

Relatório

As Despesas Públicas na Assistência à Saúde nos Municípios da Baixada Fluminense (2002 – 2009).

Projeto Desenvolvimento de Modelos Inovadores de Governança da
Atenção Básica no Setor Saúde da Baixada Fluminense –
CISBAF/ENSP/UERJ

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2010.

INTRODUÇÃO

A agenda da assistência à saúde no Brasil está diretamente relacionada à definição das condições de financiamento e acesso a serviços individuais e coletivos providos por instituições públicas e instituições privadas. Os serviços de saúde são providos por hospitais, ambulatórios especializados e básicos e por serviços de apoio e diagnóstico. A assistência à saúde envolve também a distribuição de medicamentos por agentes públicos e privados por meio de programas gratuitos, copagamento e desembolso direto.

Existe uma grande controvérsia sobre se o acesso aos serviços de saúde deve ser feito por sistemas públicos ou mecanismos puros de mercado. Nesse caso, os serviços e insumos seriam acessados pela compra por desembolso direto aos prestadores pelas famílias e indivíduos. A experiência dos países centrais na área de saúde mostra que o mecanismo de acesso por compra direta é inviável para as famílias e indivíduos em função da complexidade das doenças e dos custos crescentes dos tratamentos. Os países centrais optaram pela organização de fundos públicos – por meio de impostos e contribuições – para o financiamento universal da assistência à saúde dos cidadãos nacionais. Essa é a experiência das economias centrais européias, onde predomina o financiamento público para a assistência à saúde.

A economia dos Estados Unidos, com maiores despesas *per capita* em saúde, escolheu um sistema misto, como grande predomínio do seguro saúde (ou plano de saúde) para a população empregada, combinado com políticas focais e especiais para os idosos e pobres.

O modelo de financiamento público tem sido uma opção para o financiamento da saúde no Brasil, sem muito sucesso. Como demonstrado adiante, o sistema de saúde brasileiro apresenta elementos do modelo europeu e norte-americano (pela presença dos planos de saúde) combinados com a forte prevalência das despesas por desembolso direto das famílias, que afeta especialmente os pobres. A agenda de reforma sanitária permanece aberta no país, sendo a saúde um item de política pública de grande desaprovação no país.

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO BRASIL

Os serviços respondem a demandas sanitárias desiguais por força da complexidade da situação de saúde do Brasil. Em fins da década de 1990, o Brasil apresentava um perfil de predomínio das doenças neuropsiquiátricas e de doenças cardiovasculares como as duas principais causas de anos perdidos de vida ajustados por incapacidade (tabela 1). Este é um perfil de doenças semelhante ao observado nas economias centrais. O que diferencia o Brasil dessas economias é que as doenças infecciosas e parasitárias ainda ocupavam o terceiro posto como causa de anos perdidos e incapacitação. As projeções para 2013 indicam, de qualquer modo, a irreversível transição para o predomínio das doenças crônico-degenerativas (doenças neuropsiquiátricas, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer, diabetes *mellitus*, *entres outras*) como causas de anos perdidos e incapacitação. Essa transição epidemiológica, potencializada pela longevidade da população brasileira, exigirá despesas crescentes com a assistência à saúde. Os estudos identificam também a tendência à queda nas doenças infecciosas e parasitárias e nas causas externas não intencionais (acidentes, por exemplo). As projeções resumidas na tabela 1 indicam ainda a estabilidade no Brasil dos danos sanitários associados a causas externas intencionais (violências causadas pelo uso de armas de fogo, por exemplo).

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL E ORDENAMENTO DA CARGA DE DOENÇA, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS - BRASIL 1998 e 2013.

1998			2013		
Grupos de causas	(%)	Posto	Posto	(%)	Grupo de causas
Doenças neuropsiquiátricas	18,6	1	1	21,2	Doenças neuropsiquiátricas
Doenças cardiovasculares	13,3	2	2	12,8	Doenças cardiovasculares
Infeciosas e parasitárias	9,2	3	3	9,7	Doenças respiratórias crônicas
Doenças respiratórias crônicas	8,1	4	4	8,0	Câncer
Causas externas não intencionais	6,4	5	5	7,4	Infeciosas e parasitárias
Condições do período perinatal	6,4	6	6	6,2	Diabetes <i>mellitus</i>
Câncer	6,3	7	7	6,0	Doenças musculoesqueléticas
Doenças musculoesqueléticas	5,5	8	8	5,0	Causas externas não intencionais
Diabetes <i>mellitus</i>	5,1	9	9	3,9	Causas externas intencionais
Causas externas intencionais	3,9	10	10	2,9	Condições do período perinatal
Infecções respiratórias	3,5	11	11	2,9	Doenças do aparelho digestivo
Doenças do aparelho digestivo	2,7	12	12	2,9	Infecções respiratórias
Condições maternas	2,4	13	13	2,1	Deficiências nutricionais
Deficiências nutricionais	2,1	14	14	1,8	Condições maternas
Anomalias congênicas	1,8	15	15	1,8	Doenças endócrinas e metabólicas
Doenças endócrinas e metabólicas	1,5	16	16	1,7	Desordens de órgãos do sentido
Condições orais	1,2	17	17	1,5	Condições orais
Desordens de órgãos do sentido	1,1	18	18	1,4	Anomalias congênicas
Doenças geniturinárias	0,8	19	19	0,7	Doenças geniturinárias
Doença de pele	0,1	20	20	0,2	Doença de pele
Neoplasias benignas	0,1	21	21	0,0	Neoplasias benignas

←→ Sobem 3 ou + posições no ordenamento

→ Descem 3 ou + posições no ordenamento

Fonte: BUSS e outros. (2005)

Diante desse cenário, a agenda do setor necessita não somente oferecer mais e melhores serviços de atenção à saúde individual como também influenciar as outras políticas públicas que determinam as condições coletivas de saúde. A perspectiva intersetorial deve estabelecer uma

ativa interação com as políticas de segurança pública e controle do uso de drogas lícitas (como álcool) e ilícitas e da universalização do saneamento básico. O aumento do número de adolescentes usuários de drogas pesadas e a estagnação dos indicadores de cobertura de saneamento básico indicam que a efetividade dessas políticas é baixa.

