



**ANÁLISE DO FINANCIAMENTO DA  
SAÚDE EM PERÍODO PANDÊMICO:  
A COVID-19 E OS REPASSES AOS  
MUNICÍPIOS DO VALE DO PARAÍBA E  
LITORAL NORTE, SP, ENTRE 2020 E 2022**

**ANALYSIS OF HEALTH FINANCING IN A PANDEMIC PERIOD:  
COVID-19 AND TRANSFERS TO THE MUNICIPALITIES OF  
VALE DO PARAÍBA AND LITORAL NORTE, SP, BETWEEN 2020  
AND 2022**

# ANÁLISE DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM PERÍODO PANDÊMICO: A COVID-19 E OS REPASSES AOS MUNICÍPIOS DO VALE DO PARAÍBA E LITORAL NORTE, SP, ENTRE 2020 E 2022

**ANALYSIS OF HEALTH FINANCING IN A PANDEMIC PERIOD: COVID-19 AND TRANSFERS TO THE MUNICIPALITIES OF VALE DO PARAÍBA AND LITORAL NORTE, SP, BETWEEN 2020 AND 2022**

Micael Santos<sup>1</sup> | Cilene Gomes<sup>2</sup> | Sandra Maria Fonseca da Costa<sup>3</sup>

Recebimento: 04/08/2023

Aceite: 11/12/2024

<sup>1</sup> Doutorando em Planejamento Urbano e Regional (UNIVAP).

E-mail: santos.micael@outlook.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Geografia (USP).

Docente da Universidade do Vale do Paraíba.

São José dos Campos – SP, Brasil.

E-mail: cilenegs@univap.br

<sup>3</sup> Doutora em Engenharia de Transportes (USP).

Docente da Universidade do Vale do Paraíba.

São José dos Campos – SP, Brasil.

E-mail: sandra@univap.br

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar uma pesquisa sobre o percentual de participação das transferências de recursos da União para o SUS dos municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN), SP, entre 2020 e 2022. Objetiva-se, também, comparar o período de maior número de casos e óbitos por COVID-19 no Brasil e nos municípios da Região, com o percentual de transferências estaduais para a saúde desses municípios, no mesmo período. Para sua realização, foram utilizados dados de porcentagem (%) das Transferências da União para a saúde (SUS), para os municípios da Região, disponibilizados pelo SIOPS- Ministério da Saúde, dados mensais de óbitos por COVID-19 no Brasil, de 2020 a 2022 (Portal G1) e total dos recursos estaduais repassados aos 39 municípios da RMVPLN, nos anos de 2020, 2021 e 2022 (Fundo Nacional de Saúde - FNS). A análise dos dados extraídos do SIOPS e do FNS permite inferir que os pequenos municípios da RMVPLN sofreram quedas significativas nos repasses federais e estaduais, mas, em alguns deles, não houve comprometimento dos serviços de saúde durante a pandemia.

**Palavras-chave:** Financiamento de saúde. Covid-19. Vale do Paraíba. Relações interfederativas.

## ABSTRACT

This article aims to present research on the percentage of federal resource transfers to the Unified Health System (SUS) in municipalities of the Metropolitan Region of Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN), São Paulo, between 2020 and 2022. It also seeks to compare the period with the highest number of COVID-19 cases and deaths in Brazil and in the municipalities of the region with the percentage of state transfers for health in these municipalities during the same period. For this purpose, data on the percentage (%) of federal transfers for health (SUS) to the region's municipalities were used, provided by SIOPS - Ministry of Health, monthly COVID-19 death data in Brazil from 2020 to 2022 (Portal G1), and the total funds transferred to the 39 municipalities of RMVPLN during the years 2020, 2021, and 2022 (National Health Fund - FNS). The analysis of data extracted from SIOPS and FNS suggests that small municipalities in the RMVPLN experienced significant decreases in federal and state transfers, although in some cases, health services were not compromised during the pandemic.

**Keywords:** Health Financing. Covid-19. Vale do Paraíba. Interfederative Relations

## INTRODUÇÃO

Recentemente, o mundo passou por uma pandemia. O SARS-CoV-2, vírus causador da COVID-19, mostrou não apenas a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), mas a fragilidade e o descompasso das relações interfederativas do País, claramente observados no financiamento da saúde.

O financiamento da saúde no Brasil enfrenta desafios históricos que se acentuaram durante a pandemia de COVID-19. A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída na década de 1980, buscou melhorar a eficiência dos serviços ao transferir responsabilidades aos municípios e redefinir o papel dos estados e da União (Andrade; Coelho, 2016; Trevisan; Junqueira, 2007). No entanto, a descentralização revelou fragilidades, como o subfinanciamento crônico e a falta de integração entre os níveis de gestão. Durante a pandemia, o subfinanciamento do SUS, agravado pela Emenda Constitucional nº 95, resultou em dificuldades no combate ao vírus, enquanto estados e municípios assumiram a maior parte dos custos operacionais devido à ação ineficiente do governo federal. Estudos apontam que, apesar de avanços pontuais, a lógica de financiamento não considera adequadamente fatores epidemiológicos e sociais, perpetuando desigualdades regionais e sociais (Andrade; Coelho, 2016; Marques; Ferreira, 2023).

A regionalização da saúde, embora potencialmente benéfica para reduzir desigualdades e melhorar o acesso aos serviços, ainda enfrenta desafios significativos, como a falta de recursos e capacidades locais (Boisier, 1999; Shimizu; Carvalho; Brêtas Júnior, 2021). Durante a pandemia,



o financiamento dos municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN) exemplificou esses obstáculos. Apesar de um aumento na arrecadação e em despesas com saúde, a falta de transparência nos dados e a execução orçamentária ineficaz prejudicaram a resposta à crise. A pandemia expôs a necessidade de reformular o regime fiscal brasileiro e reforçar a política estadual de regionalização, o planejamento e a gestão em nível regional, com maior participação da sociedade civil e dos gestores locais, para garantir serviços mais equitativos e sustentáveis (Marques, 2017; Lima; Andrade, 2009).

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo apresentar uma pesquisa sobre a participação das transferências da União e do Estado de São Paulo (ESP) para o setor público de saúde dos municípios da RMVPLN, nos anos de 2020, 2021 e 2022, e, posteriormente, comparar o período de maior número de casos e óbitos por COVID-19, no Brasil e nos municípios da Região, com o percentual de transferências estaduais para o SUS desses municípios, no mesmo período.

O artigo está organizado em três seções, além desta introdução e das considerações finais. A primeira introduz uma revisão de literatura sobre o fracasso da regionalização na América Latina (AL) e os limites da descentralização da saúde no Brasil, com ênfase na relação saúde-desenvolvimento, particularmente no que se refere ao financiamento e aos impactos da falta de recursos em períodos de calamidade pública, tal como o da pandemia de COVID-19, para fundamentar as discussões encaminhadas neste artigo. A segunda discorre sobre os materiais e procedimentos metodológicos seguidos nesta pesquisa. Na sequência, uma subseção apresenta a RMVPLN, uma região privilegiada por ser cortada por duas importantes rodovias, mas que é heterogênea quanto à distribuição de serviços como saúde, educação e outros setores, inclusive financeiramente. A terceira seção apresenta um panorama dos repasses federais e estaduais à saúde dos municípios da RMVPLN no decurso da pandemia de COVID-19.

## FINANCIAMENTO DA SAÚDE: UMA LINHA TÊNUE ENTRE DESENVOLVIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Na literatura, não há um consenso quanto à definição de “acesso”, mas, para além de aspectos financeiros, Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) defendem sua promoção como “liberdade de uso”. À vista disso, será impossível pensar em desenvolvimento regional sem considerar a possibilidade de melhor funcionamento do sistema de saúde. Apoiando-se em Sen (2010), pode-se dizer que, enquanto houver indivíduos privados de liberdades essenciais, como o acesso a serviços de saúde (inclusive os de média e alta complexidade), e até mesmo ao transporte para a efetivação deste acesso, não estarão reunidas as condições necessárias para promover o desenvolvimento regional, que depende da progressiva eliminação das restrições às liberdades individuais e da qualificação da gestão, bem como da organização da rede de ações e oferta de serviços de saúde, a começar pela atenção primária.

Em sua visão sobre a América Latina (AL), Boisier (1999, p.310) argumenta que a experiência em matéria de políticas públicas de desenvolvimento regional permitiu a construção de “modelos reais”, ou seja, propostos a partir de casos concretos. Assim, essa experiência revelou três processos: 1) a regionalização dos países que, segundo o autor, fracassou por completo; 2) a descentralização dos sistemas de decisão públicos e privados que, para ele, ainda não havia sido configurada, pois a cultura centralizadora ainda dominava a AL; e 3) o desenvolvimento propriamente dito das regiões ainda raramente adotado.

Boisier (1999) tece críticas quanto à regionalização em alguns países latino-americanos. Ao utilizar exemplos do Brasil e da Colômbia, o autor sustenta que a regionalização teve caráter meramente administrativo, funcionando como artifício planejador. Outra crítica talvez explique o fracasso da regionalização na AL — o aspecto econômico foi, de acordo com o autor, o único contemplado nos esforços desse processo. Nesse contexto, insere-se a área da saúde.

A relação entre saúde e desenvolvimento tem sido amplamente discutida na literatura científica (Viana; Elias, 2007; Gadelha, 2007; Gadelha; Costa, 2012; Loureiro; Miranda; Miguel, 2013; Buss *et al.*, 2014). Nuske *et al.* (2017, p. 2) entendem que “a saúde tem um papel de propulsora do desenvolvimento na sua dimensão regional, com a missão pautada pelo marcante corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais”. Entretanto, cabe salientar a complexidade dessa relação, uma vez que envolve interesses sociais, políticos e econômicos.



