UMA ANÁLISE SOBRE O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM NO PERÍODO DE 2017 A 2022, PELO SIOPS E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A ANALYSE ABOUT THE FINANCING OF PUBLIC HEALTH ON THE BELÉM METROPOLITAN AREA FROM 2017 TO 2022, BY SIOPS AND THE PRINCIPLE OF HUMAN PERSON DIGNITY

Orientando: Luan Lobato da Luz
Orientadora: Profª. Drª Maria Stela Campos da Silva

RESUMO

O presente artigo objetiva analisar se os financiamentos da saúde pública nos municípios da Região Metropolitana de Belém, no período de 2017 a 2022, por meio do modelo de federalismo fiscal brasileiro, atenderam ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, cumprindo com parâmetros constitucionais e legais estabelecidos. Metodologicamente, o trabalho se divide em duas etapas: primeiro um levantamento bibliográfico sobre federalismo fiscal, dignidade da pessoa humana e o direito à saúde; por seguinte, em uma análise empírica de dados obtidos do Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde, o SIOPS, bem como outros órgãos oficiais. Os resultados obtidos apontam para o cumprimento, de todos os municípios da amostra, do mínimo legal de 15% da Receita Corrente Líquida aplicável em saúde, conforme previsto na Lei Complementar 141/2012. Entretanto, fora identificada grande dependência financeira dos municípios em relação as transferências legais realizadas pelo Estado e pela União. Constatou-se ainda que, mesmo com percentuais de arrecadação própria inferiores a proporção das transferências recebidas, muitos municípios utilizam-se de mais de 40% de seus recursos próprios para o financiamento da saúde local. Também se identificou que todos os municípios da amostra apresentaram uma média *per capita* de gastos com saúde inferiores à média nacional, apesar de apresentarem uma evolução nos gastos durante o período pandêmico (2020 a 2022). O trabalho demonstra que a realidade do financiamento da saúde pública na Região Metropolitana de Belém não se difere da realidade nacional, em que mais de 30% dos gastos com saúde são efetivados com recursos municipais. É possível concluir que o alto grau de dependência financeira dos municípios, decorrente de suas baixas arrecadações próprias a serem alocadas no financiamento da saúde pública, tendem a prejudicar uma aplicação efetiva do direito fundamental à saúde e a promoção da dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Federalismo fiscal; Dignidade da pessoa humana; Financiamento da saúde pública.

ABSTRACT

This article analyzes whether public health financing in the municipalities of the Metropolitan Region of Belém, between 2017 and 2022, within the framework of Brazilian fiscal federalism, complied with constitutional and legal requirements and upheld the principle of human dignity. Methodologically, the study is divided into two stages: first, a literature review on fiscal federalism, human dignity, and the right to health; second, an empirical analysis of data obtained from the Public Health Budget Information System (SIOPS) and other official sources. The findings show that all municipalities in the sample met the legal minimum of allocating 15% of Net Current Revenue to health, as established by Complementary Law 141/2012. However, the results also reveal a strong financial dependence of municipalities on transfers from state and federal governments. Despite generating lower own revenues compared to the transfers received, several municipalities allocated more than 40% of their own resources to local health financing. Furthermore, all municipalities presented per capita health expenditures below the national average, although spending increased during the COVID-19 pandemic (2020–2022). The study concludes that the financing of public health in the Metropolitan Region of Belém reflects the national pattern, in which municipalities account for more than 30% of total health expenditures. Nevertheless, the combination of high financial dependence and limited local revenue undermines the effective implementation of the fundamental right to health and the promotion of human dignity.

Keywords: Fiscal federalism; Human person dignity; Public health financing.

1. INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um dos direitos fundamentais elencados em nossa Constituição Federal de 1988, mais precisamente em seu art. 6º, no título correspondente aos direitos e garantias fundamentais. A Carta Magna ainda preconiza que tal direito a saúde deve ser universal e igualitário, além de um dever do Estado (art. 196, CF/1988). Este dever do Estado em garantir o direito a saúde é efetivado através dos entes federados que compõem a República Federativa do Brasil, sendo estes a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal (art. 1º, CF/1988), e que exercem as suas competências de forma autônoma (art. 18, CF/1988). É por meio dessa forma de organização político-administrativo, chamada de modelo federal ou federalista, em que os direitos são efetivados, pois, ainda que exista a autonomia dos entes federados, de igual modo existe uma "atuação conjunta e coordenada, em lógica sistêmica para a implementação da política de saúde" (Jaccoud e Vieira, 2018).

A Constituição Federal igualmente trata a dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental (art. 1º, III, CF/1988), que deve nortear os demais princípios e direitos presentes na Constituição, entre eles, o direito a saúde. Com base nestes dois fundamentos, do direito universal e igualitário à saúde, e este de forma digna, que o presente trabalho busca se alicerçar, com vistas a responder ao seguinte problema: É possível afirmar, através de dados do SIOPS, que as despesas com saúde pública, nos municípios da Região Metropolitana de Belém, no período de 2017 a 2022, atenderam ao princípio da Dignidade da Pessoa Humana, por meio do cumprimento da legislação?

Para responder a esse problema, esta pesquisa buscará analisar, por meio de indicadores municipais presentes especialmente no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), se os investimentos e financiamentos das Ações e Serviços Públicos em Saúde, nos municípios da Região Metropolitana de Belém, atendem aos critérios legais definidos no ordenamento jurídico brasileiro, bem como se enquadram-se no preceito fundamental da dignidade da pessoa humana, nos moldes constitucionais, além de verificar o impacto da forma federativa de organização político-administrativa do Brasil, sobre o financiamento das Ações e Serviços Públicos em Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Belém. A pesquisa compreenderá o período temporal de 2017 a 2022.

Para cumprir com o proposto, a pesquisa buscará responder aos seguintes pontos: 1) quais foram os percentuais de receita investidos em Ações e Serviços Públicos em Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Belém, no período de 2017 a 2022? 2) Os municípios da Região Metropolitana de Belém cumpriram com o mínimo percentual aplicável em Ações e Serviços Públicos em Saúde, nos moldes da Lei Complementar 141/2012, no período da

amostra? 3) Quais foram os gastos médios em Ações e Serviços Públicos em Saúde, por habitante, dos municípios da Região Metropolitana de Belém, no período da amostra? 4) Analisar a possibilidade de existência de dependência financeira dos municípios da Região Metropolitana de Belém em relação ao ente Estadual e a União, considerando as arrecadações próprias e transferências legais do Estado e da União, no que diz respeito as Ações e Serviços Públicos em Saúde, no período da amostra e; 5) analisar se os investimentos em Ações e Serviços Públicos em Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Belém, atendem ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, segundo parâmetros doutrinários.

O presente trabalho encontra sua justificativa na necessidade em se identificar se os serviços de saúde pública prestados na Região Metropolitana de Belém, encontram-se em consonância com os fundamentos previstos na Constituição Federal de 1988, especialmente no que diz respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, pois como aborda Silva (2014, p. 28), "quando se fala em saúde, deve-se perceber que dela depende a promoção da tão comentada 'dignidade da pessoa humana'". A escolha dos municípios da Região Metropolitana de Belém se dá pelo fato de esta região abarcar a capital do Estado, a cidade de Belém, bem como a maior parte da população do Estado do Pará, com uma população estimada, no ano de 2022, em 2.322.150 habitantes[1], compreendidos entre as 8 cidades que atualmente compõem a Região Metropolitana de Belém[2], sendo estas a capital, Belém, bem como Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara do Pará, Santa Maria do Pará, Castanhal e Barcarena. Tal número populacional corresponde a 28,59% da população do Estado do Pará em 2022.

