

**FINANCIAMENTO E GASTO PÚBLICO EM SAÚDE:
O CASO DE UM ESTADO NO BRASIL**

Valéria Rodrigues Leite

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Departamento de Economia.

Área Temática: F) Setor Público

Palavras chaves: Financiamento. Saúde. Descentralização. Políticas Públicas. Sistema de informação.

FINANCIAMENTO E GASTO PÚBLICO EM SAÚDE: O CASO DE UM ESTADO NO BRASIL

RESUMO

O estudo possibilita uma reflexão teórica sobre a questão do federalismo, descentralização e suas repercussões no ordenamento do setor saúde. A investigação realiza uma análise dos recursos no Estado do Rio Grande do Norte, verificando a composição dos recursos, a participação dos entes federativos e a direção dos gastos em termos de finalidade. A amostra investigada foi constituída por 67 municípios representando 40% dos municípios estaduais. A metodologia está fundamentada na pesquisa quantitativa. Constatamos que os recursos são aplicados de uma forma desigual não superando as desigualdades regionais. Esse resultado indica que a descentralização *per se* não é suficiente.

INTRODUÇÃO

O processo de descentralização vem se tornando objeto de interesse crescente na produção científica brasileira. Os estudos sobre o tema tomam em geral como referência o debate sobre a descentralização político-administrativo e fiscal, ocorrido no Brasil nas últimas duas décadas. A temática do financiamento e o processo de descentralização da saúde no Brasil têm povoado a agenda de gestores, movimentos sociais e pesquisadores interessados na consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS. Diversos estudos^{1,2,3,4,5} têm tratado o tema "financiamento", identificando-o como um dos pontos de estrangulamento. Enquanto alguns ressaltam a importância dos mecanismos de transferências específicos criados nos anos 90^{6,7,8,9,10} outros são mais cautelosos ao exaltar os resultados alcançados.

No Brasil posterior a 1988, a maioria dos trabalhos focaliza o federalismo mais como sinônimo de descentralização, aliando-se ao que Gibson (2004) classificou como a escola do federalismo como descentralização, do que associando o federalismo a uma ordem política e constitucional com especificidades próprias¹¹.

O presente estudo se insere nesse debate, enfocando o processo de descentralização no Brasil e a política pública de saúde, especificamente o Sistema Único de Saúde-SUS. Supomos que esse processo é mais bem compreendido a partir da contextualização do federalismo brasileiro, que vem sendo marcado por acentuadas desigualdades políticas e econômicas e sob os imperativos da política de estabilização econômica, gera constrangimentos e desequilíbrios federativos não favorecendo a redistribuição de recursos a favor da equalização dos entes federativos.

Esse processo produziu modificações nas questões de financiamento e gestão dos entes federativos, apresentando algumas semelhanças com outros países tanto no marco legal quanto na organização dos serviços, uma vez que impõe a transferência a estados e municípios de responsabilidades até então exercidas pela esfera federal.

Essas mudanças, das ações no sistema brasileiro de proteção social, se fizeram nas várias áreas governamentais, mas apresentaram ritmos e resultados diferenciados. Na área da saúde, caracterizou-se por um movimento municipalizante e intensificou o conflito federativo na disputa por recursos, tanto na relação dos estados com os municípios como entre as municipalidades. No caso da municipalização da saúde ser entendida como mera transferência de recursos financeiros da União para os municípios, a preocupação estaria dirigida fundamentalmente, para normas administrativas e contábeis de repasse de verbas e de prestação de contas como, aliás, fora a tônica das discussões do ano de 1991 diante das portarias e instruções normativas do Ministério da Saúde ^{12,13,14,15}.

Esse processo teve seu início na década de 1980 com a desconcentração de ações e recursos através das Ações Integradas de Saúde-AIS e do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde- SUDS, aumentando as responsabilidades sanitárias por parte de estados e municípios, o qual ganhou contornos mais definitivos na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional subsequente, lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, normas e portarias regulamentadoras.

A despeito de representarem avanços conceituais importantes no sentido de institucionalizar o processo de descentralização, as transferências e os dispositivos legais vêm sendo regulados por sucessivas Normas Operacionais e, a partir de 2000, através da Emenda Constitucional nº 29.

