

A taxa de cobertura dos serviços de atenção básica à saúde do ano de 2020: municípios do estado de São Paulo e sua relação com o gasto orçamentário

The Primary Health Care's coverage rate in 2020: cities in the São Paulo state and their government spending relations

Jaime Crozatti

<http://lattes.cnpq.br/6839916429676664>

<https://orcid.org/0000-0002-3789-8761>

Marina Tomazella Rosito

<https://lattes.cnpq.br/4312729409618554>

<https://orcid.org/0009-0003-9570-3998>

Dyane Vieira dos Santos

<http://lattes.cnpq.br/3003459245989225>

<https://orcid.org/0000-0003-0137-3485>

Tamires Barros Silva

<http://lattes.cnpq.br/3317556744312179>

<https://orcid.org/0000-0001-5319-4679>,

Patricia Righetto

<http://lattes.cnpq.br/0915196135566030>

<https://orcid.org/0000-0002-6418-254X>

Thiago de Jesus Inocêncio

<http://lattes.cnpq.br/3293916846335475>

<https://orcid.org/0009-0003-3678-6965>

DOI: 10.18829/2317-921X.2024.e54067

1. INTRODUÇÃO

Dentre as principais políticas públicas como papel do estado para a redução das desigualdades sociais e contribuição com o cumprimento dos direitos fundamentais aos indivíduos (BOUERI *et al.*, 2015), a saúde e a educação tem sido as mais relevantes na agenda do país. No caso da saúde pública, a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabeleceu a responsabilidade do Estado em oferecer serviços de saúde como direito de toda pessoa, instituiu a política que se consolidou no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, houve melhora na proposição do planejamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde (ALMEIDA, 2013).

Como passos adicionais, a Lei n. 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), que fundamenta as diretrizes e os princípios do sistema, permitiu a organização regionalizada e hierarquizada do SUS. A regionalização considera a definição de territórios específicos como critério para prioridade de ações e serviços do ponto de vista epidemiológico. Nestes territórios, o município assume posição de ator estratégico. Os níveis de complexidade crescente na oferta dos serviços de saúde demandados pela população definem a necessidade da hierarquização que apresenta a atenção básica na base dos serviços. Estes são prioritariamente oferecidos pelas estruturas geridas pelos municípios (BRASIL, 1990).

A despeito da crescente necessidade de recursos tendo em vista a mudança de perfil demográfico da população brasileira (MENDES *et al.*, 2012), o SUS acompanhou a influência das iniciativas de modernização da administração pública gerencial com foco em gerar resultados e aumentar a eficiência no uso dos recursos (VARELA *et al.*, 2012). O desafio posto é o de coordenar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros de forma integrada entre as três esferas do governo e, se necessário, complementar os recursos com a iniciativa privada para realizar o atendimento das demandas da população (ALMEIDA, 2013).

A aplicação dos recursos orçamentários liquidados no SUS foi definida pela Emenda Constitucional n. 29/2000 que determinou aos Municípios o compromisso de aplicar o mínimo de 15% e aos Estados 12% da respectiva Receita Corrente Líquida (RCL) a cada exercício fiscal (BRASIL, 2000). No contexto da crise fiscal e política de 2015, a Emenda Constitucional n. 95/2016 definiu o valor aplicado no ano de 2017 acrescido da correção monetária pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como o montante mínimo do gasto com saúde pela União a partir do período entre os anos de 2018 e 2036 (BRASIL, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2016).

Neste cenário, a execução do orçamento municipal de saúde oferece oportunidade ímpar para avaliação das ações e serviços quanto à eficiência, eficácia e efetividade, bem como é fonte de estudos para identificação de melhorias da qualidade dos gastos públicos (VARELA *et al.*, 2012).

Um ponto adicional do contexto é o processo de terceirização dos serviços públicos de saúde (DRUCK, 2016). De acordo com a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) do IBGE, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) eram responsáveis pela gestão de 1.113 estabelecimentos de saúde em 124 municípios no

estado de São Paulo (IBGE, 2018). Segundo Farias (ALESP, 2018), das 782 unidades de saúde presentes nestes municípios, 513 eram geridas por OSS, abrangendo 778 serviços de saúde, dos 1.341 oferecidos. No ano de 2016, foram transferidos 43,6% do orçamento municipal da função Saúde às OSS, sendo 37,6% do orçamento da subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial e 92,3% do orçamento da subfunção Atenção Básica (TONELOTTO *et al.*, 2018).

No contexto pontuado acima, este trabalho tem como objetivo avaliar o nível de associação estatística entre a taxa de cobertura dos serviços de atenção básica e os gastos orçamentários liquidados no ano de 2020, categorizados em pessoal próprio e compras de materiais e serviços de terceiros pelos municípios do Estado de São Paulo. A pergunta que orienta esta investigação é: Qual o nível de correlação e de significância estatística entre os recursos orçamentários liquidados utilizados para a remuneração de pessoal próprio e de compras de materiais e serviços de terceiros e os indicadores da taxa de cobertura dos serviços prestados na atenção básica à saúde pelos municípios de São Paulo no ano de 2020?

