



Recebimento: 12/8/2019

Aceite: 28/9/2019

POLITICAS PÚBLICAS, SAÚDE UNIVERSAL E DESENVOLVIMENTO REGIONAL: ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DO PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE 2015 A 2018

PUBLIC POLICIES, UNIVERSAL HEALTH AND REGIONAL DEVELOPMENT: BUDGETARY ANALYSIS OF THE PROGRAM FOR STRENGTHENING THE UNIQUE HEALTH SYSTEM OF THE MINISTRY OF HEALTH FROM 2015 TO 2018

Mariel Mayer Pilarski¹
Ana Paula Myszczyk²

Resumo

o Brasil conta com políticas de saúde públicas universais, de acesso igualitário, submetido a políticas econômicas e sociais, que norteiam todo o processo, por meio do orçamento público e sua execução. Assim, realizou-se uma pesquisa aplicada, com análise documental e bibliográfica. O objetivo geral do artigo é identificar como o sistema de saúde público e universal se sustenta enquanto indutor de desenvolvimento regional, quando submetido a políticas econômicas e, especificamente, a uma análise orçamentária do programa de fortalecimento do SUS, para averiguar, no período de 2015-2018, a situação econômica deste e compreender o crescimento econômico ou não com o orçamento que foi destinado. Apresentam-se os resultados obtidos de todo o processo orçamentário (inclusive execução), que são comparados ao PIB em valor corrente líquido, e com o IDH das regiões do Brasil. Como resultado, demonstra-se, na correlação do valor investido per capita no programa analisado com o IDH, que isso tem relação com o crescimento ou não do país e, no mesmo sentido, com o PIB, para um resultado efetivo ao desenvolvimento regional.

Palavras chave: SUS; Políticas Públicas de Saúde; Indicadores Econômicos; Orçamento Público; Desenvolvimento Regional.

Abstract

Brazil has universal public health policies, equal access, subject to economic and social policies, which guide the whole process, through the public budget and its execution. Thus, an applied research, with documentary and bibliographic analysis, was carried out with the general objective

¹ Advogada. Mestranda em Planejamento e Governança Pública pela UTFPR. mariel.pilarski@gmail.com

² Advogada. Doutora em Direito. Professora da UTFPR. anap@utfpr.edu.br

of the article is to identify how the public and universal health system sustains itself as inducer of regional development, when submitted to economic policies and, specifically, an analysis budget of the SUS strengthening program, to ascertain, during the period 2015-2018, the economic situation of the SUS and to understand the economic growth or not with the budget that was destined. The results obtained from the entire budget process (including execution) are presented, which are compared to GDP in net current value, and the HDI of the Brazilian regions. As a result, the correlation of the per capita invested value in the analyzed program with the HDI is related to the country's growth or not and in the same direction with the GDP, of which little is invested, for an effective result.

Keywords: SUS; Public Health Policies; Economic indicators; Public budget; Regional development.

Introdução

Até a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde no Brasil não era pública e tão menos universal. Com o passar do tempo, já em meados do século XX, torna-se acessível aos trabalhadores urbanos ou àqueles que tinham condições de arcar com os elevados custos. Com a redemocratização na década de 1980, dado aos dispostos constitucionais, a saúde passa a ser política pública, social e econômica, de acesso universal e equânime a todos, inclusive com determinação do mínimo orçamentariamente que deverá ser investido pelos entes federados.

Dado esse cenário, nota-se que há incidência econômica sobre as políticas públicas, denotando ao Brasil a conceituação de estado intervencionista. Para tanto, faz-se imprescindível analisar o impacto (ou não) disto no orçamento, razão pela qual escolheu-se um dos maiores programas postos nas leis orçamentárias anuais, na pasta ministerial da saúde, realizando uma análise de todo o processo orçamentário, desde o envio pelo Executivo ao Congresso, até à execução total daquilo que foi previsto.

Analisa-se, neste trabalho, o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, o programa de Fortalecimento do SUS, conceituações do processo orçamentário, as políticas econômicas e sua relação com a saúde no Brasil e a política econômica intervencionista e a saúde pública, para elucidar a problemática: como pensar em um sistema público e universal de saúde, influenciado por fatores e políticas econômicas, que leve ao desenvolvimento regional?

Para tanto, é utilizada a pesquisa bibliográfica e documental, apresentam-se gráficos e tabelas, com os números orçamentários e comparação do investimento com o Produto Interno Bruto (valor corrente) – PIB–, para que, comparativamente, se veja a proporção que é investida e o impacto – ou não – na economia do país. Ainda, foi feita a comparação do investimento com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

Metodologia, problemática e objetivos

A metodologia empregada no presente trabalho, no que versa a respeito da abordagem, será qualitativa, em que pese a análise orçamentária que se realizará, já que há uma preocupação em entender a realidade de um sistema de saúde universal que é público e submetido a políticas econômicas.

A pesquisa será aplicada, sendo descritos e explicados o orçamento, a legislação e a doutrina; por meio de revisão bibliográfica e de pesquisa documental. Para tanto, foi elaborada uma busca com os temas “política pública de saúde e econômica”; “política de saúde e a emenda 95/2016” e “a saúde e o teto dos gastos”, na base de dados do *Google Scholar*, *eSciELO*, além de pesquisa bibliográfica sobre teorias da economia intervencionista no Estado.