Atualmente a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem, focalizando a prestação dos serviços na alta, média e baixa complexidade. Na última década foi marcada por uma expansão da atenção básica (baixa complexidade), tendo na estratégia de Saúde da Família o seu principal propulsor. Este processo se deu a partir da indução do governo federal e pequena participação dos governos estaduais, ocorrendo em paralelo, um caminho de mútuo fortalecimento, a reorganização (na

maioria dos municípios a implantação) da atenção básica e a ampliação das responsabilidades da gestão local do SUS.

Sendo assim, a implantação do SUS caminha para um novo momento sinalizando uma nova fase em que o diagnóstico do estado das artes, seja na composição dos recursos direcionados para a saúde, nos gastos públicos e na gestão, será imperativo para explorar as oportunidades abertas pela maior transparência. Uma adequada análise é necessária diante das sensíveis diferenças na divisão federativa e crucial para a sobrevivência dos entes federativos.

Essas constatações justificam a realização deste estudo que tem como objetivo analisar a composição e direção dos recursos da saúde, relativos à baixa complexidade, especificamente a atenção básica, no Estado do Rio Grande do Norte, no período de 2003 a 2005, evidenciando as transferências federais e as despesas com recursos próprios, per capita, dos recursos municipais.

MÉTODO

A análise quantitativa atende o propósito desse estudo considerando que pesquisa não tem como finalidade analisar os impactos da descentralização do SUS, relacionados às diferentes condições de gestão, nas receitas públicas municipais.

A amostra do estudo compreendeu 67 municípios, das sete (07) regiões administrativas do Estado do Rio Grande do Norte, o que representa 40 % do total dos municípios do estado. A definição da amostra esta relacionada com o resultado da pesquisa, realizada no SIOPS "*um sistema de coleta e processamento de dados sobre receitas totais e gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo*"⁶, onde foram selecionados apenas os municípios que enviaram os dados no período em análise.

A partir dos dados coletados, identificam-se as principais variáveis dependentes e independentes, mais significativas, que permitem uma análise estatística diante do valor dos recursos que foram direcionados para cada uma delas.

Sendo assim, as variáveis dependentes selecionadas foram: Despesa Total, Despesa com Recursos Próprios, Transferências SUS, Despesa com Atenção Básica. Essas variáveis permitiram a análise das transferências federais e municipais. O levantamento dos dados relativos aos recursos estaduais¹ apresentou insignificância não permitindo, portanto, a análise estatística.

As variáveis independentes categorizadas foram as 07 (sete) Regionais de Saúde do estado. As variáveis apresentam possibilidades distintas de obtenção e distribuição dos recursos, indicando o grau de autonomia que as esferas subnacionais de governo possuem.

Os dados, transformados em per capita, servem aos propósitos desta pesquisa na medida em que permitem a identificação da importância relativa das fontes. A vantagem desse procedimento consiste em não tratar a priori os municípios como um todo homogêneo, mas sim como unidades de análise.

O programa utilizado para a organização e processamento dos dados foi o *software* estatístico SPSS, versão 11.0. Realizou-se a avaliação das freqüências simples, das medidas de tendência central e dispersão, da presença de outliers (através da confecção de gráficos boxplot) e das curvas de distribuição das receitas per capita (por meio de histogramas), dos componentes individualizados e agregados das receitas e gastos no conjunto de municípios.

Após a realização do teste de normalidade, aplicado aos dados, detectou-se que as variáveis dependentes estudadas não apresentaram distribuição normal. Diante disto, os testes utilizados para a análise dos mesmos foram o Kruskal-Wallis para o cruzamento das regionais de saúde com as variáveis dependentes e Friedman para o cruzamento dos anos estudados com as variáveis dependentes.

¹ Levantamento realizado na Secretaria Estadual através do repasse de recursos por convênio geralmente considerados como investimento.

RESULTADOS

Verifica-se que as variáveis² analisadas apresentaram diferença estatisticamente significativa, revelando que não houve homogeneidade na aplicação dos recursos ocorrendo, portanto, diferenças nos recursos direcionados e aplicados nas regiões (Tabela 01).

A *Despesa Total*³ é composta pelos recursos próprios municipais, em maior proporção, e transferências federais (Tabela 01). Esses recursos apresentam uma tendência crescente nos anos analisados (Gráfico 01). Com relação à análise por região a sexta regional apresentou a maior mediana seguida da Terceira Regional. Enquanto que a Grande Natal apresentou o menor índice per capita.