O texto apresenta, após essa breve introdução, uma consideração sobre o processo de saúde pública, o financiamento da saúde pública no Brasil e o sistema único de saúde (SUS). Na metodologia são definidos os procedimentos de coleta e análise dos dados. O tópico de resultados e análises apresenta os principais achados em relação ao perfil dos municípios objetos do estudo, o comportamento dos gastos com a atenção básica no período de 2008 a 2020 bem como dos gastos médios por habitante no mesmo período e a correlação multivariada descrita no objetivo.

2. Políticas públicas de saúde e seu financiamento nos municípios brasileiros

2.1. O processo da saúde pública

A saúde é uma construção coletiva que em seu aspecto mais amplo reflete valores sociais, culturais, subjetivos e históricos e se relaciona com a formação de uma sociedade. Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. No Brasil, as discussões em torno da saúde foram mais exaltadas na época da industrialização brasileira, período este em que se estabeleceu a crise do modelo assistencial privatista e se sucederam relevantes alterações nas estruturas econômicas e políticas (PAHO, 2018).

O processo de redemocratização do país, iniciado na década de 1970, resultou no novo sistema de saúde brasileiro, lançado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CONASS, 2015). Influenciado pela forma do Estado brasileiro o modelo sanitário implementado tem como características a cooperação interestatal: União, Estados e Municípios. A cooperação pode ser observada, por exemplo, na transferência de recursos fundo a fundo entre os entes e na coordenação centralizada. A descentralização da assistência à saúde foi vista à época como alternativa para garantir políticas públicas com maior participação democrática garantindo voz às comunidades (MENDES *et al.*, 2012). No entanto, na prática, a equidade no acesso à saúde, a eficiência, a qualidade dos serviços e o financiamento sustentável têm sido considerados insuficientes (MENDES *et al.*, 2012).

2.2. O financiamento das políticas públicas em municípios

Previsto desde a Constituição Federal de 1988, o formato do financiamento do SUS passou por mudanças de conceito e foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que definiram as fontes, os percentuais, a divisão e o repasse dos recursos (BRASIL, 1990). Apenas na Emenda Constitucional n. 29, em 2000, e a sua regulamentação em 2012 por meio da Lei Complementar 141/2012 e do Decreto n. 7.827/2012, é que foram definidos os percentuais mínimos de gastos com saúde, proporcionais à Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e Municípios (15%) (BRASIL, 2012). Os mesmos instrumentos reguladores não estabeleceram percentual para o governo central, prevalecendo “o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior ... acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (BRASIL, 2012). A Emenda Constitucional estabeleceu novo percentual de gastos do governo Federal, vinculado à correção pela inflação dos gastos realizados no ano anterior a 2017 (COSEMS CE, 2018).

Em 2019, a portaria nº 2.979 do Ministério da Saúde aplicou a lógica de desempenho e produtividade como captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas, nos quais os montantes são definidos a partir do número de usuários cadastrados nas equipes de saúde da família, com foco nas pessoas em situação de vulnerabilidade social, pagamento baseado no alcance de indicadores definidos pelo Ministério da Saúde e adesão a projetos do governo federal (BRASIL, 2020).

2.3. SUS e atendimento à saúde

Todas as mudanças de paradigmas no campo da saúde foram direcionadas para a transformação do modelo biológico, médico-hospitalar, para um modelo social, no qual o processo de saúde-doença é condicionado por determinantes sociais (modos de viver, de trabalho, lazer etc.) (CONASS, 2011). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxe a saúde como direito de todos e dever do Estado, com participação popular expressiva. Essas reivindicações foram, posteriormente, legitimadas pela Constituição Federal, em 1988, e, então, criação do SUS (CONASS, 2011). O SUS é um sistema que incorpora ações e serviços de saúde, abrangendo diversos níveis de atenção à saúde e serviços de forma descentralizada, hierarquizada e com participação social (CONASS, 2011). É gerido pelo setor público e tem os seguintes princípios: universal, integral, equânime, descentralizado, hierarquizado e participação popular (BRASIL, 1990).

A Atenção Básica (AB) tem a função de prestar cuidados primários para a saúde da população, sendo porta de entrada do sistema e centro de comunicação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017). Garante a expansão da cobertura pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) inseridas em regiões geográficas (BRASIL, 2017; NEVES *et al.*, 2018; BRASIL, 2010; FERTONANI *et al.*, 2015). As UBSs têm a responsabilidade de criar ações que respondam e tratem as necessidades de saúde da população adstrita, com o pressuposto da saúde determinada pelas condições de vida e não a ausência de doença (BRASIL, 2017 e 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 43), a Atenção Básica compreende o conjunto de ações de saúde, “no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Neste nível de atenção, faz-se uso de tecnologias de elevada complexidade, mas de baixa densidade, que são capazes, em geral, de solucionar os problemas de saúde mais recorrentes e relevantes. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a Atenção Básica, na Portaria nº 2.436/17 como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Uma das ações próprias à atenção básica é a Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada desde 1994 com a finalidade de reorganizar o SUS. Sua ideia principal é conhecer a realidade das famílias das quais cada equipe multiprofissional é responsável (SILVA *et al.*, 2018). A ESF se baseia em princípios tais como: o vínculo com o usuário, a centralidade na pessoa/família, a integralidade e a coordenação da atenção, a participação social, a articulação à rede assistencial e a atuação intersetorial (ARANTES *et al.*, 2016).

