

EFEITOS DA CRISE FINANCEIRA NA SAÚDE PÚBLICA DOS MUNICÍPIOS FLUMINENSES

Josyanne da Rocha Ferreira
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
Analista de Controle Externo do TCE-RJ

Aline do Nascimento Macedo
Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz
Analista de Controle Externo do TCE-RJ

Renata Odete de Azevedo Souza
Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz
Analista de Controle Externo do TCE-RJ

Mariana Miranda Autran Sampaio
Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - IMS/UERJ
Analista de Controle Externo do TCE-RJ

Resumo: A crise econômica e financeira brasileira de 2014 produziu reflexos no estado do Rio de Janeiro a partir de 2015. Este estudo exploratório e descritivo usou indicadores para analisar os principais efeitos da crise na saúde pública dos municípios do Rio de Janeiro entre 2010 e 2019, em relação ao financiamento da saúde, à oferta e demanda de serviços de saúde e às condições de saúde da população. Observou-se, após a crise, uma redução da despesa total com saúde por habitante e do recurso municipal aplicado em saúde, bem como um aumento na dependência dos municípios de transferências de outras esferas de governo. A crise interrompeu a redução da mortalidade infantil e da incidência da tuberculose observada no estado até 2015, além de intensificar a incidência de sífilis. A oferta de consultas médicas reduziu-se em um cenário de aumento de demanda frente à menor cobertura dos planos privados de saúde.

Palavras-chave: crise financeira; financiamento da saúde; oferta de serviços de saúde; necessidade e demanda de serviços de saúde; condições de saúde.

Abstract: *The Brazilian economic and financial crisis in 2014 impacted Rio de Janeiro state from 2015. This exploratory and descriptive study used indicators to analyze the main impacts of the public health crisis in Rio de Janeiro municipalities between 2010 and 2019, regarding health financing, delivery and demand of health services and health status of the population. After the crisis, there was a reduction in the total health expenditure per inhabitant and the amount invested in health by the municipalities. Also, the municipal dependency on other governmental bodies has increased. The crisis interrupted the reduction of infant mortality and the incidence of tuberculosis that occurred up to 2015. Furthermore, it had an impact on the growth of syphilis. Delivery of medical appointments was reduced in a scenario of growth of demand due to reduced coverage of private health insurances.*

Keywords: *Financial Crisis; Health Financing; Delivery of Health Care; Health Services Needs and Demand; Health Status.*

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido como a forma de operacionalização da política de saúde. Um de seus maiores desafios é a garantia de atendimento a todo cidadão brasileiro em todas as suas necessidades, configuradas nos princípios constitucionais de universalização do acesso e integralidade de atendimento (FLEURY, 2009).

Conforme determinam a Constituição Federal de 1988 e a Lei Federal nº 8.080/90, o financiamento do SUS é realizado obrigatoriamente pelas três esferas de governo, além das contribuições sociais arrecadadas pelo governo federal, de outros tributos e de transferências constitucionais e legais que também constituem fontes de recurso do SUS. A garantia de recursos mínimos para o SUS com a regulamentação do financiamento aconteceu apenas com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000 e da Lei Complementar nº 141/2012.

Em meio a essa discussão, o mundo vivenciou uma crise econômica e financeira a partir de 2008 com repercussões até a atualidade. Tal crise afetou o país em 2014, quando o Brasil experimentou sua pior recessão já registrada (MASSUDA, et al., 2018). Em relação ao estado do Rio de Janeiro, estudos e dados revelam que a crise produziu reflexos a partir de 2015 (COLOMBO; LAZZARI, 2018; BRETAS et al., 2019; FUNDAÇÃO CEPERJ). A situação foi agravada em função de algumas características peculiares do estado, como a arrecadação dependente dos royalties do petróleo (que foi reduzida a partir de 2015) e a grave crise política que levou vários gestores públicos da época a serem condenados por corrupção.

No âmbito federal, ocorreu uma das medidas de corte de gasto público mais preocupantes em resposta à crise financeira. Um padrão radical de contenção do Estado com a instituição da Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu o Novo Regime Fiscal, e que, segundo Rossi e Dweck (2016) não precisaria da força de uma emenda constitucional, não fosse a necessidade de redução dos recursos da saúde e da educação que possuem regras constitucionais estabelecidas.

Além da redução no repasse dos recursos federais, houve redução da arrecadação fiscal no âmbito estadual. Os municípios passaram a ter menos recursos transferidos para custear seus serviços de saúde, dependendo cada vez mais da arrecadação dos tributos municipais.

1.1 OBJETIVO

Analisar os principais efeitos da crise financeira na saúde pública dos municípios fluminenses, visando propor medidas para mitigar os impactos na política de saúde.

