 68.813.582	R\$ 161.280.580	R\$ 204.446.246
Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 24.736.110	R\$ 2.168.400	R\$ 15.854.902	R\$ 3.352.469	R\$ 3.677.333
Vigilância Sanitária	R\$ 73.176.673	R\$ 913.002	R\$ 6.033.379	R\$ 0,00	R\$ 20.135
Vigilância Epidemiológica	R\$ 3.043.882	R\$ 8.369.595	R\$ 12.554.950	R\$ 8.702.146	R\$ 12.184.064
Alimentação e Nutrição	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2.944	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Outras Subfunções	R\$ 251.511.846	R\$ 20.055.817	R\$ 15.707.377	R\$ 12.698.025	R\$ 9.015.445
TOTAL	R\$ 2.484.267.474	R\$ 234.998.273	R\$ 172.395.759	R\$ 261.058.140	R\$ 298.703.542

Fonte: SIOPS (2018/2019/2020/2021); Portal da Transparência dos Municípios (2018/2019/2020/2021).

Considerando-se a série histórica (2018 a 2021), o município de Juazeiro do Norte, terceiro maior do estado do Ceará em população, obteve menores gastos totais em saúde entre os cinco municípios analisados.

O município de Sobral, menor em população entre os cinco, apresentou os maiores gastos no quadriênio, após a capital Fortaleza. Os gastos totais em saúde obtiveram seu maior patamar durante o ano de 2020 em decorrência da pandemia por Covid-19 e o incremento de crédito extraordinário no financiamento da saúde, tendo em vista a emergência em saúde pública decretada pela Lei nº 13.003, de 23 de abril de 2020.

O ano de 2020 foi o que apresentou o maior gasto médio considerando os municípios analisados. Indiscutivelmente, Fortaleza foi o município que apresentou as maiores despesas nesse ano, pois concentra o maior aporte populacional do estado e o maior montante de recursos financeiros. Nos demais municípios, Sobral foi o que apresentou os maiores gastos nesse ano (R\$ 326.643.998) (tabela 3).

Ainda considerando a média anual dos gastos, apresentou-se, no ano de 2018, uma média de R\$ 644.049.332, 2019 R\$ 682.328.186 e 2021 R\$ 690.284.638. A variação entre 2018 e 2019 foi próxima de zero (0,26%), entre 2019 e 2020 foi de 15%, e entre 2020 e 2021 de -8%.

No segundo indicador, “*per capita* dos gastos totais em saúde”, verificou-se que os gastos por habitante apresentaram queda entre os anos de 2018 e 2019, aumento em 2020, decorrente dos recursos extraordinários e das despesas para o enfrentamento da Covid-19, e uma queda considerável em 2021, em comparação ao ano anterior. Essa trajetória ocorreu em todos os municípios.

A *per capita* dos gastos totais em saúde foi maior no município de Sobral, atingindo seu maior patamar em 2020, com valor de R\$ 1.550. No mesmo ano, o segundo município com maior distribuição *per capita* dos

gastos foi Maracanaú com R\$ 1.227, seguido de Fortaleza (R\$ 1.060), Juazeiro do Norte (R\$ 679) e Caucaia (R\$ 659). O custo médio *per capita* desse ano foi R\$ 1.035, o maior da série histórica.

Averiguando-se a variação *per capita* dos gastos totais em saúde, entre 2018 e 2019, todos os municípios, exceto Fortaleza (8%), seguiram com queda nos gastos *per capita* em saúde: Caucaia, Maracanaú e Sobral com -2%, e Juazeiro do Norte com -3%. Entre 2020 e 2021, os municípios apresentaram queda nas variações. Nesse período, a cidade de Fortaleza apresentou a maior queda, com -13%, seguida de Juazeiro do Norte e Sobral (ambos com -9%), Maracanaú (-8%) e Caucaia (-3%).

Quanto ao terceiro indicador, gastos com APS, excetuando a excepcionalidade do ano de 2020, quando portarias ministeriais destinaram recursos para o enfrentamento da Covid-19, o que repercutiu no aumento das despesas em saúde, apresentou um aumento, entre os anos de 2018 e 2019, e uma redução entre 2020 e 2021.

Entre 2018 e 2019, a variação dos gastos com APS em Juazeiro do Norte chegou a 12%, em Fortaleza 7%, Caucaia 4% e Sobral 2%. Maracanaú não apresentou variação nos gastos com APS nesses anos.

Entre 2019 e 2020, Fortaleza, Juazeiro do Norte e Maracanaú apresentaram aumento nos gastos com APS. Caucaia e Sobral tiveram uma redução dos gastos, com variações, respectivamente, de -41% e -5%.