Considerando que a base de atuação da ESF é o território, portanto, as condições de vida daquela população residente, os investimentos governamentais têm sido voltados para incentivo da adesão dessa estratégia nas unidades de saúde (UBS) e na sua expansão territorial (cobertura) (NEVES *et al.*, 2018; BRASIL, 2010). Desde a criação, em 1994 foram observados impactos significativos nas condições de vida da população (BRASIL, 2010). Estes impactos foram mais robustos quando associados com unidades de saúde sem ESF (NEVES *et al.*, 2018). As melhorias observadas dizem respeito a amamentação, puericultura, mortalidade infantil, mortalidade materna, como observados nos estudos citados por Neves *et al.* (2018). Nestes 30 anos de SUS a mortalidade infantil foi reduzida em 70%, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou de 69 para 76 anos, a Estratégia da Saúde da Família do SUS cobre 130 milhões de brasileiros (60%), houve ampliação do Programa Nacional de Imunização do Brasil, ocorreu aumento da sobrevivência de pacientes infectados com o vírus HIV através do acesso à terapia com antirretrovirais, além da universalização da assistência de média-alta complexidade que inclui, por exemplo, a realização de transplantes e tratamentos oncológicos (LIMA *et al.*, 2018).

Considerando que a maior parte da população usuária assídua do SUS é de baixa renda e que as ações do sistema se aplicam à população como um todo, limitar os recursos com base na quantidade de pessoas cadastradas não reflete a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde empregada pelo SUS, o que consequentemente também coloca em risco os princípios do SUS, principalmente o da universalidade.

2.4. Estudos sobre eficiência na atenção básica em municípios brasileiros

São escassos os estudos publicados em periódicos sobre a eficiência em saúde em municípios no Brasil. Apresentamos três com datas de publicação inferiores a dez anos, para destaque da baixa produção sobre o tema.

Mazon *et al.* (2021) analisaram a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde com identificação no território, como é feito no presente trabalho. Estes autores afirmam que:

“... foi possível concluir a existência de elevado número de municípios de pequeno porte ineficientes na produção dos resultados de saúde. Além disso, um retrato da evolução da eficiência técnica, ao longo dos anos analisados, demonstrou uma trajetória decrescente, o que sinaliza aos gestores do SUS a urgente necessidade de implementar correções necessárias para a melhoria do padrão de eficiência desses sistemas locais de saúde.” (MAZON *et ali.*, 2021).

A associação entre o tamanho do município e o baixo nível de eficiência é uma descoberta do estudo citado.

Santos-Neto *et ali.* (2019) estudaram a eficiência técnica nos sete municípios da Região de Saúde Rota dos Bandeirantes no estado de São Paulo. Com indicadores do DATASUS concluíram que:

“... os municípios com maior receita disponível e maior gasto per capita atingiram os melhores resultados nos indicadores de saúde e, portanto, melhores índices de eficiência técnica em saúde. Todavia alguns municípios, mesmo com uma pequena estrutura, atingiram resultados melhores que seus vizinhos, demonstrando eficiência na gestão de sua estrutura e, desta forma, o recurso mostrou-se como condição necessária para que haja eficiência, porém, não suficiente” (SANTOS-NETO, *et al.*, 2019).

Varela *et al.*. (2015) apresentaram uma metodologia de avaliação da eficiência técnica dos municípios paulistas na aplicação de recursos públicos na política de atenção básica à saúde e analisaram a influência de variáveis não controláveis no processo de produção em tal área. Com dados da estrutura da oferta de serviços, das condições sociais e econômicas dos municípios e de indicadores de serviços prestados os autores concluíram que:

“... seria possível aumentar, consideravelmente, a quantidade de serviços prestados à população sem a necessidade de novas dotações orçamentárias na maioria dos municípios. Além disso, verificou-se que a maior proporção de idosos em uma jurisdição torna a prestação de serviços mais cara; por sua vez, maiores densidade populacional, grau de urbanização e escala dos estabelecimentos de saúde favorecem o gasto público com eficiência”.

Há, portanto, evidências de que o nível de eficiência no uso dos recursos públicos da Atenção básica gerida por municípios pode ser melhorado tendo em vista a adequada identificação dos entes de federados que precisam de melhores capacidades estatais e atender a população com maior equidade e eficácia: lacuna de encaixe deste trabalho.

Interessante destacar que não foram encontrados estudos publicados sobre a taxa de cobertura da Atenção Básica em municípios brasileiros, o que mostra o ineditismo do presente estudo.

3. Aspectos metodológicos

O presente trabalho pode ser caracterizado como descritivo e explicativo por descrever características de municípios paulistas no uso dos recursos orçamentários para a Atenção Básica à saúde. Os gastos orçamentários foram considerados os liquidados em cada ano, haja vista que “o pagamento da despesa só será efetuado quando ordenado após sua regular liquidação” (BRASIL, 1964). A liquidação acontece após o material ou serviço já ter sido entregue e executado conforme foi solicitado, o que impõem maior nível de precisão do valor efetivamente utilizado pelo serviço de saúde (VARELA *et al.*, 2012).