No Brasil, a preponderância de tais interesses no âmbito da saúde pública tornou-se, desde a institucionalização do SUS, em 1988 (Brasil, 1988), sua maior fragilidade. Fragilidade esta que se tornou mais acentuada durante a pandemia de COVID-19, que acometeu diversos países após um surto na China, causando impacto na economia e nos serviços de saúde (Fernandes; Pereira, 2020).

Dos aprendizados com o caso da Espanha, no período pandêmico, Legido-Quigley *et al.* (2020) destacam o subfinanciamento em saúde como fator prejudicial no combate ao SARS-CoV-2. Mas qual é a realidade do financiamento em saúde no Brasil? O financiamento das ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal (Brasil, 1988), é de responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal. Contudo, desde 1988, o financiamento sempre foi objeto de disputas.

Andrade e Coelho (2016) destacam a descentralização de políticas no Brasil como resposta ao período centralizador e autoritário, vigente desde o golpe de 1964, e ressaltam que, antes da criação do SUS, no âmbito federal, os Ministérios da Saúde (MS), da Assistência e Previdência Social (MAPS), e da Educação e Cultura (MEC) geriam o sistema de saúde brasileiro, ainda fragmentado e centralizador. No âmbito estadual, a gestão competia às secretarias estaduais de saúde (SES). No nível municipal, as secretarias municipais de saúde (SMS) eram responsáveis apenas pelo controle dos serviços próprios. A forma de financiamento dos diversos subsistemas de saúde resultava em diversos comandos em um mesmo município, o que os tornava desintegrados e ineficientes.

A descentralização da saúde no Brasil teve início na década de 1980, com a criação do SUS, que estabeleceu a responsabilidade dos municípios na prestação dos serviços primários de saúde (Brasil, 1988). Posteriormente, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), que reforçou a descentralização e estabeleceu as diretrizes para a regionalização da saúde.

A partir da década de 1990, sobretudo na atenção básica, os municípios passaram a se responsabilizar pela gestão e prestação dos serviços. Houve redefinição de papéis dos estados e da União, deixando de ser executores da maior parte dos serviços e passando a definir e coordenar a política da saúde em âmbito macro. Ademais, começaram a prestar apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento da gestão dos municípios (Andrade; Coelho, 2016).

Estudos têm demonstrado que a descentralização e regionalização da saúde podem trazer benefícios para a saúde da população, incluindo redução das desigualdades regionais no acesso aos



serviços de saúde e melhoria na qualidade do atendimento prestado (Louvison, 2019). No entanto, segundo Shimizu, Carvalho e Brêtas Júnior (2021, p. 3394), “ainda é evidente o descompasso dos gestores na construção e implementação da agenda federativa, ato que fragiliza muito a implementação da diretriz de regionalização”. A longa distância percorrida pelos usuários para terem acesso aos serviços de saúde de maior complexidade também é uma dificuldade apontada, embora sejam notórios os esforços realizados pelas Comissões Intergestores Regionais - CIR (Brasil, 2011), visando o compartilhamento dos serviços (Shimizu; Carvalho; Brêtas Júnior., 2021). Além disso, essas políticas também enfrentam desafios, como a falta de recursos e capacidades locais para a gestão dos serviços de saúde, sendo fundamental que tais iniciativas sejam acompanhadas de investimentos em capacitação e infraestrutura, bem como de ampla participação da sociedade na gestão e monitoramento dos serviços de saúde em cada região.

Andrade e Coelho (2016) reafirmam o fato de que, apesar dos avanços na descentralização da saúde, há muitos desafios a serem superados, especialmente no que diz respeito à regionalização. Os autores destacam, ainda, a necessidade de fortalecer os processos de planejamento e gestão da saúde em nível regional, com a participação ativa dos diversos atores envolvidos; entre eles, gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil.

No tocante a esse processo de descentralização das ações e serviços de saúde, Trevisan e Junqueira (2007) elogiam a tríplice autonomia alcançada pelos municípios brasileiros — política, administrativa e financeira. Por outro lado, tecem crítica, alegando que “[...] as decisões operacionais sobre a saúde pública dos brasileiros foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi [...]” (Trevisan; Junqueira, 2007, p. 896).

Um levantamento realizado por Mendes e Marques (2009) mostra que, entre os anos 1990 e 2000, o aumento de financiamento do setor da saúde no Brasil foi irrelevante. Scatena, Viana e Tanaka (2009), após analisarem registros municipais, revelam um progressivo descompasso entre receitas e despesas. Esse descompasso é novamente identificado, anos depois, por Santos e Vieira (2018). Após uma análise de dados da execução do Ministério da Saúde, entre 2002 e 2015, os autores constatam insuficiência nos limites autorizados de pagamento diante dos gastos em cada exercício.

No entendimento de Marques (2017), o subfinanciamento do SUS no Brasil é estrutural e carece de apoio político para o direcionamento significativo de recursos. Cabe lembrar que a principal fonte



de recursos no SUS, para execução das ações e serviços de saúde, é o repasse da União para estados e municípios (Leite; Lima; Vasconcelos, 2012; Santos, 2018; Lima; Andrade, 2009). Todavia, para Fernandes e Pereira (2020), além de os fatores epidemiológicos ou sociais não serem considerados, a lógica do financiamento em saúde no Brasil corrobora o aumento da desigualdade.

A essa triste realidade, somam-se matérias atroz, aprovadas por parlamentares. A Emenda Constitucional (EC) nº 95 (Brasil, 2016), por exemplo, é alvo de críticas de estudiosos. Funcia (2019); Pereira, Oliveira e Faleiros (2019), explicam que, após sua aprovação, os orçamentos dos demais entes federados foram pressionados, em virtude da redução do aporte do governo federal, gerando graves impactos.

Marques e Ferreira (2023) argumentam que o subfinanciamento crônico do SUS foi agravado durante a pandemia de COVID-19 devido às políticas de austeridade fiscal, como a referida Emenda Constitucional nº 95, que congelou gastos públicos por 20 anos. Segundo as autoras, a pandemia expôs a fragilidade do sistema de financiamento da saúde, especialmente no que tange à capacidade de resposta rápida e adequada às emergências sanitárias.

Um estudo realizado por Nascimento (2022) buscou entender os impactos orçamentários e financeiros na RMVPLN, durante a pandemia de COVID-19. Entre os resultados, o autor destaca um aumento da arrecadação dos municípios, tendo sido a variação da despesa orçamentária com saúde 50,01% maior no período da pandemia, com relação ao período anterior. Houve, também, um aumento do número de municípios que alcançaram superávit orçamentário. Entretanto, um fator limitante no estudo foi a transparência, uma vez que, dos 39 municípios, somente 15 puderam ser analisados pelos quocientes orçamentários, e 12 pelos quocientes financeiros.

A pandemia de COVID-19 atingiu o Brasil em tempos nos quais a austeridade na política fiscal impôs desafios para o financiamento do SUS. No que se refere ao cenário pandêmico, Servo *et al.* (2020) tecem críticas à lentidão da execução orçamentária do Ministério da Saúde no ano de 2020. Para esses autores, as transferências de fundo a fundo, que deveriam depender unicamente de pactuação entre os gestores na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), tiveram baixa execução. Da dotação orçamentária de R\$10,0 bilhões para os governos estaduais, aproximadamente após 100 dias da decretação de estado de calamidade pública, somente R\$3,9 bilhões haviam sido repassados. Aos governos municipais, no mesmo período, foram repassados apenas R\$5,6 bilhões de uma dotação orçamentária de R\$16,9 bilhões. Os





autores destacam, ainda, a dificuldade de planejamento do governo federal em um momento que exigia respostas rápidas e a necessidade de avanço na regionalização da saúde.

Soma-se a isso o atraso na aprovação do Projeto de Lei (PL) 39/2020, pela União, por quatro meses, desde o decreto de calamidade pública (Rossi; David, 2021). Este PL dispunha sobre a recomposição das receitas dos entes federados diante da imensa queda de receitas.

No entendimento de Rossi e David (2021), esse atraso pode ser explicado pela tensão entre o governo federal, os estados e os municípios, com relação às divergências sobre as medidas de isolamento social.

Marques e Ferreira (2023, p. 474) sustentam que

a descentralização do SUS, princípio fundamental de sua organização e gestão, associada com a baixa ação do governo federal durante a pandemia, fez com que a maior parte do efetivo dispêndio fosse realizado por estados e municípios.

Mesmo no cenário pós-pandemia, os autores alegam não haver dúvidas quanto à manutenção do regime de austeridade no País. Defendem, portanto, alteração no regime fiscal vigente.

A seguir, são apresentados os materiais utilizados neste estudo e o percurso metodológico traçado.

## **MATERIAIS E PERCURSO METODOLÓGICO**

Este artigo trata de uma pesquisa quantitativa e exploratória (Gil, 1994), cuja técnica utilizada foi a documentação indireta (Marconi; Lakatos, 2003). O levantamento de dados foi realizado a partir de uma pesquisa documental, com utilização de fontes primárias (arquivos públicos e fontes estatísticas, como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS), e de uma pesquisa bibliográfica, que teve por apoio fontes secundárias (meios audiovisuais; material cartográfico; publicações).