A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O SUS

A política pública dominante para assistência individual e coletiva de saúde tem uma definição na Constituição Federal de 1988 (CF 1988). O Art. 196 da Constituição Federal define que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado*”. Neste artigo foi definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde, dentro de um padrão inspirado no modelo europeu.

O Parágrafo Único do Art. 198 determina que: “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo, e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabeleceu entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isto constitui numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com as condições institucionais para a formação de um Sistema Público de Saúde, único e universal.

Essas condições institucionais não foram, entretanto, suficientes para a conformação de um sistema público único e universal. O Brasil conformou um sistema de saúde de natureza híbrida e fragmentada, com características mais americanas do que as dos países europeus com sistema de proteção social instituído. O financiamento privado da atenção à saúde no Brasil teve um relevante papel no financiamento e organização da assistência à saúde nas décadas de 1990 e 2000.

O FINANCIAMENTO PÚBLICO E PRIVADO

O financiamento privado no Brasil tem sido por desembolso direto e pela associação voluntária de indivíduos e empresas aos planos privados de assistência de saúde.

A tabela 2 mostra que a média da despesa pública entre os anos 2000 e 2006 foi significativamente inferior à despesa privada média (3,2% contra 4,4% do PIB). Em 2006, o último ano da série temporal, a despesa privada foi de 3,9% do PIB, mantendo o predomínio observado na década de 2000, mesmo com o crescimento da despesa pública. A despesa global (pública e privada) brasileiro com assistência à saúde foi de 7,5% em 2006, permanecendo estabilizado desde então.

TABELA 2 BRASIL: DESPESAS COM SAÚDE COMO PERCENTAGEM DO PIB: DESPESAS TOTAIS EM SAÚDE, DESPESAS PÚBLICAS, DESPESAS PRIVADAS TOTAIS - 2000-2006.

ANO	TOTAIS	PÚBLICOS	PRIVADOS
2000	7,2	2,89	4,31
2001	7,6	3,07	4,53
2002	7,7	3,18	4,52
2003	7,5	3,14	4,36
2004	7,7	3,35	4,35
2005	7,9	3,45	4,45
2006	7,5	3,60	3,90
Média 2000-2006	7,6	3,2	4,4

Fonte: World Health Organization, 2009. Statistical Information System (WHOSIS). Acessado em 13 de agosto de 2010. Disponível em <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp?countries=%5bLocation%5d.Members>

A tabela 3 mostra que a média das despesas por desembolso direto foi de 1,9% PIB, apresentando uma tendência de queda entre 2000 e 2006. A média das despesas privadas com planos privados de assistência à saúde foi 2,5% do PIB no período 2000-2006, com leve tendência ao crescimento.

TABELA 3 - BRASIL: DESPESAS PRIVADAS TOTAIS, DESPESAS PRIVADAS POR DESEMBOLSO DIRETO E DESPESA PRIVADAS COM PLANOS PRÉ-PAGOS - 2000-2006.

ANO	DESPESAS PRIVADAS	PRIVADAS POR DESEMBOLSO DIRETO	PRIVADAS COM PLANOS PRÉ-PAGOS
2000	4,31	2,57	1,46
2001	4,53	2,63	1,47
2002	4,52	2,53	1,41
2003	4,36	2,41	1,34
2004	4,35	2,34	1,31
2005	4,45	2,43	1,34
2006	3,90	2,50	1,32
Média 2000-2006	4,4	2,5	1,9

Fonte: World Health Organization, 2009. Statistical Information System (WHOSIS). Acessado em 13 de agosto de 2010. Disponível em <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp?countries=%5bLocation%5d.Members>

O comportamento da despesa pública e privada no Brasil mostra que a definição na Constituição Federal de um sistema público saúde de acesso universal convive com a expansão do setor de planos privados de assistência à saúde e das despesas por desembolso direto dos grupos de menor renda nas várias Regiões do país.

FEDERALISMO E DESPESA PÚBLICA

O comportamento das despesas no Brasil é explicado pelo formato federativo que o setor saúde assumiu desde a CF 1988. Sob a perspectiva federativa, a descentralização na saúde está associada à cessão de funções do governo central aos níveis subnacionais e à repartição de poder setorial entre os entes governamentais.

A descentralização foi um tema central da agenda da democratização brasileira como reação à concentração de decisões, recursos financeiros e capacidade de gestão nos governos centrais durante o regime autoritário (1964-1985). Com a democratização, supunha-se que o fortalecimento das instâncias subnacionais, em especial Estados e, em alguns casos, Municípios permitiria aos cidadãos influenciar as decisões e exercer controle sobre os governos locais, reduzindo a burocracia excessiva, o clientelismo e a corrupção.

A distribuição das despesas públicas pelos diferentes níveis de governo e pela previdência (ou seguro) social brasileira revela uma alta escala de descentralização federativa da assistência à saúde no Brasil se comparada com outros países. A comparação com Argentina, Chile e

México, na tabela 4, mostra que o Brasil é apresenta as características de um modelo de federalismo tripartite combinado com a ausência de institutos públicos de previdência social na prestação direta ou compra de serviços para os empregados assegurados.