Em consequência, o problema que se põe é: como pensar em um sistema público e universal de saúde, influenciado por fatores e políticas econômicas, que leve ao desenvolvimento regional? Assim, o objetivo geral do artigo é identificar como o sistema de saúde público e universal se sustenta enquanto indutor de desenvolvimento regional, quando submetido a políticas econômicas. Como objetivos específicos, faz-se uma análise orçamentária do programa de fortalecimento do SUS, com o intuito de averiguar a situação de 2015 a 2018 e compreender qual o reflexo do crescimento (ou não) no sistema como um todo do valor que é destinado ao programa.

A análise orçamentária que se propõe é a do programa de Fortalecimento do Sistema Único, do Ministério da Saúde, dos anos de 2015 a 2018, em razão do grande impacto político e econômico, dada a Emenda Constitucional 95/2016, que foi promulgada. A busca foi feita na base de dados do SIGA, que é vinculado ao Senado Federal e alimentado com “dados do Sistema Integrado de Administração Financeira-SIAFI e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos” (SIGA). É importante ressaltar que os dados referentes à execução do ano de 2018 são, tão somente, até o dia 11 de abril de 2018.

No avanço da pesquisa, constatou-se a necessidade de comparar os valores orçamentários do programa em análise com outro indicador, para validar a influência, ou não, da economia intervencionista nas políticas públicas de saúde universais. Nesse sentido, utilizou-se o indicador do Produto Interno Bruto – PIB–, em valores correntes, com a adoção da metodologia empregada pela Rede Intergeneracional de Informações para a Saúde – RIPSAs, dividindo o valor total da despesa federal com saúde, correspondente aos itens de gastos, pelo valor do PIB Nacional e, posteriormente, com o produto dado, multiplicando-se por 100. Justifica-se a escolha pelo PIB já que este pode subsidiar o planejamento e a gestão das políticas públicas de saúde, a participação da União nos gastos em saúde e o impacto na economia, além de identificar possíveis desigualdades que determinem novos estudos (RIPSA).

No sentido de contribuir e avançar na pesquisa, discorre-se acerca do desenvolvimento regional e consequente regionalização da saúde, com a ligação que se tem ao programa orçamentário analisado do Ministério da Saúde, com o levantamento dos valores empenhados de 2015 a 2017 (último ano disponível) e a sua correlação com a taxa de ocupação de cada uma das regiões do país e o IDH.

Política pública de saúde universal

Histórico das políticas de saúde no Brasil

A saúde no Brasil nem sempre foi universal e pública. Para compreender como se chegou a isso, faz-se necessário um breve panorama histórico sobre o contexto dos sistemas que existiram.

Quando da colonização (1500-1822), criam-se as Santas Casas de São Paulo, Santos, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda e demandava-se muito por conta das pestes e da (falta de) assistência à saúde da população (PAIM, et. al., 2011, p. 16). Na época Imperial (1822-1889), as doenças pestíferas continuam com o foco e passa-se a olhar para a vigilância sanitária, iniciando a sua estruturação. A administração passa a ser centrada nos municípios. (PAIM, et. al., 2011, p. 16)

No final do século XIX e começo do século XX, na República Velha (1889-1930), o Estado demonstra-se autoritário perante os cidadãos, o que se refletia sobre as políticas que eram propostas. Esse modelo é vinculado à posição de cada pessoa no mercado de trabalho. Cria-se a Diretoria Geral de Saúde Pública, a Caixa de Aposentadoria e Pensão e inicia-se a dicotomia entre saúde pública e previdência social (PAIM, et. al., 2011, p. 14-16).

No Governo Vargas (1930-1945), a saúde pública é derresponsabilizada do Ministério da Educação e da Saúde Pública, com a institucionalização da previdência social e ocupacional, pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. São feitas campanhas para vacinação e são criados os IAP's, que atendem a maior parte dos trabalhadores urbanos (PAIM, et. al., 2011, p. 16)

De 1945 a 1964, são vários os governos existentes e grande é a instabilidade democrática. Destaca-se a criação do Ministério da Saúde e a legislação unificada dos direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos. Segue-se a expansão hospitalar e o surgimento de empresas na área de saúde. (PAIM, et. al. 2011, p. 16)

Na Ditadura Militar (1964-1985), os IAP's são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e cria-se o INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social–, além de começar a privatização do setor. A crise no sistema é grande, porém criam-se os Programas de Extensão de Cobertura (PEC), que atendiam populações rurais com menos de 20 mil habitantes. O INAMPS financiava estados e municípios, para que houvesse maior cobertura. (PAIM, et. al., 2011, p. 16). Na transição entre o fim da ditadura e o retorno da democracia, o INAMPS continua com o financiamento, cria-se os Sistemas Unificados e Descentralizados da Saúde (SUDS). Era necessário reduzir a mortalidade infantil e as doenças imunotransmissoras. (PAIM, et. al., 2011, p. 16).

Com a Constituição de 1988, cria-se o SUS e se descentraliza o sistema (PAIM, et. al., 2011, p. 17). A saúde passa a constar da Carta Magna e torna-se política econômica e social, pública e

universal (BRASIL, 1988). A regulamentação do disposto pela Constituição Federal vem com a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990)

Ante ao histórico apresentado, destaca-se a repetição de ser, sempre, historicamente uma política social (em diferentes níveis de maturidade e investimento), prevista na Constituição, que, muitas vezes, só atendeu trabalhadores, ocorrendo a mudança do paradigma apenas com a Constituição Federal de 1988.

Programa de fortalecimento do Sistema Único de Saúde

Na LOA de 2015, o programa era denominado como “aperfeiçoamento do sistema único de saúde” em razão do Plano Plurianual 2012-2015. À época, o governo, quando da justificativa do porquê prever o programa em análise, diz que, diante da complexidade posta pelo sistema, é importante e se requer uma melhoria do modelo da gestão, com novas possibilidades para todos os entes federados e, ainda, “incentivando as ações de saneamento básico e de saúde ambiental, executadas de forma sustentável, como estratégia suplementar de promoção da saúde e de redução das desigualdades sociais”(BRASIL, 2011, p. 134).