Quanto ao método de procedimento, esta pesquisa é comparativa (Marconi; Lakatos, 2003), uma vez que se buscou, primeiramente, comparar o percentual de participação das transferências da União para o setor público de saúde dos municípios da RMVPLN, nos anos de 2020, 2021 e 2022, e, posteriormente, comparar o período de maior número de casos e óbitos por COVID-19 no Brasil e nos municípios da RMVPLN com o percentual de participação das transferências da União para o SUS desses municípios, no mesmo período.



Para a confecção das tabelas 1, 2 e 3, acessou-se o SIOPS, um sistema informatizado do Ministério da Saúde (MS), de alimentação obrigatória e acesso público, criado para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização e disponibilização de informações concernentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. Nele é possível acompanhar e monitorar a aplicação de recursos em saúde no âmbito federal, estadual e municipal. Isso posto, escolheu-se o indicador 1.5, intitulado “Porcentagem (%) das Transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o Município”. Esse indicador fornece o quanto foi transferido da União para cada município do Brasil, ao setor público de saúde, considerando o total de recursos transferidos por esse ente federado, em cada bimestre do ano. Na sequência, aplicou-se um filtro que possibilitou a extração desse dado de cada município da RMVPLN.

Os dados mensais de óbitos por COVID-19, no Brasil, de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2022, foram coletados no Portal G1, um portal de notícias mantido pelo Grupo Globo, que reuniu esses dados por meio de uma parceria realizada durante o período da pandemia, entre as secretarias de saúde e o Consórcio de veículos de imprensa. Os dados diários de casos confirmados de COVID-19 em todos os municípios brasileiros foram tabulados por Cota (2020).

Para a realização dos mapeamentos (figuras 4 e 5), acessou-se o portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS), outro sistema informatizado do MS, e calculou-se o valor total repassado aos 39 municípios da RMVPLN, nos anos de 2020, 2021 e 2022. O valor total resultou da soma de dois blocos: i) Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO); ii) Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO). O tipo de consulta escolhido foi Fundo a Fundo, ou seja, não foram considerados os valores repassados aos municípios relacionados a conselhos, contratos de gestão e administrativos, demandas judiciais, farmácia popular, organismos internacionais e transferências a órgãos federais. Da posse dos dados, confeccionou-se uma planilha e calculou-se o percentual total para cada ano da série mencionada. Posteriormente, foram construídos os mapas, com auxílio do sistema de informação geográfica ArcMap, e comparou-se, de um ano para o outro, se houve queda ou aumento no repasse.

O procedimento metodológico é sintetizado no Quadro 1 (apresentado a seguir), que organiza as principais etapas e componentes da pesquisa, destacando a abordagem quantitativa e exploratória utilizada para este artigo.



## Quadro 1 | Síntese dos procedimentos metodológicos

Metodológicos	Descrição
<b>Fontes de Dados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Primárias:</b> Arquivos públicos, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Fundo Nacional de Saúde (FNS).</li><li>- <b>Secundárias:</b> Publicações científicas, material cartográfico, meios audiovisuais, Portal G1 (dados de COVID-19).</li></ul>
<b>Variáveis Analisadas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Percentual de transferências da União para a saúde (SUS) nos municípios da RMVPLN (indicador 1.5 do SIOPS).</li><li>- Número de óbitos por COVID-19 no Brasil e municípios da RMVPLN (dados do Portal G1).</li><li>- Total de repasses financeiros estaduais do FNS aos municípios da RMVPLN, segmentado em:<ul style="list-style-type: none"><li>i) Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (investimento);</li><li>ii) Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (custeio).</li></ul></li></ul>
<b>Técnicas de Análise</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Documentação Indireta:</b> Análise documental e bibliográfica (Marconi; Lakatos, 2003).</li><li>- <b>Comparativa:</b> Comparação entre períodos (transferências federais e óbitos por COVID-19).</li><li>- <b>Geoespacial:</b> Mapeamento e análise territorial utilizando o ArcMap para identificar alterações nos repasses entre 2020 e 2022.</li><li>- <b>Estatística Descritiva:</b> Construção de tabelas e mapas para interpretação dos dados financeiros e epidemiológicos.</li></ul>
<b>Procedimentos de Análise</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Extração de dados do SIOPS sobre transferências da União para cada município da RMVPLN (indicador 1.5).</li><li>- Tabulação de dados de óbitos por COVID-19 (Portal G1).</li><li>- Cálculo do total de repasses financeiros estaduais do FNS por município e ano (2020–2022).</li><li>- Criação de mapas temáticos para visualizar variações nos repasses.</li></ul>
<b>Ferramentas e Sistemas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Sistemas:</b> SIOPS, FNS.</li><li>- <b>Software:</b> ArcMap para geoprocessamento e mapeamento de dados.</li><li>- <b>Planilhas Eletrônicas:</b> Organização e cálculo de percentuais dos repasses.</li></ul>

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos procedimentos metodológicos da pesquisa.

O delineamento dos instrumentos de coleta e análise dos dados foi pautado nas discussões propostas por Leite, Lima e Vasconcelos (2012); Santos (2018); Lima e Andrade (2009), de que a principal fonte de recursos no SUS para execução das ações e serviços de saúde provém da União; e, por Funcia (2019), Pereira, Oliveira e Faleiros (2019), acerca da redução do aporte do governo federal em decorrência da EC 95.

A seguir, há uma breve apresentação da área de estudo.



## ÁREA DE ESTUDO

Institucionalizada pela Lei Complementar 1.166, de 9 de janeiro de 2012 (São Paulo, 2012), a RMVPLN localiza-se no extremo leste do ESP, e é composta por cinco sub-regiões, abrangendo uma área de aproximadamente 16.177,94km<sup>2</sup> e uma população de cerca de 2,5 milhões de habitantes (SEADE, 2021).

A sub-região 1 abrange os municípios de Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos; a sub-região 2: Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé; a sub-região 3: Aparecida, Cachoeira Paulista, Canas, Cunha, Guaratinguetá, Lorena, Piquete, Potim e Roseira; a sub-região 4: Arapeí, Areias, Bananal, Cruzeiro, Lavrinhas, Queluz, São José do Barreiro e Silveiras; a sub-região 5: Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba, conforme Mapa 1.

**Mapa 1** | Localização da área de estudo



Fonte: Elaborada pelos autores (2023), a partir de dados do SEADE (2021).



Dos 39 municípios da RMVPLN, 27 (70%) possuíam, em 2022, menos de 50 mil habitantes, o que os coloca no patamar demográfico de pequenos municípios, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). Esses pequenos municípios também exercem influência no desenvolvimento regional, na condição de origem e destino de deslocamentos populacionais para fins diversos, ou porque abrigam empresas menores, que fornecem componentes para empresas maiores, localizadas em outros municípios. No que tange à saúde, enfrentam desafios em relação à provisão de infraestrutura, aos recursos financeiros e à capacidade institucional para lidar com problemas de organização, funcionamento e acesso a serviços, que os tornam dependentes de serviços especializados de outros municípios, geralmente, grandes e intermediários.

Importante região na história do País, a RMVPLN tem sido reconhecida por sua localização estratégica ao desenvolvimento econômico e urbano do ESP, pois encontra-se organizada no Vale médio do rio Paraíba do Sul, em torno do eixo da Rodovia Presidente Dutra (BR-116) e, no litoral, ao longo da Rodovia Rio-Santos, os dois principais eixos de urbanização e desenvolvimento regionais. É uma região que dinamizou seu desenvolvimento de modo articulado à expansão metropolitana de São Paulo e Rio de Janeiro, apresentando grande diversidade econômica, com destaque para o setor aeroespacial e outros importantes ramos industriais e de base tecnológica, além de núcleos de desenvolvimento científico-tecnológico e uma estrutura de serviços correlatos e variados (São Paulo, 2022).

A região também possui um grande potencial turístico, com praias, montanhas, parques temáticos e centros históricos. A cidade de São José dos Campos, por exemplo, abriga um Parque Tecnológico, que é considerado um dos principais polos de inovação do País, reunindo empresas, universidades e centros de pesquisa.

Entretanto, apesar de apresentar um grande potencial de desenvolvimento, a Região enfrenta desafios socioeconômicos, como a desigualdade social, a falta de moradias adequadas, a violência urbana, a baixa qualificação da mão de obra, entre outros.

A RMVPLN é bastante heterogênea quanto às condições de vida nos municípios que a compõem. Na dimensão de riqueza do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), só dois municípios (São Sebastião e Ilhabela) estão acima da média estadual. Em relação às três dimensões do IPRS (riqueza, longevidade e escolaridade), são cinco os municípios considerados dinâmicos na região — além dos já citados, São José dos Campos, Jacareí e Aparecida; cinco equitativos — Pindamonhangaba, Santo Antônio do Pinhal, Tremembé, São



Bento do Sapucaí e Lagoinha; 10 desiguais — entre eles os municípios turísticos da serra e do litoral; 10 em transição e oito vulneráveis (São Paulo, 2022, p. 11).

No que diz respeito à vulnerabilidade territorial,

destacam-se questões relativas à distribuição de serviços e de equipamentos públicos e de assentamentos precários. Os equipamentos e ativos econômicos concentram-se no eixo da Via Dutra e, em menor nível, no litoral. Seguindo padrão semelhante ao da vulnerabilidade econômica, os assentamentos precários da região concentram-se nos municípios de São José dos Campos, Campos de Jordão e nos municípios do litoral. Apesar de acumularem equipamentos, empregos e renda, municípios como São José dos Campos e Caraguatatuba também apresentam elementos de vulnerabilidade socioterritorial, expressos, especialmente, pela concentração de assentamentos precários (São Paulo, 2022, p. 11).