Essa função foi substituída no Brasil pelos planos privados de assistência à saúde que privilegiam os trabalhadores do mercado formal de trabalho. A execução do orçamento público no Brasil apresenta as características de forte pulverização, principalmente quando se considera que mais de 5.500 governos de municípios executam 28% do orçamento, como mostra a Tabela 4 em comparação aos países da América Latina.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DA DESPESA COM SAÚDE POR NÍVEL DE GOVERNO E INSTITUTOS DE SAÚDE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – BRASIL E PAÍSES SELECIONADOS - 2006

	Despesas do Governo Central	Despesas dos Governos Estaduais	Despesas dos Governos Municipais	Despesas dos Institutos do Seguro Social
Argentina	8,5%	37%	8,5%	46%
Brasil	48%	24%	28%	-
Chile	32,3%	-	-	67,2%
México	16,4%	13,3%	-	70,3%

Fonte: World Health Organization, 2009. Statistical Information System (WHOSIS). Acessado em 13 de agosto de 2010. Disponível em <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp?countries=%5bLocation%5d.Members>

O resultado da descentralização tem produzido o gradual declínio do financiamento público realizado pelo governo central (governo federal). Os governos estaduais e principalmente os governos municipais têm aumentado significativamente a parcela do financiamento público da assistência à saúde na década de 2000, como mostram a tabela 5, por força da Emenda Constitucional 29.

A vinculação de fontes para a saúde foi obtida pela Emenda Constitucional 29 (EC-29) de 1999. Esta emenda definiu que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos próprios mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados segundo acordos pactuados. O pacto federativo na saúde viabilizou um importante espaço de negociação, coordenação e articulação de ações entre as três esferas de governo no caso brasileiro.

Com a previsão constitucional de responsabilidade compartilhada no financiamento, esperava-se estabilizar e aumentar os recursos públicos para a saúde. Para a União, os recursos destinados à saúde passariam, inicialmente, a ser corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Para os Estados, o Distrito Federal e os municípios, o montante mínimo de recursos

aplicado em saúde deveria corresponder a um percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais. Este percentual seria gradualmente ampliado até alcançar 12% para os governos estaduais e para o distrital, e 15%, para os governos municipais, de 2004 em diante.

A Tabela 5 mostra os percentuais de recursos próprios assumidos pelos governos municipais e estaduais como uma “meta pactuada” de financiamento à saúde em decorrência da EC-29.

TABELA 5: PERCENTUAIS DOS RECURSOS MUNICIPAIS E FEDERAIS PARA A SAÚDE SEGUNDO A EC-29

Ano	% Dos Municípios	% Dos Estados e Distrito Federal
2000	7	7
2001	9,5	8
2002	10,88	9
2003	12,25	10
2004	15	12
2005	15	12

Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS, 2009

Ao longo dos anos 2000-2006 a resposta dos governos subnacionais ao pacto de vinculação e ampliação das despesas com saúde foi notável. A Tabela 6 demonstra o vigoroso crescimento das despesas públicas dos governos federativos, especialmente de Municípios e Estados.

TABELA 6 - DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO GOVERNO CENTRAL (UNIÃO), GOVERNOS ESTADUAIS E GOVERNOS MUNICIPAIS POR HABITANTE E COMO PORCENTAGEM DO PIB - 2000 - 2006

Ano	União		Governos Estaduais		Governos Municipais	
	Despesas por Habitante	% do PIB	Despesas por Habitante	% do PIB	Despesas por Habitante	% do PIB
2000	119,86	1,73%	37,18	0,54%	44,71	0,62%
2001	130,37	1,73%	47,96	0,63%	54,79	0,71%
2002	141,65	1,67%	58,86	0,70%	70,17	0,81%
2003	153,67	1,60%	68,66	0,71%	81,35	0,82%
2004	182,59	1,68%	89,49	0,83%	94,51	0,84%
2005	198,15	1,70%	93,58	0,80%	111,88	0,94%
2006	218,18	1,75%	106,01	0,85%	128,13	1,01%

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/ Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Despesa Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Despesa Federal)

A execução do orçamento da saúde pelo governo federal é relativamente minoritário pela forte delegação da organização, prestação ou contratação de serviços que foi dada aos governos

subnacionais. Nenhuma das instâncias subnacionais, seja Estados ou Municípios, detém a posição de dominância na execução do orçamento público da saúde. A negociação sobre o montante do orçamento anual da saúde do governo federal destinado a Estados e Municípios específicos é realizada anualmente. Essa negociação sobre volume de recursos é condicionada por três fatores:

- a) Capacidade instalada de serviços de saúde no SUS (públicos e privados);
- b) População municipal para efeito das transferências do Piso da Atenção Básica (PAB);
- c) Aderência do Município a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O processo de descentralização da provisão da saúde foi construído por meio da convergência de agenda entre os governos nacional e subnacionais de nossa federação. Essa convergência de agenda tornou-se possível em função da delegação de elevado espaço de decisão para os níveis de governo subnacionais (Estados e Municípios).

Almeida observa que a Constituição de 1988 traduziu o anseio por descentralização compartilhado pelas forças democráticas predominantes. A federação foi redesenhada em benefício dos Estados e, sobretudo, dos Municípios, transformados em entes federativos “de fato” (Almeida, 2005).

A redefinição de competências e atribuições na esfera social foi parte de um processo de transformação de um modelo de federação centralizada para um tipo de federalismo que embora, em tese, assemelhado ao do tipo cooperativo implicou em sucessivos conflitos e na ausência de formas reais e consolidadas de articulação de ações e coordenação entre as três esferas de governo.

A transformação das funções exercidas pelo governo federal determinou a ocorrência e normatização de processos de importância muito significativa na realocação de competências e atribuições. Os estados e municípios tornaram-se responsáveis pela execução e gestão de políticas e programas definidos em nível federal (Almeida, 2005).

Um obstáculo a ser superado para se obter um padrão completo de descentralização cooperativa foi a participação dos entes subnacionais no financiamento, a despeito de diversas tentativas de criar mecanismos para superar tal obstáculo. França (2004) demonstra que esse obstáculo foi conjuntamente superado por dois mecanismos: 1) a estabilização da fonte de receita para financiamento para a saúde – principalmente pela promulgação da Contribuição Provisória pela Movimentação Financeira (CPMF); 2) vinculação das despesas entre os níveis federativos pela reforma da Constituição por emenda constitucional. Em relação ao primeiro, este autor demonstra que a partir de 1997 a CPMF tornou-se uma das principais fontes de financiamento as saúde pública.