Os resultados de *Despesa com Recursos Próprios*⁴ indicam a significativa contribuição dos municípios na composição dos recursos da despesa total (Tabela 01). A maior mediana regional apresenta-se na Sexta Regional, seguida da Terceira regional, porém com oscilações significativas (Gráfico 02) principalmente nessas duas regiões.

Com relação às *Transferências SUS*, os resultados refletem a expressiva participação dos recursos federais na composição dos recursos da saúde, porém em menor proporção comparados a *Despesa com Recursos Próprios* (Tabela 01). A região que apresentou maior mediana foi a Grande Natal, seguida da Sexta Regional. O menor índice apresentado foi o da Segunda Regional.

Os resultados da *Despesa com Atenção Básica* indicam um expressivo direcionamento de recursos para essas despesas, porém observa-se que ocorreram oscilações significativas (Gráfico 03) na aplicação desses recursos nas regiões. A Quinta Regional apresentou o maior índice per capita, enquanto que a Sexta Regional

² Despesa Total per capita, transferências SUS per capita, Despesa com Atenção Básica per capita, Despesa com Recursos Próprios.

³ Despesa Total- Somatório das Transferências SUS mais Despesas com Recursos Próprios.

⁴ Recursos Municipais

apresentou o menor. A Quarta Regional seguida da Grande Natal, também apresentaram uma aplicação expressiva na Atenção Básica.

A Região da Grande Natal merece destaque uma vez que abrange a capital do estado⁵. A Despesa Total (Tabela 01) apresenta o índice mais baixo de todas as regiões, porém recebe um volume significativo de Transferências SUS, o maior valor per capita regional, e por outro lado as Despesas com Recursos Próprios a mais baixa das regiões. Esse resultado mostra que a região tem como maior fonte de recursos, para aplicação, as Transferências SUS e apresentam uma baixa participação com relação às Despesas com Recursos Próprios comparada às demais regiões. Por outro lado no direcionamento dos recursos apresentou a segunda maior mediana na despesa com atenção básica (Gráfico 03).

Verifica-se que vem ocorrendo um incremento dos recursos, em todas as variáveis analisadas (Tabela 02). Esse resultado está de acordo com o que preconiza a legislação, que propõe um incremento de recursos na área da saúde, especificamente na atenção básica.

DISCUSSÃO

Constatamos o volume de recursos próprios e de transferências que, compõe os recursos da saúde e, remetem a uma teia de relações e interdependência fiscal e orçamentária envolvendo os níveis de governo, porém de uma forma desigual, não superando as desigualdades entre as regiões.

Na composição da Despesa Total dos municípios no estado do Rio Grande do Norte, os recursos próprios municipais⁶ compõem, em maior proporção, juntamente com as transferências federal o volume de recursos disponíveis para o setor. Os recursos estaduais apresentaram insignificância para a análise. Esse resultado caracteriza um movimento municipalizante indicando que o atual modelo de descentralização se encontra em fase de conformação e acomodação.

⁵ Natal.

⁶ Provavelmente em cumprimento a Emenda Constitucional 29.

Com relação ao direcionamento dos recursos constatamos que a sua aplicação prioriza a Atenção Básica, atendendo as proposta do governo federal, porém com oscilações entre as regiões. É importante observar que algumas regiões (Sexta e Terceira), no estado, embora tenham um expressivo recebimento de recursos, o direcionamento para a Despesa com Atenção Básica apresentou o índice per capita baixo comparado às demais regiões. Não existe, portanto correlação entre o volume de despesa total com os recursos direcionados. Como essas regiões estão localizadas mais afastadas da capital provavelmente necessitam de uma maior aplicação de recursos, na Atenção Básica especificamente, e não é o que ocorre prejudicando provavelmente os serviços e a implantação do SUS.

Esses resultados provavelmente atuam como obstáculo na consolidação do Sistema Único de Saúde e, sem dúvida, tem impacto no processo de implementação da descentralização da assistência da saúde no estado.

Dessa forma conclui-se que a descentralização *per se* não é suficiente para a concretização do SUS. É necessária uma atenção especial para a gestão desses recursos, e o processo de planejamento, tratando com cuidado a multiplicidade e diversidade de realidades estaduais, municipais e regionais, para favorecer o surgimento de alternativas locais criativas e flexíveis para o melhor enfrentamento das necessidades da área.