O Caderno de Diagnóstico da RMVPLN (São Paulo, 2022) também destaca que a utilização de equipamentos de saúde, educação, cultura e esporte e as próprias ligações da rede de saúde são polarizadas. Além disso, a desigualdade entre os municípios da RMVPLN é observada no potencial de arrecadação de impostos.

Acima da média de R\$ 1.092,00 per capita, figuram apenas oito municípios, sendo eles o polo central da região (São José dos Campos) e a cidade de Queluz e os litorâneos. Estes últimos possuem receita maior advinda do IPTU, em função da quantidade de unidades de veraneio de alto valor. Em relação às receitas de transferências, chama atenção o alto valor obtido por Ilhabela, de R\$18.180,00 per capita, que se deve aos royalties e participações especiais da exploração de petróleo e gás (São Paulo, 2022, p. 17).

É importante ressaltar que a região ainda colhe os impactos da pandemia de COVID-19, especialmente na área econômica. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2024), a RMVPLN registrou 389.224 casos e 8.141 óbitos, entre 2020 e 2022.

Quanto à articulação interfederativa e setorial, o Caderno de Diagnóstico da RMVPLN aponta que a região tem um histórico que mostra esforços nesse sentido, porém,

ainda apresenta fragilidades quando se trata de articular uma pauta de desenvolvimento regional capaz de superar as desigualdades socioterritoriais e de fomentar a integração setorial a partir da formulação de políticas públicas (São Paulo, 2022, p. 28).

Para superar esses desafios, entende-se que deve haver um planejamento integrado e participativo, envolvendo as diversas esferas de governo, a iniciativa privada, a sociedade civil e as universidades. Nesse sentido, o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da RMVPLN (São Paulo, 2022) propõe ações nas áreas de desenvolvimento econômico, mobilidade urbana, meio ambiente, habitação, saúde, segurança, cultura e turismo.



Em meio à complexidade das análises dos processos de regionalização e descentralização da saúde, encontra-se o financiamento. À vista disso, busca-se responder a duas questões essenciais: É possível um desenvolvimento a partir do social e, conseqüentemente, uma qualidade de vida a partir de sua consolidação, sem financiamento? No Brasil, o repasse das verbas acompanhou o processo de descentralização?

A seção subsequente apresenta análises de alguns dados acerca de COVID-19, e de repasses federais e estaduais para o setor de saúde nesses municípios.

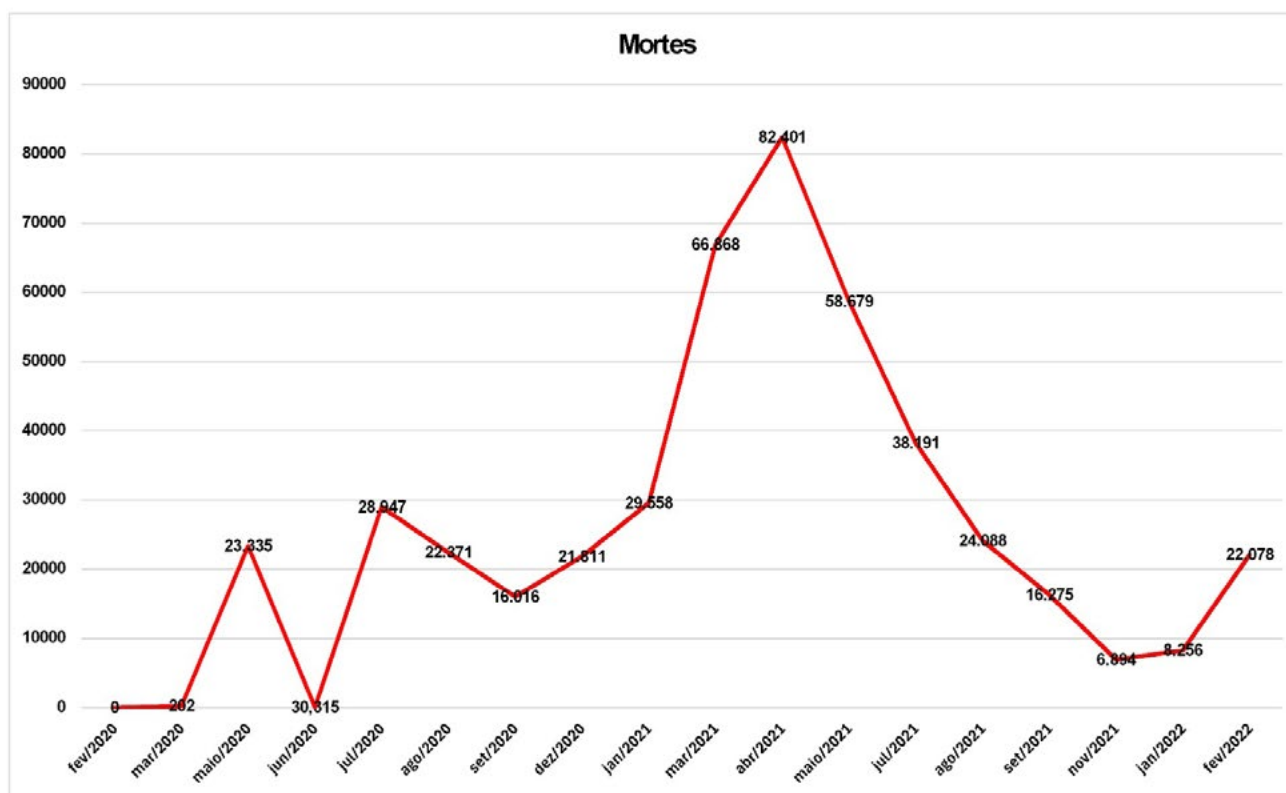
## **DA INSTÂNCIA FEDERAL À MUNICIPAL: REPASSES À SAÚDE DA RMVPLN NO DECURSO DA PANDEMIA**

A partir dos dados sobre as transferências de recursos da União para o setor da saúde dos municípios da RMVPLN, foram elaboradas as tabelas 1, 2 e 3. Em primeira análise dos dados, nota-se que, nos dois últimos bimestres do ano de 2020, houve um declínio nos percentuais de participação das transferências da União para o setor público de saúde de 15 dos 39 municípios da RMVPLN: Bananal; Caçapava; Campos do Jordão; Canas; Caraguatatuba; Cunha; Lagoinha; Natividade da Serra; Potim; Queluz; Redenção da Serra; Roseira; Santa Branca; São Bento do Sapucaí e São José dos Campos. Contudo, analisando os seis bimestres de 2020 (Tabela 1), percebe-se que oito municípios sofreram as maiores quedas. Esse processo de diminuição de repasses chegou a 14,02%, para o município de Aparecida. Para o município de Bananal, essa queda foi de 6,72%. Para o município de Caçapava, 4,86%. Para Jacareí, 22,27%. Para Pindamonhangaba, 8%. Para Santa Branca, 9,08%. Para São José dos Campos, 11,12%. Para São Luiz do Paraitinga, 9,88%.

No mesmo ano, nota-se que o município de São José dos Campos, sucessivamente, por quatro bimestres, registrou queda nas transferências de recursos da União para a saúde. De acordo com as Secretarias de Saúde, o Consórcio de veículos de imprensa e os levantamentos exclusivos do portal de notícias mantido pelo Grupo Globo (G1), entre os meses de janeiro e abril de 2021, o Brasil registrou mais óbitos por COVID-19 (209.311) do que o registrado em todo o ano de 2020 (194.976), conforme Gráfico 1.



**Gráfico 1** | Mortes por COVID-19, por mês, no Brasil



Fonte: Secretarias de saúde/Consórcio de veículos de imprensa/Levantamentos exclusivos G1.

Curiosamente, os dois bimestres que antecederam esse período foram marcados por queda nas transferências de recursos da União para muitos municípios da RMVPLN, conforme Tabela 1. Essa situação reproduz o padrão nacional, como verificado por Marques e Ferreira (2023) e Funcia (2019). Ou seja, a RMVPLN reproduziu o padrão nacional.



**Tabela 1** | Participação (%) das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para os municípios da RMVPLN no ano de 2020

