

## O PAPEL E AS CONSEQUÊNCIAS DOS INCENTIVOS FEDERAIS COMO ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

*Áquilas Mendes<sup>1</sup>*  
*Rosa Maria Marques<sup>2</sup>*

### RESUMO

Este artigo apresenta os resultados de seis estudos de casos organizados pela Organização Pan-Americana de Saúde, através do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil, com o intuito de verificar a reação da gestão municipal, sob diferentes formas de adesão ao SUS, aos incentivos do PAB – variável e às transferências federais destinadas, entre outras, às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Sintetizando os principais resultados obtidos na pesquisa, o artigo discute, para os municípios estudados, se o PAB variável induziu a política de saúde local, impedindo que o município alocasse os recursos próprios e transferidos segundo as necessidades expressas em seu planejamento. Além disso, é enfatizado se há diferenças de impacto sobre a gestão quando o município é de gestão Plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema Municipal. É discutida, ainda, a consequência das transferências sob a forma de campanhas, tais como a de combate ao câncer de colo uterino, cirurgia de catarata, entre outras, e de ações estratégicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** financiamento da saúde; transferências federais; gasto municipal com saúde; gestão e planejamento da política de saúde local.

### Introdução

Nos anos 90, o avanço do processo de municipalização, a universalização da Atenção Básica e o estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde foram prioridades-chave da política desenvolvida pelo Ministério da Saúde<sup>3</sup>. De um lado, perseguindo uma reforma mais ampla do financiamento do setor saúde, o governo federal promoveu o aumento de recursos financeiros para a Atenção Básica, priorizando a realização das transferências a municípios através de incentivos financeiros, particularmente do Piso de Atenção Básica variável. De outro lado, expandiu as transferências Fundo a Fundo para a Média e Alta Complexidade e as transferências relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

A implantação dessa política, a despeito de apresentar resultados positivos ou não, despertou uma série de indagações, tais como: Os incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos, poderiam estar restringindo a autonomia do município na alocação dos recursos transferidos a seu Fundo? A constante utilização de campanhas a partir de 1998 e o estímulo a que os municípios incorporem programas que lhe acrescentam receita financeira são elementos que

---

<sup>1</sup> professor da Faculdade de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal – Cepam/SP.

<sup>2</sup> Professora titular do Departamento de Economia da PUC/SP.

<sup>3</sup> Ver Sousa (2000).

<sup>4</sup> Para o conhecimento da despesa do Ministério da Saúde realizada sob as formas de pagamentos direto aos prestadores de serviços e de transferências aos estados e municípios habilitados no SUS, no período entre 1997 e 2001, ver Marques & Mendes (2002) e Piola & Biasoto (2001).

reforçam o poder do governo federal na formulação da política de saúde e dificultam a realização de um planejamento autônomo por parte dos municípios?

Na busca de elementos que esclarecessem essas questões, a Organização Pan-americana de Saúde, através do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil, teve a iniciativa de promover a realização de seis estudos de caso junto a municípios de diferentes formas de gestão. Os resultados obtidos nessa pesquisa são aqui apresentados. Para escolha dos municípios foram considerados os seguintes aspectos: as diferentes formas de habilitação ao SUS; o porte populacional; o nível da arrecadação *per capita* municipal; os recursos próprios utilizados na área da saúde (Emenda Constitucional 29); e a experiência do município no tocante à gestão descentralizada do SUS (medida em anos de adesão - gestão semiplena pela NOB 93 e plena do sistema pela NOB 96). Além de municípios do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, estados onde o Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil opera, foram incluídos municípios do estado de São Paulo.

Este artigo está dividido em cinco partes. A primeira é dedicada ao envolvimento dos municípios estudos de caso no gasto com saúde e a segunda ao comportamento das transferências federais para os municípios. A terceira apresenta o desempenho do gasto em saúde realizado pelos municípios por categoria econômica, bem como sua destinação através da alocação dos recursos executados em nível de subprogramas, projetos e atividades. A quarta parte trata dos principais programas / ações contemplados nos instrumentos de Gestão e Planejamento da Política de Saúde dos Municípios, apontando em que medida eles encontram relação com os recursos federais transferidos aos municípios. A quinta e última parte reúne a opinião dos secretários municipais de saúde e dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde sobre diferentes aspectos do papel das transferências federais na condução da política local de saúde.