No PPA 2016-2019, o programa passa a chamar-se “Fortalecimento do Sistema Único de Saúde” e agrupa 13 principais objetivos. A mudança do perfil epidemiológico da população e as prioridades têm que se adequar, o que se mostra um grande desafio, dada a estruturação do SUS no país, que é tripartite (BRASIL, 2015, p.131-133). Para tanto, baseia-se na equidade para identificar os principais objetivos, com o intuito de distribuir a oferta, baseada na diversidade e na garantia do acesso adequado para a saúde de todos, considerando as vulnerabilidades específicas de cada um (BRASIL, 2015, p. 133).

Assim, compilam-se os principais objetivos do Programa de Fortalecimento do SUS:

Quadro 2: principais objetivos do Programa de fortalecimento do SUS constantes no Plano Plurianual

PPA 2012-2015	PPA 2016-2019
Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.	Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/ etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde
Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção	Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.	Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS
Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.	Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS
Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável	Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.
Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.	Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS.	Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde.	Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.
Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde.	Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.
Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.	-

Fonte: elaborado pelas autoras, com base nas dimensões temáticas dos PPA's de 2012-2015 e 2016-2019

Dentro dos objetivos acima elencados, desdobram-se inúmeras metas, dentre diversos setores do SUS, razão pela qual mostra-se a importância deste programa que abrange ações imprescindíveis para a manutenção e o funcionamento da saúde pública como um todo.

As políticas econômicas e sua relação com a saúde no Brasil

Aspectos históricos das políticas econômicas e sua influência na saúde

No Governo Dutra (1946-1951), o Plano Salte foi uma “tentativa de coordenação dos gastos públicos destinados aos setores de saúde, alimentação, transporte e energia, e que previa investimentos para os anos de 1949 a 1953” (VIANNA & VILLELA, 2011, p. 7)

De 1964 até 1973, adotaram-se modelos de políticas econômicas ortodoxas, para combater a inflação e retomar o crescimento econômico, de modo que o PIB cresceu com uma boa base média e

ocorre o chamado “milagre econômico” (HERMANN, 2011, p. 49, 50, 62 e 64). De 1974 a 1985, vivemos o auge e o declínio, com a consequência do endividamento, que passa por três governos militares, até chegar à democracia (HERMANN, 2011, p. 73). Nas décadas de 1970-1980, no âmbito das políticas públicas de saúde, “a primeira onda de reforma do setor foi impulsionada pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função saúde” (COSTA, SILVA & RIBEIRO, 2000, p. 210)

Com o advento da Constituição Federal de 1988 e com a instauração de políticas de saúde que caminham em conjunto com as políticas econômicas, “as melhorias nas condições de saúde da população brasileira nas últimas décadas são atribuídas a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde e à reforma setorial que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (VIEIRA & BENEVIDES, 2016, p. 2)

Feitas essas considerações, tem-se que a saúde passa a ser reconhecida como um direito e não mais como um serviço, em que pese o acima apontado, passa-se à análise do disposto, atualmente, na Constituição sobre saúde e economia (CASTRO, 2011, p. 118)

A política econômica intervencionista e a saúde pública

Na Constituição de 1988, é clara a posição intervencionista da economia perante as políticas públicas de saúde, nos termos do artigo 196, que determina que estas sejam garantidas por meio de políticas sociais e econômicas. No mesmo sentido, a Cepal traz o neodesenvolvimento, em que foi necessário revisar a participação do Estado na vida econômica e nos instrumentos de intervenção para a agenda do desenvolvimento (BIELSCHOWSKY, 2009, 179). A ideia principal é efetivar a justiça social e respeitar a dignidade humana, baseada em princípios que norteiam as ações dos governantes (ALVES & DUARTE, 2015, p. 198).

Para corroborar com os demais dispositivos constitucionais, o artigo 170 da Constituição Federal alude que a ordem econômica deverá reduzir as desigualdades sociais e o artigo 174 autoriza a intervenção econômica por parte do Estado. (BRASIL, 1988).

Com esse cenário de que o Estado deve propor medidas que visem, por meio da ordem econômica, à redução de desigualdades e que deve ocorrer por meio de políticas públicas, a Carta Magna determina, em seu artigo 198, §2, I, que a União deverá prever, no mínimo, 15% (quinze por cento) da sua receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, para as ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988), por conta da Emenda Constitucional 29/2000. Esse fator demonstra, por si só, a política econômica intervencionista do Estado ante as políticas públicas de saúde, já que acaba por determinar aquilo que deve – ou não – ser investido.

Com a Emenda Constitucional nº 95/2016, advém o “novo regime fiscal”. A partir de 2018, há limitação para valores do orçamento de seguridade social da União, que devem ser os do ano de exercício anterior e corrigidos pelo IPCA (BRASIL, 1988). Por vinte anos, o investimento na saúde deve ser de, no mínimo, 15% da receita corrente líquida, observando que o valor deverá ser o do ano anterior corrigido pelo índice determinado.

Pode-se dizer que nas políticas públicas de saúde “a intervenção deixa de ser uma circunstância para tornar-se um elemento fundamental no Estado” (ALVES & DUARTE, 2015, p. 195) e, com isso, garantir um acesso equânime e universal, reduzindo desigualdades e primando pela qualidade de vida, que acaba por englobar o conceito de saúde, que não é apenas a ausência de uma patologia.