MUNICÍPIOS	PERÍODO						TOTAL
	1º bim/2020	2º bim/2020	3º bim/2020	4º bim/2020	5º bim/2020	6º bim/2020	
Aparecida	10,89	16,44	24,46	29,86	31,90	17,88	131,4
Arapeí	3,08	4,24	4,36	4,29	4,51	4,43	24,9
Areias	3,04	8,71	8,68	16,13	16,35	15,51	68,4
Bananal	14,23	18,47	16,91	22,71	21,94	17,55	111,8
Caçapava	20,19	27,95	28,40	30,27	29,20	28,64	164,8
Cachoeira Paulista	14,12	15,82	17,24	14,71	14,86	15,43	92,1
Campos do Jordão	9,54	13,71	15,04	18,45	18,35	17,52	92,6
Canas	2,86	7,75	9,81	10,33	9,74	8,76	49,2
Caraguatatuba	18,55	19,95	23,14	27,30	26,46	26,12	141,5
Cruzeiro	23,47	29,80	30,84	33,97	32,77	33,01	183,8
Cunha	13,21	21,59	23,76	28,17	26,89	23,31	136,8
Guaratinguetá	30,37	42,52	42,10	44,43	42,18	42,68	244,2
Igaratá	3,29	8,15	11,08	16,32	13,81	15,10	67,7
Ilhabela	0,77	1,27	1,26	2,28	2,31	2,24	10,1
Jacareí	43,23	44,51	49,74	51,84	52,72	30,45	272,4
Jambeiro	6,34	8,49	11,68	12,95	12,46	13,18	65,1
Lagoinha	16,36	15,69	14,37	17,66	16,02	15,43	95,5
Lavrinhas	5,30	8,07	8,13	11,87	12,16	13,66	59,1
Lorena	0,00	32,48	35,61	38,38	39,42	37,15	183,0
Monteiro Lobato	0,03	3,48	6,68	7,32	7,68	7,11	32,5
Natividade da Serra	4,49	7,33	9,89	10,98	10,84	10,18	53,7
Paraibuna	4,49	13,30	12,02	15,00	14,10	16,31	75,2
Pindamonhangaba	22,18	28,75	25,01	20,75	20,97	21,43	139,0
Piquete	11,21	10,56	9,75	8,38	8,75	11,81	60,4
Potim	6,48	11,79	10,14	14,22	12,92	12,67	68,2
Queluz	sem dados	22,06	18,27	21,93	21,40	19,86	103,5
Redenção da Serra	5,51	12,03	12,12	12,71	12,52	11,58	66,4
Roseira	7,20	9,21	9,22	16,93	16,21	15,82	74,5
Santa Branca	7,87	9,12	16,53	24,53	24,13	15,45	97,6
Santo Antônio do Pinhal	10,53	15,21	17,01	21,34	21,07	21,51	106,8
São Bento do Sapucaí	10,76	15,56	23,34	25,44	24,50	22,92	122,5
São José do Barreiro	6,79	8,99	10,77	15,22	14,85	13,71	70,3
São José dos Campos	47,25	56,25	50,36	47,50	45,19	45,13	291,8
São Luís do Paraitinga	11,28	14,49	17,69	24,44	14,56	19,91	102,5
São Sebastião	6,01	8,07	9,52	11,56	11,64	12,29	59,0
Silveiras	3,85	4,95	6,34	11,07	11,59	12,59	50,3
Taubaté	32,27	40,81	36,05	35,71	35,50	35,75	216,0
Tremembé	6,98	10,46	9,95	14,14	15,51	13,38	70,4

Fonte: SIOPS (2022). Elaborado pelos autores.



Percebe-se que esse declínio persistiu no primeiro bimestre do ano de 2021, em todos os municípios supracitados, com exceção de Caraguatatuba, Santa Branca e São José dos Campos. Nesse período, também apresentaram decréscimo outros 21 municípios (Aparecida; Arapeí; Areias; Cruzeiro; Guaratinguetá; Igaratá; Ilhabela; Jacareí; Jambuí; Lavrinhas; Lorena; Monteiro Lobato; Paraibuna; Pindamonhangaba; Santo Antônio do Pinhal; São José do Barreiro; São Luiz do Paraitinga; São Sebastião; Silveiras; Tremembé e Ubatuba), totalizando 36 (92%), conforme tabela 2.

**Tabela 2** | Participação (%) das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para os municípios da RMVPLN no ano de 2021

MUNICÍPIOS	PERÍODO					
	1º bim/2021	2º bim/2021	3º bim/2021	4º bim/2021	5º bim/2021	6º bim/2021
Aparecida	8,68	8,14	16,05	8,14	9,57	9,78
Arapeí	3,38	3,79	7,45	9,40	8,48	8,27
Areias	4,55	4,99	5,07	5,15	4,84	4,57
Bananal	7,15	7,43	11,87	10,31	9,65	15,09
Caçapava	21,21	24,40	25,76	26,20	27,19	27,63
Cachoeira Paulista	15,87	16,26	16,78	16,35	18,36	17,5
Campos do Jordão	13,75	15,30	17,49	17,32	18,33	21,04
Canas	3,41	3,72	4,26	6,65	7,44	7,74
Caraguatatuba	27,78	26,75	24,94	25,69	26,73	24,71
Cruzeiro	21,73	29,16	32,25	32,76	35,70	34,67
Cunha	14,83	15,81	16,31	15,95	16,98	13,1
Guaratinguetá	28,97	36,05	37,98	38,39	40,66	39,4
Igaratá	6,30	8,76	8,65	10,12	14,88	13,25
Ilhabela	1,24	1,43	1,36	1,50	1,94	1,86
Jacareí	25,54	32,98	37,33	38,66	39,43	55,86
Jambuí	5,93	6,51	7,05	9,72	10,39	10,79
Lagoinha	7,09	8,37	8,78	11,16	14,57	12,7
Lavrinhas	6,41	7,06	7,65	9,24	9,24	9,78
Lorena	21,59	30,79	33,02	32,01	33,91	32,71
Monteiro Lobato	3,84	4,01	6,94	7,89	8,23	8,54
Natividade da Serra	6,17	6,58	6,84	9,55	9,77	8,81
Paraibuna	12,50	11,69	11,45	12,42	13,89	13,26
Pindamonhangaba	21,14	23,26	23,37	23,30	24,71	28,56
Piquete	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	10,92
Potim	7,49	7,89	10,30	12,57	15,31	16,91
Queluz	11,11	12,20	12,66	12,33	13,84	14,72
Redenção da Serra	7,07	7,08	12,68	10,88	9,58	10,23
Roseira	5,82	28,65	38,79	13,31	17,23	15,31
Santa Branca	27,91	20,81	17,03	15,72	14,91	13,45
Santo Antônio do Pinhal	12,22	17,88	16,21	15,57	20,37	19,68
São Bento do Sapucaí	13,23	14,76	17,15	15,84	19,16	17,18
São José do Barreiro	8,22	11,68	11,29	10,84	12,92	11,61
São José dos Campos	45,69	46,67	47,60	47,99	49,54	48,45
São Luiz do Paraitinga	18,39	15,72	13,73	15,40	16,43	17,18
São Sebastião	12,23	10,92	12,61	13,65	13,66	13,07
Silveiras	10,52	16,95	17,19	14,87	16,33	15,58
Taubaté	37,82	38,52	40,08	41,85	42,13	40,24
Tremembé	9,58	10,15	10,49	9,46	11,61	12,18
Ubatuba	17,67	19,35	22,02	25,31	28,06	28,86

Fonte: SIOPS (2022). Elaborado pelos autores.



A queda na transferência de recursos da União para o município de Santa Branca, em cinco bimestres consecutivos de 2021 (14,46%, entre o 2º e o 6º bimestre), e de Roseira (do 1º ao último bimestre de 2021, 27,4%) também chama atenção.

De acordo com Cota (2020), Santa Branca registrou 34 casos de COVID-19, no dia 21 de março de 2021, período em que houve queda no percentual de transferências da União para o seu setor de saúde (7,1% do 1º para o 2º bimestre). No dia 18 de junho de 2021, Santa Branca registrou 49 casos, porém, novamente sofreu queda de 3,78% nas referidas transferências, entre o 2º e o 3º bimestre. No dia 27 de maio e 7 de junho de 2022, Santa Branca registrou 39 e 38 casos, respectivamente. Embora não tenha percebido queda nas transferências da União para a saúde nesses meses, no mesmo bimestre do ano anterior, a União transferiu 17,03% dos recursos para a saúde. Em 2022, para o mesmo bimestre, foram transferidos apenas 8,65%. Em 12 de julho de 2022, Santa Branca registrou 35 casos, período em que também sofreu queda nas transferências da União para a saúde.

Ao comparar, em cada bimestre, o percentual das transferências da União para a saúde da RMVPLN, entre os anos de 2020 e 2021, percebe-se que seis municípios (Aparecida; Bananal; Guaratinguetá; Jambuí; Lagoinha e Ubatuba) receberam menos recursos em todos os bimestres. Do total de 39 municípios, 13 (33%) registraram queda na transferência em quase todos os bimestres (Areias; Caçapava; Canas; Cunha; Jacareí; Lavrinhas; Lorena; Natividade da Serra; Paraibuna; Queluz; Redenção da Serra; Santo Antônio do Pinhal e São Bento do Sapucaí).

A Tabela 3 mostra o percentual de participação das transferências da União para a saúde dos municípios da RMVPLN no ano de 2022. Cabe ressaltar que houve uma limitação maior no acesso aos dados, uma vez que a maioria dos gestores dos municípios não homologaram as informações no SIOPS.



