

Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020

Total expenditure of the municipalities on primary healthcare in Brazil: a method to adjust the declared expenditure from 2015 to 2020

Gasto total de los municipios en atención primaria de salud en Brasil: un método para ajustar el gasto declarado de 2015 a 2020

Fabiola Sulpino Vieira ¹
Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida ²
Luciana Mendes Santos Servo ¹
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT280221

Resumo

Nos últimos anos, o interesse no gasto em atenção primária à saúde (APS) cresceu em virtude de uma série de reformas realizadas na sua organização e financiamento. Dados sobre esses e outros gastos são declarados por subfunções pelos gestores da saúde por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). No orçamento público, as subfunções detalham em que área de despesa a ação governamental foi realizada. Contudo há problemas na informação por subfunções, sendo comum que os gastos em áreas finalísticas, como a APS, sejam subestimados, se considerados apenas os registros da subfunção específica. Assim, o objetivo deste artigo é propor um método para ajuste do gasto total de 2015 a 2020 de cada município, em atenção primária, que permita a produção de bases de dados ajustadas a serem utilizadas em estudos sobre o financiamento da APS no Brasil. Para tanto, uma investigação baseada em dados de execução orçamentário-financeira em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) foi realizada para a produção de um quadro metodológico, sendo observadas as seguintes etapas: (i) identificação dos dados; (ii) desenvolvimento; e (iii) validação do quadro metodológico. O quadro metodológico foi produzido e testado, confirmando-se a validade do método proposto para ajuste da despesa declarada em APS no período de 2015 a 2020. Caso o ajuste não tivesse sido realizado, a despesa em APS teria sido subestimada em R\$ 11,4 bilhões em 2015 e R\$ 9,6 bilhões em 2020 (a preços correntes), o que corresponde a um percentual de subestimação de 19,8% e 12,6%, respectivamente.

Alocação de Recursos para a Atenção Primária; Gastos em Saúde; Orçamentos; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde

Correspondência

F. S. Vieira
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
EPS 702/902, Edifício Brasília 50, Torre B, 5º andar, Pétala C,
Brasília, DF, 70.390-025, Brasil.
fabiola.vieira@ipea.gov.br

¹ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, Brasil.
² Departamento de Economia, Universidade Federal da Paraíba,
João Pessoa, Brasil.



Introdução

No Brasil, assim como em muitos países, a atenção primária à saúde (APS) é considerada fundamental para o ordenamento efetivo das ações e serviços no sistema de saúde e para a garantia de acesso universal a cuidados de saúde à população ¹. O êxito quanto a esses objetivos depende, além de uma gestão efetiva e eficiente desse sistema, da alocação pelos governos dos recursos necessários, físicos, humanos e financeiros, considerando-se, antes de tudo, os princípios que embasam o direito à saúde em cada contexto. Em nosso país, isso implica assegurar acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços públicos de saúde (ASPS) por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ².

Como o volume e a alocação de recursos financeiros é determinante para a destinação dos demais recursos ao sistema de saúde, conhecê-la é atividade essencial para a compreensão da prioridade dada pelos governantes para a saúde. Para isso, são bastante úteis as análises sobre a execução orçamentário-financeira da administração pública, porque elas possibilitam uma visão ampla sobre as prioridades da ação governamental. O orçamento público explicita a alocação de recursos financeiros para o financiamento de políticas, programas, bens e serviços e, por isso, é um instrumento que revela as escolhas políticas dos governos ^{3,4}.

Ademais, para além dos estudos de alocação de recursos sob uma perspectiva política, conhecer os gastos públicos, seja de determinada esfera de governo ou da Federação inteira, em uma área específica, como a APS, ou do sistema de saúde como um todo, é condição necessária para a realização de outros estudos como, por exemplo, sobre a efetividade e a eficiência de políticas e programas implementados.

No Brasil, até poucos anos atrás, era mais comum se referir à APS como atenção básica em saúde. Uma distinção era feita entre os dois termos, porque o conceito de APS, utilizado internacionalmente até meados dos anos 2000, designava uma oferta de cuidados de saúde menos abrangente no primeiro nível de complexidade da atenção à saúde do que a almejada nas políticas nacionais e realizada no SUS. Com a aproximação do conceito de APS, no âmbito internacional, ainda que com algumas dubiedades, ao de atenção básica no Brasil, ambos os termos passaram a ser utilizados, nacionalmente, de forma intercambiável ^{5,6}.

Nos últimos anos, o interesse no gasto em APS cresceu em virtude de uma série de reformas realizadas na sua organização e financiamento ⁷, assim como em razão de alterações promovidas no financiamento federal do SUS com a aprovação da *Emenda Constitucional (EC) nº 86*, em 2015, que estabeleceu a execução obrigatória de emendas parlamentares individuais, sendo metade delas para financiamento das ASPS, e da *EC nº 95*, em 2016, que instituiu o Teto de Gastos para as despesas primárias da União e o congelamento, em termos reais, da aplicação mínima do Ministério da Saúde em ASPS ⁸.

Nos anos iniciais do SUS, a diretriz constitucional de descentralização das ASPS esteve mais relacionada ao processo de municipalização, particularmente no que se refere ao seu financiamento. Ampliou-se a descentralização dos recursos federais na modalidade de transferências fundo a fundo para municípios, em maior proporção, e para os estados ⁹. Ao mesmo tempo, na busca da garantia da universalidade do acesso, uma das áreas centrais foi a atenção básica, particularmente com a criação e priorização do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, cuja implementação começou efetivamente em 1996. Posteriormente, o programa foi convertido em Estratégia Saúde da Família (ESF), alcançando, em dezembro de 2020, uma cobertura de 63,6% da população brasileira ¹⁰.

No SUS, os municípios são os principais responsáveis pela APS e, por isso, é fundamental que se conheçam as despesas executadas por esses entes nessa área. Para as análises sobre o gasto municipal em saúde, a fonte de informação mais importante é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Ele foi criado com o objetivo de possibilitar a verificação do cumprimento das aplicações mínimas em saúde pelos estados, o Distrito Federal e os municípios, as quais se tornaram mandatórias por força da *EC nº 29*, de 2000. Posteriormente, seu preenchimento se tornou obrigatório com a aprovação da *Lei Complementar nº 141*, de 2012, inclusive pela União, e as declarações da despesa feitas pelos gestores da saúde por meio do sistema passaram a ter fé pública para todos os fins legais ^{11,12}.