Portanto, “o Estado assume o ônus de desenvolver um sistema de proteção social, dentro do qual as políticas sociais constituem ações, programas, processos e medidas” (ARAÚJO, et. al., 2017, p. 31).

Apanhado sobre orçamento público e a Lei Orçamentária Anual – LOA

Para compreender a análise do orçamento feita, é necessária a compreensão de conceitos orçamentários. O orçamento público no Brasil organiza-se por meio do Plano Plurianual, PELA Lei de Diretrizes Orçamentárias e pela Lei Orçamentária Anual, conforme prevê o artigo 165 da Constituição Federal. O Plano Plurianual – PPA –, consiste em estabelecer “de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada” (BRASIL, 1988). A Lei

de Diretrizes Orçamentárias – LDO “abarca as metas e prioridades da administração pública federal” (BRASIL, 1988):

E a Lei Orçamentária Anual – LOA–, aborda, obrigatoriamente e conforme disposto na Constituição Federal, o orçamento fiscal dos fundos, da administração direta e indireta, de investimento das empresas em que a União seja majoritária no capital social, além da seguridade social de maneira abrangente (BRASIL, 1988). A LOA deve estar acompanhada de “demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia” (BRASIL, 1988), além de ser compatível com o PPA.

Quando da apresentação da LOA, o Poder Executivo encaminha ao Congresso Nacional um Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA–, que será analisada pela Comissão Mista de Orçamento. Após os relatórios setoriais e a votação na Comissão, passa-se à votação nas Casas Legislativas e posterior sanção/veto. Em havendo vetos, estes serão analisados pela sessão do Congresso Nacional, que pode derrubá-los.

Após a lei sancionada, autoriza-se o valor de pagamento para cada programa, conforme a disposição legal. Uma vez feito isso, ocorrem-se os empenhos, que são “os atos emanados de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição” (BRASIL, 1964), sendo necessário que se realize a liquidação dos valores, que consiste na “verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito” (BRASIL, 1964)

Porém, existem despesas que são empenhadas e não pagas até 31 de dezembro do ano orçamentário, originando restos a pagar, conforme determina a lei no 4.320, de 17 de março de 1964. Sobre esse tema cumpre salientar que “na proporção em que essas despesas postergadas forem pagas certamente irão impactar a execução financeira, impulsionando, se não houver aumento de receitas, as despesas do exercício em curso para os próximos anos, criando um círculo vicioso” (AUGUSTINHO, et. al., 2013, p. 145)

Cabe lembrar que, no Brasil, em que pese a atual conjuntura política e econômica existente desde meados de 2016, por vezes a receita anual pode ser maior ou menor do que as previstas no orçamento. Nesse sentido, em período de recessão, precisam ser feitos cortes naqueles valores já aprovados/vetados pelo Congresso Nacional, com o intuito de adequar-se a uma nova realidade econômica. Há, portanto, neste cenário, uma economia volátil, que vai trazer à tona um conflito de onde cortar ou onde é melhor investir, o que nem sempre é consenso (ASSIS, 2010, p. 184-185), ainda mais quando se trata de direito que prima pela vida e dignidade humana.

Desenvolvimento regional: políticas públicas de saúde, políticas econômicas, desenvolvimento humano e o programa de fortalecimento do sus

O desenvolvimento pode ser conceituado como uma “crescente eficácia na manipulação criadora de seu meio ambiente natural, tecnológico, cultural e social, bem como suas relações com outras unidades políticas e geográficas” (SUFFI, 2002, p. 18). A regionalização da saúde e os programas que são postos pelas políticas públicas no Brasil são um fenômeno recorrente desde a década de 80 e que, com o retorno da democracia e com a promulgação da Constituição de 1988, ficam latentes.

Prevê a Carta Magna que são objetivos da República garantir o desenvolvimento regional, além de ser princípio da ordem econômica a “redução das desigualdades regionais e sociais” (BRASIL, 1988) e que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, (BRASIL, 1988). Portanto, regionalizar o SUS leva a “processos políticos, organizados para buscar respostas regionais a problemas de saúde, territorialmente contextualizados” (RIBEIRO, 2015, p. 410) e, com isto, as problemáticas são definidas com base em cada território, bem como suas respostas, levando em consideração a peculiaridade de cada região (RIBEIRO, 2015, p. 410).

Das estratégias mencionadas anteriormente, que se referem ao que consta no Plano Plurianual para o Fortalecimento do SUS, denota-se que inúmeras são para uma maior regionalização, divisão de tarefas e recursos, com o intuito do desenvolvimento para as localidades as quais se destinam o orçamento que é proposto.

Com o intuito de deixar lúcido o impacto em cada região do país, elabora-se a tabela 1, que traz o valor empenhado do programa em análise para cada região do país, no período de 2015 a 2017, já que, para 2018, os dados ainda são parciais:

Tabela 1: valores empenhados, por região do país, do programa de fortalecimento do SUS

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
2017	5.109.076.091	19.087.713.094	4.865.202.922	27.334.856.488	10.015.559.016
2016	4.768.423.393	17.990.762.015	4.602.490.635	25.380.129.565	9.802.806.960
2015	4.496.952.893	17.129.602.383	4.259.523.893	23.772.009.422	8.973.718.865

Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados disponibilizados pelo SIGA-SENADO.

A saúde está ligada diretamente ao desenvolvimento humano das regiões de nosso país, até porque é dos elementos que faz parte do cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano, enquanto o PIB diz respeito somente ao desenvolvimento econômico da região (PNUD). Isto corrobora o fato de que é um campo extremamente relevante em todos os aspectos (GADELHA et.al., 2011, p. 3004), refletindo diretamente no que é investido pelos entes estatais, com base na população que está em cada um deles.