### **Nota Metodológica**

Os municípios pesquisados no estado de São Paulo foram Assis, Jacareí e Ipaussu; no estado do Rio de Janeiro a escolha recaiu sobre Resende e Natividade; e no estado do Rio Grande do Sul, em Lindolfo Collor. Na fase de escolha dos municípios, também foi incluído Caxias do Sul, do Rio Grande do Sul. Contudo, por motivos alheios à pesquisa, não foi possível contar com suas informações.

A eleição dos critérios de escolha acima mencionados permitiu que a pesquisa do impacto do PAB variável e das transferências (definidas anteriormente) fosse realizada em municípios com diferentes realidades. Os municípios de maior porte, com mais de 100.000 habitantes, estão representados por Resende e Jacareí, todos eles em gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB 96. Em relação à NOB 93, o primeiro estava na condição de Semiplena e Jacareí em gestão Parcial. São municípios de pequeno porte, com menos de 20.000 habitantes, Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor. Atualmente esses municípios estão em gestão Plena da Atenção Básica; segundo a NOB 93, Natividade estava em gestão Parcial e Ipaussu em gestão Incipiente. Lindolfo Collor não estava habilitado ao SUS antes da NOB 96.

O Quadro 1 apresenta a população; as condições de gestão do SUS - conforme a NOB-01/93 e NOB-96 -; a Receita Própria *per capita*, assim definida em função da Emenda Constitucional 29; e o percentual da receita própria gasta em saúde para os municípios estudados. O Quadro 2 apresenta a organização do setor de saúde nesses municípios.

### Quadro 1 – Caracterização Geral dos Municípios

| Estado                   | Municípios      | População<br>2000 | Condição de Gestão |            | Receita Própria conf.<br>EC 29 per capita<br>2000 (*) | % Receita Própria<br>Aplicada em Saúde<br>2000 (**) |
|--------------------------|-----------------|-------------------|--------------------|------------|---|---|
|                          |                 |                   | NOB/96             | NOB/93     |   |   |
| <b>Rio de Janeiro</b>    | Natividade      | 15.125            | P. Básica          | Parcial    | R\$ 546,78  | 7,97  |
|                          | Resende         | 104.549           | P. Sistema         | Semiplena  | R\$ 497,51  | 18,82   |
| <b>São Paulo</b>         | Assis           | 87.251            | P. Sistema         | Semiplena  | R\$ 379,74  | 16,99   |
|                          | Jacareí         | 191.291           | P. Sistema         | Parcial    | R\$ 614,02  | 22,70   |
|                          | Ipaussu         | 12.553            | P. Básica          | Incipiente | R\$ 509,56  | 16,26   |
| <b>Rio Grande do Sul</b> | Lindolfo Collor | 4.414             | P.Básica           | -          | R\$ 665,99  | 6,48  |

Fonte: Para População IBGE e para demais SIOPS/DATASUS/MS

( \* ) Receita de impostos (IPTU, ISS, ITBI), mais Transferências Constitucionais conforme a EC 29.

(\*\*) Despesa própria com Saúde / Receita própria conforme a EC 29

**Quadro 2 – SUS: Estrutura da oferta por tipo de serviço e segundo a modalidade de gestão local em seis municípios selecionados - 2001**