Por se constituir em um sistema de informações orçamentárias, o SIOPS deve observar as normas nacionais legais e técnicas das áreas de planejamento, orçamento, contabilidade e finanças públicas. No país, o Ministério da Economia atua na consolidação dessas normas e na elaboração de diretrizes para a administração pública nas três esferas de governo. Os dois documentos mais importantes,

editados por esse órgão nessa temática, são o Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP)¹³, que orienta os agentes públicos de todos os entes da Federação sobre o processo de elaboração e execução do orçamento, e o Manual Técnico do Orçamento (MTO)¹⁴, que contém instruções técnicas e orçamentárias, especialmente para a União, mas também procedimentos que devem ser observados pelos demais entes da Federação.

Dois relatórios do SIOPS são muito utilizados nas análises de execução orçamentário-financeira em saúde por apresentarem o gasto de forma desagregada. Um deles utiliza a classificação por natureza da despesa, que informa a categoria econômica, o grupo de natureza da despesa, a modalidade de aplicação, e o elemento de despesa; e o outro demonstra a despesa por subfunção¹⁴. A partir de 2018, o SIOPS passou a coletar as informações integrando essas duas óticas, ou seja, por subfunções, segundo categorias econômicas. O relatório por subfunções é relevante para os estudos sobre o gasto em áreas específicas, porque elas informam a finalidade da despesa da ação governamental.

Na função saúde, as subáreas específicas de gasto, ou seja, subfunções vinculadas são: 301 – atenção básica, 302 – atenção hospitalar e ambulatorial, 303 – suporte profilático e terapêutico, 304 – vigilância sanitária; 305 – vigilância epidemiológica e 306 – alimentação e nutrição¹⁵. Ações de alimentação e nutrição são desenvolvidas no SUS na atenção básica¹⁶, por isso, os gastos registrados nas subfunções 301 e 306 totalizam a despesa realizada nessa área.

Contudo há problemas de desagregação do gasto funcional¹⁷, sendo comum a declaração pelos municípios de despesas em atenção básica em outras subfunções, o que faz com que o gasto mensurado considerando apenas os valores da subfunção 301 seja subestimado^{18,19}. Assim, utilizar a despesa desagregada, declarada pelos gestores por meio do SIOPS, exige cautela e, eventualmente, a realização de ajustes para estimar o gasto em áreas específicas.

Nesse contexto, insere-se este artigo. A necessidade de análise dos registros de despesa dos municípios no SIOPS decorre da necessidade de estudos que tenham como propósito investigar o financiamento da APS no Brasil. Para tanto, é preciso obter dados, os mais fidedignos possível, de gasto em atenção básica de cada município.

Em uma análise preliminar de relatórios do SIOPS de despesa por subfunção e por natureza da despesa de alguns municípios, verificaram-se valores muito altos de despesa com pessoal na subfunção 122 – administração geral, uma subfunção administrativa, destinada ao registro de despesas gerais da secretaria municipal de saúde. Isso indica que despesas com pessoal das áreas finalísticas estão sendo alocadas nessa subfunção e que precisam ser devidamente apropriadas para que se obtenha um dado mais preciso sobre o gasto em atenção básica do município. Esse tipo de problema já tinha sido identificado para anos anteriores aos da série ora analisada^{19,20}, indicando que se trata de uma questão de fundo, ainda não equacionada na declaração das despesas em saúde pelos gestores no SIOPS.

Assim, o objetivo deste artigo é propor um método para ajuste do gasto total de 2015 a 2020 de cada município em atenção primária, que possibilite a produção de bases de dados de despesa ajustada a serem utilizadas em estudos sobre o financiamento da APS no Brasil.

Métodos

Realizou-se uma investigação visando ao desenvolvimento de proposta metodológica para estimação da despesa total de cada município em APS. Essa metodologia parte de trabalhos anteriores que buscaram corrigir e estimar o gasto por subfunções usando dados do SIOPS^{17,18}.

Na literatura científica, há pouca informação sobre como se devem elaborar quadros metodológicos, os quais foram definidos por McMeekin et al.²¹ como guias estruturados para realizar um processo ou procedimento. Como não havia, até então, um manual a respeito, esses autores realizaram uma revisão de escopo para identificar abordagens usadas no desenvolvimento desses quadros, e observaram consenso quanto às etapas a serem realizadas, as quais foram seguidas neste artigo: (i) identificação dos dados que serão empregados; (ii) desenvolvimento do quadro metodológico; e (iii) validação, teste e refinamento do quadro metodológico.

Na primeira etapa, de identificação dos dados, foram analisados os relatórios de despesa dos municípios, por subfunção e natureza de despesa, obtidos em 21 de junho de 2021 com a equipe gestora do SIOPS no Ministério da Saúde. Os relatórios foram disponibilizados no formato de planilhas

eletrônicas do software Excel (<https://products.office.com/>). Buscou-se compreender a estrutura desses relatórios, tendo por referência o plano de contas do SIOPS, e identificar variáveis de interesse, tais como a despesa total em ASPS, a despesa em ASPS em cada subfunção e as contas contábeis relativas à despesa com pessoal.

Na segunda etapa, de desenvolvimento do quadro metodológico, os dados contidos nos relatórios foram explorados e analisados. Calculou-se a despesa com pessoal registrada em cada subfunção para avaliar a consistência da informação. Na atenção básica, os custos com recursos humanos são elevados e podem variar de 60% a mais de 80% dos custos totais das unidades de APS, a depender do modelo utilizado (tradicional ou da ESF) e da sua localização, se urbana ou rural ²². Valores baixos de despesa com pessoal na subfunção 301, associados a valores elevados de despesa na subfunção 122, indicam que a despesa com pessoal na atenção básica não está sendo adequadamente apropriada pelo município à APS e que pode estar sendo registrada na íntegra ou em parte na subfunção administrativa referida. Nessa etapa, é necessário conhecimento sobre orçamento público, gasto em saúde e bases de dados diversas de registros administrativos públicos, além de experiência prévia no tratamento das informações que foram utilizadas em todas as etapas de desenvolvimento do quadro metodológico.

Na terceira etapa, a de testagem e validação do quadro metodológico, dois indicadores foram calculados para validar o método proposto: (i) participação da despesa com pessoal na despesa total ajustada com atenção básica; e (ii) participação da despesa com atenção básica na despesa total em ASPS, considerando o porte populacional do município. O pressuposto é que os gastos com pessoal são elevados e podem girar em torno de 60% a mais de 80% na atenção básica, e que a participação da despesa em atenção básica em relação à despesa total em ASPS aumenta quanto menor o porte populacional do município ²². Resultados que se enquadrem dentro desses parâmetros foram considerados como evidências da validade do método proposto para estimação da despesa total em atenção básica de cada município.