É notório que, além do impacto econômico, a sistemática empregada pelo SUS tem grande repercussão social nos territórios, atendendo dezenas de milhões de pessoas, não somente no que tange ao tratamento de patologias, mas, também, na promoção e na prevenção de moléstias, além de “ser instrumento de fomento, tanto para a qualidade de vida como para o desenvolvimento econômico e social” (CORREA, 2016, p. 2)

Resultados

Tabela 2: levantamento dos números, em real, do programa de Fortalecimento do SUS, do Ministério da Saúde, nos anos de 2015 a 2018

	2015	2016	2017	2018
Projeto de Lei Orçamentária Anual	R\$ 86.479.805.817,00	R\$ 86.372.043.040,00	R\$ 91.036.246.032,00	R\$ 99.635.630.285,00
Lei Orçamentária sancionada pelo Executivo	R\$ 97.828.636.161,00	R\$ 95.487.985.347,12	R\$ 100.481.843.751,00	R\$ 106.191.440.466,14
Autorizado (Previsão de gasto)	R\$ 97.995.700.607,00	R\$ 97.429.341.928,12	R\$ 104.448.727.086,00	R\$ 105.868.175.801,14
Empenhado	R\$ 88.518.087.667,56	R\$ 94.064.550.177,58	R\$ 102.001.814.992,54	R\$ 33.931.934.264,99
Liquidado	R\$ 88.518.087.667,56	R\$ 94.064.550.177,58	R\$ 102.001.814.992,54	R\$ 23.408.272.465,48
Pago	R\$ 81.038.428.548,68	R\$ 86.986.056.526,37	R\$ 88.801.815.691,08	R\$ 23.148.891.612,18
Resto a pagar inscritos	R\$ 9.280.258.393,61	R\$ 10.983.324.335,29	R\$ 10.026.261.038,38	R\$ 16.920.285.539,58
Pago + RP Pago	R\$ 86.389.004.516,39	R\$ 94.540.185.980,15	R\$ 94.617.137.661,37	R\$ 29.645.099.038,51

Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA. Dados até 11/04/2018. Os dados de empenho, liquidação, pago, restos a pagar e pago + RP pago para 2018 são até abril de 2018.

Tabela 3: diferença, em porcentagem, entre o projeto da LOA e o orçamento sancionado pelo executivo, comparando o crescimento, ou não, de um ano para o outro (em porcentagem)

	Projeto de Lei Orçamentária Anual	Lei Orçamentária sancionada pelo Executivo
2015/16	-0,12	-2,39
2016/17	5,40	5,23
2017/18	9,45	5,68

Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA. Dados até 11/04/2018

Tabela 4: diferença entre o valor sancionado e o valor empenhado

Ano	Em porcentagem	Em real
2015	-9,52	-R\$ 9.310.548.493,44
2016	-1,49	-R\$ 1.423.435.169,54
2017	1,51	R\$ 1.519.971.241,54
2018	-	-

Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA. Dados até 11/04/2018. Para 2018, não foi possível mensurar.

Tabela 5: diferença entre o valor empenhado e o pago (incluindo restos a pagar)

Ano	Em porcentagem	Em real
2015	-2,41	-R\$ 2.129.083.151,17
2016	0,51	R\$ 475.635.802,57
2017	-7,24	-R\$ 7.384.677.331,17
2018	-	-

Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA. Dados até 11/04/2018. Para 2018, não foi possível mensurar.

Tabela 6: percentual de impacto do programa de fortalecimento do SUS no PIB

Ano	Valores do programa pagos + RP pagos	PIB - valores correntes	Comparação PIB com os valores do programa pagos + RP Pagos
	Valor (em R\$)		Valor (em %)
2015	R\$ 86.389.004.516,39	R\$ 6.000.570.000.000,46	1,44
2016	R\$ 94.540.185.980,15	R\$ 6.266.894.000.000,73	1,51
2017	R\$ 94.617.137.661,37	R\$ 6.559.940.000.000,00	1,44

Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA (consultados em abril/2018) e pela série histórica do PIB feita pelo IBGE.

Tabela 7: totais empenhados pelo programa para cada região do país de 2015 a 2017 e o IDH de cada uma destas

	Valor total empenhado	Média IDH	População média	Valor per capita
Norte	R\$ 14.374.452.377,00	0,684	17.707.783	R\$ 811,76
Nordeste	R\$ 54.208.077.492,00	0,660	56.915.936	R\$ 952,42
Centro-Oeste	R\$ 13.727.217.450,00	0,756	15.660.988	R\$ 876,52
Sudeste	R\$ 76.486.995.475,00	0,754	86.356.952	R\$ 885,71
Sul	R\$ 28.792.084.841,00	0,753	29.439.773	R\$ 978,00

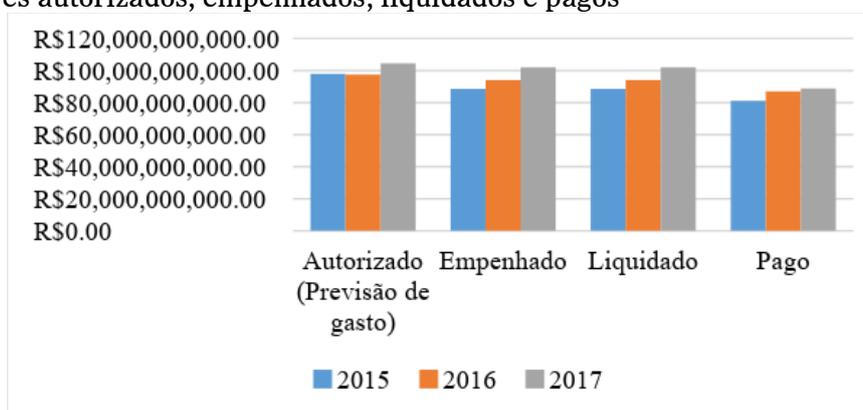
Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA (consultados em jun/2018), IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS (para a estimativa da população em 2016) e da PNUD.