| UNIDADES DE SAÚDE                  | Gestão Plena Básica                      |         |                 | Gestão Plena Sistema                    |                       |                  |
|------------------------------------|--|---------|-----------------|---|-----------------------|------------------|
|                                    | Natividade                               | Ipaussu | Lindolfo Collor | Resende                                 | Assis                 | Jacareí          |
| <b>Rede Básica e especializada</b> |  |         |                 |   |                       |                  |
| Unidades Básicas de Saúde.         | 1<br>(Média Complexidade.)               | 1       | 1               | 10                                      | 7                     | 11               |
| Unidades de Saúde da Família       | 4  | -       | -               | 8                                       | 10                    |                  |
| Centro de Saúde                    | 1  | 1       | -               | -                                       | -                     | -                |
| Unidade Mixta                      | -  | -       | -               | 1                                       |                       | 1                |
| Unidades de Especialidades         | -  | -       | -               | 2                                       | 1                     | 1                |
| Pronto Socorro                     | -  | -       | -               | -                                       | 1                     | 1                |
| Centros Especializados             | -  | -       | -               | 4<br>(Psico;Reabil;<br>Adolesc. Mulher) | 1<br>(Psico-Social)   | 1<br>(Adolesc.)  |
| Outras Unidades                    | 2<br>(Unid. Amb.filantr.<br>e Unid.Apae) | -       | -               | 6                                       | 1                     | 4                |
| <b>Sist.Apoio Diag.e Terap.</b>    |  |         |                 |   |                       |                  |
| Labor.Análises Clínicas            | 1  | -       | -               | 1<br>(municipal)                        | 7<br>(filant/lucrat.) | 1<br>(municipal) |
| <b>Rede Hospitalar</b>             |  |         |                 |   |                       |                  |
| <i>Hospital</i>                    | -  | -       | -               | <b>3</b>                                | <b>3</b>              | <b>3</b>         |
| .Municipal                         | -  | -       | -               | 1<br>nd                                 | -                     | -                |
| .Filantrópico                      | -  | 1       | -               | 1<br>91 leitos                          | 1<br>87 leitos        | 1<br>156 leitos  |
| .Lucrativo                         | -  | -       | -               | 1<br>42 leitos                          | 1<br>10 leitos        | 2<br>118 leitos  |
| .Estadual                          | -  | -       | -               | -                                       | 1<br>123 leitos       | -                |

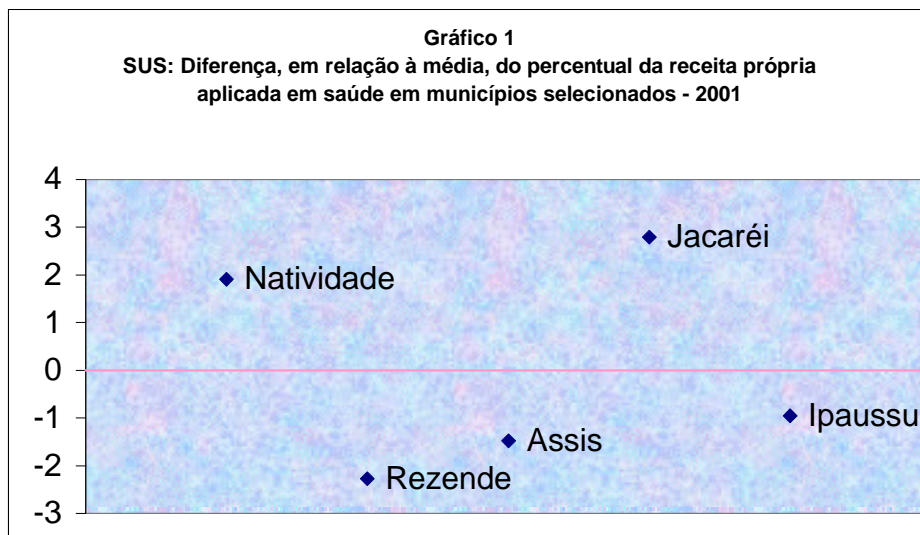
Fonte: Planos e Relatórios de Gestão Municipais

O período analisado foi 1998/2001, uma vez que a implantação dos diferentes incentivos ocorreu nesses anos. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: a análise documental e o questionário auto-aplicável. O primeiro é integrado por: extratos das contas municipais das transferências federais para o Fundo Municipal de Saúde; mecanismos de planejamento e gestão da política de saúde preconizados pelo SUS, tais como a Agenda Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão; Balanços Gerais Municipais e o banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS para a análise das despesas executadas em saúde. Os questionários auto-aplicáveis foram dirigidos aos secretários municipais de saúde e aos gestores do Fundo Municipal de Saúde (quando existentes).