Dados sobre o número de médicos por município, vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM), foram obtidos de uma base de registros administrativos desse programa. Esses dados foram extraídos de forma anonimizada e utilizados na etapa de desenvolvimento do quadro metodológico. A autorização para uso da base foi concedida em 8 de outubro de 2021 por meio de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 30675420.6.1001.5240. Os demais dados utilizados são oriundos de bases de dados secundários, de acesso público, a saber: Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Resultados

Identificação dos dados

Os relatórios do SIOPS para o período investigado podem ser classificados em dois grupos, de acordo com seu grau de detalhamento. Os mais detalhados, referentes aos exercícios de 2018 a 2020, apresentam as despesas em ASPS por subfunções e por natureza da despesa para cada subfunção em uma planilha separada. Os menos detalhados apresentam apenas as despesas totais por subfunções e se referem aos exercícios de 2015 a 2017.

Os relatórios, com maiores ou menores detalhes, compartilham entre si, em cada grupo, a mesma estrutura de dados. No Quadro 1, apresenta-se a estrutura das planilhas eletrônicas, as quais constituem a base para o desenvolvimento do quadro metodológico.

Desenvolvimento do quadro metodológico

• **Cálculo da despesa com pessoal por subfunção (2018-2020)**

O cálculo da despesa com pessoal foi feito considerando o método utilizado no SIOPS para obtenção do numerador do indicador de despesa com pessoal na despesa total em saúde, que é calculado automaticamente pelo sistema ²³. As contas contábeis que devem ser utilizadas e a operação realizada constam no Quadro 2.

Quadro 1

Estrutura das planilhas eletrônicas contendo os relatórios de despesa total em saúde de cada município por subfunções, segundo o estágio da despesa. Brasil, 2015-2020.

ESTÁGIO DA DESPESA/SUBFUNÇÕES	2015-2017 (TODAS AS SUBFUNÇÕES NA MESMA PLANILHA)			2018-2020 (CADA SUBFUNÇÃO EM UMA PLANILHA SEPARADA)		
	CONTA	COLUNA	NÚMERO DA COLUNA	CONTA	COLUNA	NÚMERO DA COLUNA
Despesa empenhada						
Administrativas	1_1	AE	31	ACDO000007 – Total das despesas com saúde consideradas em ASPS	AND	1044
301 – Atenção básica	301_1	NA	40			
302 – Assistência hospitalar e ambulatorial	302_1	AO	41			
303 – Suporte profilático e terapêutico	303_1	AP	42			
304 – Vigilância sanitária	304_1	AQ	43			
305 – Vigilância epidemiológica	305_1	AR	44			
306 – Alimentação e nutrição	306_1	AS	45			
Informações complementares	3_1	AT	46			
Despesa liquidada						
Administrativas	1_2	BF	58	ACDO000007 – Total das despesas com saúde consideradas em ASPS	BAM	1391
301 – Atenção básica	301_2	BO	67			
302 – Assistência hospitalar e ambulatorial	302_2	BP	68			
303 – Suporte profilático e terapêutico	303_2	BQ	69			
304 – Vigilância sanitária	304_2	BR	70			
305 – Vigilância epidemiológica	305_2	BS	71			
306 – Alimentação e nutrição	306_2	BT	72			
Informações complementares	3_2	BU	73			
Despesa paga						
Administrativas	1_3	CG	85	ACDO000007 – Total das despesas com saúde consideradas em ASPS	BNV	1738
301 – Atenção básica	301_3	CP	94			
302 – Assistência hospitalar e ambulatorial	302_3	CQ	95			
303 – Suporte profilático e terapêutico	303_3	CR	96			
304 – Vigilância sanitária	304_3	CS	97			
305 – Vigilância epidemiológica	305_3	CT	98			
306 – Alimentação e nutrição	306_3	CU	99			
Informações complementares	3_3	CV	100			

ASPS: ações e serviços públicos de saúde.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/ acesso-a-informacao/siops>).

Quadro 2

Cálculo da despesa com pessoal a partir das planilhas eletrônicas contendo os relatórios de despesa total em saúde de cada município, por subfunções e categorias econômicas, segundo o estágio da despesa. Brasil, 2018-2020.

ESTÁGIO DA DESPESA/ITEM	CONTAS CONTÁBEIS	DESCRIÇÃO	COLUNA	NÚMERO DA COLUNA	CÁLCULO DA DESPESA COM PESSOAL
Despesa empenhada					
A	3.1.00.00.00.00	Pessoal e encargos sociais	ZW	699	Despesa com pessoal = A-(B+C+D+E+F+G+H)
B	3.1.90.01.00.00	Aposentadorias do RPPS, reserva remunerada e reforma dos militares	AAJ	712	
C	3.1.90.03.00.00	Pensões do RPPS e do militar	AAK	713	
D	3.1.90.12.00.00	Vencimentos e vantagens fixas - pessoal militar	AAZ	728	
E	3.1.90.17.00.00	Outras despesas variáveis - pessoal militar	ABF	734	
F	3.1.90.91.00.00	Sentenças judiciais	ABG	735	
G	3.1.90.92.00.00	Despesas de exercícios anteriores	ABH	736	
H	3.1.91.91.00.00	Sentenças judiciais	ACJ	764	
Despesa liquidada					
A	3.1.00.00.00.00	Pessoal e encargos sociais	ANF	1046	Despesa com pessoal = A-(B+C+D+E+F+G+H)
B	3.1.90.01.00.00	Aposentadorias do RPPS, reserva remunerada e reforma dos militares	ANS	1059	
C	3.1.90.03.00.00	Pensões do RPPS e do militar	ANT	1060	
D	3.1.90.12.00.00	Vencimentos e vantagens fixas - pessoal militar	AOI	1075	
E	3.1.90.17.00.00	Outras despesas variáveis - pessoal militar	AOO	1081	
F	3.1.90.91.00.00	Sentenças judiciais	AOP	1082	
G	3.1.90.92.00.00	Despesas de exercícios anteriores	AOQ	1083	
H	3.1.91.91.00.00	Sentenças judiciais	APS	1111	
Despesa paga					
A	3.1.00.00.00.00	Pessoal e encargos sociais	BAO	1393	Despesa com pessoal = A-(B+C+D+E+F+G+H)
B	3.1.90.01.00.00	Aposentadorias do RPPS, reserva remunerada e reforma dos militares	BBB	1406	
C	3.1.90.03.00.00	Pensões do RPPS e do militar	BBC	1407	
D	3.1.90.12.00.00	Vencimentos e vantagens fixas - pessoal militar	BBR	1422	
E	3.1.90.17.00.00	Outras despesas variáveis - pessoal militar	BBX	1428	
F	3.1.90.91.00.00	Sentenças judiciais	BBY	1429	
G	3.1.90.92.00.00	Despesas de exercícios anteriores	BBZ	1430	
H	3.1.91.91.00.00	Sentenças Judiciais	BDB	1458	

RPPS: Regime Próprio de Previdência Social.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>).