A pesquisa teve como objetivos específicos: identificar as principais mudanças ocorridas na oferta e na demanda de ações e serviços de saúde no período da crise, mapear os efeitos da crise financeira sobre o financiamento da saúde, conhecer as principais alterações nas condições de saúde da população em decorrência da crise financeira e identificar oportunidade de redirecionamento e melhorias no processo de planejamento e gestão das políticas públicas de saúde no estado em função dos efeitos da crise financeira.

1.2 METODOLOGIA

Consiste em um estudo exploratório e descritivo com base em dados secundários de domínio público e acesso aberto, orientado para a análise das possíveis mudanças ocorridas, diante da crise financeira vivenciada pelos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, de 2010 a 2019[1]. Foram selecionados 11 indicadores amplamente utilizados para analisar o impacto no financiamento da saúde, na oferta e demanda de ações e serviços de saúde e nas condições de saúde da população.

Esse período foi selecionado por permitir a análise de uma série histórica de 10 anos, contemplando o momento de início da crise financeira no estado do Rio de Janeiro em 2015.

Foram elaborados gráficos para demonstrar a evolução dos indicadores no estado do Rio de Janeiro como um todo, calculando-se a variação percentual dos indicadores nos períodos: anterior a 2015 e posterior a 2015. Para avaliar o padrão de tendência das séries, crescente ou decrescente, em cada um dos períodos, foi utilizada uma regressão linear simples em cada período, indicando uma tendência linear quando p<0,05. Também foram elaborados mapas para demonstrar a variação de cada um dos municípios do estado do Rio de Janeiro nos dois períodos já mencionados.

1 Para os indicadores Taxa de Mortalidade Infantil e Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida, o período da análise é de 2010 a 2018, tendo em vista ser 2018 o último ano com dados disponíveis

2. RESULTADOS

A análise dos dados financeiros aponta que ocorreram impactos da crise econômica vivenciada pelo país e pelo estado do Rio de Janeiro na redução dos recursos aplicados na política de saúde, conforme será demonstrado a seguir.

Figura A: Gráficos de Despesa total com saúde, sob a responsabilidade dos municípios por habitante (A.1); Percentual das transferências para a saúde em relação à despesa total com saúde dos municípios (A.2) e Percentual das receitas próprias aplicadas em saúde, conforme a LC nº 141/2012 (A.3); dos municípios do estado do Rio de Janeiro; de 2010 a 2019.



Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do SIOPS

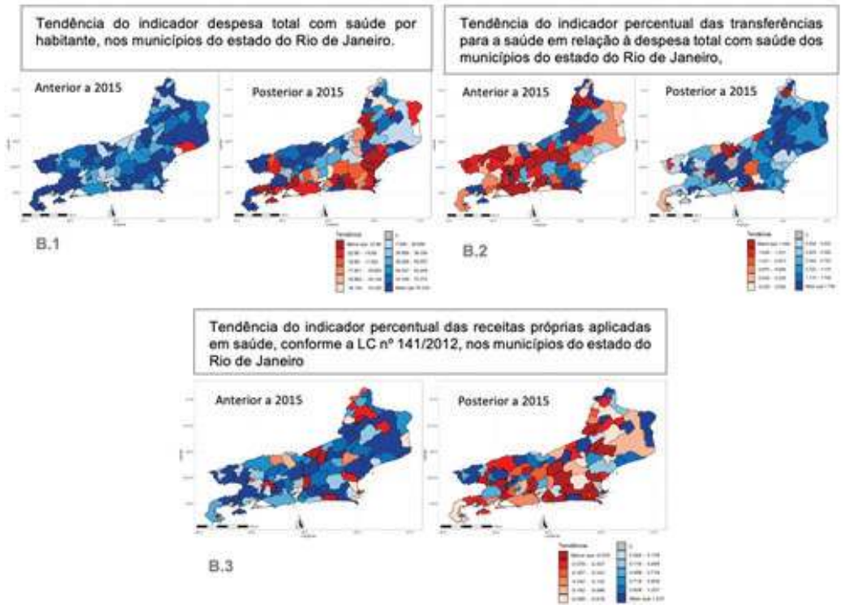
Tabela A: Tendência e variação percentual dos indicadores econômicos e de receita e despesa dos municípios do estado do Rio de Janeiro, período 2010-2015 e 2015-2019.