Em termos metodológicos, esta pesquisa se divide em duas etapas de desenvolvimento. Uma primeira etapa corresponde a levantamento teórico-conceitual relativo aos temas da dignidade da pessoa humana, do direito a saúde e do federalismo fiscal brasileiro, e este especialmente no que diz respeito ao financiamento da saúde pública no Brasil. Para concretizar essa primeira etapa, foi utilizada a metodologia dedutiva a partir de levantamento bibliográfico, tanto doutrinário quanto jurisprudencial, perpassando por livros, artigos acadêmicos, anuários, congressos, conferências, legislação e jurisprudência. Ainda no que diz respeito ao levantamento de bibliografias sobre o tema, foi utilizado, como principal referencial, os estudos

[1] Segundo dados presentes no Radar de Indicadores das Regiões de Integração 2023, elaborado pela Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas – FAPESPA. Disponível em: https://fapespa.pa.gov.br/sistemas/radar2023/

[2] Conforme Lei Complementar nº 164, de 5 de abril de 2023, que alterou a Lei Complementar nº 27, de 19 de outubro de 1995.

realizados pelo prof. Dr. André Alves Portella[3], referente as pesquisas e estudos realizados sobre a realidade do financiamento da saúde pública nos municípios do Estado da Bahia.

A segunda etapa corresponde a análise do financiamento da saúde pública em si, nos municípios da Região Metropolitana de Belém, por meio do levantamento de dados empíricos junto as fontes oficiais, tanto municipais como federais, mas principalmente obtidas por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período de 2017 a 2022, mas não limitadas a este sistema. Os principais dados levantados junto ao SIOPS correspondem aos Indicadores Municipais[4]. Os Indicadores Municipais foram retirados do site do SIOPS[5], através da seção "Indicadores", e após isso na seção "Municípios – Consulta por Ano". Logo em seguida, fora selecionado o Ano, o Período, a UF e o Município. Nas tabelas apresentadas no decorrer da presente pesquisa, os Indicadores Municipais utilizados foram: 1.1 – que corresponde ao percentual da receita municipal oriunda das receitas próprias de impostos; 1.2 – que corresponde ao percentual da receita municipal oriunda das transferências do Estado e da União; 1.6 – que corresponde ao percentual da receita total do município que irá servir de base para o cálculo do mínimo aplicável em Ações e Serviços Públicos em Saúde, segundo a Lei Complementar 141/2012; 3.2 – que corresponde ao percentual aplicado pelo município em Ações e Serviços Públicos em Saúde, considerando o mínimo aplicável segundo a Lei Complementar 141/2012; 2.1 – que corresponde a despesa total realizada em Ações e Serviços Públicos em Saúde, por habitante, do respectivo município; 3.1 – que corresponde ao percentual de participação do ente Estadual e da União, nas despesas com saúde pública realizadas pelo município. Também foram utilizados dois indicadores referentes a qualidade da saúde pública: O Coeficiente de Mortalidade Infantil e o percentual de Cobertura em Atenção Básica em Saúde. Outros dados relativos a saúde pública dos municípios, bem como demais informações no que concerne à população, a economia e a questões fiscais e tributárias, foram coletados em sites de órgãos oficiais de informações e dados, como a Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas – FAPESPA, além do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, o Conselho Federal de Medicina – CFM, a Receita Federal do Brasil, o Ministério da Economia e o Ministério da Saúde.

---

[3] Prof. Dr. vinculado a Universidade Federal da Bahia, http://lattes.cnpq.br/1782631349656661.

[4] Os Indicadores do SIOPS são dados referentes as receitas, despesas e a correlação entre ambas, no que diz respeito as aplicações mínimas em Ações e Serviços Públicos em Saúde, e são gerados com base nas informações contábeis preenchidas pelos entes federados junto ao SIOPS. Vide Nota Técnica 2009 – SIOPS/AESD/SE/MS, de 23/03/2009, disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/indicadores/notas-tecnicas/2009/nt-apresentacao-indicadores-a-partir-do-1o-semestre-de-2007.pdf/view

[5] Endereço eletrônico SIOPS: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops

2. A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O DIREITO A SAÚDE

Segundo o professor Segado (2006) a dignidade da pessoa humana se consubstanciou no "núcleo axiológico constitucional", se tornando com isso, o "valor jurídico supremo do ordenamento constitucional". Essa visão elevada da dignidade da pessoa humana, se trata de um dos mais basilares fundamentos do Estado Democrático de Direito brasileiro (art. 1º, III, Constituição Federal de 1988).

Portella e Silva (2022), seguindo esta mesma linha de pensamento, afirmam que a dignidade da pessoa humana, por ser um elemento de valor supremo, é um conceito que existe para além do direito, pois "trata-se de realidade inerente à natureza humana", logo, o direito apenas reconhece a dignidade da pessoa humana, com vistas a sua proteção através da positivação legal. É neste pressuposto que afirma Silva (2016 *apud* Portella e Silva, 2022) "[...] a dignidade da pessoa humana não é uma criação constitucional, pois ela é um desses conceitos *a priori*, um dado preexistente a toda experiência especulativa, tal como a própria pessoa humana". Deste modo, "[a] dignidade da pessoa humana é um valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem" (Silva, 2016, p. 107), entre eles, o direito fundamental a saúde.

O direito a saúde está diretamente relacionado ao princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que a garantia e a promoção da saúde, integram "a noção mais elementar de promoção de dignidade humana" (Portella e Silva, 2022).

Conforme sedimentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília/DF em 1986, o direito a saúde corresponde à "garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, [...] levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade" (Brasil, 1986, p. 382). Sendo assim, é possível observar a dignidade da pessoa humana como base para a promoção do direito a saúde. Exatamente com vistas a efetivar a noção de dignidade da pessoa humana, nossa Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, firma o direito a saúde nos moldes tratados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. A positivação do direito a saúde como um direito fundamental está ainda sedimentada no art. 6º da CF/1988, no rol dos direitos e garantias fundamentais. Como explicam Copetti e Gimenez (2021), "para que o indivíduo tenha uma vida digna, é basilar ter saúde para desempenhar com dignidade os outros direitos fundamentais". Nesta mesma linha, Bahia e Abujamra (2009) afirmam o direito a saúde "como bem jurídico digno de tutela jurisdicional, consagrando-a como direito fundamental e outorgando-lhe uma proteção jurídica diferenciada, [...], um direito fundamental da pessoa humana oponível contra o Estado".

3. O FEDERALISMO FISCAL COMO UM GARANTIDOR DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A percepção da dignidade da pessoa humana como estrutura basilar do ordenamento jurídico brasileiro, é o que fundamenta a estrutura do Estado, conforme explicitam Portella e Silva (2022), uma vez que a estrutura estatal e a finalidade estatal precisam reconhecer, garantir e efetivar o princípio da dignidade da pessoa humana. Sendo assim, a dignidade da pessoa humana não pode estar apenas no campo conceitual, mas precisa ser abarcado efetivamente por "toda a estrutura e dinâmica do Estado", e nisto se incluem a forma de organização político-administrativa, e da própria forma de financiamento desse Estado. O fundamento e o objetivo do Estado devem se firmar no princípio da dignidade da pessoa humana, logo, "é natural que a forma de organização político-administrativa" esteja a serviço desse princípio (Portella e Silva, 2022).

O modo de organização político-administrativa adotado pelo Brasil é o de um sistema federalista. A forma de Estado federalista foi assumida pelo Brasil desde a fundação de sua República em 1889, e fora mantida nas constituições seguintes, incluindo a Constituição Federal de 1988 (Silva, 2016, p. 101). Uma federação corresponde a uma "união de coletividades regionais autônomas", e esta autonomia se expressa por meio de dois elementos básicos: "na existência de órgãos governamentais próprios" e "na posse de competências exclusivas" (Silva, 2016, p. 101-102).

A forma como o Estado, organizado nos moldes do modelo federalista, irá se organizar em termos de financiamento público, bem como na atribuição e distribuição de receitas e despesas públicas entre os entes federados, remete ao conceito de Federalismo Fiscal (Portella e Almeida, 2021). Além de a forma federativa de distribuição das competências financeiras fornecer maior autonomia política, ela também fornece uma maior qualidade dos níveis de receita e de despesa, uma vez que os recursos são arrecadados e alocados considerando os interesses regionais, mesmo que seguindo diretrizes nacionais ou estaduais (Portella e Almeida, 2021).