Gráfico 1: valores do PLOA, LOA e autorizados



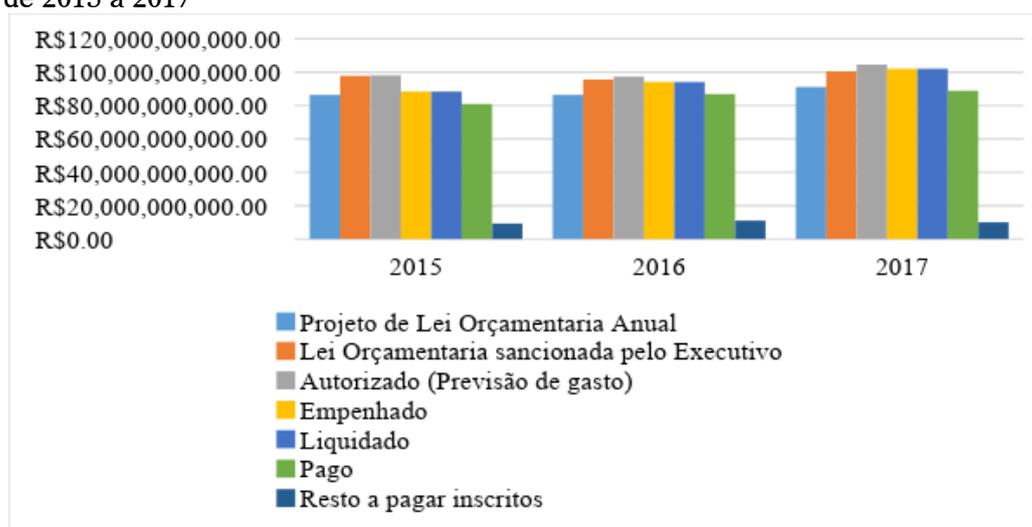
Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA.

Gráfico 2: valores autorizados, empenhados, liquidados e pagos

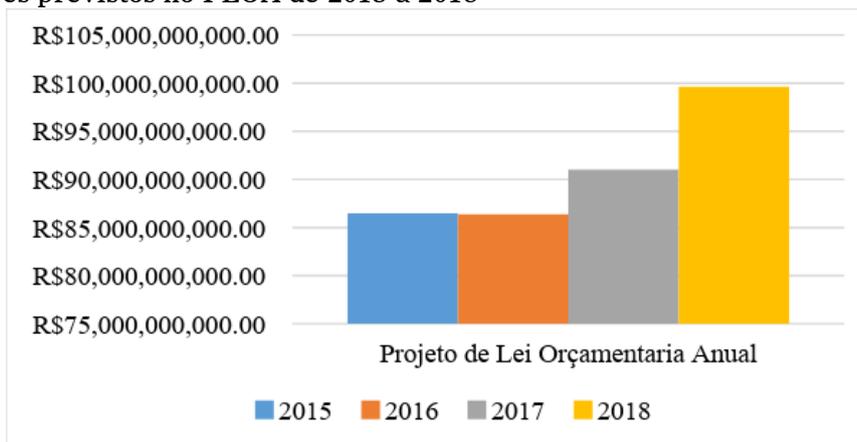


Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA.

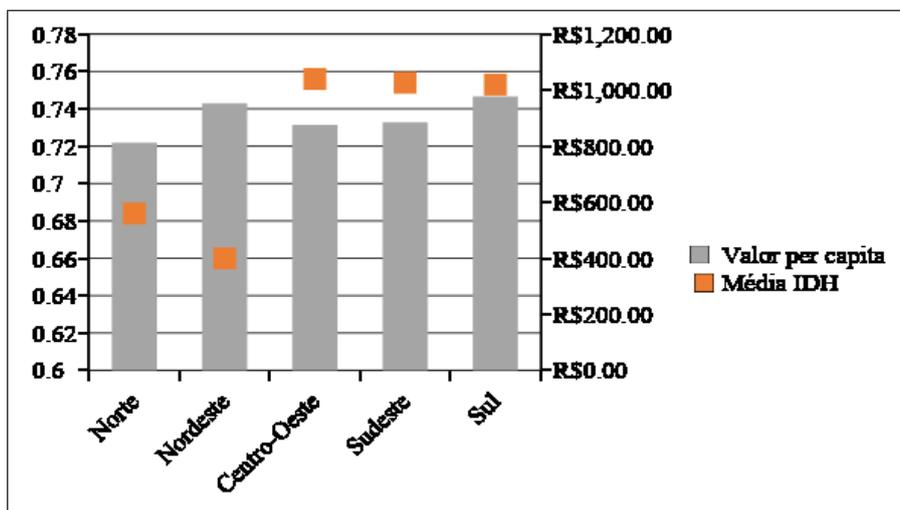
Gráfico 3: Valores do PLOA, LOA, Autorizado, Empenhado, Liquidado, Pago e Restos a pagar inscritos de 2015 a 2017



Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA.

Gráfico 4: Valores previstos no PLOA de 2015 a 2018

Fonte: elaborado pela autora, com base nos dados do SIGA.