Os 83 códigos de classificação do elemento de despesa (STN, 2021, p. 79) dos empenhos contabilizados por cada município em cada ano foram agrupados em cinco categorias por natureza do objeto:

- A. Pessoal próprio e o RGPS – Regime Geral da Previdência Social;
- B. Viagens como diárias e deslocamentos;
- C. Juros e amortizações de dívidas;
- D. Materiais diversos e contratação de pessoal terceirizado, seja pessoa física ou serviços de pessoa jurídica;
- E. Materiais permanentes e obras, desde que duráveis;

Estas categorias são semelhantes à classificação da Natureza da Despesa Pública (STN, 2021, 73) e foram utilizadas nas análises, conforme descrito a seguir.

Os gastos por elemento de despesa foram obtidos pela agregação dos empenhos liquidados, constantes das planilhas disponibilizadas no *site* do TCESP (2021). Foram ainda agregados conforme a categoria do elemento de despesa, pelo código da classificação do quinto e do sexto dígitos da coluna “ds_elemento”, conforme as categorias A a E acima. Estes dígitos representam o código identificado na “Tabela D”

da Portaria Interministerial 163 do STN e do MPDG para a classificação da despesa pública conforme o elemento de despesa (BRASIL, 2001, p. 12).

Os gastos totais por categoria do elemento de despesa foram, então, divididos pela quantidade de habitantes de cada município, estimada anualmente pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) para encontrar o gasto médio por habitante em cada ano e em cada município. Ponderou-se assim, o porte do município, o volume da demanda pelo serviço público referido e o montante de gastos liquidados registrados para cada ano. Os valores foram atualizados monetariamente pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2018) entre cada ano e o ano de 2020, para eliminar o efeito da inflação nas análises.

Os municípios foram agrupados em função de sua população estimada pelo IBGE para o ano de 2020, em cinco faixas de população (fxpop), criadas com o objetivo de detalhamento das análises e a partir da distribuição da frequência similar da quantidade de municípios com os seguintes limites:

Faixa: Limites de habitantes

- 1: até 30.000
- 2: entre 30.001 e 50.000
- 3: entre 50.001 e 300.000
- 4: entre 300.001 e 1.000.000
- 5: acima de 1.000.000

Foram empregadas a estatística descritiva e a análise de regressão múltipla pelo método dos mínimos quadrados ordinários (MQO) como técnica de estimação. Os requisitos de normalidade, homocedasticidade e linearidade (HAIR *et al.* 2009, p. 82-8) e da ausência da multicolinearidade (HAIR *et al.*, 2009, p. 160; FÁVERO, 2015, p. 45-62) para as variáveis usadas neste estudo e exigidas pela técnica, foram verificados e achados adequados pelo teste visual do histograma, pelos testes de White, Shapiro-Wilk e da correlação linear e o fator de inflação da variância ou VIF (*variance inflation factor*).

O modelo de regressão possui a variável Taxa de Cobertura da Atenção Básica no ano de 2020 (cab20) como variável dependente. Como variáveis explicativas foram usadas o gasto médio e o gasto total com pessoal próprio (ma20 e ta20) e com compras de materiais e serviços (md20 e mt20) liquidados na atenção básica nos municípios paulistas no ano de 2020.

4. Resultados e análises

4.1 – Análise descritiva

Os descritivos da população estudada, os municípios do estado de São Paulo, com exceção da Capital, estão no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Quantidade de municípios, PIB total, PIB por habitante, total da população, a quantidade de Unidades Básicas de Saúde, média de habitantes por UBS, o percentual médio da cobertura das equipes de saúde da atenção básica e percentual média de nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas no período pré-natal com os municípios categorizados por faixa de população:

Faixa da Popul. (fxpop)	Quantidade de Municípios	Produto Interno Bruto (PIB)*	PIB médio por habitante**	Total da população	Quantidade total de UBS	Média da média de habitantes por UBS	Média da Taxa da Cobertura da Atenção Básica
1	437	126.946	27,82	4.442.596	3.689	1.621	84,50
2	62	99.077	41,45	2.434.479	2.773	1.411	66,67
3	114	620.520	45,62	13.400.000	12.251	1.981	60,92
4	23	520.923	44,99	10.900.000	6.848	3.374	52,34
5	2	122.723	48,16	2.605.913	798	8.042	54,44
Todos	638	1.490.189		33.782.988	26.359	1.749	77,30

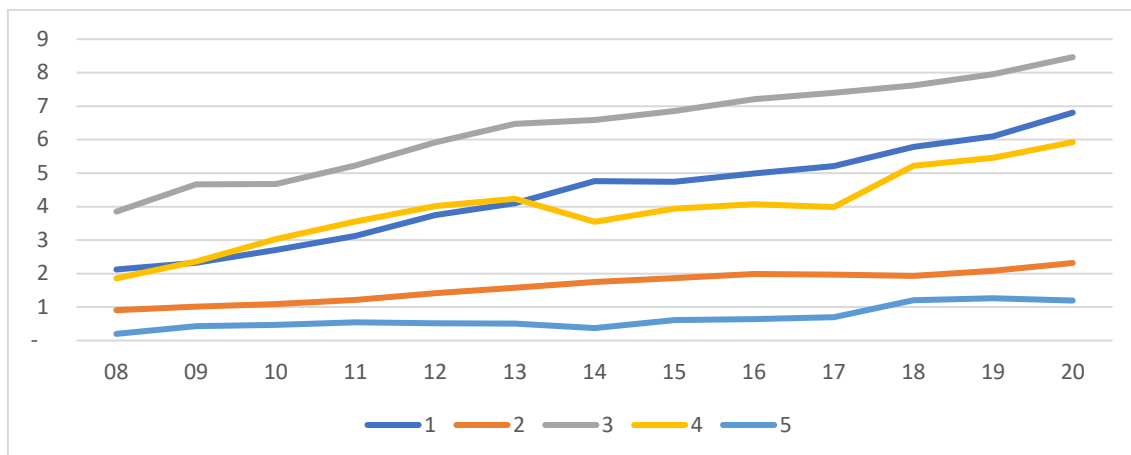
* Em milhões de reais; ** em milhares de reais

Fonte: dados da Pesquisa.