Indicador	Período 2010-2015					Período 2015-2019				
	valor inicial	valor final	tendência	p-valor tendência	variação %	valor inicial	valor final	tendência	p-valor tendência	variação %
Indicador 1	574,33	903,42	60,394	*0,0003	57,299	903,42	858,16	-10,046	0,3067	-5,009
Indicador 2	41,75	33,74	-1,483	*0,0044	-19,186	33,74	44,38	2,546	*0,0183	31,535
Indicador 3	19,77	24,68	0,964	*0,0079	24,836	24,68	23,16	-0,648	0,2689	-6,159

Legenda:
Indicador 1: Despesa total com saúde, sob a responsabilidade dos municípios, por habitante;
Indicador 2: Percentual das transferências para a saúde em relação à despesa total dos municípios com saúde;
Indicador 3: Percentual da receita própria aplicada pelos municípios em saúde conforme a LC nº 141 2012.
* p-valor significativo segundo critério adotado de 0,05.
Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do SIOPS e IBGE.

A figura A (A.1) demonstra que, no período anterior à crise no ERJ de 2008 a 2014, a despesa total com saúde aumentou, chegando a cerca de R$ 980,00 por habitante em 2014. A partir de 2015, observa-se queda no valor médio gasto pelos municípios por habitante, que chegou a cerca de R$ 830,00 em 2017 (redução de 15%), com pequena elevação para cerca de R$ 860,00 em 2019. A análise de tendência aponta uma interrupção (-10,04; p= 0,306) do crescimento dos gastos em saúde por habitante observada de 2010 a 2015 (60,394; p=0,0003). Os gastos cresceram 57,30% de 2010 para 2015 e tiveram uma discreta redução de 5% de 2015 a 2019 (tabela A). Além disso, mesmo que tenha voltado a crescer a partir de 2018, o crescimento foi menor do que no período anterior à crise, retomando em 2019 valor próximo à média de gastos observada em 2012, que representa 12% a menos do que em 2014, momento em que foi registrada a maior média do período (figura A).

Figura B: Mapas de tendência dos indicadores financeiros, nos municípios do estado do Rio de Janeiro, nos períodos 2010-2015 e 2015-2019.



Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do SIOPS e IBGE

O mapa (figura B_B.1) demonstra que, no período anterior a 2015, a despesa total com saúde tendia ao aumento em cerca de 98% dos municípios. Já no período posterior à crise, cerca de 36% dos municípios tenderam à redução da despesa total por habitante, localizados em quase todas as regiões (exceto Centro-Sul).

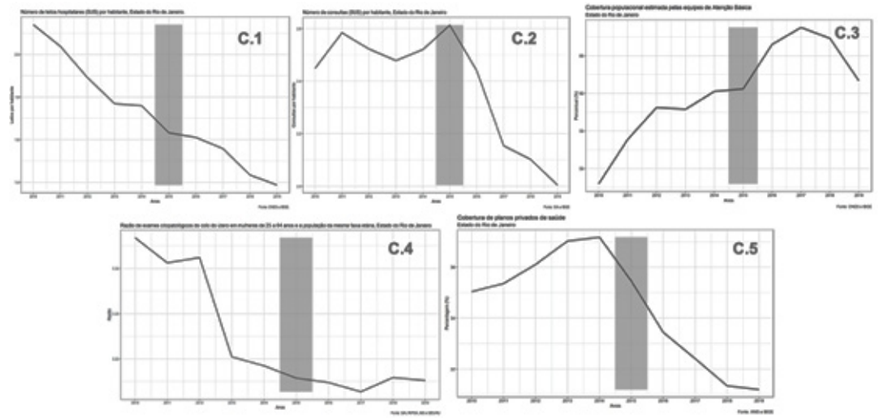
O indicador de percentual de transferências para a saúde em relação à despesa total com saúde esteve em declínio antes da crise (tendência=-1,48; p=0,0044), com redução de 19% do ano de 2010 para 2015, indicando que os municípios estavam numa tendência de aplicar mais recursos próprios em saúde. Após a crise, a dependência de recursos transferidos de outras esferas passou a aumentar nos anos seguintes (tendência= 2,54, p= 0,0183), com um incremento de 31,53% no percentual de transferências de 2015 para 2019, chegando a cerca de 40% em 2018 e 44% em 2019 (figura A_A.2 e tabela A). O mapa (figura B_B.2) mostra que cerca de 50% dos municípios estavam numa tendência decrescente do percentual das transferências de outros entes, ou seja, reduzindo sua dependência de recursos das esferas estadual e federal. Depois de 2015, mais de 80% dos municípios tiveram aumento do percentual de transferências para a saúde em relação à despesa total. Isso evidencia que a maior parte passou a ficar mais dependente de transferências de outras esferas de governo depois da crise econômica.