Tabela 3 – indicadores de gastos totais em saúde e com Atenção Primária nos municípios selecionados, de 2018 a 2021, a valores corrigidos de 2021

INDICADO- RES*	MUNICÍPIOS	ANO				VARIÇÕES ANUAIS		
		2018**	2019**	2020**	2021	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020
Gasto público em saúde (R\$)	Fortaleza	R\$ 2.311.579.104	R\$ 2.519.001.596	R\$ 2.848.147.502	R\$ 2.484.267.475	9%	13%	-13%
	Caucaia	R\$ 212.328.053	R\$ 205.861.944	R\$ 240.550.310	R\$ 234.998.273	-3%	17%	-2%
	Juazeiro do Norte	R\$ 166.343.310	R\$ 161.928.496	R\$ 187.506.997	R\$ 172.395.759	-3%	16%	-8%
	Maracanaú	R\$ 251.316.156	R\$ 247.622.719	R\$ 281.523.846	R\$ 261.058.140	-1%	14%	-7%
	Sobral	R\$ 278.680.039	R\$ 277.226.173	R\$ 326.643.998	R\$ 298.703.542	-1%	18%	-9%
	Média	R\$ 644.049.332	R\$ 682.328.186	R\$ 776.874.531	R\$ 690.284.638	0%	15%	-8%
Gasto público em saúde per capta (R\$)	Fortaleza	R\$ 875	R\$ 944	R\$ 1.060	R\$ 919	8%	12%	-13%
	Caucaia	R\$ 583	R\$ 570	R\$ 659	R\$ 637	-2%	16%	-3%
	Juazeiro do Norte	R\$ 612	R\$ 591	R\$ 679	R\$ 620	-3%	15%	-9%
	Maracanaú	R\$ 1.111	R\$ 1.087	R\$ 1.227	R\$ 1.130	-2%	13%	-8%
	Sobral	R\$ 1.349	R\$ 1.327	R\$ 1.550	R\$ 1.406	-2%	17%	-9%
	Média	R\$ 906	R\$ 903	R\$ 1.035	R\$ 942	0%	15%	-9%
Gasto público com APS (R\$)	Fortaleza	R\$ 512.178.606	R\$ 548.183.504	R\$ 581.094.598	R\$ 571.832.010	7%	6%	-2%
	Caucaia	R\$ 90.154.825	R\$ 93.638.276	R\$ 55.209.170	R\$ 57.292.597	4%	-41%	4%
	Juazeiro do Norte	R\$ 43.037.946	R\$ 48.004.936	R\$ 53.650.044	R\$ 53.428.626	12%	12%	0%
	Maracanaú	R\$ 71.332.971	R\$ 71.387.150	R\$ 72.075.967	R\$ 75.024.921	0%	1%	4%
	Sobral	R\$ 77.222.429	R\$ 78.383.300	R\$ 74.301.860	R\$ 69.360.319	2%	-5%	-7%
	Média	R\$ 158.785.355	R\$ 167.919.433	R\$ 167.266.328	R\$ 165.387.694	5%	-6%	0%
Gasto público com APS per capta (R\$)	Fortaleza	R\$ 194	R\$ 205	R\$ 216	R\$ 212	6%	5%	-2%
	Caucaia	R\$ 248	R\$ 259	R\$ 151	R\$ 155	5%	-42%	3%
	Juazeiro do Norte	R\$ 158	R\$ 175	R\$ 194	R\$ 192	11%	11%	-1%
	Maracanaú	R\$ 315	R\$ 313	R\$ 314	R\$ 325	-1%	0%	3%
	Sobral	R\$ 374	R\$ 375	R\$ 353	R\$ 326	0%	-6%	-7%
	Média	R\$ 258	R\$ 266	R\$ 246	R\$ 242	4%	-6%	-1%