Sendo assim, um Estado Federal, aliado a um modelo de federalismo fiscal, ambos atrelados a uma efetividade dos direitos fundamentais através da dignidade da pessoa humana, findam em uma "melhor distribuição dos recursos públicos", tornando viáveis "a execução de políticas públicas de maneira mais bem coordenada" (STEPAN, 1999; LIJPHART, 1999 *apud* Portella e Almeida, 2021). Nesta mesma linha, Portella e Almeida (2021) arrematam que, ao se "distribuir o poder político dotado de autonomia financeira, administrativa e de representação

política", acaba-se por fomentar uma maior participação dos entes e dos cidadãos, nos processos de tomada de decisões.

Entretanto, a forma como o Estado brasileiro se construiu historicamente, pautado em uma distribuição de poderes aos entes estaduais e locais através de um ente central, além de essa mesma construção do Estado ocorrer por meio de conformação de forças políticas com o uso de poder marcial e de violência institucionalizada, acabam por afetar a forma de financiamento público brasileiro e seus reflexos na autonomia e atribuição de competências dos entes federados (Portella e Almeida, 2021). Tais reflexos tendem a expor, especialmente os entes municipais, a uma constante iliquidez, levando tais entes a realizar seu financiamento, principalmente, a partir de transferências da União e do Estado (Portella e Almeida, 2021).

Percebe-se assim que a "realidade do financiamento público brasileiro", como ele se esboça através do modelo de Estado federativo presente na realidade brasileira, acaba por ser mais um "ideal a ser perseguido, do que como um fato a ser observado e descrito" (Portella e Almeida, 2021).

4. O FEDERALISMO FISCAL E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

No que diz respeito a forma federalista de organização político-administrativa do Estado, e a implementação do direito à saúde, Jaccoud e Vieira (2018) esclarecem que a Constituição Federal de 1988, apesar da autonomia dada aos entes federados, também "determina a atuação conjunta de todos os entes, estabelecendo responsabilidades solidárias quanto à garantia de acesso aos bens e serviços de saúde".

Nossa Carta Magna estabelece a saúde, em seu art. 196, como sendo um dever do Estado, garantido e efetivado através de políticas públicas – sociais e econômicas, para promover o acesso de todos às ações e serviços de saúde (art. 196, CF/1988). Para atender a tal preceito, o art. 198 da CF/1988 sedimenta que as Ações e Serviços Públicos em Saúde seriam efetivadas por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada através de um sistema único, que viria a ser regulamentada no Sistema Único de Saúde – SUS, através de legislação ordinária. Como ressalta Portella e Silva (2022), os recursos para o financiamento do SUS e da saúde pública seriam oriundos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, ou seja, de todos os entes da federação. No ano 2000, a Emenda Constitucional 29/2000 determinou "a obrigatoriedade de aplicação anual de recursos mínimos voltados a ações e serviços públicos de saúde, na forma de percentuais de Receita Corrente Líquida (RCL)" (Portella e Silva, 2022), aplicação esta que viria a ser regulamentada pela Lei Complementar 141/2012. Essa Lei Complementar 141/2012, além de fixar os

percentuais mínimos de RCL aplicados por cada ente da federação[6], também previu o que seriam as despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde[7]. No que diz respeito a União, a previsão da Lei Complementar 141/2012 determinava que a aplicação anual corresponderia ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, com o acréscimo mínimo do percentual de variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB, do ano anterior. Posteriormente, a aprovação da Emenda Constitucional nº 86/2015 traria nova obrigação em relação a aplicação mínima para a União, fixando o mínimo aplicável em 15% de sua RCL, mas que ocorreria de forma escalonada, iniciando-se em 13,2% em 2016, até chegar aos 15%, em 2020 (Portella *et al*, 2025). No que concerne aos Estados, Distrito Federal (DF) e aos Municípios, o mínimo aplicável seria aquele estabelecido na Lei Complementar 141/2012, sendo de 12% para Estados e DF, e de 15% para os Municípios e DF (Portella e Silva, 2022).

Outra grande mudança que ocorreria sobre o financiamento da saúde pública no Brasil, seria ocasionada pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que revogaria a Emenda Constitucional nº 86/2015, trazendo em seu lugar o que ficou conhecido como Novo Regime Fiscal, fixando novos limites máximos do gasto público da União e órgãos federais, por um período de 20 anos, ou seja, de 2017 a 2036 (Portella e Silva, 2022). A intenção do novo regime seria a de abrigar "as despesas primárias no âmbito do orçamento fiscal e da seguridade social visando, assim, reprimir o déficit e a dívida públicos" (Portella *et al*, 2025), e isso por meio de um "controle duradouro da despesa pública, na medida em que considera a carga tributária já se encontra bastante elevada" (CONOF, 2016, p.10). Essa mudança "sucedeu a suspensão das regras previstas na EC 86/2015, referente a fixação escalonada da aplicação mínima de recursos nas áreas de saúde e educação [...] vinculadas à receita" (Portella *et al*, 2025), e trouxe, como substituição, uma aplicação mínima baseada nos pisos de 2016, com as correções nos anos seguintes seguindo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (Portella e Silva, 2022).

Com base nessas definições previamente trazidas referente as questões teórico-conceituais da dignidade da pessoa humana, do direito à saúde, do Estado Federalista e do financiamento da saúde pública com base em um ordenamento jurídico alicerçado no federalismo fiscal, esse trabalho pretende abordar o problema aluzido.

[6] Ver Lei Complementar 141/2012, arts. 5º a 11.
[7] Ver Lei Complementar 141/2012, arts. 3º e 4º.

5. ANÁLISE DE RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra o percentual da receita total do município que foi utilizada como base de cálculo do percentual mínimo de 15% destinados às Ações e Serviços Públicos em Saúde, segundo a Lei Complementar 141/2012. Os municípios de Belém e de Barcarena utilizaram de mais de 50% do montante de suas receitas totais como base de cálculo a ser utilizada para obtenção do percentual mínimo a ser destinado em Ações e Serviços Públicos em Saúde. Ambos os municípios foram os únicos que mantiveram a média dos 6 anos acima dos 50%, com Barcarena utilizando quase 2/3 de sua receita total como base para o cálculo do percentual mínimo às Ações e Serviços Públicos em Saúde. Benevides, Castanhal e Santa Bárbara do Pará possuem uma média entre 46% e 49%, ao longo dos anos da amostra. Já Ananindeua, Marituba e Santa Isabel do Pará possuem uma média inferior a 40%. É possível observar que boa parte das receitas dos municípios é utilizada como base de cálculo do mínimo percentual para destinação as Ações e Serviços Públicos em Saúde. Em toda a série observada, apenas três vezes o percentual de receita pública a ser utilizada de base de cálculo esteve abaixo dos 35%, sendo duas vezes no município de Ananindeua (2020 e 2022), e uma vez o município de Marituba (2017).

Tabela 1. Relação entre a receita total e a receita que será utilizada como base de cálculo dos 15% mínimos aplicáveis em Ações e Serviços Públicos em Saúde, segundo a LC 141/2012, nos Municípios da Região Metropolitana de Belém, Estado do Pará (2017-2022)

Munícipio	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Belém	52,78%	53,06%	50,68%	50,01%	56,40%	54,27%
Ananindeua	38,15%	36,48%	37,78%	31,46%	36,25%	31,99%
Marituba	34,11%	43,96%	41,61%	39,42%	41,20%	38,58%
Benevides	51,69%	50,95%	51,79%	47,37%	50,71%	45,20%
Santa Bárbara do Pará	50,06%	46,54%	44,95%	43,22%	47,41%	45,49%
Santa Isabel do Pará	39,17%	35,26%	41,33%	35,72%	43,02%	43,64%
Castanhal	51,02%	46,06%	47,08%	44,32%	50,31%	50,35%
Barcarena	65,34%	64,71%	60,00%	61,96%	66,20%	65,41%

Fonte: Indicadores Municipais 1.6 – SIOPS

Entretanto, ao analisar as médias de todos os municípios ao longo dos 6 anos da amostra, todos obtiveram uma média superior aos 35%, ou seja, superior a 1/3 das receitas públicas utilizadas como base de cálculo para o mínimo aplicável em Ações e Serviços Públicos em

Saúde, com destaque para o município de Barcarena, com aproximadamente 64% de média da receita total disponível como base de cálculo para o mínimo percentual às Ações e Serviços Públicos em Saúde, e da capital Belém, com uma média de aproximadamente 53%. Com isso, é possível observar que os munícipios de Belém e de Barcarena foram os que mais comprometeram as suas finanças municipais com o montante a ser utilizado como base de cálculo para se chegar ao mínimo aplicável em Ações e Serviços Públicos em Saúde.