A média percentual das receitas próprias aplicadas em saúde pelos municípios do estado do Rio de Janeiro permite visualizar que a crise econômica influenciou também em termos percentuais o recurso aplicado na política de saúde. O período anterior à crise vinha mantendo uma tendência de crescimento no percentual médio aplicado em saúde pelos municípios até 2015 (0,96; p=0,0079), exceto uma pequena queda observada em 2013, com um aumento de 24% no período (tabela A e figura A_A.3). Após a crise, essa tendência de crescimento foi interrompida (-0,648; p=0,2689). (tabela A). A partir de 2017, observa-se uma queda do percentual, chegando a uma redução de cerca de 15% de 2017 a 2019 (figura A_A.3). A queda tardia pode estar relacionada com medidas de austeridade fiscal adotadas depois da crise para ajustar as contas públicas, com novas priorizações orçamentárias e cortes de recursos vinculados para custeio de políticas públicas de saúde.

A figura B_B.3 demonstra que cerca de 80% dos municípios estavam em uma tendência de aumento do percentual de aplicação de recursos próprios em saúde no período anterior à crise. Depois de 2015, esse valor caiu para cerca de 45% dos municípios. Essa interrupção no crescimento do percentual de receita própria aplicada em saúde tem relação com o aumento da dependência municipal de transferências de outras esferas de governo depois da crise econômica.

Os indicadores sobre oferta e demanda de ações e serviços de saúde também apresentaram resultados importantes no período analisado.

Figura C: Gráfico dos indicadores Número de leitos hospitalares (SUS) por 1.000 habitantes (C.1); Número de consultas (SUS) por habitante (C.2); Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica (C.3); Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária (C.4); Cobertura de planos privados de saúde (C.5); no estado do Rio de Janeiro; de 2010 a 2019.



Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do CNES, SIA, RIPSA, IBGE, ANS, MS e SES-RJ.

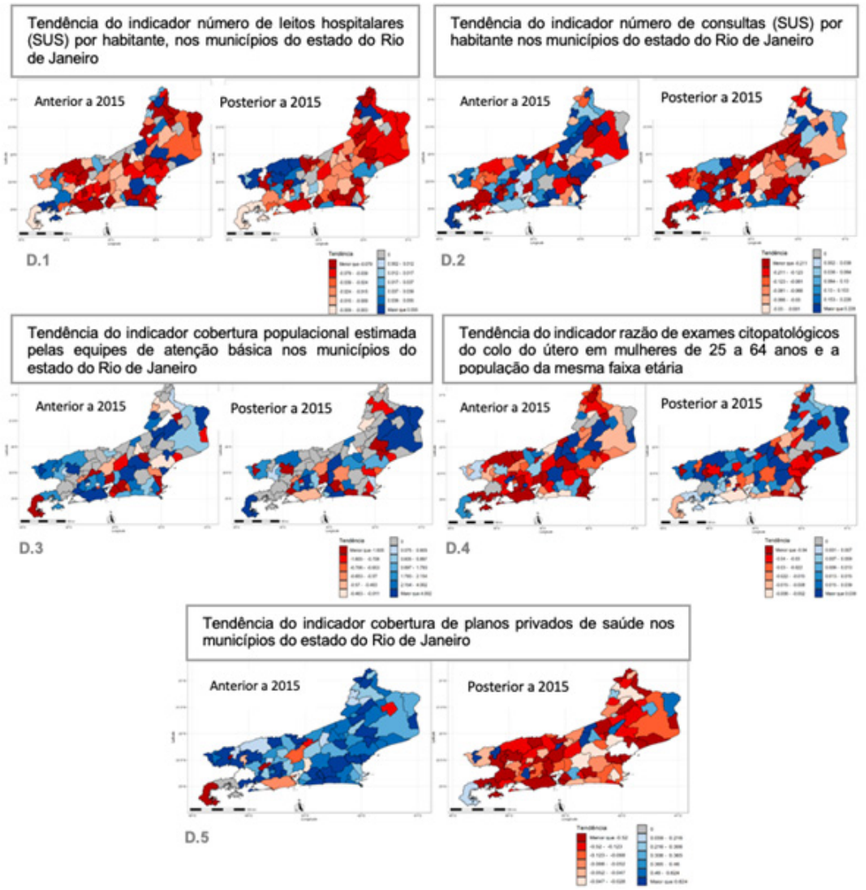
Tabela B: Tendência e variação percentual dos indicadores de oferta e demanda por ações e serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro, períodos 2010-2015 e 2015-2019.

Indicador	Período 2010-2015					Período 2015-2019				
	valor inicial	valor final	tendência	p-valor tendência	variação %	valor inicial	valor final	tendência	p-valor tendência	variação %
Indicador 4	2,14	1,63	-0,1	*0,0004	-23,692	1,63	1,39	-0,067	*0,0058	-15,064
Indicador 5	2,45	2,61	0,017	0,3058	6,74	2,61	2	-0,156	*0,007	-23,307
Indicador 6	47,98	60,59	2,343	*0,0106	26,282	60,59	61,68	0,299	0,8337	1,799
Indicador 7	0,33	0,18	-0,035	*0,0063	-46,407	0,18	0,18	0	1	-1,676
Indicador 8	35,04	35,46	0,242	*0,3119	1,187	35,46	31,2	-1,062	*0,0107	-12,012

Legenda:
Indicador 4: Número de leitos hospitalares (SUS) por 1.000 habitantes;
Indicador 5: Número de consultas (SUS) por habitante;
Indicador 6: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica;
Indicador 7: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária;
Indicador 8: Cobertura de planos privados de saúde.
* p-valor significativo segundo critério adotado de 0,05.
Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do CNES, SIA, RIPSA, MS, SES-MG, IBGE, ANS.