Os resultados refletem a descentralização¹⁷, no Brasil, que não conseguiu definir uma estrutura de relações federativas em condições de atender a elevada heterogeneidade socioeconômica e permitir o resgate social de parcela elevada da população. As relações intergovernamentais devem ser redesenhadas, ainda que isto signifique mais complexidade para se buscar novos arranjos institucionais¹⁸.

Independente dos mecanismos e critérios utilizados para o repasse de recursos financeiros, estes devem ser orientados para a busca da igualdade no total de gastos públicos *per capita* em saúde, como somatório dos gastos da União, estados e

municípios. Desta forma, poderiam ser compensadas as diferenças na capacidade de financiamento em saúde dos estados e municípios e respeitados no país¹⁹.

Para se alcançar mudanças mais consistentes nos recursos de investimentos para equilibrar a oferta de serviços existentes; é necessária a alocação de recursos adicionais de custeio que contemplem diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e condições socio sanitárias e estejam orientadas para as maiores “necessidades de saúde” e a maior participação dos estados na correção dos desequilíbrios nos tetos vigentes ^{20,21}.

Vale ressaltar a proposta de desenvolver uma dinâmica de direção que potencialize os recursos direcionados para a saúde fortalecendo as propostas da descentralização e conseqüentemente a gestão do sistema. A publicação dos resultados da investigação pretende contribuir com a discussão sobre os mecanismos de alocação de recursos e com a formulação da política de saúde, planejamento e gestão, no âmbito estadual e municipal, embasadas nas análises realizadas.

REFERÊNCIAS

- 1- Cordeiro H. Controvérsias no financiamento do SUS. *Saúde Deb.* 1991;(31):19-24.
- 2- Jaeger ML, Oliveira JRM, CarvalhoG, Leão E. Financiamento do SUS: quem paga a conta e quem se apropria dos recursos. *Radis Tema.* 1991;12:20-22.
- 3- Levcovitz E, Yamamoto EK, Silva LAD. Notas sobre a crise de financiamento do setor público no âmbito do SUDS. *Saúde Deb.* 1989;(27):12-17.
- 4- Médici AC. Cenários governamentais para as finanças de saúde no período 1990-1994. *Saúde Déb.* 1990;(30):9-14.
- 5- Silva PLB, Médici AC. Considerações sobre o gasto em saúde no Brasil: dilema até o final do século. *Cad Saúde Pública.* 1988;1:88-105.
- 6- Costa NR, Pinto LF. Piso de atenção básica: mudanças na estrutura. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. *O SUS em dez anos de desafios.* São Paulo: Sobravime/CEALAG; 2002. p. 271-297.
- 7- Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à atenção básica. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2003; 8(2):393-401.
- 8- Marques RM, Mendes A. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciêns Saúde Coletiva.* 2003;8(2):403-415.
- 9- Souza RR. Redução das Desigualdades Regionais na Alocação dos Recursos Federais para a Saúde. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2003;8(2):449-460.
- 10 -Souza RR. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. *O SUS em dez anos de desafios.* São Paulo: Sobravime/CEALAG; 2002. p. 411-437.

11-Souza C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. Rev Sociol Polít. 2005 jun;24:105-121.

12- Cordoni JRL, Bertone AA. Reflexão sobre os novos mecanismos de pagamento do INAMPS. Saúde Deb. 1991;(31):9-10.

13- Médici AE. Novas regras para o financiamento do setor saúde em 1991. Saúde Deb. 1991;(31):25.

14- Santos LA. Ilegalidade das normas baixadas pelo INAMPS de financiamento do SUS para 1991: contribuição para sua mudança. Saúde Deb. 1990;(31):14-18.

15- Santos NR. As reformas federais e a descentralização da gestão, controle e avaliação. Saúde Deb. 1991;(31):11-14.

16- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Afinal, o que é o SIOPS? [serial online] [citado 2006 mar 25]. Disponível em:[http:// siops.datasus.gov.br](http://siops.datasus.gov.br).

17- Lopreato FLC. Federalismo e finanças estaduais: algumas reflexões. Campinas, SP : IE/Unicamp; 2000. [Texto para discussão, nº 9].

19-Afonso JRR. Novos desafios à descentralização fiscal no Brasil: As políticas sociais e as transferências de renda. 2006[serial online][citado 25 mar. 2006]. Disponível em:
http://www.iets.org.br/biblioteca/Novos_desafios_a_descentralizacao_fiscal_no_Brasil.pdf.