**Tabela 3** | Participação (%) das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para os municípios da RMVPLN no ano de 2022

MUNICÍPIOS	PERÍODO					
	1º bim/2022	2º bim/2022	3º bim/2022	4º bim/2022	5º bim/2022	6º bim/2022
Aparecida	11,22	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Arapeí	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Areias	2,76	2,49	3,74	4,48	4,29	sem dados
Bananal	18,63	12,01	10,10	9,95	23,33	sem dados
Caçapava	19,92	21,48	25,35	23,74	sem dados	sem dados
Cachoeira Paulista	11,58	13,27	20,46	sem dados	sem dados	sem dados
Campos do Jordão	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Canas	2,62	2,65	1,96	2,27	2,58	sem dados
Caraguatatuba	17,16	16,03	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Cruzeiro	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Cunha	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Guaratinguetá	27,80	30,29	33,02	31,19	30,67	sem dados
Igaratá	5,84	8,23	9,25	sem dados	sem dados	sem dados
Ilhabela	1,45	1,79	1,39	1,28	1,40	sem dados
Jacareí	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Jambeiro	5,60	6,19	7,41	sem dados	sem dados	sem dados
Lagoinha	7,63	8,88	20,03	17,26	16,33	sem dados
Lavrinhas	6,58	8,94	12,45	11,42	10,94	sem dados
Lorena	23,61	21,51	23,06	21,07	sem dados	sem dados
Monteiro Lobato	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Natividade da Serra	4,03	4,23	6,85	5,86	5,73	sem dados
Paraibuna	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Pindamonhangaba	23,66	23,83	24,21	23,62	sem dados	sem dados
Piquete	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Potim	6,36	9,61	16,24	14,17	11,38	sem dados
Queluz	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Redenção da Serra	4,35	8,45	12,11	9,49	sem dados	sem dados
Roseira	6,71	7,26	7,64	7,81	8,07	sem dados
Santa Branca	6,26	6,54	8,65	7,75	7,65	sem dados
Santo Antônio do Pinhal	10,07	12,42	15,92	14,36	sem dados	sem dados
São Bento do Sapucaí	sem dados	15,17	15,52	14,45	14,36	sem dados
São José do Barreiro	7,51	8,24	6,85	6,13	5,89	sem dados
São José dos Campos	42,13	43,96	44,09	43,39	sem dados	sem dados
São Luís do Paraitinga	12,57	12,09	11,78	11,14	14,81	sem dados
São Sebastião	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Silveiras	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados	sem dados
Taubaté	27,64	29,87	32,30	sem dados	sem dados	sem dados
Tremembé	7,42	8,20	11,06	10,42	sem dados	sem dados
Ubatuba	15,86	16,95	19,60	sem dados	sem dados	sem dados

Fonte: SIOPS (2022). Elaborado pelos autores.



Comparando, em cada bimestre, o percentual das transferências da União para a saúde da RMVPLN, entre os anos de 2020 e 2022, nota-se que o município de Areias recebeu menos recursos em todos os bimestres de 2022. Outros 15 municípios (Caçapava; Canas; Guaratinguetá; Lorena; Natividade da Serra; Redenção da Serra; Roseira; Santa Branca; Santo Antônio do Pinhal; São Bento do Sapucaí; São José do Barreiro; São José dos Campos; São Luiz do Paraitinga; Taubaté e Ubatuba) registraram queda nas transferências em quase todos os bimestres desse período.

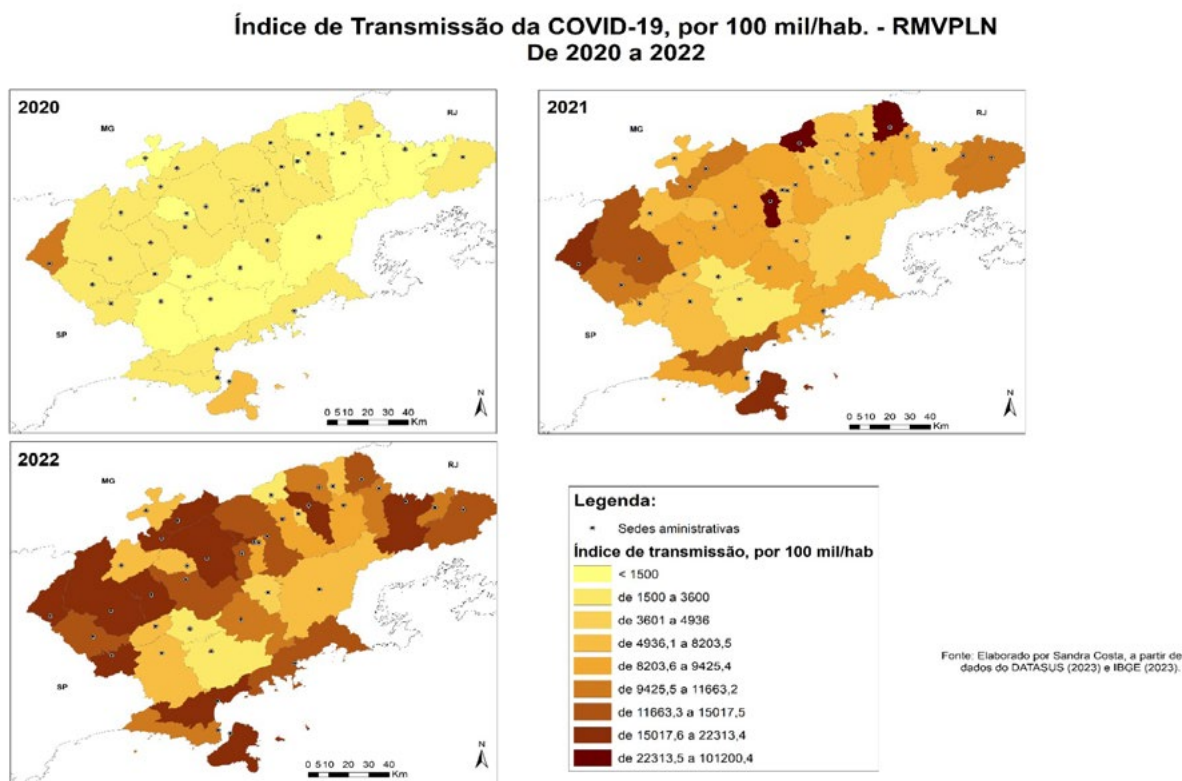
Analisando a dinâmica de transferências da União para a saúde de pequenos municípios, nota-se que dez deles (Areias; Canas; Natividade da Serra; Redenção da Serra; Roseira; Santa Branca; Santo Antônio do Pinhal; São Bento do Sapucaí; São José do Barreiro e São Luiz do Paraitinga) sofreram queda na receita de recursos transferidos pela União em quase todos os bimestres, entre 2020 e 2022. Considerando os 28 municípios com população inferior a 50 mil habitantes, eles representam 35% deste total.

Analisando municípios maiores, como Taubaté e São José dos Campos, percebe-se que, em 2021, sofreram queda na receita de recursos transferidos pela União apenas no último bimestre. Entretanto, em 2020, os recursos transferidos para São José dos Campos sofreram uma diminuição em quatro bimestres subsequentes; e, para Taubaté, também foram reduzidos, em três bimestres consecutivos, indicando que possivelmente não houve um favorecimento com relação aos repasses da União.

Ao analisar os índices de transmissão da COVID-19, por 100 mil habitantes, na RMVPLN, nos anos de 2020, 2021 e 2022, conforme Mapa 2, nota-se que o município de Igaratá apresentou, em 2020, o maior índice, seguido do município de Ilhabela. Também é possível observar uma padronização nos índices dos municípios do eixo Dutra. Além desses municípios, seguiram a mesma margem de transmissão outros três municípios do Litoral Norte (São Sebastião, Caraguatatuba, Ubatuba), Bananal, Jambuí, Santa Branca, Monteiro Lobato, Lagoinha, Piquete e dois municípios da Serra da Mantiqueira (Campos do Jordão e Santo Antônio do Pinhal). Nota-se, ainda, que alguns municípios com população majoritariamente rural ou cujas principais atividades econômicas concentram-se no campo, registraram menores índices de transmissão. Moradores desses municípios tendem a circular menos em áreas centrais (Maciel; Gomes; Becceneri, 2020), o que, talvez, possa explicar esse fenômeno.



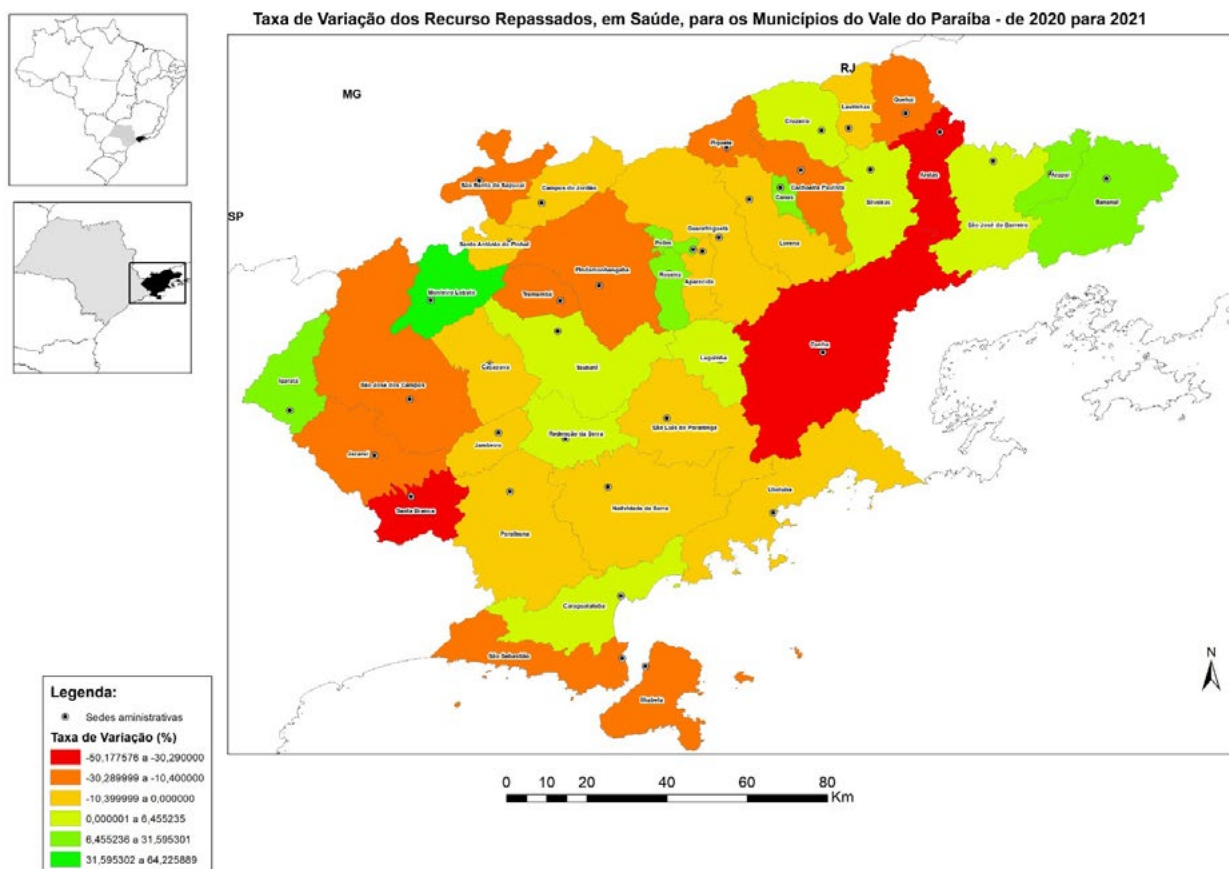
## Mapa 2 | Índice de transmissão da COVID-19, por 100 mil habitantes, na RMVPLN, de 2020 a 2022



Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de dados do DATASUS (2023) e IBGE (2023).