Os dados mostram que a oferta de leitos hospitalares do SUS nos municípios do estado do Rio de Janeiro vem reduzindo ano a ano em todo o período analisado (figura C_C.1). Conforme tabela B, tendências decrescentes foram observadas tanto no período de 2010 a 2015 (-0,1; p=0,0004), quanto no período de 2015 a 2019 (-0,067, p= 0,0058), sendo que de 2010 a 2015 houve uma redução de 23,69% dos leitos/1.000 habitantes, e de 2015 para 2019 essa redução foi de 15,64%. Assim, a crise financeira, a partir de 2015, não alterou o comportamento do indicador, que já se encontrava em declínio. O mapa (figura D_D.1) também demonstra uma predominância de tendências decrescentes em ambos os períodos analisados. Observa-se, porém, que a maioria dos municípios da região do Médio Paraíba apresentou oferta crescente de leitos no período posterior a 2015.

Figura D: Mapas de tendência dos indicadores de Oferta e Demanda de Ações e Serviços de Saúde, municípios do estado do Rio de Janeiro, nos períodos 2010-2015 e 2015-2019.



Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do CNES, SIA, RIPSA, MS, SES-MG, IBGE e ANS.

A oferta de consultas médicas pelos municípios fluminenses decresceu a partir da crise financeira. Uma tendência constante (0,017; p=0,30) é observada no período anterior a 2015. Já no período posterior, observa-se uma tendência decrescente (-0,156; p=0,007) no número de consultas médicas por habitante, com uma queda de 23,31% das consultas. (tabela B e figura C_C.2). O mapa (figura D_D.2) revela uma predominância de tendências decrescentes no período posterior a 2015 nos municípios. Assim, a crise financeira influenciou negativamente na oferta no estado e na maioria de seus municípios. A baixa oferta pode desencadear dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

A cobertura da atenção básica mostrou-se crescente no estado até o ano de 2017, com platôs estáveis entre os anos de 2012 a 2013 e 2014 a 2015. No período de 2017 a 2019, observa-se uma redução da cobertura, que pode indicar um efeito mais tardio da crise financeira (figura C_C.3). Verifica-se uma tendência crescente (2,343; p=0,01) na cobertura de atenção básica no estado no período anterior a 2015, com aumento de 26,28% na cobertura entre 2010 e 2015, e, no período posterior, tende a uma estabilidade (0,229; p=0,83) (tabela B). O mapa (figura D_D.3) revela que a maioria dos municípios apresenta uma tendência crescente ou estável da cobertura no período anterior a 2015. Registra-se que a maioria dos municípios com tendências com valor igual a 0, tanto no período anterior quanto posterior, apresentam 100% de cobertura da atenção básica. No período posterior não é possível observar predominância de comportamento da tendência entre os municípios. Dessa forma, a crise financeira parece ter interrompido, ainda que tardiamente, a ampliação da cobertura da atenção básica que vinha sendo observada no estado e na maioria dos municípios do estado ao longo dos anos.

A situação da atenção básica pode ter sido influenciada também pelas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ocorridas em 2017, pelos projetos e correlações de forças locais e subfinanciamento (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Gomes et al. (2020) também sugerem influência do cenário econômico de austeridade e da falta de prioridade nos investimentos na saúde e na atenção básica.

A Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária vem decrescendo desde 2010, sendo que, de 2012 para 2013, o indicador apresentou uma queda abrupta, para valor bem abaixo do parâmetro assistencial mínimo preconizado pelo SUS (BRASIL, 2016b). Observa-se uma tendência decrescente (-0,035; p=0,006) e uma redução de 46% no valor do indicador (tabela B). A partir de 2015 é possível observar uma estabilização do indicador, o que pode indicar que ele não foi influenciado negativamente pela crise financeira (tabela B). Entretanto, constata-se que a estabilização se deu em patamares muito abaixo do preconizado, o que indica uma baixa oferta de exames preventivos para câncer do colo do útero na população feminina do estado (figura C_C.4).