A CENTRALIDADE DO MUNICÍPIO NA PROVISÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Existem fortes evidências de que a provisão direta de atenção à saúde passou a ocupar a centralidade da agenda pública municipal. O governo central brasileiro passou a implementar, por seu turno, fortes incentivos financeiros ao processo de descentralização da provisão pública de saúde delegando a quase totalidade execução orçamentária da saúde aos governos subnacionais – especialmente aos Municípios como demonstrado na Tabela IV.

Esta delegação foi feita através de uma inovação muito importante - já citada anteriormente no marco conceitual da pesquisa - nos mecanismos de transferência financeira entre os governos federativos: a introdução das “transferências fundo-a fundo” em lugar dos convênios e do pagamento direto pelo governo federal, às Secretarias Estaduais e Municipais. O mecanismo convenial e o pagamento direto, por definição determinavam que as SES e SMS fossem, na prática, reduzidas a uma condição assemelhada aos demais prestadores de serviço credenciados (contratados ou conveniados) pelo SUS (filantrópicos ou privados).

TABELA 7- DISTRIBUIÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SEGUNDO MECANISMOS UTILIZADOS - BRASIL - 1994-2003 - EM R\$ milhões

Mecanismos de Transferência	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Remuneração de Serviços (%)	5.158	5.563	5.275	5.857	5.087	5.439	3.603	3.603	3.928	4.082
	100,0	90,8	78,7	71,6	52,9	48,0	32,2	30,0	29,5	27,2
Transferências “fundo a fundo” (%)	0	567	1.429	2.327	4.534	5.903	7.597	8.422	9.366	10.664
	0,0	9,2	21,3	28,4	47,1	52,0	67,8	70,0	70,5	72,3
Total (%)	5.158	6.130	6.704	8.184	9.621	11.342	11.200	12.025	13.294	14.746
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS, 2009.

Lima (2006) identifica no processo de mudança nas transferências federais:

1. o desenvolvimento, ainda que tardio, de mecanismos de caráter automático por meio de transferências “fundo a fundo”;

2. os repasses globais, do tipo “*block grants*”, após a fase de transferências segundo nível da atenção à saúde, do tipo de serviço ou programa (tipo “*project grants*”)¹;
3. a exclusão de critérios e condicionantes de qualquer natureza - incluindo os político-partidários e de formato clientelista - para o recebimento e aplicação dos recursos;
4. a transferência para os governos subnacionais do volume de recursos e da gestão para a remuneração direta do MS por serviços prestados, em unidades privadas credenciadas ao SUS que passam a ser administrados pelos governos municipais, estaduais e Governo Distrital.

Lima chama atenção para o fato que os mecanismos de transferência “fundo a fundo” foram destacados equivocadamente nos estudos sobre a descentralização do SUS pelo fato de gerarem uma distribuição mais igualitária de recursos entre os municípios. Segundo a autora, a permanência de outras modalidades de repasse de recursos (aqueles repassados mediante a comprovação de serviços prestados) faz com que, no total, o gestor federal tenda a alocar maior volume de recursos para municípios com melhores condições de vida, de receita, de oferta e de produção de serviços de saúde.

No entanto, os estudos criticados pela autora demonstram que os mecanismos de transferências específicos criados a partir da NOB 01/96 contribuíram para a redução das desigualdades de recursos financeiros federais *per capita* entre regiões, estados e municípios. Nesse sentido, os estudos identificaram a importância dos mecanismos de financiamento da atenção básica, incluindo o PAB variável, particularmente o PACS/PSF e as mudanças nos tetos financeiros.

Na realidade, a maioria dos estudos da descentralização ressaltou certos aspectos redistributivos dos processos de transferência implantados SUS, especialmente a partir da NOB 01/96 e os processos de aprendizado e incentivo institucional. Os aspectos redistributivos são associados à substituição dos critérios de alocação de recursos federais para a saúde utilizando a capacidade produtiva dos governos subnacionais por critérios populacionais na repartição dos recursos da atenção básica. Ainda que o critério populacional, isoladamente, possa ser criticado e devam ser criados outros indicadores associados a este para aperfeiçoar a distribuição de recursos levando em conta simultaneamente capacidade instalada; porte do município; suas características

¹ Especialmente após o Pacto de Gestão.

socioeconômicas e situação de saúde, entre outros, essa mudança determinou no plano da atenção básica uma mudança expressiva a favor dos municípios menos aquinhoados pelo critério anterior.

Mais especificamente, essa substituição do critério de destinação de recursos gerou inovações importantes, como: 1) a alteração na a forma de alocação de recursos federais destinados à produção de serviços básicos de saúde, visando criar estímulos à coparticipação de estados e municípios, à ampliação da capacidade instalada e emprego de recursos humanos, particularmente em municípios mais carentes; e 2) a criação de estímulos específicos para reorientar a estrutura de oferta de serviços básicos visando a uma maior homogeneidade em nível nacional, com ênfase na proliferação de ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde (Melamed & Costa, 2003).

Esta política redistributiva e de incentivos gerou ganhadores e perdedores da política pública em comparação a desigualdade observada na alocação dos recursos federais para remuneração de serviços hospitalares e de média e alta complexidade (Ugá, 2003).

Entretanto, o julgamento normativo sobre a real amplitude de equidade alocativa gerada pela política redistributiva da atenção básica esteve fora das preocupações dos estudos em razão da baixa maturidade da política de fortalecimento da atenção básica no final da década de 1990.

Um ponto importante nesta análise diz respeito à compreensão da dinâmica das despesas locais sobre a possibilidade da equidade alocativa da descentralização do SUS. As transferências federais do SUS não favoreceriam maior igualdade nas receitas voltadas para o financiamento descentralizado do SUS por duas limitações adicionais: a) os mecanismos utilizados desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação da despesa a partir das receitas próprias das esferas subnacionais; b) o volume de recursos transferidos é insuficiente para superar as limitações orçamentárias das jurisdições menos desenvolvidas (Lima, 2006).