No Mapa 3 são apresentadas as taxas de variação dos recursos estaduais repassados ao setor de saúde de cada município da RMVPLN, de 2020 para 2021. Igaratá, que em 2020 havia registrado o maior índice de transmissão da doença, recebeu mais recursos em 2021. Situação divergente ocorreu com o município de Ilhabela, que registrou o segundo maior índice de transmissão, em 2020, porém percebeu queda drástica no repasse dos recursos em 2021. Houve discrepância no repasse aos municípios do eixo Dutra. Dos 11 municípios (Jacareí, São José dos Campos, Caçapava, Taubaté, Pindamonhangaba, Roseira, Aparecida, Guaratinguetá, Lorena, Cachoeira Paulista e Queluz), que haviam apresentado padronização nos índices de transmissão, em 2020, nove sofreram queda dos repasses, com exceção de Taubaté e Roseira. Campos do Jordão, Santo Antônio do Pinhal, Piquete, Jambuí, São Sebastião e Ubatuba, que estavam na mesma margem de transmissão em 2020, também receberam menos recursos em 2021. No total, dos 39 municípios da RMVPLN, apenas 14 receberam mais recursos em 2021, com relação ao ano anterior.

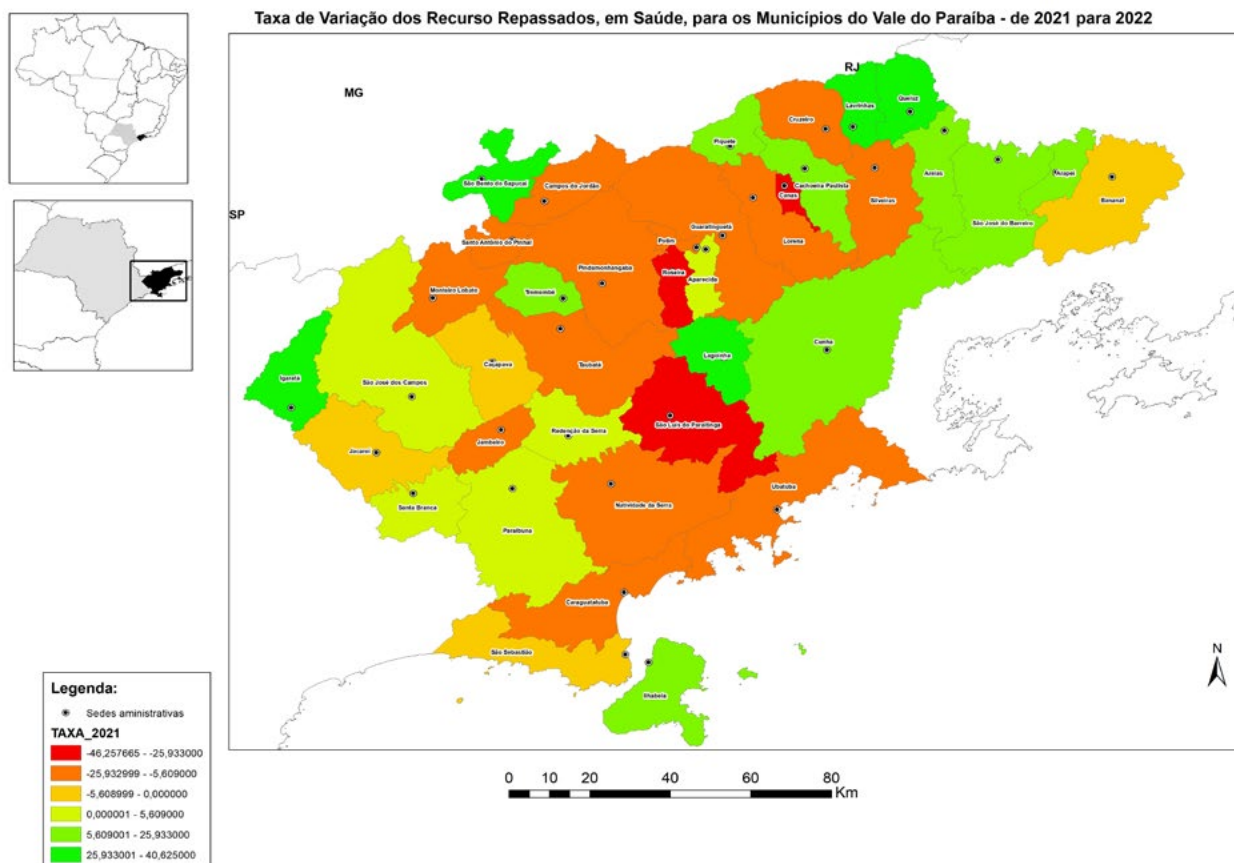
**Mapa 3 |** Taxa de variação dos recursos estaduais repassados, em saúde, para os municípios da RMVPLN, de 2020 para 2021



Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de dados do FNS (2023).

No Mapa 4, são apresentadas as taxas de variação dos recursos estaduais repassados ao setor de saúde de cada município da RMVPLN, de 2021 para 2022. Observa-se que Igaratá manteve-se com taxa de variação positiva, e Ilhabela também recebeu mais recursos. Entretanto, em 2022, a dinâmica do financiamento da saúde nos municípios do eixo Dutra se manteve, em grande escala, negativa. Nove municípios receberam menos recursos, quando comparado ao ano de 2021 (Jacareí, Caçapava, Taubaté, Pindamonhangaba, Roseira, Guaratinguetá, Lorena, Canas e Cruzeiro). Somam-se a esses os municípios de Jambeiro, Natividade da Serra, Caraguatatuba, Ubatuba, São Sebastião, Monteiro Lobato, Santo Antônio do Pinhal, Campos do Jordão, Potim, Silveiras, São Luiz do Paraitinga e Bananal. Ao todo, apenas 18 municípios da RMVPLN tiveram taxa de variação positiva no repasse.

**Mapa 4 |** Taxa de variação dos recursos estaduais repassados, em saúde, para os municípios da RMVPLN, de 2021 para 2022



Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de dados do FNS (2023).

Não se pode encerrar as análises sem antes fazer uma reflexão. Há uma distribuição financeira equitativa na RMVPLN? Sugere-se que, para a obtenção de uma resposta plausível a esse questionamento, realizem-se estudos com maior recorte temporal. O que, de fato, preocupa, é a capacidade que pequenos municípios têm de conseguir recursos para complementar a ausência de repasse federal ou estadual. Municípios maiores perderam, mas os pequenos municípios, além de perderem, não possuem capacidade econômica para superar a ausência desses recursos.

No intuito de fortalecer a descentralização e a regionalização das ações e serviços de saúde na RMVPLN, este estudo propõe estratégias como o estabelecimento de novos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), para a gestão de hospitais, cujo financiamento seja compartilhado



entre os municípios. Isso otimizaria os recursos e garantiria a oferta de serviços de média e alta complexidade para a população regional. Atualmente, na RMVPLN, existe apenas um CIS, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Paraíba (CONSAVAP), do qual participam os municípios de Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos.

Outra estratégia seria a implementação de programas de capacitação contínua para gestores da saúde no estado e nos municípios, focados em planejamento, gestão de recursos, controle de qualidade e avaliação. Tal capacitação reforçaria a descentralização, uma vez que os gestores tenderiam a administrar de forma eficiente os recursos locais, e seria uma ação integrada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2018).

Na tentativa de suprir a falta de recursos, a terceira estratégia seria o fomento do uso da tecnologia, já previsto no Plano Estadual de Saúde 2024-2027 (São Paulo, 2024). Os municípios poderiam implantar plataformas de telemedicina, possibilitando consultas à distância com especialistas.

Além das estratégias supracitadas, este artigo contribui para subsidiar políticas e ações de gestão e desenvolvimento regional, na medida em que oferece uma visão detalhada sobre a alocação desigual dos recursos federais e estaduais para os municípios da RMVPLN, permitindo identificação das áreas mais deficitárias. Ao desvelar o fluxo financeiro em período pandêmico, contribui para que gestores públicos possam planejar os investimentos para o setor da saúde em situações alarmantes futuras. Por fim, enfatiza a necessidade de uma regionalização que considere as particularidades de cada município, adotando estratégias direcionadas às características locais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a interdependência de serviços na RMVPLN. Embora seja um fato comum em regiões metropolitanas, compromete o acesso dos moradores de pequenos municípios a determinados serviços, como os de saúde. Ressalta-se que tanto a descentralização quanto a regionalização podem ser consideradas um avanço no Brasil. Contudo, ainda existem desafios a serem superados, sobretudo, no que se refere às pactuações interfederativas, a falta de recursos e a capacidade local para a gestão dos serviços. Houve um esforço na descentralização das ações operacionais no âmbito da saúde pública, mas não no repasse de verbas.