• **Elaboração de indicador para rateio da despesa com pessoal registrada na subfunção 122 e apropriação de parte dessa despesa à atenção básica**

O indicador construído é a proporção da massa salarial dos profissionais de saúde da atenção básica sobre a massa salarial de todos os profissionais da secretaria de saúde do município. Para tanto, dados do CNES de 2015 a 2020 foram obtidos do Tabnet (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>) para identificar quais naturezas jurídicas dos estabelecimentos de saúde se vinculam à esfera jurídica “administração pública municipal”. Esse procedimento foi adotado porque, na base de dados pública do CNES, a variável “esfera jurídica” não está disponível. Essa variável é importante para que sejam considerados apenas os profissionais de saúde vinculados a estabelecimentos que estão sob gestão municipal.

As seguintes naturezas jurídicas foram então consideradas no próximo passo: 1031 – Órgão Público do Poder Executivo Municipal; 1066 – Órgão Público do Poder Legislativo Municipal; 1120 – Autarquia Municipal; 1155 – Fundação Pública de Direito Público Municipal; 1180 – Órgão Público Autônomo Municipal; 1244 – Município; 1279 – Fundação Pública de Direito Privado Municipal; 1309 – Fundo Público da Administração Indireta Municipal; e 1333 – Fundo Público da Administração Direta Municipal.

Na base do CNES, os seguintes tipos de estabelecimentos foram considerados como de atenção básica para a consulta sobre o número de profissionais cadastrados por município: 1 – Posto de saúde; 2 – Centro de saúde/unidade básica; 32 – Unidade móvel fluvial; 40 – Unidade móvel terrestre; 45 – Unidade de saúde da família; 61 – Centro de parto normal – isolado; 71 – Centro de apoio à saúde da família; 72 – Unidade de atenção à saúde indígena; e 74 – Polo academia da saúde²⁴.

Profissionais que atuam nos estabelecimentos de saúde sob administração municipal, mas que não são pagos pelo município, devem ser excluídos do total de profissionais. Esse controle da forma contratual foi feito pelo vínculo detalhado do profissional no CNES, tendo sido excluídos os profissionais cadastrados sob os seguintes vínculos: 50102 – Residente subsidiado por outro ente/entidade; e 60102 – Estagiário subsidiado por outro ente/entidade. Nesse passo, verificou-se que os médicos do PMM, que deveriam ser cadastrados no grupo 4 – Outros, 1 bolsa ou 00 sem subtipo, não estavam devidamente registrados²⁵. O número de profissionais resultou em valor inferior ao total informado pelo Ministério da Saúde, levando à necessidade de uso de dados do PMM para identificação desses profissionais.

Totalizou-se a carga-horária dos profissionais no CNES e mensurou-se o salário-hora usando dados da RAIS. Em decorrência de valores atípicos na distribuição dos salários-hora, utilizou-se a mediana como a estatística de tendência central desses dados. Para interligar as duas bases, CNES e RAIS, a fim de realizar a estimativa de massa salarial, foram adotados os seguintes critérios sequenciais: (i) A imputação salarial foi realizada inicialmente considerando o município de localização do estabelecimento e o código de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) com seis dígitos. Sob esse critério, 50,1% dos registros totais dispostos no CNES receberam a mediana do salário-hora da RAIS; (ii) Como parte expressiva de registros ficou sem informações salariais, em decorrência de declarações divergentes no código da CBO no CNES (geralmente informado pelas secretarias de saúde) e na RAIS (secretarias de administração), empregou-se, para os casos remanescentes, a imputação salarial a partir do município de localização do estabelecimento e do subgrupo da CBO (com quatro dígitos). Usando esse critério, mais 42,2% dos registros totais no CNES passaram a ter dados de salário. Ou seja, os dois primeiros critérios respondem por 92,3% das imputações salariais; (iii) O terceiro critério de imputação considerou a microrregião do estabelecimento e o subgrupo da CBO, adicionando informações salariais para 6,7% do total de registros no CNES. De forma cumulativa, os três critérios respondem por 99% das imputações; (iv) O quarto critério usou a unidade federativa do estabelecimento e o subgrupo da CBO, adicionando dados salariais a 0,4% dos registros; e (v) Por fim, para os casos residuais (0,01%), foi considerada a mediana do salário-hora para o subgrupo da CBO.

O indicador para rateio da despesa com pessoal na atenção básica por parte das gestões municipais foi calculado como segue:

$$r_{m,t} = \frac{\sum_{i=1}^{N1} (\hat{w}_{imt} \times ch_{imt})}{\sum_{i=1}^N (\hat{w}_{imt} \times ch_{imt})} \times 100$$

Em que:

$r_{m,t}$ é o percentual de rateio do m -ésimo município no período t ;

\hat{w}_{imt} é a mediana de salário (estimada por meio dos cinco critérios sequenciais mencionados anteriormente) do m -ésimo município no período t ;

ch_{imt} é a carga-horária total (anualizada) dos profissionais de saúde do m -ésimo município no período t ;

$N1$ é o limite superior do somatório no numerador restringe o cálculo da massa salarial apenas para os profissionais de saúde que atuam na APS; e

N é o limite superior do somatório no denominador se refere a todos os profissionais de saúde que atuam no m -ésimo município.

• Despesa em APS ajustada

Para 2018 a 2020, o indicador calculado foi multiplicado pela despesa com pessoal registrada na subfunção 122. Com isso, obtém-se a despesa estimada com pessoal da atenção básica. Se:

(i) (despesa com pessoal em atenção básica estimada) - (despesa com pessoal em atenção básica declarada pelo município) > 0, então, a diferença é somada às despesas informadas nas subfunções 301 e 306 (as quais estão sendo consideradas em atenção básica). Gera-se, assim, a despesa ajustada em atenção básica; e

(ii) (despesa com pessoal em atenção básica estimada) - (despesa com pessoal em atenção básica declarada pelo município) < 0, então, considera-se a despesa declarada, que já está incluída no total registrado na subfunção 301. Assim, a despesa ajustada em atenção básica corresponde à soma das despesas das subfunções 301 e 306.