Nunes sugere que seja utilizada a receita própria per capita como uma *proxy* da capacidade relativa de financiamento do município para auxiliar as decisões de alocação de recursos

públicos federais do SUS (Nunes, 2003) A questão central deste autor é a existência da desigualdade geográfica entre as unidades federadas e entre municípios (Nunes, 2003).

Arretche e Marques (2002) sugerem que a capacidade econômica e de renda local, o esforço fiscal das esferas subnacionais e as diferenças nas demandas e custos dos serviços *interferem na capacidade* de financiamento descentralizado de políticas setoriais e na oferta de serviços, mas que não explicam de modo suficiente o nível de comprometimento das receitas disponíveis na saúde. Qual seria então o incentivo para o governo municipal ampliar as despesas com saúde além da capacidade fiscal do Município? Responder a esta questão está muito além do escopo deste trabalho e remete, de forma clara, a discussão histórico-conceitual realizada neste capítulo para a discussão mais ampla da compreensão com maior complexidade e profundidade da dinâmica própria do federalismo (Rodden, 2006).

É possível afirmar que no caso do setor saúde brasileiro, a descentralização produziu uma convergência transitória entre diretrizes normativas do governo central e as expectativas do Executivo local para a expansão da despesa municipal. Esta convergência foi resultado da significativa amplitude do espaço de decisão do governo municipal sobre a despesa com saúde na década de 2000. Esta expansão observada na despesa é limitada apenas pela Lei de Responsabilidade Fiscal ou pela fragilidade fiscal intrínseca do Município no período.

AS DESPESAS COM A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA BAIXADA FLUMINENSE

A convergência de agenda política explica a expressiva expansão da despesa pública – ou gasto público – nos Municípios da Baixada Fluminense no contexto da descentralização (2002-2009). Com a ampliação dos gastos públicos, o Executivo municipal ganhou um elevado poder discricionário sobre a destinação de despesas nas funções de saúde (Melamed & Costa, 2006).

A tabela 8 mostra que a maioria dos Municípios da Baixada Fluminense ampliou significativamente as despesas com saúde entre 2002 e 2009, quando analisadas na perspectiva do gasto próprio. A média proporcional do gasto próprio teve um crescimento importante de quase 5 pontos percentuais - de 17,4% para 22% - nos Municípios entre 2002 e 2009.

Tabela 8 – Participação % dos Gastos Próprios com Saúde de acordo com a Emenda Constitucional 29 nos Municípios da Baixada Fluminense em 2002 e 2009

MUNICÍPIOS	% Em 2002 (A)	% Em 2009 (B)	Variação % (B-A)
Belford Roxo	16,64	22,37	5,73
Duque de Caxias	17,56	21,68	4,12
Itaguaí	17,55	19,0	1,45
Japeri	32,27	38,4	6,13
Magé	16,26	22,38	6,12
Mesquita	13,07	19,71	6,64
Nilópolis	14,85	16,53	1,68
Nova Iguaçu	5,04	15,59	10,55
Paracambi	11,07	16,71	5,64
Queimados	13,51	27,41	13,9
São João de Meriti	27,32	17,2	-10,12
Seropédica	23,27	27,34	4,07
Média (N=12)	17,4	22,0	4,7

Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS, 2009.

Os dados dos Municípios de Itaguaí e Japeri revelam que ambos seguiram a tendência regional expansiva, apresentando uma elevação proporcional de 17,55 para 19,00 e 32,27 para 38,4, respectivamente. O Município de Japeri revela uma característica singular por força do elevadíssimo comprometimento dos recursos próprios com assistência à saúde já em 2002. Este comprometimento foi acentuado em 2009 quando o Município de Japeri comprometeu 38,4 dos recursos próprios com a função saúde. A variação percentual entre 2002 e 2009 observada no Município de Japeri foi também maior que a média regional observada. O mesmo ocorreu com os Municípios Belford Roxo, Magé, Mesquita, Nova Iguaçu, Paracambi e Queimados. O único Município que teve redução na despesa própria proporcional com a saúde foi São João de Meriti, que em 2002 gastava um percentual extremamente elevado (27,32%).

O comprometimento financeiro de Japeri não tem sido acompanhado por um aporte equivalente de recursos federais para o Município.

A tabela 9 mostra que o Município de Japeri, a despeito de realizar uma das menores despesas per capita regional, recebeu a menor transferência proporcional de recursos federais e estaduais. Chama atenção que a média regional de coparticipação do governo federal e estadual na despesa municipal regional com saúde é de 55%.

O Município de Japeri é um dos mais subfinanciados pelo governo federal e estadual na região da Baixada Fluminense. Em 2009, a coparticipação federal e estadual representou uma insignificante proporção de 28% dos gastos com saúde do Município de Japeri, bem abaixo da média regional. A maioria dos Municípios da Baixada Fluminense recebeu mais recursos de transferência per capita do que dispendeu de recursos próprios com saúde em 2009.