Legenda: Faixa pop.: 1: até 30.000 habitantes; 2: entre 30.001 e 50.000 habitantes; 3: entre 50.0001 e 300.000 habitantes; 4: entre 300.001 e 1.000.000; 5: acima de 1.000.000 de habitantes; Todos: todos os municípios.

Pode-se observar a concentração de municípios na faixa de população 1 aqueles com até 30 mil habitantes. Estes municípios têm a melhor percentagem média de cobertura da atenção básica e a segunda melhor média da taxa de mães de nascidos vivos que fizeram 7 ou mais consultas no período de gestação. Destaca-se, também, que a média de habitantes por UBS aumenta significativamente conforme aumenta a faixa populacional, significando dizer que as redes de atenção básica estruturadas em UBS são maiores e/ou atendem a significativa maior quantidade de pessoas residentes quanto maior for a cidade. Esta é uma consideração relevante quando se avalia a economia de escala para as redes municipais de atenção básica à saúde.

Gráfico 1 – Evolução do gasto total dos municípios paulistas no período de 2008 a 2020 com a atenção básica à saúde (valores em bilhões de reais)

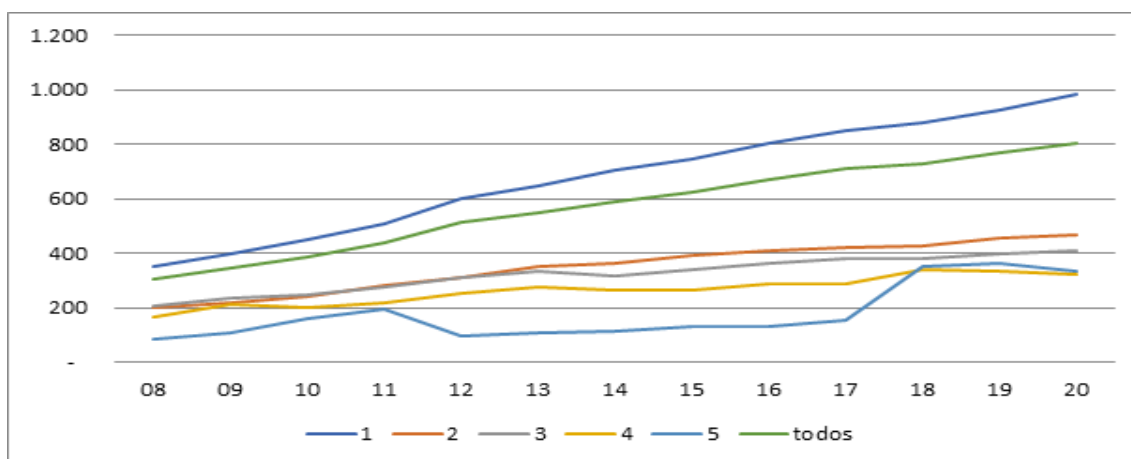


Fonte: dados da pesquisa. Legenda: idem ao Quadro 1

Os municípios paulistas realizaram gastos liquidados nos respectivos orçamentos no montante total de 220 bilhões de reais para atendimento das demandas das redes municipais de Atenção Básica à saúde no período de 2008 a 2020. Observa-se que os 114 municípios que têm entre 50 e 300 mil habitantes (fxpop.3) demandaram os maiores valores totais e apresentaram o maior crescimento de gasto.

Para ponderar estes gastos com a população residente, os gráficos a seguir mostram os valores no mesmo período de tempo. Porém, estes gastos foram desagregados em gastos com pessoal próprio (Gráfico 2) e gastos com compras de materiais e serviços de terceiros (Gráfico 3), conforme descrito na metodologia.

Gráfico 02 – Média por habitante do gasto anual com pessoal próprio na Atenção Básica nos municípios paulistas de 2008 a 2020 (valores em unidades de reais).