A despesa ajustada em atenção básica foi comparada ao valor líquido dos repasses feitos pelo Ministério da Saúde para custeio da atenção básica pelo município. De 2015 a 2017, corresponde ao Bloco de Financiamento da Atenção Básica. Em 2018 e 2019, ao Grupo Atenção Básica do Bloco de Custeio e, em 2020, ao Grupo Atenção Básica do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio). Se:

(i) despesa ajustada em atenção básica < repasse em atenção básica, então, a despesa final em atenção básica é igual ao repasse em atenção básica;

(ii) despesa ajustada em atenção básica > repasse em atenção básica, então, a despesa final em atenção básica é igual à despesa ajustada em atenção básica.

Para 2015 a 2017, dois procedimentos foram realizados. Primeiro, estimou-se a despesa em ASPS, porque os relatórios do SIOPS por subfunção desse período trazem apenas a despesa total em saúde. Aplicou-se a média da proporção da despesa em ASPS do período de 2018 a 2019 sobre o gasto total para obter a despesa estimada em ASPS de 2015 a 2017. Segundo, utilizou-se a média da proporção da despesa final em atenção básica sobre a despesa total em ASPS de 2018 e 2019 de cada município para estimar a despesa em atenção básica de cada ano. Não se utilizaram dados de 2020, porque a pandemia de COVID-19 pode ter afetado significativamente a estrutura das despesas dos municípios. Nessa etapa, verificou-se que, para alguns municípios, a despesa total em ASPS era menor do que a despesa final em atenção básica. Nesses casos, assumiu-se que a despesa total em ASPS é igual à despesa final em atenção básica. Assim, se:

(i) despesa estimada em atenção básica < soma das despesas declaradas nas subfunções 301 e 306, então, a despesa ajustada é igual à soma das despesas declaradas nas subfunções 301 e 306;

(ii) despesa estimada em atenção básica > soma das despesas declaradas nas subfunções 301 e 306, então, a despesa ajustada é igual à despesa estimada em atenção básica.

A despesa ajustada em atenção básica foi comparada ao valor líquido dos repasses feitos pelo Ministério da Saúde para custeio da atenção básica pelo município, e aplicou-se a mesma regra

referida anteriormente para a obtenção da despesa ajustada final em atenção básica. Na Tabela 1, apresentam-se valores relativos à despesa declarada e à despesa final ajustada em APS de forma consolidada para todos os municípios. Caso o ajuste não tivesse sido realizado, a despesa em APS teria sido subestimada em R\$ 11,4 bilhões em 2015 e R\$ 9,6 bilhões em 2020 (a preços correntes). O percentual de subestimação teria variado de 19,8% a 12,6% no período analisado. Esses números indicam uma melhoria da qualidade dos dados de despesa com APS ao longo dos anos.

Na Figura 1, apresentam-se as despesas dos municípios total em ASPS a preços de 2020, que variou de R\$ 158,8 bilhões a R\$ 192,4 bilhões entre 2015 e 2020, e total ajustada final em APS, que passou de R\$ 71,9 bilhões a R\$ 76,2 bilhões no mesmo período.

Validação do quadro metodológico

Em relação à validação do quadro metodológico produzido, observa-se que o método proposto resultou em percentuais médios e medianos muito consistentes para os indicadores utilizados, como mostra a Tabela 2.

Verifica-se que a participação da despesa em APS em relação à despesa total em ASPS é maior quanto menor o porte populacional do município. Além disso, que as despesas com pessoal correspondem a mais de 58% do gasto em APS, em média, para 4.877 municípios com população de até 50 mil habitantes (87,8% de 5.552 municípios com informação de despesa com pessoal em 2020). Esses achados estão em conformidade com os de estudos que calcularam os custos da APS²². Dessa forma, confirma-se a validade do método proposto para o ajuste da despesa declarada pelos gestores em APS.

Como contribuição aos estudos futuros sobre o financiamento e o gasto dos municípios em APS, a base de dados completa do gasto total em ASPS e em APS de cada município está disponibilizada como Material Suplementar (http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/supl-e00280221_6945.pdf).

Tabela 1

Diferença entre a despesa total empenhada, declarada pelos municípios em atenção primária à saúde (APS), e a despesa total municipal ajustada final em APS. Brasil, 2015-2020 (em R\$ correntes).

Ano	Despesa total em ASPS *	Despesa declarada **		Despesa em APS declarada (301+306) **	Despesa ajustada final em APS com a aplicação do método proposto ***	Diferença entre despesa ajustada final e declarada em APS	
		Subfunção 301	Subfunção 306			Em R\$	Em % da despesa ajustada final
2015	127.172.071.531	46.132.085.621	53.964.914	46.186.050.535	57.605.139.825	11.419.089.290	19,8
2016	136.085.001.001	49.759.098.903	295.876.032	50.054.974.936	61.597.517.607	11.542.542.671	18,7
2017	141.329.570.070	52.107.697.184	68.863.496	52.176.560.680	63.021.916.833	10.845.356.153	17,2
2018	153.718.864.908	57.233.388.492	69.638.008	57.303.026.501	65.953.131.321	8.650.104.820	13,1
2019	164.448.711.018	60.276.627.116	57.340.133	60.333.967.249	68.803.901.921	8.469.934.673	12,3
2020	192.367.410.857	66.523.231.862	51.891.280	66.575.123.142	76.191.451.728	9.616.328.585	12,6

ASPS: ações e serviços públicos de saúde.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>).