Na Tabela 2 é possível observar exatamente o percentual aplicado pelos municípios, em Ações e Serviços Públicos em Saúde, conforme o previsto na Lei Complementar 141/2012, e considerando que o mínimo aplicável, para os municípios, é de 15%. Estes valores percentuais correspondem a Receita Corrente Líquida (RCL) aplicada em Ações e Serviços Públicos em Saúde pelos entes municipais. É possível observar que todos os municípios cumpriram com a previsão normativa mínima, com alguns municípios cumprindo o mais próximo possível com o percentual mínimo de 15%, como Marituba (2018), Benevides (2021), Santa Isabel do Pará (2018 e 2019) e Castanhal (2019). Dois municípios obtiveram uma média superior aos 20% ao longo dos 6 anos da amostra: a capital Belém, com média aproximada de 25%; e Santa Bárbara do Pará, com média aproximada de 22,5%. Os demais municípios obtiveram uma média aproximada entre 16% e 19% ao longo dos 6 anos.

Tabela 2. Percentual de Receita Corrente Líquida que será aplicada em Ações e Serviços Públicos em Saúde, nos Municípios da Região Metropolitana de Belém, Estado do Pará (2017-2022)

Munícipio	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Belém	22,61%	24,10%	24,51%	27,14%	26,00%	26,43%
Ananindeua	15,19%	15,72%	16,00%	18,66%	19,10%	16,08%
Marituba	20,00%	15,01%	16,95%	21,31%	15,30%	18,22%
Benevides	18,88%	15,22%	23,28%	26,22%	15,08%	17,67%
Santa Bárbara do Pará	22,14%	18,59%	22,21%	25,76%	26,59%	19,19%
Santa Isabel do Pará	16,37%	15,10%	15,06%	17,76%	16,07%	18,36%
Castanhal	19,47%	15,70%	15,11%	20,88%	17,62%	15,51%
Barcarena	19,73%	20,47%	15,43%	17,52%	17,03%	18,89%

Fonte: Indicadores Municipais 3.2 – SIOPS

Interessante observar que, apesar de o município de Barcarena ser o que mais despendeu de receita total (mais de 60%) para realizar o cálculo do mínimo percentual aplicável as Ações e Serviços Públicos em Saúde, o mesmo município utilizou uma única vez mais de 20% de

RCL para a saúde pública (2018), e obteve uma média de pouco acima de 18% ao longo dos anos da amostra, o que seria apenas 2% a mais do que a média obtida pelo município de Santa Isabel do Pará, que dispôs o menor percentual médio de receita total para o cálculo do mínimo às Ações e Serviços Públicos em Saúde, dentre os municípios da Região Metropolitana de Belém. Neste quesito, Barcarena ficaria atrás não apenas da capital Belém, como também dos municípios de Santa Bárbara do Pará e de Benevides, sendo somente o quarto município com maior percentual de RCL aplicada em Ações e Serviços Públicos em Saúde, na média dos 6 anos da amostra.

Percebe-se com isso que todos os municípios da Região Metropolitana de Belém, ao longo dos 6 anos observados, cumpriram com o regramento legal referente a aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos em Saúde. Entretanto, a realidade fática dos valores destinados em termos *per capita* nos municípios da Região Metropolitana de Belém, demonstram não suprir com as demandas e carências da população no que se refere as Ações e Serviços Públicos em Saúde. Para tanto, é necessário observar os valores de despesas totais que foram realizadas pelos municípios da amostra, para cada habitante, considerando não apenas os gastos do município, mas também o Estadual e Federal, o que pode ser observado através da Tabela 3.

Tabela 3. Despesa total *per capita*, em reais (R$), com Ações e Serviços Públicos em Saúde, em cada município, considerando as três esferas de governo, nos Municípios da Região Metropolitana de Belém, Estado do Pará (2017-2022)

Munícipio	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Média
Belém	554,92	592,52	688,04	705,64	752,01	797,12	681,71
Ananindeua	419,33	442,94	479,90	626,14	511,44	593,56	512,22
Marituba	370,73	245,61	493,40	562,77	544,79	673,24	481,76
Benevides	424,64	444,87	422,34	628,70	546,54	726,61	532,28
Santa Bárbara do Pará	416,10	424,57	479,20	540,52	784,03	729,63	562,34
Santa Isabel do Pará	295,13	412,62	413,38	478,73	509,57	507,38	436,14
Castanhal	545,32	637,37	642,66	886,22	874,74	924,61	751,82
Barcarena	589,31	698,85	745,96	958,19	862,40	1.025,78	813,42

Fonte: Indicadores Municipais 2.1 – SIOPS

A fim de auxiliar a análise da situação municipal, em termos comparativos, foi utilizado estudo feito pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2020, realizado com dados disponíveis no SIOPS, onde fora identificado que o Estado brasileiro gastou com saúde, por

habitante, o equivalente a R$ 1.398,53, no ano de 2019[8]. Este foi o estudo mais recente feito pelo CFM, não tendo sido publicado dados relativos aos anos posteriores a 2019.

É possível observar a existência de uma evolução no gasto com saúde pública por habitante, ao longo dos anos da amostra, em todos os municípios analisados. Entretanto, nenhum dos municípios se aproximou da média nacional de 2019, mesmo o último ano analisado sendo três anos após os dados da média nacional. Apenas um município gastou acima de R$ 1.000,00 *per capita* com saúde, o município de Barcarena, e isto somente no ano de 2022, três anos após o estudo do CFM. As médias dos gastos *per capita* demonstram que o município de Barcarena fora o que mais gastou em Ações e Serviços Públicos em Saúde, por habitante, na média dos seis anos analisados, e que o município com o menor gasto fora o de Santa Isabel do Pará, obtendo uma média 46,38% inferior ao município de Barcarena. O município de Castanhal obteve a segunda maior média (R$ 751,82), e a capital, Belém, a terceira maior média (R$ 681,71), nos seis anos da amostra.

Se fizermos uma análise por triênios, considerando o período de 2017 a 2019 (pré-pandêmico) e o período de 2020 a 2022 (pandêmico), podemos observar uma evolução das médias de gastos *per capita* com Ações e Serviços Públicos em Saúde, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Média da Despesa total per capita, em reais (R$), com Ações e Serviços Públicos em Saúde, em cada município, considerando as três esferas de governo, por triênios, nos Municípios da Região Metropolitana de Belém, Estado do Pará (2017-2022)

Município	Média Triênio 2017/2019	Média Triênio 2020/2022
Belém	611,83	751,59
Ananindeua	447,39	577,05
Marituba	369,91	593,60
Benevides	430,62	633,95
Santa Bárbara do Pará	439,96	684,73
Santa Isabel do Pará	373,71	498,56
Castanhal	608,45	895,19
Barcarena	678,04	948,79

Fonte: Elaboração própria, com base nos Indicadores Municipais 2.1 - SIOPS

[8] Conforme estudo divulgado pelo CFM, em seu endereço eletrônico: https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2

O município de Marituba teve um aumento de 60,47% no gasto público com saúde, comparadas as médias entre os dois triênios. Já Santa Bárbara do Pará teve o segundo aumento mais expressivo, de 55,64%. Barcarena, apesar de ter a maior média de gastos *per capita* com Ações e Serviços Públicos em Saúde, possui apenas o quinto maior aumento entre os triênios de 2017/2019 e 2020/2022, com um aumento de 39,93%. A capital, Belém, teve o menor aumento entre os municípios da amostra, em termos percentuais, com um aumento de apenas 22,84% com as despesas *per capita* com Ações e Serviços Públicos em Saúde entre o triênio pré-pandêmico e o triênio pandêmico.