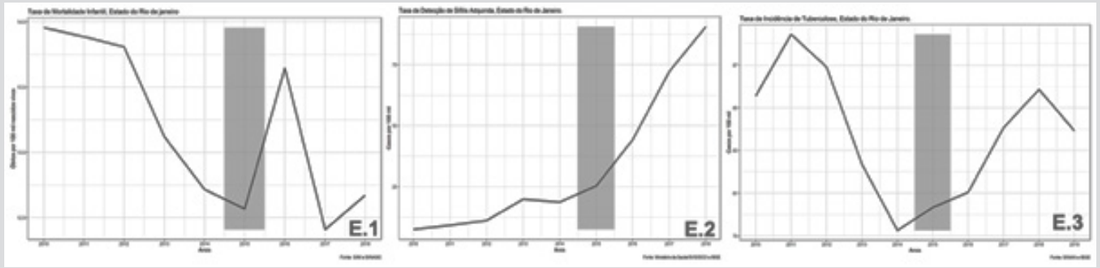
O mapa (figura D_D.4) revela que a maioria dos municípios apresenta uma tendência decrescente no período anterior a 2015. No período posterior não é possível observar predominância de comportamento da tendência entre os municípios, porém o número de municípios com tendência crescente é maior que o do período anterior. Tal fato sugere que a oferta de exames citopatológicos nos municípios fluminenses não foi influenciada negativamente pela crise financeira.

Por meio da análise da parcela da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde (privados e de servidores públicos), é possível avaliar indiretamente a demanda por serviços públicos de saúde. No período anterior a 2015, observa-se uma tendência estável na cobertura de planos privados de saúde no Estado (0,242; p= 0,311). No período posterior, todavia, constata-se uma tendência decrescente (-1,062; p= 0,011), com redução de 12% na cobertura entre 2015 e 2019 (tabela B e figura C_C.5).

Os dados do mapa (figura D_D.5) revelam que a maioria dos municípios apresenta uma tendência crescente da cobertura populacional por planos privados de saúde no período anterior a 2015 e uma alteração no comportamento da tendência no período posterior a 2015, quando se observa a predominância de tendências decrescentes. Assim, os dados indicam que houve uma influência da crise financeira no percentual da cobertura de planos privados de saúde no estado e na maioria dos seus municípios e, consequentemente, um contingente importante de pessoas passou a demandar os serviços do SUS.

Indicadores de condições de saúde da população analisados também apresentaram importantes resultados.

Figura E: Gráficos dos indicadores Taxa de mortalidade infantil dos municípios do estado do Rio de Janeiro (E.1), Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida nos municípios do estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2018 (E.2) e Taxa de Incidência de Tuberculose nos municípios do estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2019 (E.3).



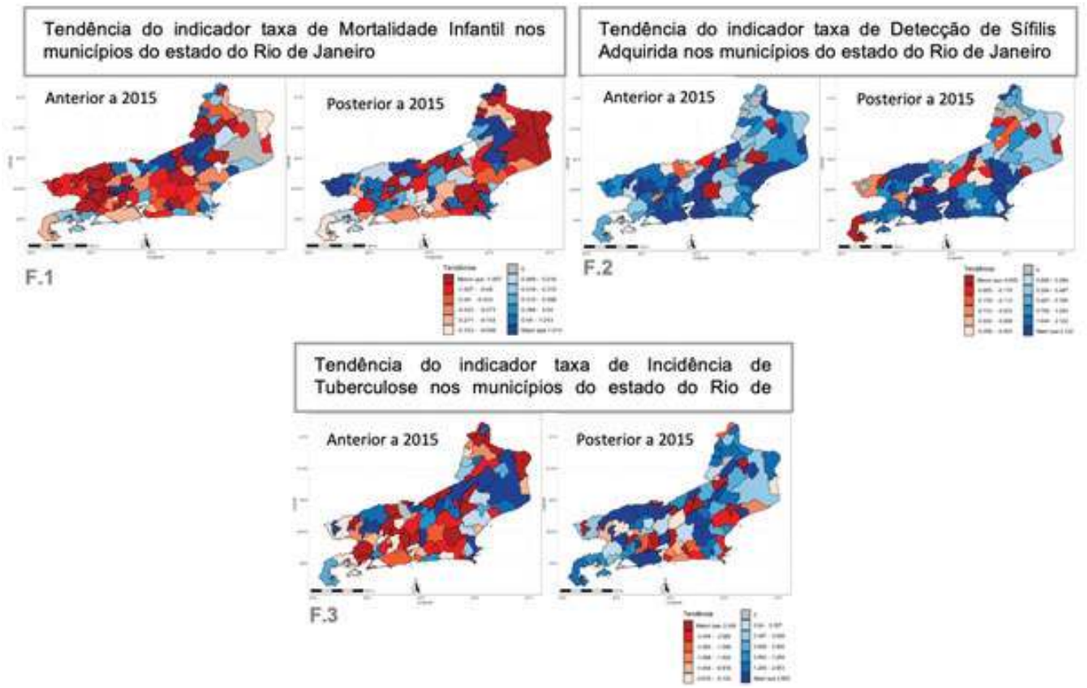
Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do SIM, SINASC, SINAN, IBGE

Tabela C: Tendência e variação percentual dos indicadores de condições de saúde no estado do Rio de Janeiro, períodos 2010-2015 e 2015-2019.