Gráfico 5: comparação do valor per capita do programa enviado para cada região do país com a média do IDH

Fonte: elaborado pelas autoras, com base nos dados do SIGA (consultados em jun/2018), IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS (para a estimativa da população em 2016) e da PNUD

Análise dos resultados

A partir dos valores previstos no PLOA e aqueles sancionados na LOA, observa-se (vide tabela 2) que, de 2015/2016, houve uma involução dos montantes, evoluindo se comparado aos anos que se seguem à análise. Pode-se atribuir a isto a grande instabilidade vivida econômica e politicamente no país nos anos de 2015 e 2016, com um princípio de estabilização vislumbrada, mas sem êxito, dado os escândalos postos cotidianamente na mídia, que envolvem desvios públicos.

Quanto à diferença entre aquele valor que foi sancionado e aquele que foi, de fato, empenhado (o que não significa a liquidação final) há, também, discrepante diferença, isso porque, em que pese o percentual parecer ínfimo, há que se considerar que estar-se-á analisando em milhões de reais, o que chegou a impactar mais de R\$ 9 bilhões em 2015, com posterior declínio em 2016 e 2017, já na casa do R\$ 1 bilhão.

Diante do que se apresenta de restos a pagar, nota-se que são utilizados como ferramenta contábil que, em que apesar de ser legal, pode não se mostrar tão moral, além de ser útil para auxiliar a cumprir os percentuais mínimos determinados, ao menos, no papel (PIOLA et. al., 2012, p. 17-18). Mostra-se desarmônico, ainda, o valor que é empenhado e aquele que é pago, incluindo os restos a pagar, conforme se nota na tabela 5. Isso pode ser reflexo do instável cenário econômico e de

retração que foi posto no ano de 2017, inclusive já com a aplicação da Emenda Constitucional n. 95/2016, o que demonstraria o impacto da intervenção econômica nas políticas públicas de saúde.

Há um padrão nos gráficos 1 e 2, no que o governo estima para o PLOA, no que é aprovado na LOA, autorizado, empenhado, liquidado e pago. Isto é, as atitudes na propositura, sanção e execução do orçamento tão somente se repetem proporcionalmente aos valores que são postos.

Pelos resultados obtidos no gráfico 3, a conclusão é a mesma dos anteriores. É importante ressaltar grande diferença existente entre o valor autorizado e aquele que é, posteriormente, empenhado. A margem que se tem de diferença deste resultado é impactante e poderia auxiliar a tornar, de fato, a saúde universal e equânime no país. Em que pese se esperar um resultado diferente, dada a vigência da denominada “emenda do teto dos gastos”, o valor que o Executivo propôs no PLOA aumentou de 2015 para 2018 sobremaneira. Esse fato deve ser analisado de maneira mais apurada, levando-se em conta inúmeros fatores.

O dado mais alarmante levantado neste estudo é o da representatividade do orçamento do programa de fortalecimento do SUS, que é de suma importância para a política pública de saúde universal, em comparação ao PIB do País. Não chega a representar 2% de todo o valor. Como destacado por Piolaet. al. (2012, p. 12), “o problema do Brasil, se assim pode ser chamado, é que o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral”.

O mesmo autor (2012, p. 10) ressalta que, nos países em desenvolvimento, que utilizam valor impactante no PIB para os sistemas públicos de saúde universais, “as atenções estão cada vez mais voltadas para a eficiência, efetividade e equidade nos gastos”. No Brasil, nem há como se cogitar isto, já que não se consegue efetivar a universalidade, princípio primário do sistema público de saúde, determinado pela legislação constitucional e ordinária. Em que pese a política econômica intervencionista na política de saúde, que determina valores mínimos a serem empregados, mostra-se com esta comparação que, de fato, na economia, não há um impacto representativo, à revés daquilo que é realizado em países em desenvolvimento, que têm a mesma lógica do sistema.

Da tabela 7 e do gráfico 5, faz-se uma comparação entre o valor empenhado no programa para cada região geográfica do país, com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH–, a população média e o valor *per capita*. Em que pese parecer que, para as regiões norte e nordeste, foi destinado um maior montante, quando relacionado com a população, chegando-se ao total por pessoa, demonstra-se que o valor foi efetivamente menor que para os dados do Sul e do Sudeste. Ou seja, os menores IDH's estão apontados nas regiões onde houve menor destinação de recurso *per capita*, se comparados às demais regiões, onde houve maiores empenhos de recurso.

Mudar uma realidade regional, principalmente no que tange às políticas públicas de saúde, que envolvem não somente o curar doenças, mas, sim, a promoção de qualidade de vida, requer um maior esforço, já que se fazem necessários custos com manutenção e programas. Nesse sentido, “é necessário assegurar estratégias que garantam um aumento do montante de recursos e a estabilidade das fontes de financiamento setorial” (GADELHA et. al., 2011, p. 3013).

Conclusão

Infere-se que é possível pensar num sistema público e universal de saúde que enseje o desenvolvimento regional, que é influenciado por políticas e fatores econômicos, desde que haja impacto do orçamento que é investido ante ao valor do PIB do país e isso, conseqüentemente, aumentará o IDH.

No caso que se analisou, nota-se que, em que pese o aumento gradual do valor orçamentário que é destinado, não há impacto no PIB, não chegando a representar nem 2% de todo o valor deste. Ou seja, não há reflexo econômico, em que pese a estipulação da Carta Magna de que a política econômica é intervencionista sobre a saúde. Fato é que o nosso sistema hoje se sustenta por verdadeiro milagre, de maneira falimentar, sem proporcionar aquilo que é disposto na Constituição e, sem sombra de dúvidas, sem ser efetivo e eficiente. Isto é fato notório e noticiado todos os dias.