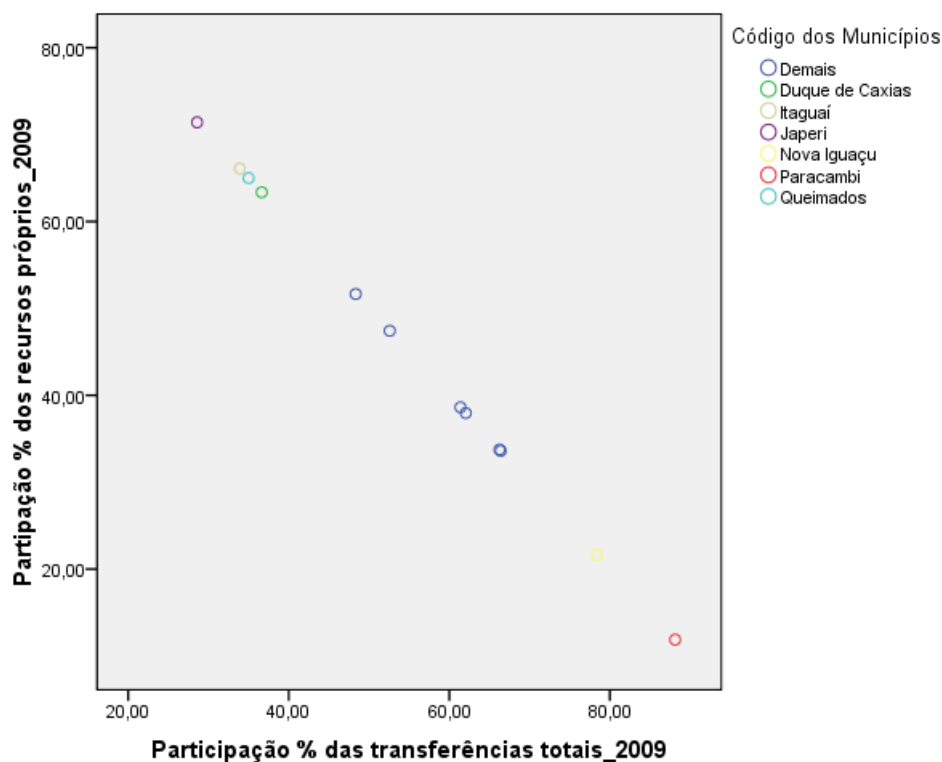
Tabela 9 – Despesa Própria Per Capita, Despesa De Transferência Per Capita, Total da Despesa Per Capita e Participação % dos Recursos Próprios e Transferências em 2009 (R\$ Corrente).

Municípios	Despesa Própria Per Capita Total em 2009 (R\$)	Despesa de Transferência Per Capita Total em 2009 (R\$)	Total da Despesa Per Capita com Saúde em 2009 (R\$)	Participação % dos Recursos Próprios na Despesa Total Per Capita em 2009 (%)	Participação % das Transferências Federal e Estadual na Despesa Total Per Capita em 2009 (%)
Belford Roxo	60,74	120	180,74	33,75	66,25
Duque de Caxias	216,53	125	341,53	63,37	36,63
Itaguaí	294,54	151	445,54	66,10	33,9
Japeri	131,23	52	183,23	71,42	28,58
Magé	85,49	95	180,49	47,42	52,58
Mesquita	49,68	81	130,68	37,95	62,05
Nilópolis	57,49	90	147,49	38,62	61,38
Nova Iguaçu	46,09	168	214,09	21,62	78,38
Paracambi	78,94	590	668,94	11,87	88,13
Queimados	85,94	46	131,94	65,00	35,0
São João de Meriti	50,99	102	152,99	33,60	66,4
Seropédica	132,21	124	256,21	51,66	48,34
Média (N=12)	106	146	180,74	45,0	55,0

Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS - 2009

O Gráfico A aponta a existência de 3 padrões de destinação de recursos de transferência federal e estadual para os Municípios da Baixada Fluminense em 2009.

Gráfico A – Distribuição dos Municípios da Baixada Fluminense Segundo o Padrão das Transferências Federal e Estadual para o SUS - 2009



Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS - 2009

No primeiro grupo estão os Municípios de Nova Iguaçu e Paracambi, que tiveram respectivamente 78% e 88% de participação do governo federal e estadual no que realizaram de despesa total com saúde em 2009. Com isso, destinaram proporcionalmente muito menos recursos próprios do que receberam de transferência pelo SUS.

No segundo grupo estão os Municípios de Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri e Queimados que comprometeram uma alta proporção dos recursos próprios com o financiamento da saúde e tiveram uma baixa coparticipação dos governos federal e estadual. Japeri e Queimados combinam as menores despesas per capita regional e as menores coparticipações das transferências federal e estadual.

Os demais Municípios apresentaram condições relativamente equilibradas na relação entre a participação dos recursos próprios e dos recursos de transferência do SUS no financiamento das despesas com saúde.

A tabela 10 demonstra, nesse sentido, que a coparticipação federal foi muito importante e, para alguns Municípios, decisiva no financiamento das despesas de saúde. As transferências federais contemplaram 91% do total das transferências observadas em 2009. A participação estadual foi residual neste total – apenas 9% – sendo representativa em poucos Municípios (Japeri, Queimados e Seropédica), porém não alterou a situação de baixa sustentabilidade do financiamento à saúde. Um número importante de Municípios teve zero ou quase zero de transferência estadual em 2009. O valor médio per capita das transferências estaduais foi de apenas R\$9,00 neste ano. O valor transferido pelo governo federal foi em média de R\$137,00 per capita (Tabela 10).

Tabela 10 – Participação da Transferência Federal e da Transferência Estadual nos Municípios da Baixada Fluminense em 2009 (R\$ corrente)

Municípios	Transferência Per Capita Federal com Saúde em 2009 (R\$)	Transferência Per Capita Estadual com Saúde em 2009 (R\$)	% da Transferência Federal no Total das Transferências 2009	% da Transferência Estadual no Total das Transferências 2009
Belford Roxo	115	5	96	4
Duque de Caxias	125	0	100	0,0
Itaguaí	151	0	100	0
Japeri	38	14	73	27
Magé	95	0	100	0,0
Mesquita	72	9	89	11
Nilópolis	85	5	94	6
Nova Iguaçu	168	0	100	0,0
Paracambi	572	18	97	3
Queimados	38	8	82	18
São João de Meriti	102	0	100	0,0
Seropédica	79	45	64	34
Média (N=12)	137	9	91	9

Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS - 2009

É importante assinalar que as despesas totais com saúde dos Municípios da Baixada Fluminense tiveram um crescimento menor que a inflação acumulada por influência da *elevadíssima redução na despesa real com saúde* observada nos Municípios de São João de Meriti e Paracambi entre 2002 e 2009. A tabela 11 mostra a ocorrência de um nítido processo de estabilização do financiamento para a saúde na Região em termos médios per capita, quando considerados os dados destes dois Municípios. A despesa **real** per capita teve ainda assim uma evolução a residual de -0,23, passando de R\$ 131,90 para R\$ 131,64 (em valores do Real em 2002).