20- Mattos RA, Costa NR. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. Trab Educ Saúde 2003;1(2):315-333.

21- Porto S, Santos IS, Úga MAD. A Utilização de Serviços de Saúde por Sistema de Financiamento. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(4):895-910.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis por regionais de saúde.

Variáveis Dependentes	Regionais de Saúde	Mediana	Q25-Q75	Média dos Postos	Kruskal Wallis	P
Despesa total per capita	Primeira Regional	145,63	109,06-182,55	78,60	43,14	<0.001*
	Segunda regional	183,87	110,41-214,46	95,70		
	Terceira Regional	193,47	149,62-248,14	119,17		
	Quarta regional	134,12	105,27-169,59	71,33		
	Quinta regional	178,17	129,90-230,59	107,92		
	Sexta regional	221,64	158,40-270,95	138,61		
	Grande Natal	131,42	108,95-158,44	68,20		
Transferência SUS per capita	Primeira Regional	58,65	40,52-81,43	87,00	21,60	0.001*
	Segunda regional	45,84	36,04-74,91	70,37		
	Terceira Regional	67,21	52,36-76,70	103,17		
	Quarta regional	60,43	47,26-78,97	95,40		
	Quinta regional	60,18	46,57-73,98	92,17		
	Sexta regional	74,63	55,33-88,32	122,53		
	Grande Natal	76,35	62,99-87,98	132,53		

Despesa com atenção Básica per capita	Primeira Regional	80,36	45,59-138,33	100,87	45,93	<0.001*
	Segunda regional	98,49	37,20-154,91	107,23		
	Terceira Regional	79,13	23,76-116,67	85,50		
	Quarta regional	121,14	58,08-145,35	117,81		
	Quinta regional	167,57	99,09-214,04	145,08		
	Sexta regional	45,76	16,96-72,41	60,45		
	Grande Natal	121,72	96,98-133,93	120,80		
Despesa com recursos próprios per capita	Primeira Regional	92,90	61,50-104,65	94,07	46,72	<0.001*
	Segunda regional	109,30	64,24-148,40	107,73		
	Terceira Regional	124,83	92,35-172,81	123,89		
	Quarta regional	73,52	51,48-88,26	70,19		
	Quinta regional	112,05	73,98-161,01	113,71		
	Sexta regional	147,09	83,12-193,80	131,14		
	Grande Natal	64,48	40,09-72,47	42,80		