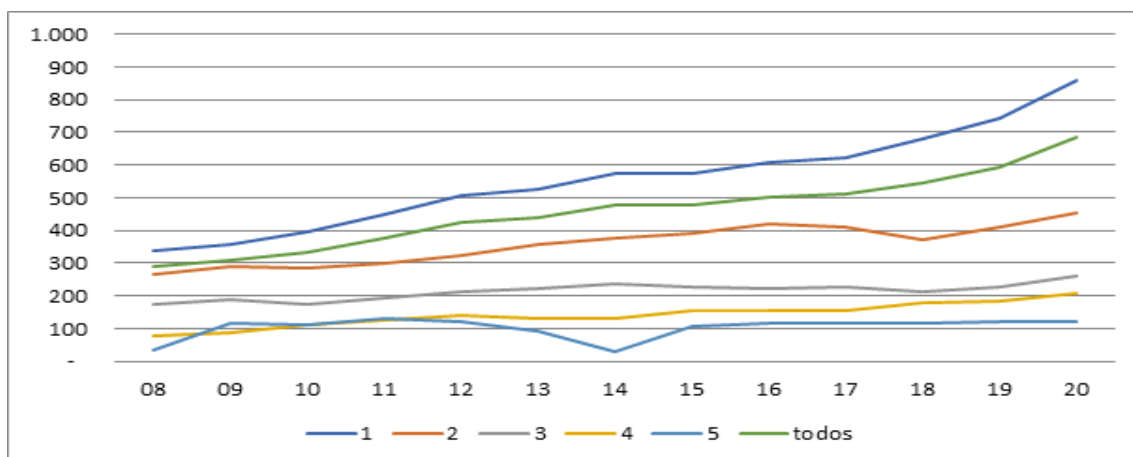


Fonte: dados da pesquisa. Legenda: idem ao Quadro 1

A média do gasto por habitante com pessoal próprio da área de Atenção Básica à saúde nos municípios paulistas no período de 2008 a 2020 é crescente e teve significativa alta neste mesmo período para todas as categorias de municípios. Os valores médios partiram de menos de R\$ 400,00 no ano de 2008 para próximo a R\$ 1.000,00 reais por pessoa para os municípios menores, os que apresentaram maior média de gasto por habitante. Os municípios maiores têm gastos médios significativamente menores e com menor evolução no mesmo período. Esse dado levanta a questão sobre a forma como a política de saúde tem sido estruturada, financiada e gerida no país. Apresenta-se a questão sobre a economia (ou deseconomia) de escala para este tipo de política, considerando que os municípios com até 50 mil habitantes necessitam de estrutura de gestão similar aos demais, porém, com menor volume de demanda.

Modelos de gestão em consórcios (JULIÃO, 2018) ou mesmo em forma de regiões de saúde poderiam ser considerados para a avaliação da eficiência como opções de redesenho dos modelos de gestão da Atenção Básica com maior economicidade.

Gráfico 3 – Média do gasto anual na atenção básica por habitante com compras de materiais e serviços de terceiros nos municípios paulistas de 2008 a 2020 (valores em unidades de reais).



Fonte: dados da pesquisa. Legenda: idem ao Quadro 1

Os gastos com compras de materiais e serviços liquidados na atenção básica no período de 2008 a 2020 tem o mesmo comportamento ascendente, conforme pode-se observar no Gráfico 03 acima. O mesmo fator de gastos excessivos para os municípios com até 50 mil habitantes pode ser feito nesta categoria de gastos. A consideração de compras consorciadas ou mesmo a criação de um nível intermediário, como a institucionalização da região de saúde como operadora de recursos orçamentários

públicos, pode ser feito aqui para avaliar melhor utilização do recurso público da atenção básica no Brasil.

4.2 – Análise explicativa

A taxa de cobertura dos municípios paulista considerada como variável dependente do gasto médio com pessoal próprio e com o gasto médio com compras de materiais e serviços de terceiros está descrito como no Quadro 2 abaixo:

Quadro 2 – indicadores da correlação multivariada com a cobertura da atenção básica (cab20) nos municípios paulistas como variável dependente do gasto médio por habitante com pessoal próprio (ma20) e com compras de materiais e serviços (md20).

Source	SS	df	MS		Number of obs:	638
				==@ F(2)	, 635)	31,59
Model	43756,03	1 2	21878125		Prob > F	0
Residual	439775,2	4 635	692,559439		R-squared	0,0905
					R-squared adj.	0,0876
Total	483531,39	637759,075776			Root MSE	26,317
cab20	Coef,	Std, Err	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
ma20	0,013319	0,002671	4,99	0,000	0,008073	0,018564
md20	0,003030	0,002797	1,08	0,279	-0,002462	0,008522
_cons	64,72613	1,911562	33,86	0,000	60,97239	68,47988

Fonte: dados da pesquisa

A taxa de cobertura da Atenção Básica nos municípios paulistas é explicada em 8,76% pelos gastos médios por habitante com pessoal próprio e com compras de materiais e serviços de terceiros no ano de 2020 ($R\text{-squared} = 0,0876$). Os dados do Quadro 2 acima evidenciam que há significância estatística ($p\text{-value} < 0,000$) (HAIR, et al., 2009) e que o valor do gasto médio por habitante com pessoal próprio (ma20) é confiável como parâmetro de relação causa e efeito ($0,008073 < \text{Conf. Interval} < 0,018564$) (WOOLDRIDGE, 2016) com a taxa de cobertura taxa de cobertura da Atenção Básica (cab20). Esta afirmação não é válida para a média do gasto por habitante com compras de materiais e serviços de terceiros (md20; $p\text{-value} < 0,279$; $-0,002462 < \text{Conf. Interval} < 0,008522$). Estes parâmetros indicam que o maior gasto médio por habitante com remuneração de pessoal próprio influenciou positivamente quatro vezes mais a taxa

e cobertura da Atenção Básica nos municípios paulistas no ano de 2020 em relação ao gasto médio com compras de terceiros.

O Quadro 3 a seguir mostra a correlação multivariada com a taxa de cobertura da população dos municípios paulistas como variável dependente e os gastos totais com pessoal e com compras de materiais e serviços de terceiros como variáveis independentes ou preditoras.