Indicador	Período 2010-2015					Período 2015-2019**				
	valor inicial	valor final	tendência	p-valor tendência	variação %	valor inicial	valor final	tendência	p-valor tendência	variação %
Indicador 9	13,96	12,57	-0,318	*0,0026	-9,939	12,57	12,67	-0,093	0,7857	0,82
Indicador 10	7,57	25,33	3,601	*0,0026	234,774	25,33	90,53	22,359	*0,0035	257,397
Indicador 11	85,56	80,34	-1,662	*0,0374	-6,102	80,34	83,92	1,199	0,0851	4,462

Legenda:
Indicador 9: Taxa de Mortalidade Infantil;
Indicador 10: Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida;
Indicador 11: Incidência de Tuberculose.
* p-valor significativo segundo critério adotado de 0,05.
** Para a Taxa de Mortalidade Infantil e para a Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida, o período foi de 2015-2018.
Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do SIM, SINASC, IBGE, SINAN

Figura F: Mapas de tendência dos indicadores de Oferta e Demanda de Ações e Serviços de Saúde, municípios do estado do Rio de Janeiro, nos períodos 2010-2015 e 2015-2019.



Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do SIM, SINASC, SINAN, IBGE e MS/SVS/DCCI.



Os dados mostram que a Taxa de Mortalidade Infantil apresentou declínio significativo apenas até 2015 (tendência=-0,3; p=0,0026), com redução de 9,94% de 2010 para 2015. Após 2015, o comportamento do indicador apresenta tendência à estabilidade (-0,093; p=0,7857) (tabela C e figura E_E.1). Pelo mapa (figura F_F.1), verificou-se que a maioria dos municípios apresentava tendência decrescente no período anterior a 2015. No período posterior não é possível observar predominância de comportamento da tendência entre os municípios, porém o número de municípios com tendência crescente é maior que o do período anterior. O aumento de um indicador que historicamente esteve em declínio sinaliza o quanto a população mais vulnerável foi afetada pela crise econômica e o subjacente corte em gastos sociais.

Em relação à Taxa de Detecção da Sífilis Adquirida observa-se aumento nos dois períodos analisados (figura E_E.2). Até 2015 observou-se uma tendência crescente (3,6; p=0,0026) da taxa, com um aumento de 234,77% de 2010 para 2015, o que inicialmente remete ao registro de casos que até então não eram de notificação compulsória[2]. Entretanto, a partir de 2015, o aumento do número de casos se acentuou ainda mais (tendência= 22,36; p=0,0035), com incremento de 257,40% de 2015 para 2018. O mapa de Sífilis Adquirida (figura F_F.2) revela que a tendência esteve crescente tanto no período anterior a 2015 como no posterior na maioria dos municípios. A Sífilis Adquirida passou a ser uma doença de notificação compulsória em 2010. O número de casos de Sífilis Adquirida vem aumentando e indica que não se tem adotado medidas de prevenção, como o uso de preservativos e diagnóstico precoce.

A Incidência de Tuberculose, que apresenta o número de casos novos da doença, esteve em declínio antes de 2015 (tendência=-1,66; p=0,0374), com redução de 6,10% do ano de 2010 para 2015. Nos anos seguintes essa queda foi interrompida (tendência= 1,199; p=0,0851), (figura E_E.3 e tabela C). O mapa de Tuberculose (figura F_F.3) revela que a maioria dos municípios apresenta uma tendência decrescente no período anterior a 2015 e uma alteração de comportamento da tendência no período posterior a 2015, com a maioria apresentando tendência crescente, indicando uma influência negativa da crise financeira.

2 A Sífilis Adquirida só passou a compor o rol de doenças passíveis de notificação compulsória em 31 de agosto de 2010 através da publicação da Portaria nº 2.472.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Efeitos negativos da crise financeira na saúde pública dos municípios fluminenses foram observados no financiamento da saúde, na oferta e demanda de serviços de saúde, bem como nas condições de saúde da população.

A tendência de crescimento da despesa municipal com saúde por habitante e do percentual aplicado pelos municípios fluminenses em saúde foi interrompida com a crise econômica vivenciada pelo país e pelo estado do Rio de Janeiro. Consequentemente, observou-se, depois da crise, um aumento na dependência dos municípios de transferências de outras esferas de governo. Isso evidencia não apenas o impacto da crise na redução do montante de recurso aplicado em saúde, mas também que políticas de austeridade reduziram o percentual de recursos vinculados ao setor, reflexo de medidas para conter o gasto público, que levam à piora das ações e serviços públicos ofertados para a população.