Se existiam dúvidas quanto à fragilidade das relações interfederativas, a pandemia de COVID-19 trouxe à tona o descompasso no financiamento da saúde. A lógica do financiamento em saúde no Brasil, que desconsidera fatores epidemiológicos ou sociais e contribui para o aumento da desigualdade, manteve-se no período pandêmico, desconsiderando o momento dramático pelo qual o País passava. Tratando-se de uma região heterogênea, como a RMVPLN, os impactos dessa lógica podem ter gerado consequências agravantes.

A revisão da literatura feita neste estudo, para a compreensão do modelo de financiamento em saúde, permite inferir que o subfinanciamento do SUS foi um processo engendrado pelos governos anteriores, uma vez que estudos mostram que, entre 1990 e 2015, o aumento de financiamento do setor da saúde no Brasil foi irrelevante, gerando, inclusive, incompatibilidade entre receitas e despesas. Além disso, é indiscutível que matérias como a EC nº 95, que reduziu o aporte do governo federal para a saúde, tenham agravado ainda mais a situação, sobretudo em pequenos municípios.

Embora soe estranho, este estudo também evidencia que a pandemia de COVID-19 não gerou apenas impactos negativos. Do ponto de vista econômico, por exemplo, o aumento da arrecadação dos municípios e o aumento no número de municípios da RMVPLN que alcançaram superávit financeiro nesse período podem ser considerados impactos positivos.

A análise dos dados extraídos do SIOPS e do FNS possibilita deduzir que os pequenos municípios da RMVPLN sofreram com as quedas nos repasses federais e estaduais, mas em alguns deles não houve comprometimento dos serviços de saúde durante a pandemia, em virtude dos repasses de emendas parlamentares e do alcance do superávit financeiro.

Em suma, quanto à organização da rede regional de ações e serviços de saúde e ao financiamento, reforça-se a necessidade de melhoria da situação dos pequenos municípios. Sem isso, não será possível elevar o patamar das interdependências federativas e das condições de saúde das populações de determinadas regiões, como a RMVPLN; tampouco alcançar a condição mínima de dignidade humana para o enfrentamento das diversas outras necessidades, para um desenvolvimento regional menos desigual e mais equitativo.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. S.; COELHO, T. C. B. Contribuições da teoria macro-organizativa de Matus para a regionalização do SUS. *In*: COELHO, T. C. B. (org.). **Regionalização, articulação e regulação do SUS**: valorizando os aportes locais. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 83-130.
- BOISIER, S. Post-scriptum sobre desenvolvimento regional: modelos reais e modelos mentais. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 19, 1999. p. 310. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4026/7/PPP\\_n19\\_PostScriptum.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4026/7/PPP_n19_PostScriptum.pdf). Acesso em: 16 abr. 2023.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016].
- BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). Acesso em: 13 dez. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 13 dez. 2024.
- BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 15 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 1 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 no Brasil**. 2024. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html). Acesso em: 27 nov. 2024.
- BUSS, P. M. *et al.* Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 das nações unidas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HspmFNTFkRqDzckggbTZvmF/?format=html>. Acesso em: 26 mar. 2023.
- COTA, W. Monitoring the number of COVID-19 cases and deaths in Brazil at municipal and federative units level. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.362>. Acesso em: 25 maio 2023.
- DATASUS: **Departamento de Informática do SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 13 dez. 2024.
- FERNANDES, G. A. A. L.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81875>. Acesso em: 26 mar. 2023.
- FNS. **Fundo Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 dez. 2024.
- FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/subfinanciamento-e-orcamento-federal-do-sus-referencias-preliminares-para-a-alocacao-adicional-de-recursos/17339>. Acesso em: 15 abr. 2023.



GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 71, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/18137/DesenvolvimentoSa%FAde.pdf?jsessionid=FAC14D4661E704BAA60B8081D8612DEE?sequence=2>. Acesso em: 26 mar. 2023.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, sup., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tY88TFnwqxn5x8PgN3x8Pmc/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2023.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Dados censitários**, 2022. [Material Institucional]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/etapas/divulgacao-dos-resultados.html>. Acesso em: 25 jul. 2023.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEGIDO-QUIGLEY, H.; MATEOS-GARCÍA, J.T.; CAMPOS, V.R.; GÉA-SÁNCHEZ, M.; MUNTANER, C.; McKEE, M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8). Acesso em: 26 mar. 2023.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, 2012. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/financiamento-gasto-publico-e-gestao-dos-recursos-em-saude-o-cenario-de-um-estado-brasileiro/8143?id=8143&id=8143>. Acesso em: 15 abr. 2023.

LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30254>. Acesso em: 15 abr. 2023.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N.; MIGUEL, J. M. P. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 31, n. 1, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/9162>. Acesso em: 26 mar. 2023.

LOUVISON, M. C. P. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 14, sup., 2019. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6939/15061>.

MACIEL, L. M.; GOMES, C.; BECCENERI, L. B. Movimentos pendulares e integração regional no Vale do Paraíba e Litoral Norte no Estado de São Paulo: uma análise a partir dos censos demográficos de 2000 e 2010. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 21, n. 78, p. 192–210, 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/53183>. Acesso em: 1 dez. 2024.

MARQUES, R. M.; FERREIRA, M. R. J. O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 465–479, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/9cxF8wsr3PHBdxWyyjyc37D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2024.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 49, 2017. p. 474. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/950>. Acesso em: 26 mar. 2023.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123009000300019>. Acesso em: 26 mar. 2023.



NASCIMENTO, C. A.T. R. **Reflexo da pandemia de COVID-19 nos quocientes financeiros e orçamentários dos municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte do Estado de São Paulo**. 2022. 89 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Contábeis, Escola Paulista de Política, Economia e Negócios, Universidade Federal de São Paulo, Osasco, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/66311/Caio%20Alberto%20T%20R%20Nascimento%20-%20REFLEXO%20DA%20PANDEMIA%20DE%20COVID-19%20NOS%20QUOCIENTES%20FINANCEIROS%20E%20OR%20C%27%20AMENT%20C%28%20RIOS%20DOS%20MUNIC%28%20PIOS%20VALE%20DO%20PARA%28%20LITORAL%20DO%20ESTADO%20DE%20S%28%20PAULO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 abr. 2023.

NUSKE, M. A.; GESSI, N. L.; ALLEBRANDT, S. L.; KELM, M. A saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar acerca da contribuição da saúde no desenvolvimento regional. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL*. 8., 2017, Santa Cruz do Sul. Anais do VIII Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional. Santa Cruz do Sul: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/viewFile/16510/44>. Acesso em: 26 dez. 2024.

PEREIRA, B. L. S.; OLIVEIRA, A. C. R.; FALEIROS, D. R. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 58, 2019. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/portaria-3992-2017-desafios-e-avancos-para-gestao-dos-recursos-no-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 15 abr. 2023.

ROSSI, P.; DAVID, G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 267-280, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1349984>. Acesso em: 22 nov. 2024.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykCWRkccrSPQrqWjx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2023.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sus30-anos-um-balanco-incomodo/16703>. Acesso em: 15 abr. 2023.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Complementar 1.166, de 09 de janeiro de 2012**. Cria a região metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, e dá providências correlatas. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2012/lei.complementar-1166-09.01.2012.html#:~:text=Cria%20a%20regi%C3%A3o%20metropolitana%20do,Norte%2C%20e%20d%C3%A1%20provid%C3%AAs%20correlatas>. Acesso em: 26 abr. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Regional do estado de São Paulo. **Caderno de Diagnóstico Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte**. 2022. p. 11, 17, 28. Disponível em: <https://rmvpln.pdui.sp.gov.br/wp-content/uploads/P15-Diagnostico-Vale-do-Paraiba-e-LN.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

SÃO PAULO (Estado). **Diretrizes, objetivos, metas e indicadores: PES 2024-2027**. 2024. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/parte\\_2\\_pes\\_2024-2027\\_-\\_domi\\_versao\\_abr24\\_atualizacoes.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/parte_2_pes_2024-2027_-_domi_versao_abr24_atualizacoes.pdf). Acesso em: 1 dez. 2024.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L. A.; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100013>. Acesso em: 26 mar. 2023.

SEADE. **Sistema Estadual de Análise de Dados**. 2021. Disponível em: <http://perfil.seade.gov.br/> Acesso em: 26 abr. 2023.



SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SERVO, L. M. S.; SANTOS, M. A. B. dos; OLIVEIRA, F.S.; BENEVIDES, R. P. de S. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 44, n. especial 4 dez, p. 114–129, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4344>. Acesso em: 22 nov. 2024.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO, A.L.B.; BRÊTAS JÚNIOR, N. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3385–3396, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PcGfvXTSWTxWWKdMbkNNQmw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2024.

SIOPS. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>. Acesso em: 13 dez. 2024.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCINTYRE, DI. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, DI.; MOONEY, G. (org.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007. p. 896. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2007.v12n4/893-902/pt/>. Acesso em: 26 mar. 2023.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, sup., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G8ZYFSNm9z8SQ8bDzY8F5ZF/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2023.



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