Quadro 3 – indicadores da correlação multivariada com a cobertura da atenção básica nos municípios paulistas como variável dependente do gasto total com pessoal próprio (ta20) e com compras de materiais e serviços (td20).

Source	SS	df	MS		Number of obs =	638
					F(2, 635)	19.88
Model	284.855.947		2.142.427.974		Prob > F	0.0000
Residual	455.045.674		635.716.607.361		R-squared	0.0589
					Adj R-squared	0.0559
Total	483.531.269		637.759.075.776		Root MSE	26.77
cab20	Coef.	Std. Err.	t	P.t	[95% Conf. Interval]	
ta20	-.0670399	.0286559	-2.34	0.020	.1233117	-.0107682
td20	-.1578302	.0498279	-3.17	0.002	-.2556776	-.0599828
_cons	8.118.903	1.230.451	65.98	0.000	7.877.279	8.360.528

Fonte: dados da pesquisa

A taxa de cobertura da Atenção Básica nos municípios paulistas é explicada em 5,89% pelos gastos totais com pessoal próprio e com compras de materiais e serviços de terceiros no ano de 2020 ($R\text{-squared} = 0,0589$). Os dados do Quadro 3 acima evidenciam que há significância estatística ($p\text{-value} < 0,020$) (HAIR, et al., 2009) e que o valor do gasto médio por habitante com pessoal próprio (ta20) não é confiável como parâmetro de relação causa e efeito ($0,1233117 < \text{Conf. Interval} < -0,0107682$) (WOOLDRIDGE, 2016) com a taxa de cobertura taxa de cobertura da Atenção Básica (cab20). Esta afirmação é válida para o total do gasto com compras de materiais e serviços de terceiros (td20) quanto à significância estatística ($p\text{-value} < 0,002$); quanto ao intervalo de confiança desta variável (td20) este se mostrou favorável à confiança do parâmetro ($-0,2556776 < \text{Conf. Interval} < -0,0599828$). Estes parâmetros indicam que o maior gasto total com compras de materiais e serviços de terceiros influenciou positivamente duas vezes mais a taxa e

cobertura da Atenção Básica nos municípios paulistas no ano de 2020 em relação ao gasto médio com pessoal próprio.

Haja vista que a qualidade do atendimento à saúde das populações carentes do país e do estado de São Paulo dependem das ações, estratégias e programas do SUS nos municípios, de forma relevante para a Atenção Básica, porta de entrada ao Sistema, melhorar o entendimento de como os recursos orçamentários são aplicados e como impactam indicadores como os da cobertura da Atenção Básica, bem como os de efetividade das referidas ações é o passo oportuno a ser dado nos estudos de avaliação de impacto de políticas de saúde.

5. CONCLUSÃO

Este estudo procurou analisar os gastos com a Atenção Básica dos municípios do estado de São Paulo, exceto a Capital, no período de 2008 a 2020 categorizando os municípios por faixa populacional e os gastos orçamentários por gastos com pessoal próprio e com compras de materiais e serviços. A relevância desta análise pode ser considerada diante da percepção da terceirização da gestão de serviços de saúde em nível de municípios, como foi descrito na revisão da bibliografia acima, registrado na contabilidade destes entes públicos com compras de serviços de terceiros.

Os resultados indicaram que os municípios paulistas realizaram cifras monetárias superiores a 220 bilhões de reais na subfunção da Atenção Básica do ano 2008 até o ano 2020, com os municípios menores, aqueles com até 30 mil habitantes, realizando os maiores gastos por habitante em toda a série temporal analisada.

A análise da correlação multivariada pelo Método dos Mínimos Quadrados Ordinários mostrou que a taxa de cobertura da Atenção básica tem baixo nível de explicação pela combinação dos gastos com pessoal próprio e com compras de materiais e serviços, tanto na consideração da ponderação por habitante em cada município ou quanto o seu montante total no ano de 2020. Porém, esta análise mostrou que a significância estatística é alta para os gastos totais e médios com o pessoal próprio e totais com as compras de materiais e serviços, o que permite considerar que a remuneração do pessoal da Atenção Básica à saúde nos municípios paulistas pode ser pontuada ou significativa e positivamente influenciada pelo reconhecimento, mediante remuneração justa e condizente, pelos serviços prestados pelos profissionais que atuam neste nível de atenção à saúde.

Estes resultados permitem questionar se o atual modelo de financiamento e de repartição dos recursos destinados à saúde nos entes federados municipais atende ao princípio da economicidade. Há evidências de que a estrutura de gestão da atenção básica está pouco adequada ao que se pode definir como capacidade local de gestão e da efetividade das políticas, pontos de aprofundamento necessários em novos estudos.