INDICADO-RES*	MUNICÍPIOS	ANO				VARIÇÕES ANUAIS		
		2018**	2019**	2020**	2021	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020
Gasto público com APS em relação ao gasto público em saúde (%)	Fortaleza	22,16%	21,76%	20,40%	23,02%			
	Caucaia	42,46%	45,49%	22,95%	24,38%	-2%	-6%	13%
	Juazeiro do Norte	25,87%	29,65%	28,61%	30,99%	7%	-50%	6%
	Maracanaú	28,38%	28,83%	25,60%	28,74%	15%	-3%	8%
	Sobral	27,71%	28,27%	22,75%	23,22%	2%	-11%	12%
	Média	29,32%	30,80%	24,06%	26,07%	4,71%	-18,00%	8,34%
Gasto público com APS oriundo de recursos municipais (%/R\$)	Fortaleza	62%	63%	58%	51%	1%	-7%	-13%
		R\$ 318.689.761	R\$ 344.327.463	R\$ 338.926.436	R\$ 289.333.405	8%	-2%	-15%
	Caucaia	59%	54%	24%	40%	-8%	-56%	69%
		R\$ 53.639.054	R\$ 51.006.165	R\$ 13.144.676	R\$ 23.060.488	-5%	-74%	75%
	Juazeiro do Norte	18%	14%	29%	33%	-22%	108%	16%
		R\$ 7.675.801	R\$ 6.674.600	R\$ 15.517.661	R\$ 17.881.974	-13%	132%	15%
	Maracanaú	43%	47%	48%	54%	9%	2%	13%
		R\$ 30.674.740	R\$ 33.837.892	R\$ 35.773.813	R\$ 40.172.160	15%	22%	12%
	Sobral	80%	75%	52%	46%	-7%	-31%	-11%
		R\$ 62.155.383	R\$ 58.965.125	R\$ 38.607.012	R\$ 32.031.931	-5%	-35%	-17%
	Média (%)	53%	51%	44%	45%	-4%	-14%	3%
	Média (R\$)	R\$ 20.101.185	R\$ 19.895.524	R\$ 18.699.537	R\$ 18.017.213	-1%	20%	-3%
Gasto público com APS oriundo de recursos estaduais (%)	Fortaleza	0%	0%	0%	0%	0	0	0
	Caucaia	0%	0%	0%	0%	0	0	0
	Juazeiro do Norte	0%	0%	0%	0%	0	0	0
	Maracanaú	0%	0%	17%	0%	0	0	-100%
				(R\$12.944.584,73)				
	Sobral	0%	0%	0%	0%	0	0	0
	Média	0	0	3%	0	0	0	0
Gasto público com APS oriundo de recursos federais (%)	Fortaleza	38%	37%	52%	49%	-2%	39%	-5%
		R\$ 193.488.845	R\$ 203.856.040	R\$ 300.631.990	R\$ 282.498.605	5%	47%	-6%
	Caucaia	41%	46%	76%	60%	12%	67%	-22%
		R\$ 36.515.770	R\$ 42.632.111	R\$ 42.064.493	R\$ 34.232.109	17%	-1%	-19%
	Juazeiro do Norte	82%	86%	81%	67%	5%	-6%	-18%
		R\$ 35.362.145	R\$ 41.330.336	R\$ 43.530.104	R\$ 35.546.652	17%	5%	-18%
	Maracanaú	57%	53%	35%	46%	-7%	-34%	31%
		R\$ 40.658.231	R\$ 37.549.258	R\$ 26.306.522	R\$ 34.852.761	-4%	-19%	32%
	Sobral	20%	25%	47%	52%	27%	90%	11%
		R\$ 15.067.046	R\$ 19.418.175	R\$ 34.959.164	R\$ 36.383.376	29%	80%	4%
	Média (%)	47%	49%	60%	55%	7%	35%	-6%
	Média (R\$)	R\$ 64.218.407	R\$ 68.957.184	R\$ 90.777.742	R\$ 84.702.701	12%	24%	-6%

Fonte: IBGE (2022); Portal da Transparência (2022).

*Foram considerados os valores liquidados.

**Os valores em Real (R\$) foram corrigidos para o ano de 2021.

Tabela 4 – despesas oriundas de recursos Covid-19 entre os municípios analisados nos anos de 2020 e 2021, a valores corrigidos de 2021

Despesas de recursos da União

Descrição das Subfunções/Despesas	Fortaleza		Caucaia		Juazeiro do Norte		Maracanau		Sobral	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Administração Geral	R\$ 145.294.849	R\$ 40.225.007	-	-	R\$ 1.349.315	-	-	-	R\$ 50.078.621	-
Atenção Básica	R\$ 52.466.212	R\$ 31.505.092	R\$ 6.776.260	R\$ 679.744	R\$ 418.222	-	R\$ 12.944.585	R\$ 168.494	-	R\$ 4.613.577
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 113.688.893	R\$ 84.242.856	R\$ 18.543.528	R\$ 7.079.601	R\$ 36.479	-	R\$ 15.533.743	R\$ 4.482.775	-	R\$ 29.881.156
Suporte profilático e terapêutico	R\$ 618.033	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vigilância Sanitária	R\$ 10.624.915	R\$ 3.136.427	-	-	R\$ 34.790	-	-	-	-	-
Vigilância Epidemiológica	-	-	R\$ 60.534	-	R\$ 11.102.520	R\$ 2.729.133	-	-	-	R\$ 163.579
Alimentação e Nutrição	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Informações Complementares	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.622.353	-	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Total	R\$ 322.692.903	R\$ 159.109.383	R\$ 25.380.321	R\$ 7.759.345	R\$ 17.563.678	R\$ 2.729.133	R\$ 28.478.328	R\$ 4.651.269	R\$ 50.078.621	R\$ 34.658.311

Despesas de recursos do Estado

Descrição das Subfunções/Despesas	Fortaleza		Caucaia		Juazeiro do Norte		Maracanau		Sobral	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Administração Geral	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.981.098	R\$ -
Atenção Básica	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 12.944.585	R\$ -	-	-
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.835.029	-	-	-	R\$ 15.533.743	R\$ 300.000	-	R\$ 10.800.000
Suporte profilático e terapêutico	R\$ -	R\$ -	-	-	-	-	-	-	-	-
Vigilância Sanitária	R\$ -	R\$ -	-	-	-	-	-	-	-	-
Vigilância Epidemiológica	R\$ -	R\$ -	-	-	-	-	-	-	-	-
Alimentação e Nutrição	R\$ -	R\$ -	-	-	-	-	-	-	-	-
Informações Complementares	R\$ -	R\$ -	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.835.029	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 28.478.328	R\$ 300.000	R\$ 1.981.098	R\$ 10.800.000