A tabela 4, analisada sob o ponto de vista dos Municípios individualmente, mostra outra realidade: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Magé e Seropédica mantiveram as despesas bem acima da inflação do período. Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu e Queimados mantiveram também as suas despesas em crescimento acima da inflação do período, ainda que não tão expressivamente.

Tabela 10 - Despesa Per Capita nos Municípios da Baixada Fluminense em 2002 e 2009 (Em R\$ de 2002, deflacionados pelo IPCA em 12 meses).

Município	Despesa per capita em 2002 (A)	Despesa per capita em 2009 (valor nominal) (B)	Despesa per capita em 2009 (valor real) (C)	C-A
Belford Roxo	70,13	180,74	94,11	23,98
Duque de Caxias	127,60	341,53	177,83	50,23
Itaguaí	173,61	445,54	231,99	58,38
Japeri	93,67	183,23	95,41	1,74
Magé	61,08	180,49	93,98	32,90
Mesquita	64,42	130,68	68,05	3,63
Nilópolis	67,39	147,49	76,80	9,41
Nova Iguaçu	107,88	214,09	111,48	3,60
Paracambi	541,17	668,94	348,32	-192,85
Queimados	57,97	131,94	68,70	10,73
São João de Meriti	135,58	152,99	79,66	-55,92
Seropédica	81,94	256,21	133,41	51,47
Média	131,9	252,8	131,64	-0,23

Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS, 2009.

Quais as condições de sustentabilidade financeira dos Municípios da Baixada Fluminense para a expansão das despesas com saúde, diante do crescimento das despesas na maioria, observado entre 2002 e 2009? Estariam os Municípios alocando recursos na assistência à saúde acima ou abaixo das possibilidades fiscais? O parâmetro

para as despesas próprias com saúde da EC-29 está sendo excessivo, produzindo a medicalização dos orçamentos municipais?

Pereira e colegas (2006) propuseram um eficiente modelo para estimar as condições de sustentabilidade das despesas com saúde dos Municípios brasileiros. O modelo compara as despesas observadas em um ponto do tempo T1 com as despesas potenciais no mesmo ponto do tempo T1 a partir de variáveis fiscais. As equações propostas pelos autores são as seguintes:

Equação A:

$$DPSPC = (0,15 * RPPC) + (0,15 * TCPC) + TSUSPC$$

Onde:

DPSPC = Medida das despesas potenciais com saúde

RPPC: Receita própria *per capita*

TCPC: Transferências constitucionais *per capita*

TSUSPC: Transferência SUS *per capita*

Equação B:

$$MEGPC = (DPSPC - DAPC)$$

Onde:

MEGPC: Margem de expansão do *gasto per capita*

DPSPC: Despesa potencial em saúde *per capita*

DAPC: Despesa atual *per capita*

A tabela 11 resume os dados por Município da Baixada Fluminense depois de aplicadas as duas equações. A capacidade de expansão do gasto per capita com saúde é medida em 2009. Os dados são comentados a seguir.

Tabela 11 – Potencial De Expansão Despesa Com Saúde Nos Municípios Em 2009

Municípios	Despesa per capita realizada em 2009 (r\$(a)	Despesa potencial com saúde per capita em 2009 (r\$(b)	(a-b)	Margem de expansão do gasto per capita
Belford Roxo	180,74	132,6	+ 48,2	Não
Duque de Caxias	341,53	357,8	- 16,2	Sim
Itaguaí	445,54	443,5	+ 2,1	Não
Japeri	183,23	149,4	+ 33,8	Não
Magé	180,23	230,6	- 50,1	Sim
Mesquita	130,68	180,2	- 49,5	Sim
Nilópolis	147,49	144,8	+ 2,7	Não
Nova Iguaçu	214,09	207,3	+ 7,2	Não
Paracambi	668,94	498,4	+170,5	Não
Queimados	131,94	102,9	+29,0	Não
São João de Meriti	152,99	158,6	-5,6	Sim
Seropédica	256,21	216,7	+39,5	Não

Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS

Chama especialmente atenção, na tabela 11, que apenas 4 Municípios tenham feito despesas com saúde *abaixo* do potencial que a capacidade fiscal permitia em 2009: Duque de Caxias, Magé, Mesquita e São João de Meriti. Este último apresentou uma diferença pequena entre o valor efetivamente dispendido e o valor potencial do dispêndio com assistência à saúde. Os Municípios de Duque de Caxias, Magé e Mesquita detinham alguma margem de expansão das despesas com saúde considerando a capacidade fiscal em 2009. Os dois primeiros ampliaram, como já comentamos, significativamente as despesas com saúde entre 2002 e 2009. Eles detêm ainda alguma folga para aumento de despesas com saúde.

São de Meriti é um caso especial porque a redução nas despesas com saúde foi totalmente inexplicável diante da capacidade fiscal que detinha em 2009.

Os demais Municípios da Baixada Fluminense realizaram despesas acima da capacidade fiscal em 2009. Isto explica o crescimento nas despesas reais per capita entre os anos 2002 e 2009 com a função saúde. No grupo de Municípios com *maior diferença positiva* entre o valor dispendido per capita e o potencial de despesa per capita estão Belford Roxo, Japeri, Paracambi, Queimados e Seropédica. Os demais Municípios – Itaguaí, Nilópolis e Nova Iguaçu – apresentaram uma situação relativamente equilibrada na relação entre a despesa efetivada e o potencial de gasto em 2009.

O Município de Paracambi é o que comprometeu o orçamento com despesas com saúde expressivamente superiores a sua capacidade fiscal, embora seja também o Município com maior média per capita de despesas com assistência à saúde (R\$668,94 em 2009). A queda expressiva observada nas despesas per capita com saúde de Paracambi, comentada acima, pode ser explicada pelo ônus excessivo que a função saúde parece impor ao Município, apesar dos recursos financeiros importantes que o SUS transfere para o Município. A tabela 12 mostra que 41,55% da receita global do Município vêm das transferências do SUS. Mesmo realizando despesas acima da sua capacidade fiscal, Paracambi não teve sucesso em manter a despesa per capita crescendo acima da inflação entre 2002 e 2006. A despesa per capita municipal já é muito elevada.