Novas investigações a respeito do nível e da categorização destes mesmos municípios quanto à contratualização de prestadores terceirizados para a oferta e gestão dos respectivos serviços deverão ser realizadas. Estes autores pretendem avaliar os gastos sob dois novos aspectos: o da entrega dos serviços que pode ser considerado tanto pela quantidade ou quanto pela qualidade destes; e o da eficiência do gasto tendo em vista que municípios com menores recursos podem prestar serviços condizentes com a capacidade financeira de financiamento que obtém da atual estrutura social, econômica, fiscal e legal hora em validade no país.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALESP - Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. *Comissão Parlamentar de - Inquérito das Organizações Sociais de Saúde*. São Paulo, 2018. Recuperado de: <https://www.al.sp.gov.br/alesp/cpi/?idComissao=1000000225>
- ALMEIDA, N. D.. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde-SUS. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 01-09, 2013. Recuperado de: <http://www.ccs.ufpb.br/cfisisio/contents/documentos/texto-prova-2.pdf>.
- ARANTES, L.j.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1499-1509, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.19602015
- ARAÚJO, C. E. L., MACHADO, J. A., GONÇALVES, Guilherme Quaresma. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Cien Saúde Coletiva*, 2016. Recuperado de: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/os-municipios-brasileiros-e-os-gastos-proprios-com-saude-algumas-associacoes/15858?id=15858&id=15858>.
- BOUERI, R., ROCHA, F., e RODOPOULOS, F.. *Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015. Recuperado de: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:28263.
- BRASIL. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

- BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>.
- BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>.
- BRASIL. *Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012*. Brasília. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>.
- BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990* (1990). Brasília, 1990. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z – Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2009. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-931641>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Brasília, 2017. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf
- BRASIL. Ministérios da Saúde. SUS: Avanços e desafios. Brasília, 2020. Recuperado de: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf>. Acessado em: 30 out 2020.
- BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional e Ministério do Planejamento, Desenvolvimento, Orçamento e Gestão. Portaria Interministerial 163 de 04/05/2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/legislacao/legislacao/portaria-interm-163_2001_atualizada_2015_04jul2016_ultima-alteracao-2016-2.docx/view.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade*. Brasília, v. 4, 1ª ed., 2015. Recuperado de: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf>. Acessado em 05 nov 2020.
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante: Coleção Para Entender a Gestão do SUS*. Brasília, 2011. Recuperado de <https://www.conass.org.br/biblioteca/legislacao-estruturante-do-sus-2/>.
- COSEMS CE – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Mudanças no financiamento da saúde*. Brasília, 2018. Recuperado de: <https://www.cosemsce.org.br/documentos/download/Mudancas_no_Financiamento_da_Saude_2018.pdf>. Acessado em: 01 nov 2020
- DRUCK, G.. A terceirização na saúde pública: formas diversas da precarização do trabalho. *Trab. educ. saúde* 14 (Supl 1), 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>

- FÁVERO, L.P.. *Análise de dados: modelos de regressão com excel, stata e spss*. São Paulo: Campus/Elsevier, 2015.
- FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A.. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* 20 (6) Jun 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- HAIR, J.F., BLACK, W.C., BABIN, B. J., ANDERSON, R.E. e TATHAM, R. L.. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC)*. Brasília: 2018. Recuperado de: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?edicao=25506&t=sobre>
- JULIÃO, K.S.. *Cooperação intergovernamental na saúde: os consórcios de saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual* (Dissertação de mestrado, EACH/USP) São Paulo, 2018.
- LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. Da. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2018, v. 42, n. spe1, p. 52-66. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.
- MAZON, L. M.; FREITAS, S. F. T. de; COLUSSI, C. F. Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021, v. 26, n. 4. ISSN 1678-4561. doi.org/10.1590/1413-81232021264.09712019. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09712019>.
- MENDES, A.C.G.; SÁ, D.; MIRANDA, G.M.D.; LYRA, T.M.; TAVARES, R.A.W.. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública* 28 (5), Maio 2012. doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014.
- NEVES, R.G.; FLORES, T.R.; DURO, S.M.S.; NUNES, B.P.; TOMAIS, E.. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* 27 (3) 03 Set 2018. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>
- PAHO – Pan American Health Organization. *Health Indicators. Conceptual and operational considerations*. Washington, D.C.: PAHO, 2018. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acessado em: 30 out 2020.
- SANTOS-NETO, J. A.; MENDES, A. N.; PEREIRA, A. C.; PARANHOS, L. R.. Avaliação da eficiência técnica em saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2019. 3793-3803 p. DOI: 10.1590/1413-812320182410.32232017. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n10/3793-3803>
- SILVA, C. R. Da; SOUZA, T. C. De; LIMA, C. M. B. L.; SILVA-FILHO, L. B. e. Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros. *Saúde em Debate*. 2018, v. 42, n. 117, p. 382-391. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811703>.

STN – Secretaria do Tesouro Nacional. Brasil (2021). *Manual de Contabilidade Aplicado ao Setor Público*. Brasília: STN. Recuperado de: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/manual-de-contabilidade-aplicada-ao-setor-publico-mcasp/2019/26>.

TCE SP – Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. *Municípios*. São Paulo, 2021. Recuperado de: <https://www.transparencia.tce.sp.gov.br/conjunto-de-dados>.

TONELOTTO, D., CROZATTI, J., RIGHETTO, P., ESCOBAR, R. A., e PERES, U. D.. Participação de organizações sociais no orçamento da saúde do município de São Paulo no período de 2003 a 2016. *Revista Contabilidade e Controladoria*, 10(3), 69-85, 2018. <http://dx.doi.org/10.5380/rcc.v10i3.62834>.

VARELA, P.S., MARTINS, G.A., e FÁVERO, L.P.L.. Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. *Revista de Administração*, 47(4), 624-637, 2012. <https://doi.org/10.5700/rausp1063>.

WOOLDRIDGE, J.M. *Introdução à econometria: uma abordagem moderna*. Cengage Learning: São Paulo, 2016.