Evidência dessa piora foi que a crise financeira reduziu a oferta de consultas médicas e, ainda que tardiamente, parece ter interrompido a ampliação da cobertura da atenção básica que vinha sendo observada ao longo dos anos nos municípios fluminenses. Embora o número de leitos e a oferta de exames citopatológicos não tenham sofrido modificação em função da crise financeira, a redução dos leitos observada ao longo dos anos e a baixa oferta de exames preventivos no estado são preocupantes.

Outra consequência observada foi que a população coberta por planos privados de saúde reduziu-se com a crise, o que levou a um aumento da demanda por serviços públicos de saúde. A redução e a baixa oferta de consultas, exames e leitos, associadas ao aumento da população SUS dependente, podem contribuir para dificuldade no acesso, superlotação de hospitais e longas filas de espera por procedimentos.

A demanda pode ainda aumentar ou se modificar em função de alterações nas condições de saúde da população. A crise financeira interrompeu a redução da mortalidade infantil e da incidência da tuberculose que vinha sendo observada no estado até 2015. O aumento na incidência de sífilis adquirida foi intensificado após a crise.

O aumento da mortalidade infantil aponta para a vulnerabilidade da atenção materno-infantil em todo o seu ciclo, do planejamento à concepção, ao parto e à assistência à criança e à sua família. Da mesma forma, o aumento da incidência de Sífilis e Tuberculose reflete os impactos sofridos pela população mais vulnerável à redução dos gastos sociais e, notadamente, à diminuição dos recursos direcionados à Saúde Pública.

Este estudo permitiu identificar consequências da crise financeira na política de saúde do estado e indica a necessidade de aprofundamento posterior sobre os possíveis impactos que podem ser observados a partir das alterações mapeadas e que busquem análises individualizadas por municípios e regiões de saúde.

Os resultados podem fomentar a atuação articulada e cooperativa entre os entes do estado, visando otimizar recursos para a oferta adequada de leitos, exames e consultas com base em estudos sobre os diagnósticos de oferta e demanda, garantir o acesso adequado e oportuno a esses instrumentos, além de implementar medidas que contenham o avanço de doenças infectocontagiosas, sensíveis à questão social impactada pela crise.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, Portal da Legislação, [2000]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acesso em: 3 jan. 2020.

_____. **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: Presidência da República, Portal da Legislação, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. **Lei n° 8.080, de 19 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Portal da Legislação, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Portal da Legislação, [2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 3 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Parâmetro para programação das ações básicas de saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, fev. 2001. 37 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Sala5406.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

BRETAS, A. M.; LAUREANO, F. G.; QUINTANILHA, N.; NAZARETH, P. Dependência das rendas petrolíferas nos municípios do RJ. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, n. 35, 2019. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/48410/32342. Acesso em: 3 mar. 2020.

COLOMBO, J. A.; LAZZARI, M. R. Timing, duração e magnitude da recessão econômica de 2014–2016 nos estados brasileiros. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 46., Rio de Janeiro, 2018. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ANPEC, 2018. 19 p. Área 4: Macroeconomia, Economia Monetária e Finanças. Disponível em: https://en.anpec.org.br/previous-editions.php?r=encontro-2018. Acesso em: 4 mar. 2020.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, mai./jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf. Acesso em: 2 jan. 2020.

FUNDAÇÃO CEPERJ. **Produto Interno Bruto do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: https://www.ceperj.rj.gov.br/?page_id=210. Acesso em: 4 mar. 2020.

GOMES, C. B. S.; GUTIERREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 nov. 2020.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health**: jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035510/> Acesso em: 12 fev. 2020.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. de; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204593&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 nov. 2020.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf. Acesso em: 9 jan. 2020.

SUBMISSÃO DE ARTIGOS PARA A REVISTA DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Conselho Editorial da Revista do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições, convoca, semestralmente, membros da comunidade acadêmica e pesquisadores para participação da seleção e publicação de artigos.

Os artigos deverão ser inéditos e devem ser enviados para pesquisas_ecg@tcerj.tc.br.

Para tanto, os autores devem verificar a conformidade da submissão em relação a todas as normas de publicação divulgadas no portal da Escola de Contas e Gestão do TCE-RJ, em https://www.tcerj.tc.br/web/ecg/revista-do-tce-rj/normas-para-publicacao.


ecg
ESCOLA DE CONTAS
E GESTÃO DO TCE-RJ


Tribunal
de Contas
Estado do Rio de Janeiro