Outro caso preocupante é Japeri, que tem alocado uma proporção de recurso próprio muito superior ao parâmetro observado na região, como já comentado. Japeri foi, ainda assim, o Município que menos recebeu recursos per capita de transferência do SUS e teve também a menor proporção de transferência SUS na receita global em 2009 (ver a tabela 10). Juntamente com o Município de Queimados, a participação das transferências do SUS na receita global do Município não chegou a 10%. Em 2009, foi de apenas 7,05%, como mostra a tabela 11.

Tabela 11 – Transferência Per Capita do SUS e Proporção dos Recursos SUS na Receita dos Municípios da Baixada Fluminense em 2009 (R\$ corrente)

Municípios	Percentual de transferência SUS na receita dos municípios
Belford Roxo	24,73
Duque de Caxias	15,02
Itaguaí	13,49
Japeri	7,05
Magé	12,8
Mesquita	14,64
Nilópolis	14,43
Nova Iguaçu	32,16
Paracambi	41,55
Queimados	7,33
São João de Meriti	26,31
Seropédica	13,33

Fonte: BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SIOPS

Resumo e Conclusões

Este trabalho comprova a importante assunção da responsabilidade da assistência à saúde pelos Municípios brasileiros. As mudanças constitucionais que vincularam parte da receita municipal às despesas com saúde através da EC_29 foram amplamente adotadas pelos governos locais.

O efeito dessa adoção tem se expressado no crescimento das despesas próprias com saúde ao longo da década de 2000. Esse compromisso institucional tem sido também observado nos Municípios da Baixada Fluminense. Eles ampliaram significativamente as despesas próprias com saúde entre 2002 e 2009. A média proporcional da despesa própria teve um crescimento da média regional de 17,4% em 2002 para 20,70% em 2009. Os dados dos Municípios de Itaguaí e Japeri revelam que ambos seguiram a

tendência regional expansiva, apresentando uma elevação proporcional de 17,55 para 19,00 e 32,27 para 38,4 respectivamente.

O Município de Japeri revela uma característica particularmente diferenciada neste item por força do elevadíssimo comprometimento dos recursos próprios com assistência à saúde, já observado em 2002. Este comprometimento foi ampliado em 2009, quando o Município de Japeri comprometeu 38,4 dos recursos próprios com a área. A variação percentual, entre 2002 e 2009, nas despesas próprias no Município de Japeri foi também maior que a média regional observada.

A média regional de transferência dos governos federal e estadual para a despesa regional com saúde é de 55%. A participação federal é decisiva nas despesas de saúde dos Municípios da Baixada Fluminense por meio da coparticipação realizada pelas transferências do SUS.

As transferências federais contemplaram 91% do total das transferências intergovernamentais em 2009. A participação estadual é residual – apenas 9% - sendo representativa em poucos Municípios: Japeri, Queimados e Seropédica, Essa representatividade não altera a situação de baixa sustentabilidade do financiamento à saúde destes Municípios. Um número importante de Municípios teve o valor zero ou quase zero de transferência estadual em 2009.

O estudo mostra que, acompanhando a expansão nos gastos próprios do Município, ocorreu um nítido processo de expansão do financiamento para a saúde na Baixada Fluminense em termos médios per capita na maioria dos Municípios. Isto significa que o setor saúde ampliou a capacidade de remunerar a força de trabalho e comprar serviços na região.

Uma possível explicação para esta ampliação no financiamento é que a maioria dos Municípios realizou despesas com saúde acima da capacidade fiscal que detinha em 2009. Chama especialmente atenção que apenas 4 Municípios fizeram despesas com saúde *abaixo* do potencial que a capacidade fiscal permitiria em 2009: Duque de Caxias, Magé, Mesquita e São João de Meriti.

Os demais Municípios da Baixada Fluminense gastaram com a função *acima* da capacidade fiscal observada em 2009. Isto explica o crescimento das despesas reais entre os anos 2002 e 2009 com o setor.

Os dados do financiamento da assistência à saúde na Baixada Fluminense mostram, por outro lado, que existia pouco espaço para a ampliação das despesas públicas com a função na região em 2009.

Caso esta condição permaneça, emerge a clara demanda políticas de incentivo diferenciadas que privilegiem os Municípios mais pobres e os fiscalmente insustentáveis.

Finalmente, os dados demonstram uma clara situação de assimetria na alocação dos recursos federais na Baixada Fluminense, agravada pela ausência do apoio estadual no financiamento da saúde em um grande número de Municípios.

Referências

- ALMEIDA, M.H.T., 2005. Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 24.
- ARRETCHE, M. & MARQUES, E., 2002. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégias de governo. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(3): 455-479.
- BUSS, P. M; TEMPORÃO, J.G & CARVALHEIRO. 2005. *Vacinas, Soros e Imunizações*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- FRANÇA, R. 2006. A Dinâmica A Dinâmica da Vinculação de Recursos para a Saúde no Brasil: 1995 a 2004. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública.
- PEREIRA, A. T. da S; CAMPELO, A. C. de F. de S; CORDEIRO, H; DAIN. S et. Alii. 2006. A Sustentabilidade Econômico-Financeira no PROESF em Municípios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3):607-620. Ana Tereza da Silva Pereira
- LIMA, L. D de. 2006. O Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MELAMED, Clarice e COSTA, Nilson do Rosário. 2003. Inovações no Financiamento Federal da Atenção Básica. *Ciência e Saúde coletiva*, vol. 8, No. 2
- NUNES, A. 2004. A Alocação Equitativa Inter-regional de Recursos Públicos do SUS: A Receita Própria do Município como Variável Moderadora. Brasília. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (Textos Técnicos).
- RODDEN, J A. 2006. Federalism In: *Handbook of Political Economy*, New York, Oxford University Press, pp. 357-372.
- UGÁ, M A et al. 2003. Descentralização e Alocação. *Revista de Ciência e Saúde Coletiva* 8 (12), pp. 417-437.