Despesas de recursos do Município

Descrição das Subfunções/Despesas	Fortaleza		Caucaia		Juazeiro do Norte		Maracanaú		Sobral	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Administração Geral	R\$ 151.011	R\$ 1.417.244	R\$ -	R\$ -	R\$ 716.138	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.052.744	R\$ -
Atenção Básica	R\$ -	R\$ 4.219.188	R\$ 21.352	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 17.711.931	R\$ 2.312.450	R\$ 1.427.875	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 7.909.946	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Suporte profilático e terapêutico	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 11.032.231	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Vigilância Sanitária	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Vigilância Epidemiológica	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.355.686	R\$ 5.595.132	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Alimentação e Nutrição	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Informações Complementares	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Total	R\$ 17.862.942	R\$ 7.948.883	R\$ 1.449.227	R\$ -	R\$ 4.071.824	R\$ 5.595.132	R\$ 18.942.178	R\$ -	R\$ 1.052.744	R\$ -

Fonte: Inserir fonte.

Nesses dois municípios, em 2020, os gastos com ações para o enfrentamento da Covid-19 foram presentes, apenas, em Caucaia com um montante de R\$ 6.776.260. Para o ano, não foram registrados gastos com ações Covid-19 na APS em Sobral (Tabela 4).

Juazeiro do Norte também foi o município que apresentou os menores gastos com APS. Contudo, desenhou uma curva relativamente ascendente dos gastos até 2021, com variações de 12% entre 2018 e 2019, 12% entre 2019 e 2020 e 0,27% entre 2020 e 2021. Maracanaú apresentou o mesmo arranjo na variação dos gastos entre os anos, sendo de 0%, 1% e 4%, respectivamente. Os outros três municípios nos gastos apresentaram queda na variação dos gastos no decorrer dos anos.

Entre 2020 e 2021, os municípios que apresentaram variação negativa foram Sobral (-7%) e Fortaleza (-2%), o que reverbera uma queda dos gastos com APS de forma súbita após 2020.

Sobre o gasto com APS *per capita*, quarto indicador, a trajetória da média dos municípios analisados revelou uma queda. Em 2018 a média foi de R\$ 158.785.355, em 2019 de R\$ 167.919.433, R\$ 167.266.328 e 2021 de R\$ 165.387.694, representando uma variação de 4% entre 2018 e 2019, -5% entre 2019 e 2020 e próximo de zero entre 2020 e 2021 (-0,16%).

Os municípios de Fortaleza, Juazeiro do Norte e Maracanaú tiveram crescimento nos gastos por habitante no quadriênio, enquanto Caucaia e Sobral tiveram um decréscimo no valor (tabela 3). Sobral foi o único município que apresentou a maior variação negativa (-7%) no quadriênio (2019/2018: 0,4%; 2020/2019: -6%; 2021/2020: -7%), no entanto, em todos os anos do quadriênio apresentou a maior *per capita* dos gastos.

No gasto público com APS em relação aos gastos totais em saúde, quinto indicador, verificou-se que o ano de 2020 foi o que apresentou a menor média na série histórica (24,06%). A maior média ocorreu em 2019 com 30,08%.

Os gastos com APS em relação aos gastos totais com saúde sofreram variação negativa na média das variações entre municípios entre os anos de 2020 e 2019 (-18%), o que diverge da média das variações dos

gastos públicos com saúde no mesmo biênio (15%). Houve um decréscimo na representatividade dos gastos com APS em relação aos gastos totais em saúde a cada ano, conforme a média dos valores dos municípios, passando de 53% em 2018 para 45% em 2021.

Em comparação aos gastos com outras subfunções (conforme tabela 2), os gastos com APS, nos municípios analisados, alcançaram seu menor patamar de participação nos gastos totais em saúde, em 2020, mediante a situação de crise sanitária, o que repercutiu no maior investimento, e, conseqüentemente, maiores gastos, com serviços de média e alta complexidade.

Comparando os municípios na série histórica, nos anos de 2018 e 2019, o município que apresentou maior participação dos gastos com APS em relação aos gastos públicos em saúde foi Caucaia, com percentuais de, respectivamente, nesses anos, 42,46% e 45,49%. No mesmo período, Fortaleza foi o município que apresentou a menor participação com gastos oriundos de recursos municipais, com 22,16% e 21,76% (tabela 3).

Ainda nessa relação, entre 2019 e 2020, Caucaia também foi o município que apresentou a maior decréscimo na participação dos gastos com APS nos gastos em saúde (-50%). O mesmo ocorreu com os demais municípios, sendo Sobral (-20%), Maracanaú (-11%), Fortaleza (-6%) e Juazeiro do Norte (-3%). Nesse contexto, todos os municípios tiveram gastos com APS reduzidos em 2020, mesmo com o incremento de crédito extraordinário devido a Covid-19.

Em 2021, os municípios passam a elevar seus gastos com APS em relação aos gastos em saúde. Fortaleza (13%) e Maracanaú (12%) foram os que apresentaram maiores estimativas de aumentos percentuais nessa relação de gastos com APS com gastos em saúde. Juazeiro do Norte (8%), Caucaia (6%) e Sobral (2%) foram os municípios que tiveram dificuldade nos resgates da participação dos gastos a patamares semelhantes a 2019.