É possível perceber que, independentemente de o percentual mínimo legal ser cumprido por todos os municípios, e tal percentual mínimo ser superado por vários municípios em mais de um ano da amostra, ainda assim, os valores dispendidos pelos municípios em Ações e Serviços Públicos em Saúde ainda é bem inferior à média nacional, e igualmente inferior ao necessário para promover um atendimento digno e humano à população local.

Tabela 5. Percentual de arrecadação própria na composição da receita dos municípios da Região Metropolitana de Belém, Estado do Pará (2017-2022)

Munícipio	**Arrecadação própria (%)**					
	2017	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Belém	21,45%	21,97%	21,40%	21,30%	22,82%	23,48%
Ananindeua	10,36%	10,48%	11,86%	10,29%	10,93%	10,03%
Marituba	6,16%	7,74%	7,99%	8,75%	10,12%	8,33%
Benevides	8,28%	8,43%	8,18%	7,44%	5,47%	7,69%
Santa Bárbara do Pará	3,43%	2,33%	2,79%	3,89%	2,51%	1,99%
Santa Isabel do Pará	4,11%	4,28%	5,91%	7,08%	8,34%	7,22%
Castanhal	7,14%	8,71%	10,37%	9,04%	6,15%	8,54%
Barcarena	24,97%	22,77%	26,43%	30,29%	31,74%	29,56%

Fonte: Indicadores Municipais 1.1 - SIOPS

Tabela 6. Percentual das transferências recebidas na composição da receita dos municípios da Região Metropolitana de Belém, Estado do Pará (2017-2022)

Munícipio	Transferências recebidas (%)					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Belém	55,05%	53,98%	54,15%	58,05%	58,45%	56,96%
Ananindeua	71,20%	70,33%	70,35%	71,02%	68,93%	62,77%
Marituba	68,07%	88,04%	87,83%	87,86%	87,51%	88,29%
Benevides	83,96%	89,29%	87,62%	88,20%	88,36%	83,30%
Santa Bárbara do Pará	91,88%	92,80%	88,99%	91,83%	94,26%	94,09%
Santa Isabel do Pará	89,85%	91,83%	89,22%	88,70%	88,55%	88,22%
Castanhal	86,74%	83,07%	81,20%	85,85%	88,87%	86,52%
Barcarena	67,45%	70,95%	62,82%	64,98%	63,67%	64,22%

Fonte: Indicadores Municipais 1.2 - SIOPS

Nas Tabelas 5 e 6, por sua vez, demonstra-se como foi realizada a composição da receita de cada município, considerando tanto o que foi arrecadado diretamente pelo próprio ente municipal, e o que foi obtido das transferências recebidas do Estado do Pará e da União. É importante salientar que a soma dos percentuais de arrecadação própria e de transferências recebidas, para cada ente municipal de forma isolada, não chegará à soma de 100%, uma vez que os dados do Indicador Municipal do SIOPS não consideram receitas originárias que possuem natureza contratual, uma feita essas receitas não serem integrantes da base de cálculo do percentual mínimo aplicável em Ações e Serviços Públicos em Saúde. É possível notar que os municípios de Marituba, Benevides, Santa Bárbara do Pará, Santa Isabel do Pará e Castanhal, estiveram abaixo dos 10% de arrecadação própria em praticamente todo o período analisado, com exceção de dois períodos (Marituba 2021 e Castanhal 2019), evidenciando uma possível dependência financeira destes municípios em relação aos entes Estadual e a União. O município de Santa Bárbara do Pará, por exemplo, possui uma média de arrecadação própria de 2,82%, e uma média de transferências recebidas de pouco acima de 92%.

Belém, a capital, e o município de Barcarena, são os únicos com arrecadação própria sempre superior a 20%. Barcarena obteve uma média de arrecadação própria de 27,63%, superior a capital Belém, que obteve média de 22,07%. Já em termos das transferências recebidas do Estado e da União, Belém possui uma média pouco superior a 56,11%, e Barcarena pouco inferior a 65,68%.

Dos demais municípios, em termos de arrecadação própria, apenas Ananindeua possui uma média de arrecadação pouco superior a 10%; Castanhal e Marituba possuem, aproximadamente, uma média de 8% de arrecadação própria; já Benevides, apenas 7,58%; enquanto Santa Isabel do Pará tem a segunda menor média de arrecadação própria, com 6,16%. Já em termos de transferências recebidas do Estado do Pará e da União, depois de Santa Bárbara do Pará, que possui a maior média percentual (92,31%), o segundo ente municipal com a maior média percentual de transferências é o município de Santa Isabel do Pará (89,4%), e em sequência os municípios de Benevides (86,79%), Castanhal (85,38%), Marituba (84,58%) e Ananindeua (69,1%).

Tabela 7. Percentual médio de recursos destinados à saúde pelo Estado do Pará e pela União, para cada município da Região Metropolitana de Belém, Estado do Pará (2017-2022)

Munícipio	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Média
Belém	52,85%	49,36%	51,95%	65,45%	52,01%	49,41%	53,51%
Ananindeua	70,32%	71,98%	67,15%	75,60%	82,22%	75,37%	73,77%
Marituba	57,79%	87,67%	56,11%	56,24%	58,46%	37,70%	59,00%
Benevides	50,51%	57,84%	76,72%	68,91%	59,87%	49,57%	60,57%
Santa Bárbara do Pará	50,23%	57,98%	51,86%	62,72%	40,92%	34,67%	49,73%
Santa Isabel do Pará	61,48%	56,16%	54,02%	71,33%	58,28%	56,73%	59,67%
Castanhal	61,97%	65,54%	65,28%	55,24%	62,27%	44,09%	59,07%
Barcarena	28,50%	35,82%	43,80%	36,23%	32,77%	25,62%	33,79%

Fonte: Indicadores Municipais 3.1 – SIOPS

A Tabela 7 demonstra o percentual de participação das transferências advindas do Estado do Pará e da União, nos gastos totais com saúde realizado em cada município, ou seja, quanto dos gastos totais dos municípios com Ações e Serviços Público em Saúde, foram efetivamente financiados com recursos oriundos de transferências do Estado do Pará e da União. Pode-se perceber que o município de Ananindeua fora o que mais utilizou dos recursos de transferências do Estado do Pará e da União, para financiamento dos gastos com saúde (média de aproximadamente 74%), enquanto os municípios de Marituba, Benevides, Santa Isabel do Pará e Castanhal, se utilizaram, em média, de aproximadamente 60% destes recursos. O município de Belém utilizou pouco mais de 50% dos recursos de transferências para suprir os gastos com Ações e Serviços Público em Saúde, já o município de Santa Bárbara do Pará, pouco abaixo dos 50%. O município que menos se utilizou de recursos advindos de

transferências do Estado e da União para financiar a saúde pública, fora o município de Barcarena, com uma média inferior a 34%.

Comparando as Tabelas 5, 6 e 7, pode-se perceber que os municípios de Marituba, Benevides, Santa Isabel do Pará e Castanhal, apesar da baixa arrecadação de receitas próprias em comparação com o recebido das outras esferas de governo, responderam, em média, por aproximadamente 40% dos gastos com saúde. Já o município de Santa Bárbara do Pará, mesmo tendo a menor média percentual de arrecadação própria (2,82%), respondeu por aproximadamente metade dos gastos com saúde pública. Logo, além de apresentarem uma dependência financeira em relação aos demais entes federados em termos de receitas totais, estes municípios foram responsáveis por boa parcela do que fora gasto com Ações e Serviços Públicos em Saúde em suas localidades, especialmente o município de Santa Bárbara.

Por outro lado, o município de Ananindeua, apesar de ter igualmente baixa arrecadação de receitas próprias em comparação com o recebido das outras esferas de governo, respondeu por pouco mais de 26% do gasto com saúde em seu território, tendo a maior parcela dos dispêndios sido realizada pelos recursos oriundos de transferências.

Já a capital Belém, não obstante possuir o segundo maior percentual de arrecadação própria em comparação aos demais municípios da Região Metropolitana de Belém, foi responsável por pouco mais de 46% dos gastos com saúde no município.