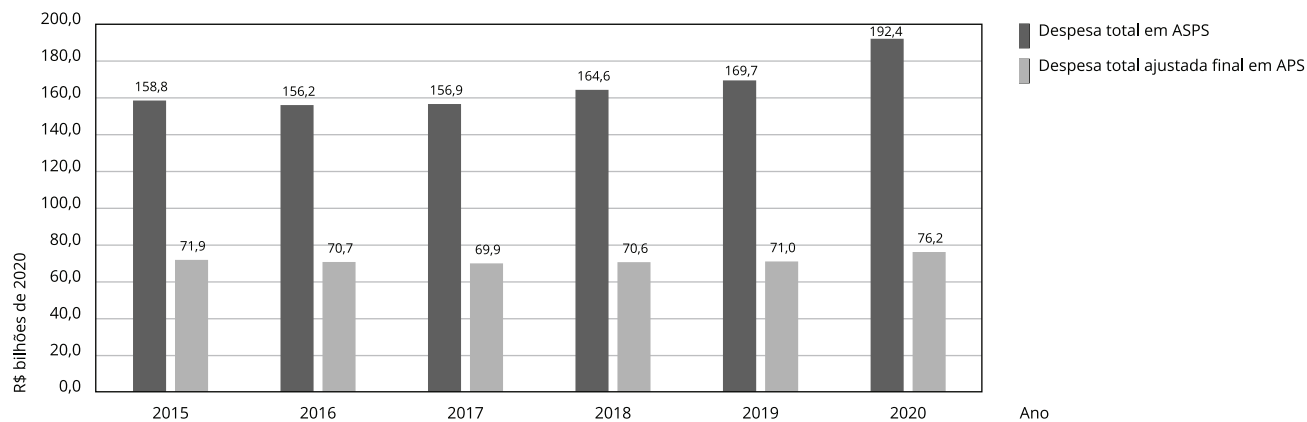
* Para os anos de 2015 a 2017, a despesa total em ASPS foi estimada a partir dos relatórios de despesa por subfunção, considerando-se a média da participação das despesas em ASPS na despesa total em saúde de cada município entre 2018 e 2019 como indicador estrutural para aplicação à despesa total de 2015 a 2017;

** Para os anos 2015 a 2017, pode conter despesas não consideradas em ASPS. Os relatórios por subfunção desse período incluíam despesas não ASPS como, por exemplo, gastos em serviços de saúde de acesso não universal ou com recursos provenientes de fontes não incluídas na base de cálculo do piso da saúde;

*** Engloba apenas despesas com ASPS em todo o período.

Figura 1

Despesa total em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e despesa total ajustada final em atenção primária à saúde (APS) dos municípios. Brasil, 2015-2020.



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>).

Nota: para os anos de 2015 a 2017, a despesa total em ASPS foi estimada a partir dos relatórios de despesa por subfunção, considerando-se a média da participação das despesas em ASPS na despesa total em saúde de cada município entre 2018 e 2019 como indicador estrutural para aplicação à despesa total de 2015 a 2017.

Discussão

O uso das informações contidas em relatórios de execução orçamentário-financeira em saúde requer pelo menos dois cuidados. O primeiro envolve conceitos relativos à despesa, o que remete à sua abrangência. Quando se diz que esses relatórios apresentam a despesa total em ASPS executada pelo município, isso implica o gasto total realizado pelo ente, independentemente da origem dos recursos. Ou seja, engloba, além dos recursos próprios, despesas financiadas por recursos transferidos pelo estado e pela União para determinado município no âmbito do SUS. Também significa que estão incluídas apenas as despesas consideradas em ASPS, o que, por princípio, engloba apenas as realizadas com ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; que estejam em conformidade com objetivos e metas dos planos de saúde dos entes; e que sejam de responsabilidade específica do setor da saúde¹².

A despesa total em ASPS “executada pelo ente” difere, portanto, da despesa com recursos próprios em ASPS “do ente” que, neste último caso, requer somente a contabilização do gasto financiado por receitas de impostos diretamente arrecadadas ou por transferências constitucionais e legais, as quais compõem a base de cálculo para aplicação mínima em ASPS²⁶. É diferente, ainda, da despesa total em ASPS “no ente”, que inclui, além do gasto executado diretamente por ele, a despesa realizada por aplicação direta de outros entes da Federação em seu território, como, por exemplo, a atuação de médicos do PMM que recebem bolsa do Ministério da Saúde, ou a entrega de medicamentos ao município por parte da União ou do Governo Estadual.

O segundo cuidado que se deve ter diz respeito à qualidade da informação declarada pelos gestores da saúde por meio do SIOPS, que pode ser julgada segundo diversos critérios, entre eles, os de validade e de precisão, que se referem ao registro fiel do fato que a informação representa²⁷, e o de consistência, grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios²⁸.

Maior desagregação do gasto em saúde requer que os entes da Federação disponham de sistemas contábeis, de controles e de capacidade técnica para fazer a apropriação adequada da despesa. Que

Tabela 2

Média e mediana dos indicadores utilizados para validação do método proposto para ajuste da despesa total municipal em atenção primária à saúde (APS), segundo faixas de tamanho da população de cada município. Brasil, 2015-2020.

Faixas de tamanho de população (número de habitantes)	Municípios	Indicadores					
		Média da participação da despesa total em APS na despesa total em ASPs (%)					
	2020	2015	2016	2016	2018	2019	2020
Até 5.000	1.248	83,4	83,1	82,7	80,0	79,7	77,7
De 5.001 até 10.000	1.200	79,0	78,7	78,2	74,9	74,5	71,6
De 10.001 até 20.000	1.334	71,5	71,4	70,2	66,7	66,1	62,8
De 20.001 até 50.000	1.110	63,1	62,7	61,2	57,1	56,9	53,9
De 50.001 até 100.000	351	52,0	51,1	50,2	47,2	46,6	44,6
De 100.001 até 500.000	277	42,8	42,7	41,7	38,0	37,1	35,5
Mais de 500.000	48	29,8	30,0	29,5	29,4	28,4	26,7
Total	5.568	71,1	70,8	69,9	66,5	66,1	63,5

	Municípios	Mediana da participação da despesa total em APS na despesa total em ASPs (%)					
		2020	2015	2016	2016	2018	2019
Até 5.000	1.248	91,8	91,3	91,2	87,6	86,4	83,8
De 5.001 até 10.000	1.200	84,8	84,8	83,9	78,9	77,5	73,7
De 10.001 até 20.000	1.334	73,0	72,0	70,8	66,3	64,6	61,1
De 20.001 até 50.000	1.110	59,1	58,4	57,0	53,9	53,3	49,9
De 50.001 até 100.000	351	47,5	46,6	45,9	43,6	42,4	40,7
De 100.001 até 500.000	277	37,9	38,9	37,6	32,4	32,5	32,1
Mais de 500.000	48	25,5	25,6	25,5	24,5	24,3	22,6
Total	5.568	74,2	73,5	72,0	66,9	65,6	63,2