Ressalta-se que a população estimada dos municípios aumentou durante os anos (conforme a tabela 1). Logo, para atender ao aumento populacional, deveria ter ocorrido o aumento dos gastos de modo absoluto inclusive na APS.

Sobre a participação dos municípios e da União nos gastos públicos com APS, sexto e sétimo indicador, constatou-se que, entre 2018 e 2019, Fortaleza, Caucaia e Sobral tiveram os gastos com APS oriundos de recursos municipais acima de 54%. Entre 2019 e 2020, apenas Fortaleza e Sobral tiveram uma maior participação dos municípios. E, entre 2020 e 2021, Fortaleza e Maracanaú tiveram uma maior participação municipal.

Sobral, no quadriênio, apresentou a maior redução da participação do município nos gastos com APS com uma variação de -7% entre 2018 e 2019, -31% entre 2019 e 2020, e -11% entre 2020 e 2021.

Juazeiro do Norte é o município que apresentou a maior participação de gastos com APS a partir de recursos da União, enquanto Sobral, apesar de apresentar variações negativas no decorrer dos anos, considerando a série histórica, mais executou recursos municipais (tabela 3).

Entre os anos, apenas Maracanaú, somente em 2020, apresentou gastos na APS oriundo de recursos estaduais, com a participação de um percentual de 17%, o que faz referência a única evidência do oitavo indicador analisado neste estudo.

5 Discussão

No decorrer dos anos, o financiamento da saúde não se tornou compatível com as necessidades e propostas do sistema público, o que reverberou em crises atreladas às condições econômicas do país. Nesse

sentido, o modelo de financiamento do SUS não foi suficiente para assegurar todos os seus princípios e diretrizes³¹.

Em 2018, primeiro ano da análise deste estudo, já se evidenciou uma crise econômica no Brasil, iniciada em 2015, com a execução de cortes e contenção dos gastos públicos, redução da participação do estado em áreas como saúde e educação, e promoção de medidas legislativas que fomentaram o Estado Mínimo³².

No mesmo ano, Rosa³³ alertou em uma publicação conjunta ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde que “a austeridade fiscal no Brasil pode ser responsável por uma morbidade e mortalidade substancialmente maiores na infância, diferentemente do que seria esperado em um cenário com a devida manutenção da proteção social”. Para tanto, depreende-se que medidas fiscais, promovidas por políticas de governo, são dissonantes às necessidades de saúde da população.

As políticas de austeridade têm impacto negativo nos orçamentos e investimentos em áreas estratégicas. Na saúde e educação, por exemplo, instituiu-se a Emenda Constitucional n.º 95³⁴, que estabeleceu um novo regime fiscal em relação à Seguridade Social e Orçamentos Fiscal a partir de 2016, com duração de 20 anos³⁵. Isso impactou as despesas públicas federais, uma vez que passaram a ser contidas por um teto orçamentário, o que, conseqüentemente, proporcionou a redução dos gastos públicos em saúde.

Destaca-se que os elevados gastos com saúde, assim como o comprometimento de maiores frações do Produto Interno Bruto (PIB) para ações nesta área, não significam melhores condições de saúde para a população, pois são necessárias medidas que articulem a eficiência e a eficácia do sistema de saúde. Para Saldiva e Veras³⁶, com base em dados levantados em 2015, os países que mais gastam proporcionalmente com saúde em relação ao PIB são as Ilhas Marshal (22,1%), Estados Unidos da América (16,8%), Serra Leoa (18,3%), Libéria (15,2%) e Tuvalu (15%). Em nenhum desses países, utilizou-se um sistema universal ou modelo de efetividade em saúde.

Um estudo comparado entre países da América e Inglaterra revelou que aqueles com o sistema universal apresentaram elevados gastos totais em saúde como percentual do PIB, sendo o Brasil com 8,3% e Inglaterra com 9,9%, em 2015. Contudo, constatou-se que o gasto público com saúde, no Brasil (3,8%), é inferior ao da Inglaterra (7,6%). Ou seja, no primeiro se investe e se gasta mais com serviços filantrópicos e privados do que com serviços essencialmente públicos, havendo uma dissonância entre os pressupostos de um sistema universal e a garantia de investimento e instalação para serviços públicos³⁷.

No Ceará, em 2019, um levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em parceria com a Organização não Governamental Contas Abertas e o Jornal OPOVO, e conforme constatação feita

³¹ FIGUEIREDO, J. O.; PRADO, N. M. B. L.; MEDINA, M. G.; PAIM, J. S. Gastos públicos e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*, v. 42, n. spe. 2, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzwsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

³² PAIM, J. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Debate*, v. 43, n. spe. 5, p. 15-28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Acesso em: 30 jul. 2023.

³³ ROSA, T. *Os efeitos do ajuste fiscal na saúde*. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/os-efeitos-ajuste-fiscal-na-saude/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

³⁴ BRASIL. *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. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 27 jul. 2023.

³⁵ PAIM, J. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Debate*, v. 43, n. spe. 5, p. 15-28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Acesso em: 30 jul. 2023.