* diferença estatisticamente significativa

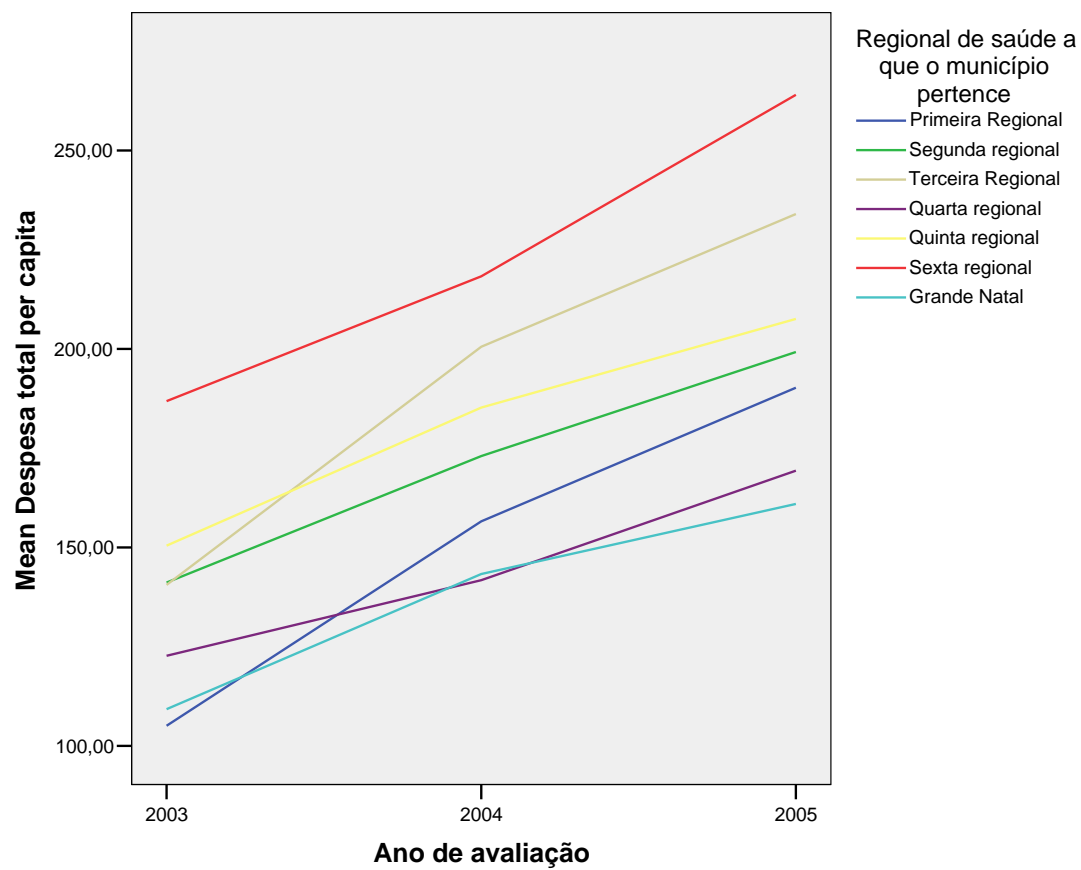


Gráfico 1. Média da despesa total per capita segundo os anos de avaliação e regionais de saúde. Natal/RN, 2007.

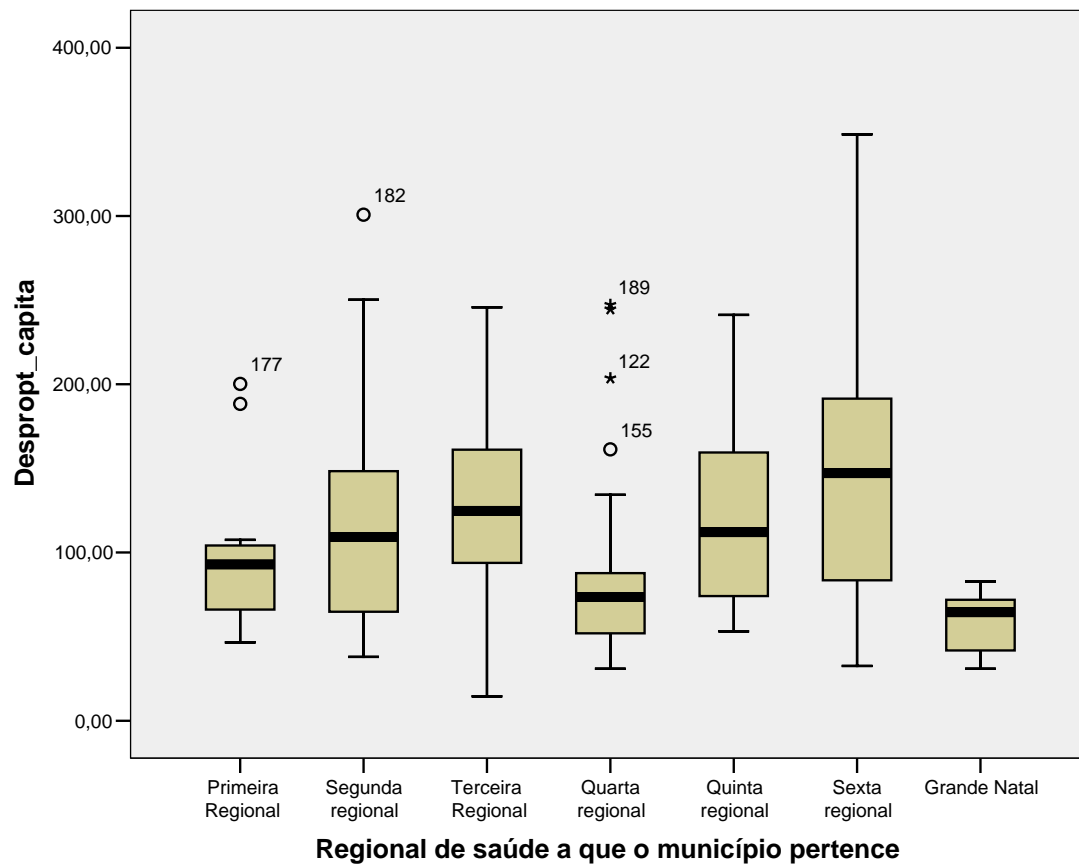


Gráfico 2- Despesa com recursos próprios municipais per capita segundo as regionais de saúde. Natal/RN, 2007.