	Municípios	Média da participação da despesa com pessoal em APS na despesa total em APS (%)					
		2020	2015	2016	2016	2018	2019
Até 5.000	1.240	nd	nd	nd	81,06	80,57	80,60
De 5.001 até 10.000	1.200	nd	nd	nd	75,36	74,84	75,00
De 10.001 até 20.000	1.331	nd	nd	nd	67,63	67,26	67,16
De 20.001 até 50.000	1.106	nd	nd	nd	61,51	61,06	61,06
De 50.001 até 100.000	350	nd	nd	nd	54,36	53,61	53,63
De 100.001 até 500.000	277	nd	nd	nd	44,25	43,32	42,92
Mais de 500.000	48	nd	nd	nd	39,52	38,92	38,57
Total	5.552	nd	nd	nd	68,83	68,36	68,33

	Municípios	Mediana da participação da despesa com pessoal em APS na despesa total em APS (%)					
		2020	2015	2016	2016	2018	2019
Até 5.000	1.240	nd	nd	nd	86,5	85,9	86,1
De 5.001 até 10.000	1.200	nd	nd	nd	79,6	79,5	79,9
De 10.001 até 20.000	1.331	nd	nd	nd	67,5	67,1	67,0
De 20.001 até 50.000	1.106	nd	nd	nd	62,2	61,3	61,6
De 50.001 até 100.000	350	nd	nd	nd	54,5	53,7	54,2
De 100.001 até 500.000	277	nd	nd	nd	42,9	41,9	42,0
Mais de 500.000	48	nd	nd	nd	37,4	37,1	37,5
Total	5.552	nd	nd	nd	69,8	69,5	69,1

ASPS: ações e serviços públicos de saúde; nd: não disponível.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>).

Nota: os relatórios de despesa por subfunção do SIOPS do período de 2015 a 2017 não desagregam as despesas por grupos de natureza de despesa, modalidades, elementos e subelementos de despesa.

se registre, por exemplo, em atenção básica, somente a despesa que pode ser considerada nessa área. Isso é algo bastante desafiador no contexto brasileiro, porque um número expressivo de municípios não dispõe de sistemas próprios e controles administrativos rigorosos para essa finalidade, sendo seus demonstrativos fiscais elaborados, com grande frequência, por empresas privadas que prestam serviços especializados de finanças públicas^{29,30}.

Ademais, o conceito de atenção básica precisa estar muito claro, pois a despesa pode variar significativamente, a depender do recorte que se faça para essa área³¹. Ainda que haja previsão de registro de despesas em áreas específicas, como na subfunção atenção básica, os manuais sobre o orçamento público não descrevem ou delimitam quais gastos devem ser registrados em cada subfunção, o que pode gerar diferentes interpretações sobre sua abrangência^{13,14}.

O SIOPS constitui importante fonte de informação que se destaca em relação a outras fontes, tais como o Finanças do Brasil (FINBRA), em termos de clareza metodológica³², completude e cobertura³³. O sistema também evoluiu quanto à confiabilidade dos registros ao nível das subfunções¹⁹, mas ainda persistem problemas a esse respeito, sendo que muitos deles estão fora da governabilidade da equipe responsável por sua gestão, uma vez que estão relacionados às dificuldades e às práticas dos entes em matéria de contabilidade e gestão públicas.

É possível, por exemplo, que municípios que têm contratos de gestão com organizações sociais não informem nas contas contábeis específicas do SIOPS as despesas com as contratações de recursos humanos por meio dessas instituições, o que acaba gerando subestimação dessas despesas no trabalho ora realizado. Embora já tenha ocorrido orientação para que independentemente desses contratos a despesa seja informada nas contas específicas de despesa com pessoal, o prazo de adequação dos entes da Federação foi prorrogado para o exercício de 2022³⁴.

Ainda que haja essas limitações, as informações produzidas a partir do método apresentado neste estudo podem ser consideradas as melhores, dadas as condições atuais de disponibilidade de sistemas e de registro de dados nesses sistemas. Nesse campo de investigação, a lógica das aproximações sucessivas e de aperfeiçoamento dos métodos é uma diretriz importante. Antes dispor da melhor informação possível do que não ter informação.

Tendo isso em mente, considera-se que a aplicação do método proposto constitui uma boa forma de aproximação ao gasto total em APS de cada município e contribui para que os estudos que utilizem essa despesa se tornem mais robustos e confiáveis.

Colaboradores

F. S. Vieira participou da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final. A. T. C. Almeida, L. M. S. Servo e R. P. S. Benevides participaram da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, e aprovação da versão final.

Informações adicionais

ORCID: Fabiola Sulpino Vieira (0000-0001-7377-7302); Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida (0000-0003-0436-359X); Luciana Mendes Santos Servo (0000-0003-0770-7378); Rodrigo Pucci de Sá e Benevides (0000-0001-6978-2475).

Referências

1. Vilaça EV. A atenção primária à saúde no SUS: avanços e ameaças. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União 1988; 5 out.
3. Oliveira FA. Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura. São Paulo: Hucitec Editora; 2009.
4. Giacomoni J. Orçamento governamental: teoria, sistema, processo. São Paulo: Editora Atlas; 2019.
5. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública 2018; 34:e00029818.
6. Mendonça MHM, Gondim R, Matta GC, Giovanella L. Os desafios urgentes e atuais da atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 29-47.
7. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad Saúde Pública 2020; 36:e00040220.
8. Vieira FS, Piola SF, Benevides RPS. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2019. (Texto para Discussão, 2516).
9. Piola SF. Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017. (Texto para Discussão, 2298).
10. e-Gestor AB. Histórico de cobertura da atenção primária. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml> (acessado em 23/Nov/2021).
11. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 2, v. 1).
12. Brasil. 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; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2012; 16 jan.
13. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de contabilidade aplicada ao setor público: aplicado à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios (válido a partir do exercício de 2019). 8ª Ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional; 2021.