³⁶ SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/vXcGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/>. Acesso em: 03 ago. 2023.

³⁷ GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em: 28 jul. 2023.

a partir de dados do Tribunal de Contas do Estado do Ceará (TCE/CE), apresentou que o gasto total com saúde *per capita* atingiu o montante de R\$ 989,06, inferior a *per capita* nacional de R\$ 1.398,53³⁸.

Entre os municípios analisados, a renda *per capita* dos gastos totais em saúde seguiu a tendência estadual, sendo inferiores à média nacional. Contudo, destacam-se as condicionalidades regional e econômica desses municípios, uma vez que, se comparados a outros municípios do Sul e Sudeste, apresentam uma desvantagem histórica, econômica e social³⁹, apresentando indicadores de desigualdade mais expressivos, maior ação dos determinantes sociais em saúde e menor proporcionalidade de profissionais e serviços de saúde por habitante⁴⁰.

Embora este estudo tenha analisado municípios com as maiores populações no estado do Ceará, não foram avaliadas as condições econômicas ou de desigualdade. No entanto, as evidências apresentadas sobre a *per capita* dos gastos totais em saúde e dos gastos com APS permitem constatar uma situação de desigualdade em saúde em comparação à estimativa da média nacional.

No último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, verificou-se que os municípios apresentavam uma moderada desigualdade de renda. O Índice de Gini apontou Fortaleza (0,61) como o município mais desigual, seguido de Sobral (0,56), Juazeiro do Norte (0,54), Caucaia (0,48) e Maracanaú (0,43) (IBGE, 2010).

Ressaltam-se as desigualdades sociais das desigualdades em saúde. As situações de desigualdade transferem-se para o campo da saúde com uma proporção direta, tornando-se visíveis nos diferentes grupos populacionais; em relação aos riscos à saúde, e aos recursos disponíveis no sistema de saúde, afetando o desenvolvimento científico e a efetividade das ações ofertadas⁴¹.

Apesar de terem sido evidenciadas potenciais desigualdades em saúde mediante as estimativas dos gastos, esses municípios são os que representam o melhor cenário no escopo do acesso à saúde no Estado. Fortaleza, Sobral e Juazeiro do Norte são municípios polos das Regiões de Saúde de Fortaleza, Sobral e Cariri, respectivamente, fornecendo assistência em todos os níveis de atenção à saúde. Maracanaú e Caucaia pertencem à Região de Saúde de Fortaleza⁴².

Na APS, em 2020, o estado do Ceará possuía uma cobertura assistencial da população total de 87,8%. Entre os municípios, Fortaleza possuía uma cobertura de 69,22%, com 451 equipes de Saúde da Família e 94 equipes da Atenção Básica. Caucaia possuía uma cobertura de 76,83%, com 77 equipes de Saúde da Família e 4 equipes da Atenção Básica. Juazeiro do Norte possuía uma cobertura de 74,07% com 55 equipes de Saúde da Família e 4 equipes de Atenção Básica. Maracanaú possuía uma cobertura de 100% com 64 equipes de Saúde da Família e 7 equipes da Atenção Básica. Sobral possuía uma cobertura de 100% com 79 equipes de Saúde da Família e 2 equipes de Atenção Básica⁴³.

Mediante os dados de cobertura assistencial, os municípios mais populosos, Fortaleza e Caucaia, possuem uma menor cobertura da APS, mas apresentam os maiores gastos *per capita* nesse nível assistencial.

³⁸ CONTAS ABERTAS. *Por dentro do orçamento público*. 2020. Disponível em: <https://www.contasabertas.com.br/>. Acesso em: 26 jul. 2023.

³⁹ NUNES, A. *et al.* *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, DF: IPEA, 2001.

⁴⁰ ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>. Acesso em: 30 jul. 2023.

⁴¹ BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Acesso em: 28 jul. 2023.

⁴² CEARÁ. *Regionalização*. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. *Painéis de indicadores atenção primária a saúde*. 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em: 26 jul. 2023.

Depreende-se, portanto, que executar os serviços da APS em municípios mais populosos é mais desafiador, seja por questões logísticas ou financeira que afetam a qualidade do cuidado nos grandes centros urbanos⁴⁴.

Sobral e Maracanaú são municípios que detêm um aporte populacional próximo. Contudo, se organizam, de forma diferente, na APS. A partir da cobertura assistencial e do número de equipes, verificou-se que as equipes de Maracanaú acompanham um maior quantitativo de pessoas (média de 3.231,8 habitantes); enquanto Sobral acompanha um valor próximo ao estabelecido na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (média de 2.601,3 habitantes).

A cobertura assistencial deve ser adequada às situações de vulnerabilidade da população. Essa proporção é fundamental para a garantia do acesso à saúde da população, principalmente para aqueles que residem nas áreas rurais e urbanas mais vulneráveis. Desse modo, estimar essa cobertura é um indicador relevante para avaliar a APS e para aferir a qualidade da oferta de ações promovidas pelas equipes de saúde da família⁴⁵.