A análise orçamentária só corrobora o reflexo de todo o sistema, infelizmente. Há a destinação do mínimo constitucional que é previsto, porém se utilizam de manobras contábeis para postergar a devida execução. Nota-se, diante do cenário como um todo, que, proporcionalmente, em que pese a primeira vista parecer que os montantes no orçamento cresceram, quando comparados a outros indicadores, demonstra-se que isso não é a realidade. Pelo contrário.

O desenvolvimento só terá avanços quando houver investimento significativo na economia sobre o PIB, o que por si só já respeitará os 15% de investimento constitucional. Ademais, é imprescindível que se considere o crescimento e o desenvolvimento do programa e o regional também do aspecto do IDH, que leva em conta a longevidade, a educação e a renda, que, sem dúvidas, acabam por impactar diretamente na vida de todos. Como isto poderá ser feito não compete a este estudo, ensejando nova matéria de pesquisa.

Referências

ALVES, Bruna Marques. DUARTE, Francisco Carlos. A intervenção do estado no domínio econômico – economia e legitimidade. **E.A.L.R**, v. 6, n. 1, p. 192-205, Jan – Jun 2015.

ARAÚJO, Carolina Pires. Et. Al. Políticas públicas de saúde e bem-estar social: fronteiras entre o financiamento público e o privado no Brasil e em Portugal. **Estudos de Sociologia**, v. 1, n. 23, 2017, Recife.

ASSIS, Luiz Gustavo Bambini de. **Processo legislativo e orçamento público: a função de controle do parlamento**. 2009. 299 páginas. Tese de doutorado – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-30042010-083530/en.php>> Acesso em: 12 abr. 2018.

AUGUSTINHO, S. M.; et al. A “Contabilidade Criativa” e a inscrição de Restos a Pagar como “Expediente” para Alcançar o Superávit Primário. **Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**. V.3, nº 4, Set./Dez., p. 127-147, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufcg.edu.br/reunir/index.php/uacc/article/view/167/pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

BIELSCHOWSKY, Ricardo. Sessenta anos de lá Cepal: estruturalismo y neoestructuralismo. **Revista de La Cepal**, n. 97, Abril de 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 12 abr. 2018.

_____. **Lei no 4.320, de 17 de março de 1964**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/14320.htm> Acesso em: 12 abr. 2018.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em: 12 abr. 2018.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Dimensão temática: programas temáticos – PPA 2012-2015**. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/ppa/ppa_2012_2015/proposta/001-Mensagem4.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Dimensão temática: programas temáticos – PPA 2016-2019**. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/ppa/ppa_2016_2019/proposta/mensagem/05_dimensao_tatica.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Programa temáticos: LDO-2015, Anexo I, Inciso XIV**. P. 10 a 17. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2015/red_final/vol2/01_programas1.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

CORREA, Marco Aurelio Kasmin. O impacto do investimento em saúde pública no desenvolvimento econômico e social: uma análise dos municípios do Paraná. Dissertação apresentada ao Programa de

Pós-Graduação Stricto Sensum Gestão e Desenvolvimento Regional de Mestrado da Universidade Estadual do Oeste do Paraná –UNIOESTE –campus de Francisco Beltrão. UNIOESTE. Francisco Beltrão, 2016.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B; RIBEIRO, J. M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 209-227, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6259>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

ESPERANÇA, Lavinia Barros de Castro. **Frustração e Aprendizado: A História da Nova República (1985-1989)**. In: GIAMBIZI, Fábio. Et. Al (org) *Economia brasileira contemporânea [recurso eletrônico]: 1945- 2010*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Et. Al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):3003-3016, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n6/3003-3016/pt>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel. SILVA, Denise Tolfo (org). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2018.

HERMANN, Jennifer. **Auge e Declínio do Modelo de Crescimento com Endividamento: O II PND e a Crise da Dívida Externa (1974-1984)** In: GIAMBIZI, Fábio. Et. Al (org) *Economia brasileira contemporânea [recurso eletrônico]: 1945- 2010*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

_____. **Reformas, Endividamento Externo e o “Milagre” Econômico (1964-1973)**. In: GIAMBIZI, Fábio. Et. Al (org) *Economia brasileira contemporânea [recurso eletrônico]: 1945- 2010*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

IBGE. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 21 jun. 2018.

_____. **Série histórica do PIB**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/7531a821326941965f1483c85caca11f.xls>. Acesso em: 09 jun. 2018.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, [online] 9 May, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf
PIOLA, Sergio Francisco. ET. Al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomico/article/viewFile/25261/21530>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

PNUD BRASIL. **Ranking IDHM Unidades da Federação 2010**. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-uf-2010.html>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

PNUD. **O que é IDH?**. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>>. Acesso em: 21 jun. 2018

RIBEIRO, Patricia Tavares. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.403-412, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010412902015000200403&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 jun. 2018.

RIPSA. **Gasto federal com saúde como proporção do PIB.** Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_E.7.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018.

SENADO FEDERAL. **Siga Brasil.** Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SUFFI, Sahid. **Desenvolvimento Regional: Uma Abordagem Através De Cluster da Saúde.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. Florianópolis, 2002.

VIANNA, Sérgio Besserman. VILLELA, André. **O pós-Guerra (1945-1955).** In: GIAMBIZI, Fábio. Et. Al (org) *Economia brasileira contemporânea [recurso eletrônico]: 1945- 2010.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/21860/pdf>> Acesso em: 12 abr. 2018.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.