Barcarena, que possui o maior percentual de arrecadação própria entre os municípios da Região Metropolitana de Belém, com média de arrecadação superior a 27%, foi o município que menos se utilizou de recursos de transferências do Estado e da União para custear os gastos com saúde, tendo arcado com mais de 66% desses gastos, ou seja, 2/3 dos gastos com Ações e Serviços Públicos em Saúde, no seu município, foram realizados com recursos originados por sua própria arrecadação.

Em uma análise ampliada para a realidade brasileira, em termos de comparação entre o que é arrecadado pelos entes federados e o Produto Interno Bruto nacional, pode-se perceber que os entes municipais representam, em termos de arrecadação, uma parcela baixíssima do PIB nacional, como demonstrado na Tabela 8.

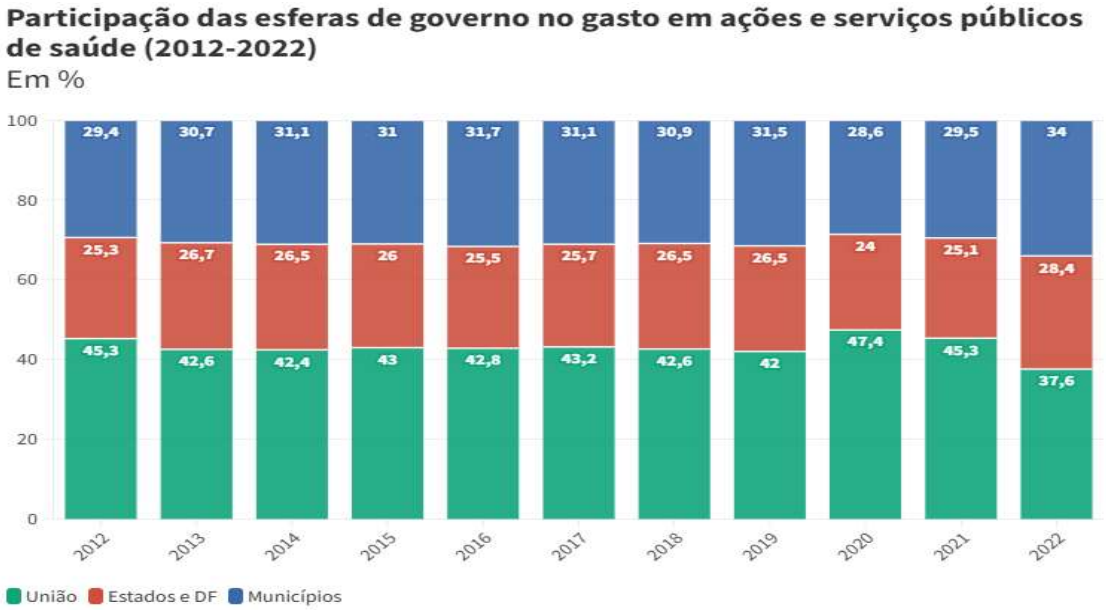
Tabela 8. Relação percentual entre arrecadação dos Entes da Federação e o Produto Interno Bruto nacional, Brasil (2017 - 2022)

Ente Federado	2017	2018	2019	2020	2021	2022
União	22,00%	22,46%	21,80%	20,49%	21,83%	22,72%
Estados	8,31%	8,61%	8,40%	8,35%	8,88%	8,58%
Municípios	2,02%	2,19%	2,25%	2,08%	2,24%	2,26%

Fonte: Elaboração própria. Estudos Tributários - Carga Tributária no Brasil, Receita Federal, Ministério da Economia (2017 - 2022)[9]

Evidencia-se com isso que, apesar de o ente municipal ser o que menos arrecada em comparação aos demais entes federados, a responsabilidade dele em relação as despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde é inversamente proporcional, como pode ser observado entre os municípios do presente estudo. Com vistas a corroborar com a análise, a Figura 1 enfatiza a proporcionalidade da participação de cada esfera de governo nas despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde, no período de 2012 a 2022.

Figura 1. Percentual de participação com despesas em Ações e Serviços Públicos em Saúde, por esfera de governo, Brasil (2012 - 2022)



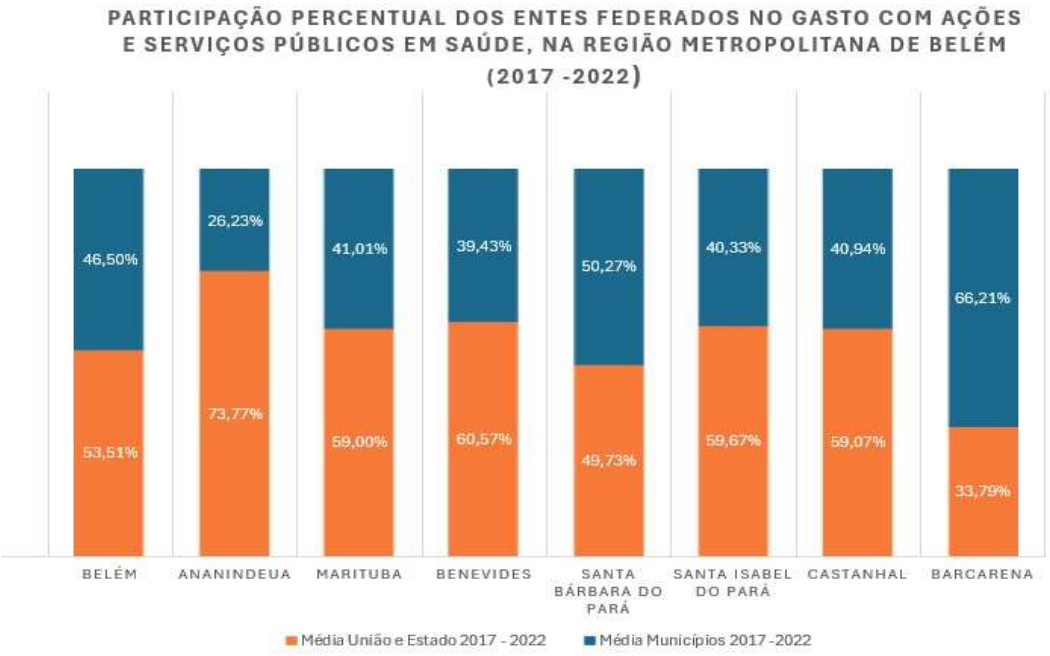
Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea[10]

[9] Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos/carga-tributaria

[10] Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro/beneficiometro-artigos/saude/gasto-publico-em-saude

Observando na Figura 1 somente os anos presentes nesta pesquisa (2017 a 2022), é possível notar que os municípios corresponderam por aproximadamente 30% dos gastos com Ações e Serviços Públicos em Saúde, apesar de possuírem somente 2% de arrecadação em relação ao PIB nacional. Somente nos anos pandêmicos de 2020 e 2021, a União teve um aumento na participação das despesas com saúde, mas que diminuiu significativamente em 2022, chegando a um percentual pouquíssimo acima do dispendido pela esfera municipal. Como salientam Portella e Silva (2022) uma vez que "a União é quem mais arrecada, por ela deveriam ser feitas as maiores despesas com saúde". Utilizando o estudo do CFM, anteriormente citado nesta pesquisa, para elucidar ainda mais a situação fática da realidade municipal, no ano de 2019 a União despendeu, em média, R$ 590,43 com saúde por habitante, enquanto os municípios gastaram, em média, R$ 441,88 por habitante[11], uma diferença de R$ 148,55. Por mais que tal detalhamento corresponda a situação nacional, ela não está longe de ser representativa da situação dos municípios presentes neste estudo, como evidenciado pelos dados apresentados e explicitados na Figura 2.

Figura 2. Percentual de participação com despesas em Ações e Serviços Públicos em Saúde, por esfera de governo, na Região Metropolitana de Belém (2017 - 2022)



Fonte: Elaboração própria. Dados SIOPS.