No escopo da qualidade da APS, a ausência de estratégias de avaliação, poucos espaços para reflexão e discussão das limitações identificadas na APS, recursos e incentivos financeiros insuficientes, falta de apoio da gestão municipal, interpretação ambulatorial sobre os serviços e impropriedade sobre os atributos da APS são elementos que interferem, além da cobertura assistencial, na qualidade das ações e dos serviços de saúde nesse nível de atenção⁴⁶.

Esses elementos enfatizam os investimentos das ações e serviços da APS. Esse nível de atenção à saúde é primordial para a garantia da universalidade e tem passado por um processo de subfinanciamento nos últimos anos, juntamente ao desfinanciamento do SUS ocorrida pela EC 95/2016.

O subfinanciamento da APS tomou força com a instituição da nova PNAB⁴⁷, regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017⁴⁸, e pelo Programa Previne Brasil, Portaria GM/MS n.º 2.979 de 12 de novembro de 2019, que fomentam novas diretrizes para organização dos serviços e das equipes de saúde e do modelo de financiamento, deixando mais branda a atribuição das equipes sobre o viés assistencial pautado no vínculo, passando a ser fundamentado no alcance de metas e indicadores como fatores pré-designados para o investimento⁴⁹.

O aumento dos gastos com saúde em 2020 ocorreu pelo aumento das ações de intervenção de média e alta complexidade, aumento dos preços de equipamentos e insumos da saúde e aceleração da crise sanitária. No entanto, mesmo com incremento de recursos extraordinários, o financiamento da saúde não acompanhou, proporcionalmente, as necessidades de saúde da população, defasando o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, “se o financiamento é adequado, é uma necessidade do sistema de saúde, essa questão

⁴⁴ FACHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*, v. 42, n. spe. 1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 28 jul. 2023.

⁴⁵ GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate*, v. 47, n. spe. 1, p. 81-99, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>. Acesso em: 27 jul. 2023.

⁴⁶ FIGUEIREDO, R. C. *et al.* Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCA Tool. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, e29311124395, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24395>. Acesso em: 30 jul. 2023.

⁴⁷ MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 30 jul. 2023.

⁴⁸ BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 jul. 2023.

⁴⁹ BRASIL. *Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Previne%20Brasil,28%20de%20setembro%20de%202017>. Acesso em: 28 jul. 2023.

torna-se premente em um momento de crise sanitária gerada pela pandemia”⁵⁰, algo que não ocorre no País perante o financiamento desigual nas diferentes esferas de gestão.

Essas evidências apresentam convergência com os resultados obtidos neste estudo, uma vez que, entre os anos de 2018 e 2019, houve uma queda nos gastos totais em saúde e com APS. Para tanto, em 2020, devido à crise sanitária, os gastos totais em saúde aumentaram; enquanto, em dois dos municípios analisados (Caucaia e Sobral), houve queda. Em 2021, com a melhora dos casos graves e do número de óbitos por Covid-19, todos os municípios apresentaram queda nos gastos com APS.

No que tange ao impacto da Covid-19 nos gastos totais em saúde, observou-se que houve prevalência de recursos da União nos gastos das diferentes subfunções. Os municípios que possuíram mais gastos foram Fortaleza (2020: R\$ 322.692.903; 2021: R\$ 159.109.383) e Sobral (2020: R\$ 50.078.621; 2021: R\$ 34.658.311). Apenas Fortaleza, em 2021, e Caucaia, em 2020, declararam gastos com Covid-19 na APS oriundo de recursos próprios (ver Tabela 4).

Ressalta-se que algumas portarias incrementaram o orçamento extra nos municípios. Entretanto, mediante os resultados dos gastos analisados nesse estudo, observou-se que os municípios não conseguiram executar, totalmente, as receitas durante os anos de 2020 e 2021. Desse modo, seria válida a análise aprofundada das receitas e gastos com Covid-19 nos municípios inseridos como cenário neste estudo.

Ressalta-se que a participação da união nos gastos com APS foi representativa em todos os anos, diferentemente do Governo do Estado, que apresentou gastos eventuais nos anos de 2020 e 2021. Isso demonstra que as ações e os gastos com APS são mantidos com a execução das receitas oriundas dos municípios e da união.

Por fim, permitiu-se inferir, neste estudo, que os gastos com saúde e com APS apresentaram variações diferentes, tendo sido impactados pela pandemia por Covid-19. Esses gastos não seguem o mesmo percentual de participação entre os municípios, o que revela uma diferença na organização e execução orçamentária e financeira.

6 Considerações finais

Neste estudo, analisaram-se os gastos públicos com APS oriundos do financiamento da união, estado e município nas cidades mais populosas do Ceará, revelando que o desfinanciamento da saúde e a pandemia por Covid-19 foram condicionantes importantes para variações positivas e negativas entre os anos de 2018 e 2021.

Entre os anos de 2018 e 2019, houve uma trajetória de redução dos gastos, que em 2020 foi interrompida, mas continuou no ano seguinte. Isso demonstrou que as medidas adotadas pelas políticas de Governo que reverberaram na contenção dos gastos com APS gerou impacto nos municípios analisados.