14. Secretaria de Orçamento Federal, Secretaria Especial do Tesouro e Orçamento, Ministério da Economia. Manual técnico de orçamento: MTO 2022 (9ª versão). Brasília: Ministério da Economia; 2021.
15. Ministério do Orçamento e Gestão. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999 (atualizada). Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1964; 15 abr.
16. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
17. Servo LMS, Viegas MA, Amaral PVM, Pereira JA. Gasto público de média complexidade nas regiões de saúde: proposta de metodologia e análise dos resultados. In: Sousa MHL, Silva MGC, organizadores. Temas de economia da saúde V – Contribuição para a gestão do SUS. Fortaleza: EdUECE; 2020. p. 22-47.
18. Marinho A, Cardoso SS, Santos MAB, Benevides RPS. Eficiência das macrorregiões de saúde no Sistema Único de Saúde: uma abordagem comparativa (2008-2017). In: Ocké-Reis CO, organizador. Avaliação da eficiência do gasto público no SUS. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Conselho Nacional de Secretários de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde; 2022. p. 227-316.
19. Souza A, Andrade MV. Financiamento público da saúde nos municípios brasileiros: análise da qualidade dos registros declarados ao SIOPS de 2002 a 2014 para a atenção básica. *Planej Polít Públicas* 2020; 56:251-82.
20. Ritzel JB, Prado CCL. Apuração dos gastos totais em atenção básica: uma proposta de uso dos dados do SIOPS. In: Seminário 10 Anos da Economia da Saúde no Ministério da Saúde: Avanços e Desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
21. McMeekin N, Wu O, Germini E, Briggs A. How methodological frameworks are being developed: evidence from a scoping review. *BMC Med Res Methodol* 2020; 20:173.
22. Vieira RS, Servo LMS. Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013. (Nota Técnica Disoc, 16).
23. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento, Ministério da Saúde. Composição dos indicadores municipais calculados automaticamente pelos SIOPS após a declaração de dados contábeis, pelos municípios, a partir do SIOPS 2007 semestral. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Nota Técnica).
24. Ministério da Saúde. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
25. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.143, de 29 de outubro de 2014. Redefine as normas para cadastramento de profissionais e das equipes participantes do Projeto Mais Médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Diário Oficial da União 2014; 30 out.
26. Vieira FS, Servo LMS, Benevides RPS, Piola SF, Orair RO. Gastos em saúde e educação no Brasil: impactos da unificação dos pisos constitucionais. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2020. (Texto para Discussão, 2596).
27. Paim I, Nelmy RMQ, Guimarães CG. Problematização do conceito “qualidade” da informação. *Perspectivas em Ciência da Informação* 1996; 1:111-9.
28. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:2095-109.
29. Silva KSB, Bezerra AFB, Souza IMC, Gonçalves RF. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:373-82.
30. Rezende JB. Administração pública em municípios de pequeno porte do Sul de Minas Gerais: velhas questões, modernas leis e práticas patrimonialistas [Tese de Doutorado]. Lavras: Universidade Federal de Lavras; 2011.
31. Servo LMS, Paiva AB. Gasto com atenção básica das três esferas de governo: possibilidades e limitações das análises a partir de bases de dados orçamentário-financeiras. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013. (Nota Técnica Disoc, 15).
32. Medeiros KR, Albuquerque PC, Diniz GTN, Alencar FL, Tavares RAW. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Rev Adm Pública* 2014; 48:1113-33.
33. Feliciano M, Medeiros KR, Damázio SL, Alencar FL, Bezerra AFB. Avaliação da cobertura e completude de variáveis de Sistemas de Informação sobre orçamentos públicos em saúde. *Saúde Debate* 2019; 43:341-53.
34. Ministério da Economia. Portaria nº 377, de 8 de julho de 2020. Estabelece prazos para a definição de rotinas e contas contábeis, bem como classificações orçamentárias para operacionalização do item 04.01.02.01 (3) da 10ª edição do Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF), aprovado pela Portaria STN nº 286, de 7 de maio de 2019, e alterações posteriores. Diário Oficial da União 2020; 9 jul.

Abstract

Recently, interest on the expenditure on primary healthcare (PHC) has grown due to a series of reforms to its organization and funding. Data on these and other expenses are declared via subfunctions by public health managers through the Brazilian Information System for the Public Budgets in Health (SIOPS). In the public budget, subfunctions detail in which expenditure area the government action was carried out. However, there are problems in the information via subfunctions, and the expenditures in main object areas – such as PHC – are commonly underestimated, if only the records of the specific subfunction are considered. Thus, this article proposes a method to adjust the total expenditure in primary care of each municipality, from 2015 to 2020, allowing for the production of adjusted databases to be used in PHC finance studies in Brazil. Therefore, an investigation based on budgetary-financial execution data in public health actions and services was conducted to produce a methodological framework, observing the following steps: (i) data identification; (ii) development; and (iii) validation of the methodological framework. The methodological framework was created and tested, confirming the validity of the proposed method for adjusting the expenditure declared for PHC in the period from 2015 to 2020. If the adjustment had not been made, the PHC expenditure would have been underestimated by BRL 11.4 billion, in 2015, and BRL 9.6 billion, in 2020, (at current prices), corresponding to a 19.8% and 12.6% underestimation, respectively.

Health Care Rationing; Health Expenditures; Budgets; Primary Health Care; Unified Health System

Resumen

En los últimos años, el interés por el gasto en atención primaria de salud (APS) ha incrementado debido a una serie de reformas realizadas en su organización y financiación. Los datos sobre estos y otros gastos son declarados por subfunción por los gestores sanitarios a través del Sistema de Información sobre Presupuestos de Salud Pública (SIOPS). En el presupuesto público, las subfunciones detallan el área de gasto en la que se ha llevado a cabo la acción de gobierno. Sin embargo, hay problemas en la información por subfunción, y es común que los gastos en áreas finalistas, como la APS, se subestimen si solo se consideran los registros de la subfunción específica. Así, el objetivo de este artículo es proponer un método para ajustar el gasto total de 2015 a 2020 de cada municipio en atención primaria, permitiendo la producción de bases de datos ajustadas para ser utilizadas en estudios sobre la financiación de la APS en Brasil. Para ello, se realizó una investigación basada en datos sobre la ejecución presupuestaria y financiera en las acciones y servicios de salud pública (ASPS) para la producción de un marco metodológico, observándose las siguientes etapas: (i) identificación de datos; (ii) desarrollo; e (iii) validación del marco metodológico. Se elaboró y se probó el marco metodológico, lo que confirma la validez del método propuesto para ajustar el gasto declarado en APS en el período 2015-2020. Si no se hubiera realizado el ajuste, el gasto en APS se habría subestimado en BRL 11,4 mil millones en 2015 y en BRL 9,6 mil millones en 2020 (a precios corrientes), lo que corresponde a un porcentaje de subestimación del 19,8% y 12,6%, respectivamente.

Asignación de Recursos para la Atención de Salud; Gastos en Salud; Presupuestos; Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud

Recebido em 01/Dez/2021
Versão final reapresentada em 18/Mar/2022
Aprovado em 20/Mar/2022