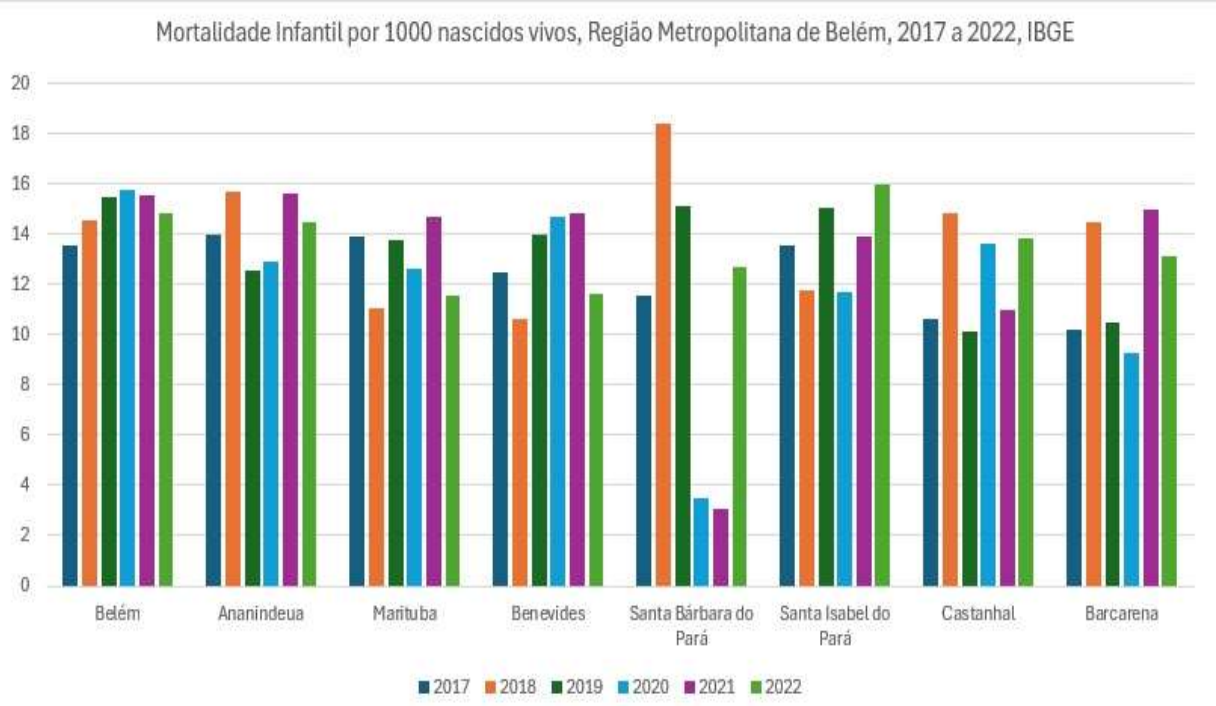
[11] Conforme estudo divulgado pelo CFM, em seu endereço eletrônico: https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2

Como citado anteriormente nessa pesquisa, a maioria dos municípios da amostra apresentou uma média variante entre 40% e 50% de uso de receitas oriundas de arrecadação própria para o custeio dos gastos com saúde, o que seria superior a realidade nacional apresentada na Figura 1. Apenas 2 municípios fogem a essa média variante de 40% e 50%: o município de Ananindeua, que possui baixa participação de sua arrecadação própria nos gastos com saúde, se comparado os demais municípios da amostra e com a realidade nacional. O outro município que igualmente foge a média variante supra, é o município de Barcarena, mas em situação oposta à de Ananindeua, pois Barcarena apresenta uma alta média de gastos com saúde realizados com receitas próprias, apesar da baixa arrecadação.

Essa alta responsabilidade demandada por parte da esfera municipal com as despesas em Ações e Serviços Públicos em Saúde, em comparação com as demais esferas de governo, não necessariamente implica em melhores gastos em saúde, como pode ser exemplificado por meio dos valores desembolsados pelos municípios em termos *per capita*, bastante inferiores à média nacional, especialmente ao considerar que os valores de média nacional utilizados em comparação são de 2019. Uma alta quantidade de valores dispendidos não implica, objetivamente, em uma alta qualidade dos gastos públicos em saúde. Se observamos, por exemplo, dois indicadores utilizados para determinar a qualidade e a evolução do sistema de saúde, poderemos ter uma melhor percepção da realidade fática da saúde pública nos municípios da amostra. Os dois indicadores em questão são o coeficiente de Mortalidade Infantil e a Cobertura de Atenção Básica em Saúde. A Cobertura de Atenção Básica em Saúde é conceituada, pelo sistema de Atenção Primária à Saúde, por meio do e-Gestor, como uma estimativa da quantidade de pessoas que podem ser atendidas por equipes de saúde, considerando a capacidade das instalações e atendimento existente na localidade[12]. Já o Coeficiente de Mortalidade Infantil trata-se de "uma medida muito utilizada em Saúde Pública, visto que indica a incidência de doenças infecciosas e desnutrição, além da qualificação da assistência ao período pré-natal, parto e neonatal" (Andrade *et al*, 2012). Os dados referentes à Mortalidade Infantil, nos municípios da amostra, podem ser visualizados na Figura 3.

[12] Conforme disposto no sítio eletrônico: https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/aps

Figura 3. Coeficiente de Mortalidade Infantil, por 1000 nascidos vivos, nos municípios da Região Metropolitana de Belém (2017 - 2022)

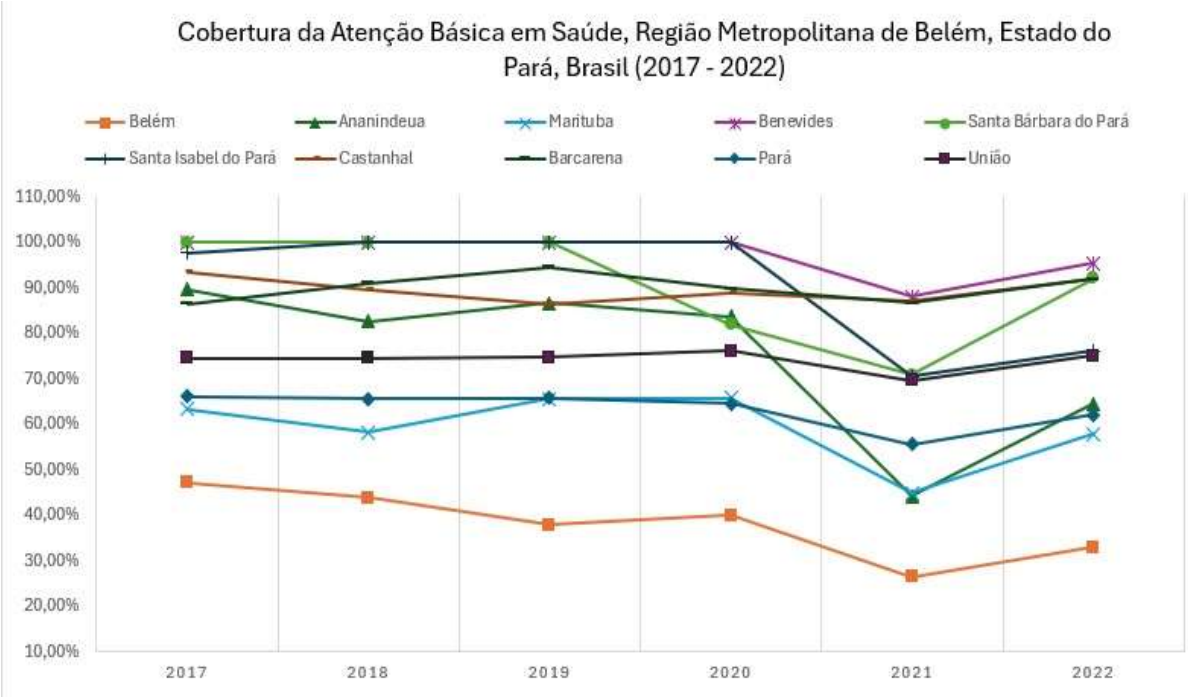


Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE[13].

É possível observar uma oscilação inconstante dos coeficientes, em praticamente todos os municípios analisados, com aumentos e decréscimos ano a ano, o que pode demonstrar uma falta de aplicabilidade de políticas públicas de forma efetiva e constante, que possam trazer uniformidade ao índice em questão. O único município que evidencia uma constância nos dados é a capital Belém, onde se percebe um aumento no coeficiente de Mortalidade Infantil entre os anos de 2017 e 2020, e após isso, uma gradual e leve diminuição, com o ano de 2022 possuindo um índice aproximado ao obtido em 2018. Já a Figura 4 aborda os dados referentes a cobertura da Atenção Básica em Saúde, dos municípios da amostra.