Ao ser analisada a composição do financiamento, constatou-se que o Governo do Estado pouco participa dos gastos com APS nos municípios, prevalecendo os gastos oriundos do financiamento da união e dos próprios municípios, com proporções quase que equivalentes no decorrer dos anos. Contudo, há uma trajetória de redução da participação dos gastos oriundos da união, uma vez que a proporção dos gastos de recursos oriundos dos municípios cresceu no decorrer dos anos.

⁵⁰ SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde Debate*, v. 44, n. spe. 4, p. 114-129, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt>. Acesso em: 03 ago. 2023.

A Covid-19 foi determinante para a evolução dos gastos totais em saúde, mas os resultados deste estudo indicam que, no ano de 2020, apesar do aumento dos insumos e dos próprios gastos com saúde, os gastos com APS reduziram na maioria dos municípios.

Referências

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>. Acesso em: 30 jul. 2023.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Acesso em: 28 jul. 2023.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. *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. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. *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, Distrito Federal 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 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 28 jul. 2023.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. *Painéis de indicadores atenção primária a saúde*. 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em: 26 jul. 2023.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180#:~:text=Institui%20o%20Programa%20Previne%20Brasil,28%20de%20setembro%20de%202017>. Acesso em: 28 jul. 2023.

BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 jul. 2023.

CABREIRA, F. S.; RITTER, F.; AGUIAR, V. R.; CELESTE, R. K. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 12, e00150117, 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/P77JZWzg3ZJwmGVDCHWtRSB/?lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010>. Acesso em: 28 jul. 2023.

CEARÁ. *Regionalização*. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

CEARÁ. Tribunal de Contas do Estado. *Municípios: Portal de Sistemas e Consultas*. 2022. Disponível em: <https://municipios.tce.ce.gov.br/>. Acesso em: 02 ago. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016*. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 28 jul. 2023.

CONTAS ABERTAS. *Por dentro do orçamento público*. 2020. Disponível em: <https://www.contasabertas.com.br/>. Acesso em: 26 jul. 2023.

FACHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*, v. 42, n. spe. 1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 28 jul. 2023.

FIGUEIREDO, J. O; PRADO, N. M. B. L; MEDINA, M. G; PAIM, J. S. Gastos públicos e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*, v. 42, n. spe. 2, p. 37-47, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzwsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

FIGUEIREDO, R. C. *et al.* Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCA Tool. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, e29311124395, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24395>. Acesso em: 30 jul. 2023.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate*, v. 47, n. spe. 1, p. 81-99, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>. Acesso em: 27 jul. 2023.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Acesso em: 28 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades*. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: 28 jul. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. *Estudo revela os maiores e menores municípios cearenses com relação aos indicadores sociais e econômicos*. 2022. Disponível em: <https://www.ipece.ce.gov.br/2022/01/05/estudo-revela-os-maiores-e-menores-municipios-cearenses-com-relacao-aos-indicadores-sociais-e-economicos/>. Acesso em: 28 jul. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. *IPECE conjuntura econômica do 4º trimestre de 2021*. 2021. Fortaleza, CE: IPECE. 2021. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2022/03/APRESENTACAO_PIB_4o_TRIM2021.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019*. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2022.

Disponível em: https://www.IPEA.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/220202_livro_contas_de_saude.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Gasto per capita com saúde aumentou 29,3% de 2015 a 2019*. 2022. Disponível em: https://www.IPEA.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38914. Acesso em: 30 jul. 2023.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev. Investig. Const.*, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>. Acesso em: 30 jul. 2023.

MAZON, L. M. *et al.* Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate*, v. 42, n. 116, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YLgMyxhMY3z99DXHTNr5GBv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2023

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*, v. 42, p. 38-51, 2018. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/224-243/pt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação dos recursos do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, n. 2, e00164621, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2022.v38n2/e00164621/pt>. Acesso em: 29 jul. 2023.

MORENO, L. Z.; MORCILLO, A. M. *Estatística descritiva*. Campinas, SP: UNICAMP, 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 30 jul. 2023.

NUNES, A. *et al.* *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, DF: IPEA, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso*. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/20-2-2019-paises-estao-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-servicos-com#:~:text=Em%20pa%C3%ADses%20de%20m%C3%A9dia%20renda%2C%20o%20gasto%20p%C3%BAblico%20em%20sa%C3%BAde,pa%C3%ADses%20de%20m%C3%A9dia%20Delta%20renda>. Acesso em: 01 ago. 2023.

PAIM, J. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Debate*, v. 43, n. spe. 5, p. 15-28, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ROSA, T. *Os efeitos do ajuste fiscal na saúde*. 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/os-efeitos-ajuste-fiscal-na-saude/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ROSSI, P.; DAVID, G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 267-280, 2021. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/560>. Acesso em: 03 ago. 2023.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/vX-cGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/>. Acesso em: 03 ago. 2023.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde Debate*, v. 44, n. spe. 4, p. 114-129, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt>. Acesso em: 03 ago. 2023.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

SOARES, C. S. *et al.* Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. *RAHIS*, v. 18, n. 2, p. 41-54, 2021. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6827>. Acesso em: 30 jul. 2023.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n1/181-190/pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico www.rbpp.uniceub.br
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.