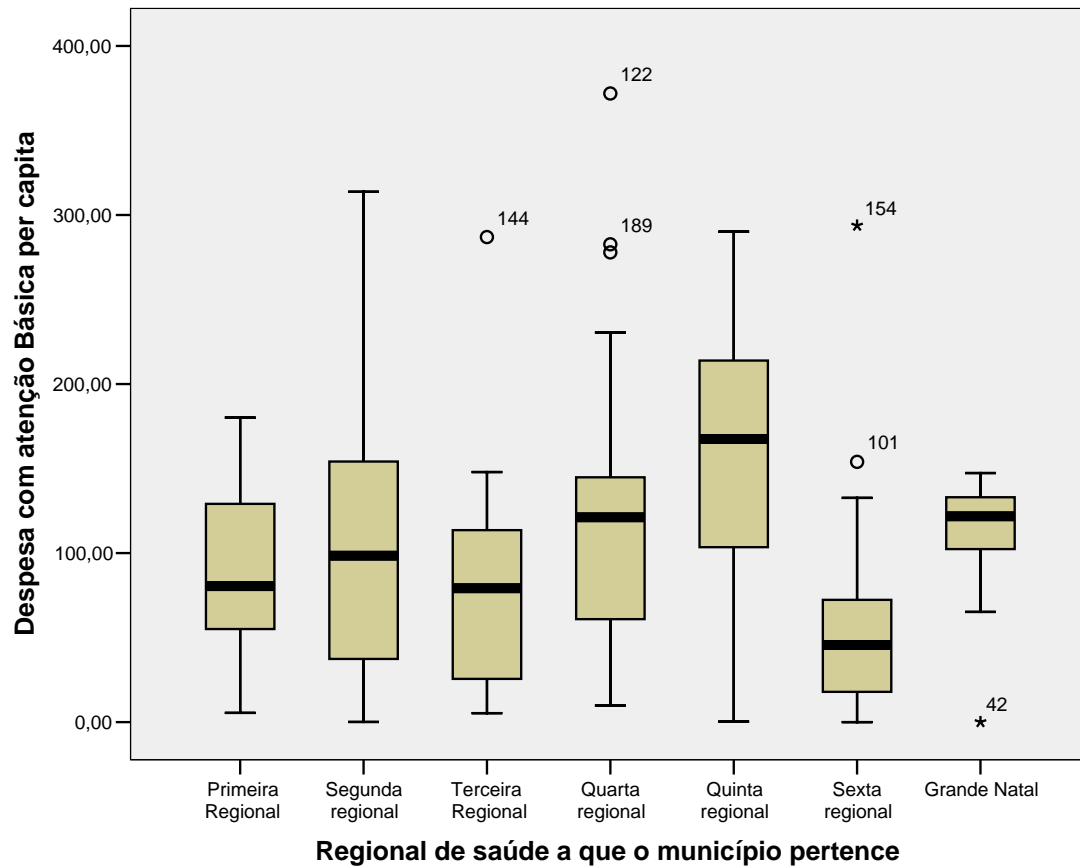


Gráfico 3. Despesa com atenção básica per capita segundo as regionais de saúde. Natal/RN, 2007.

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis por ano. Natal/RN, 2007.

Variável Dependente	Anos	Mediana	Q25-Q75	Média dos postos	Friedman	P
Despesa total per capita	2003	128,88	103,14-184,43	1,12	105,70	<0.001*
	2004	160,89	127,71-223,7	1,99		
	2005	194,72	158,40-51,49	2,90		
Transferência SUS per capita	2003	45,97	39,22-54,21	1,13	100,41	<0.001*
	2004	63,00	50,70-76,78	2,00		
	2005	79,12	69,25-87,99	2,87		
Despesa com atenção Básica per capita	2003	65,24	22,62-113,51	1,34	63,52	<0.001*
	2004	89,76	45,59-132,12	1,94		
	2005	131,26	72,29-160,95	2,72		
Despesa com recursos próprios per capita	2003	71,61	54,03-124,44	1,22	79,19	<0.001*
	2004	92,91	64,81-161,13	2,01		
	2005	104,41	78,34-167,46	2,76		

* diferença estatisticamente significante