[13] Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa

Figura 4. Percentual de cobertura da Atenção Básica em Saúde, dos municípios da Região Metropolitana de Belém (2017 - 2022)



Fonte: Elaboração própria. Dados Ministério da Saúde[14].

Pode-se perceber que, até o ano de 2020, apenas 2 municípios estiveram abaixo do percentual de cobertura em Atenção Básica nacional. Uma das razões para a queda observada no ano de 2021 se dá pela modificação na metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde para avaliar a taxa de cobertura dos municípios em Atenção Básica em Saúde. Entretanto, dentre todos os municípios observados, o que mais se destaca é a capital Belém, pela baixa cobertura apresentada, quer seja antes da modificação metodológica, quer seja após, estando sempre abaixo não apenas da cobertura nacional, como inclusive da cobertura estadual.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os principais pontos observados nesta pesquisa, está a identificação de que todos os municípios pertencentes a Região Metropolitana de Belém (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara do Pará, Santa Isabel do Pará, Castanhal e Barcarena), durante o período de 2017 a 2022, cumpriram com a previsão constitucional do aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos em Saúde, logo, no que diz respeito ao cumprimento do ordenamento legal, não há defeito jurídico que possa recair sobre os municípios.

[14] Disponível em: https://relatorioaps.saude.gov.br

Entretanto, por mais que nada possa ser dito contra os municípios analisados em termos de cumprimento legal, existem pontos a serem destacados sob a ótica da organização político-administrativa brasileira como uma federação, e as possíveis fragilidades do federalismo fiscal brasileiro. Entre eles, está a perceptível dependência financeira de vários entes municipais em relação as transferências oriundas tanto do Estado quanto da União. A maior parte dos municípios possuem percentuais extremamente elevados de transferências recebidas, em relação as suas próprias arrecadações. No que pese a estrutura econômica local do ente e o próprio tamanho do município em termos populacionais, é preciso analisar tal dependência financeira com a natureza da origem dos recursos dispendidos em saúde pelos municípios em questão. Os dados demonstram que, além da dependência financeira, muitos municípios despendem mais de 40% de suas receitas com gastos em Ações e Serviços Públicos em Saúde. Mesmo possuindo baixa arrecadação de receitas, em comparação com o recebido de transferências do Estado e da União, os municípios possuem alta participação dessas mesmas receitas sob as despesas com saúde. Barcarena, por exemplo, apesar de possuir uma média de arrecadação própria de aproximadamente 28%, possui uma responsabilidade de cerca de 66% dos gastos com saúde, ou seja, 2/3 de tudo que é gasto com Ações e Serviços Públicos em Saúde em seu município, é realizado com receitas originadas pelo próprio ente, evidenciando uma desproporcionalidade de responsabilidades financeiras.

O alto grau de dependência financeira dos municípios decorrente do baixo volume de arrecadação própria dos mesmos a serem alocadas ao financiamento das Ações e Serviços Públicos em Saúde, acabam por prejudicar a aplicação e efetivação do direito fundamental à saúde, dificultando assim a promoção da dignidade da pessoa humana. Mais do que atender a previsões legais de aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos em Saúde, é necessário repensar a forma como as atribuições e as demandas com gastos em saúde pública são realizados no Brasil por meio da esfera municipal, uma vez que o modelo atual de federalismo, em especifico o financiamento da saúde pública, acabam por não promover de forma efetiva o princípio da dignidade da pessoa humana. Desta feita, é possível afirmar que o financiamento da saúde pública nos municípios da Região Metropolitana de Belém, no período de 2017 a 2022, por meio das despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde, cumpriram com as aplicações mínimas requeridas pela legislação, mas não é possível afirmar que tais aplicações mínimas promoveram e efetivaram uma saúde pública que atenda a dignidade da pessoa humana. Infelizmente, como demonstram outras pesquisas nesta mesma linha de investigação, realizadas em outros municípios brasileiros, essa realidade enfrentada pelos entes municipais e

pelas populações locais, acabam por não serem situações isoladas, ainda que existam particularidades regionais.

Como sugestão para futuras pesquisas, pode-se não apenas ampliar o escopo da amostra para outros municípios do Estado do Pará, como também incluir o levantamento de outras despesas com saúde mais específicas, como gastos com pessoal e liberação de medicamentos. Além disso, um levantamento de dados referentes as judicializações em matéria de saúde pública, poderia proporcionar uma melhor percepção em relação as demandas da população local por melhores atendimentos ou mesmo por atendimentos básicos e iniciais, tanto em termos de consultas, internações ou ainda solicitações de medicamentos essenciais para sobrevivência e vida digna.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Edson de Oliveira; GOUVEIA, Valdiney V.; D'ÁVILA, Roberto Luiz; CARNEIRO, Mauro Brandão; MASSUD, Munir; GALLO, José Hiran. Índice de Desenvolvimento em Saúde: conceituação e reflexões sobre sua necessidade. **Revista da Associação Médica Brasileira.** 58 (4): 413-421, ago.2012.

BAHIA, Claudio José Amaral; ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. A justiciabilidade do direito fundamental à saúde: Concretização do princípio constitucional da dignidade humana. **ARGUMENTUM – Revista de Direito**. n. 10, p. 295-318, 2009

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira – Estudo Técnico n.º 12/2016. Impactos do "novo regime fiscal" – subsídios à análise da proposta de emenda à constituição – PEC nº 241/2016**. ago/2016. Acessado em 21 de fevereiro de 2025. Disponível em: www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/estudos-por-assunto/tema10/estudo-tecnico-no-12-2016-versao-21-ago_publicado

Conferência Nacional de Saúde, n. 8, Brasília, 1986. Anais/8. **Centro de Documentação do Ministério da Saúde**, 1987. Acessado em 20 de fevereiro de 2025. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf

COPETTI, Maria Eduarda Granel; GIMENEZ, Charlise Paula Colet. A dignidade da pessoa humana enquanto princípio de garantia do direito fundamental à saúde. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**. v. 10, n. 1, p. 96-107, jan/jul. 2021.

JACCOUD, Luciana; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Federalismo, Integralidade e Autonomia do SUS: Desvinculação da Aplicação de Recursos Federais e os Desafios da Coordenação**. In: IPEA, Texto para Discussão, Distrito Federal, 2018.

PORTELLA, André; ALMEIDA, Cecília Moraes de. Federalismo fiscal e efetividade da dignidade da pessoa humana: a centralização fiscal e administrativa brasileira frente ao direito à saúde nos municípios do extremo sul da Bahia. **Revista de Direito Brasileira**. v. 30, n. 11, p. 04-35, set/dez 2021, Florianópolis, SC

PORTELLA, André; AMARAL, Claudia Tannus Gurgel do; SANTOS, Hebert Souza; LAVOURAS, Maria Matilde Costas. A austeridade econômica e crise sanitária: análise aplicada a partir dos efeitos da dívida pública brasileira e da emenda constitucional do teto de gasto (EC nº 95/2016) no financiamento da saúde pública (2008-2021). **Direito UNIFACS – Debate Virtual**, n. 295, 2025. Acessado em 21 de fevereiro de 2025. Disponível em: https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/9448

PORTELLA, André; SILVA, Carine Santos. **Federalismo fiscal, dignidade da pessoa humana e o financiamento da saúde pública no Litoral Sul da Bahia.** Saúde Soc. São Paulo, v. 31, n. 4, 2022.

SEGADO, Francisco Fernández. **La dignidade de la persona como valor supremo del ordenamiento jurídico.** Acessado em: 19 de fevereiro de 2025. Disponível em: https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/5924/5933

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 39ª ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

SILVA, Maria Stela Campos da. **A renúncia de receita onerosa como política extrafiscal afirmativa do acesso à saúde**. 2014. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Direito, Instituto de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Pará. Belém/Pa. Acessado em 23 de fevereiro de 2025. Disponível em: https://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/7503/1/Tese_RenunciaReceitaOnerosa.pdf