## 1. O envolvimento dos municípios no gasto com saúde

Nos anos 90, o comprometimento dos municípios com a implementação do SUS resultou que, entre 1994 e 2000, o gasto público total *per capita* passasse de R\$ 230,29 para R\$ 238,17 (valores corrigidos pelo IGP-DI de dezembro de 2001), ampliando a participação dos municípios nesse gasto de 17,2% para 24,3%<sup>5</sup>.

Esse mesmo tipo de comprometimento foi observado com relação aos municípios estudos de casos. Contudo, a pesquisa revelou que entre esses municípios não há correlação entre o grau de comprometimento com o gasto com saúde e a forma de habilitação ao SUS. No ano de 2001, por exemplo, Natividade, município em gestão plena da Atenção Básica, superou em quase 2 pontos percentuais o percentual médio de aplicação da receita própria para os 6 municípios analisados (19,75%). Já Resende e Assis, em gestão Plena do Sistema Municipal, aplicaram abaixo da média em 2,27% e 1,48%, respectivamente (Gráfico 1).



Fonte: Balanços Municipais. Obs: Elaboração própria.

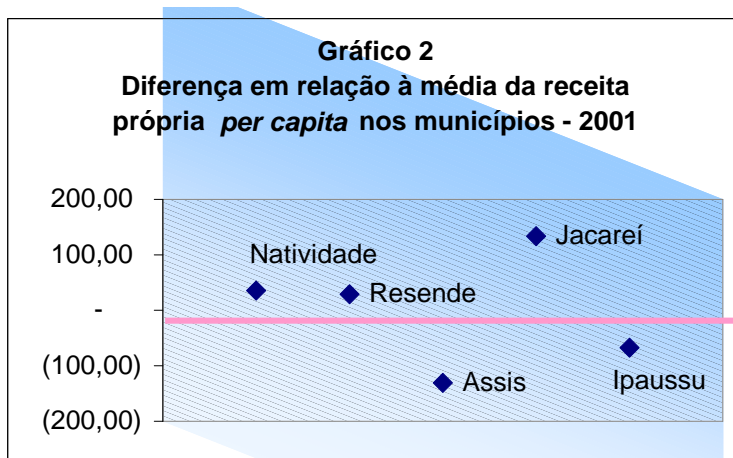
A idéia geralmente difundida de que municípios em gestão mais avançada acabam por comprometer maior volume de seus recursos próprios em saúde somente se confirmou em Jacaréi (2,79% acima da média em 2001) e em Ipaussu, pelo seu reverso, que aplicou 0,95% abaixo da média no mesmo ano. No caso de Lindolfo Collor, que não forneceu dados de 2001, para os demais anos registrou, tal como Ipaussu, comprometimento abaixo da média.

No tocante ao parâmetro mínimo de gasto em saúde definido pela Emenda Constitucional 29 (15%), chama atenção que, em 2000, apenas Natividade e Lindolfo Collor não alocavam os recursos na proporção definida<sup>6</sup>. Lindolfo Collor, para esse ano, alocou em saúde percentual inferior a 7%. Em 2001, no entanto, tanto esse município como Natividade, superaram de longe o limite mínimo.

<sup>5</sup> Informações obtidas em Marques & Mendes (2001); e para o ano de 2000, os dados foram extraídos de Faveret *et al.* (2001), com base no SIOPS.

<sup>6</sup> Pela Emenda Constitucional 29 os municípios devem aplicar em ações e serviços de saúde o mínimo de 15% da receita de impostos, nelas compreendidas as transferências, estando sujeitos, portanto, a comprometerem no ano de 2000 um mínimo de 7% e ampliarem esse percentual em 20%, no mínimo, a cada ano, até atingirem os 15% em 2004.

Em termos da receita própria<sup>7</sup> *per capita*, assim definida pela EC 29, a mesma dispersão foi verificada em relação à média dos municípios, com exceção de Resende, que ficou acima da média. A dispersão desse indicador pode ser melhor apreendida no Gráfico 2.



Fonte: Balanços Municipais. Obs: Elaboração própria.

## 2. As transferências federais para os municípios

Entre 1998 e 2001, as transferências federais para a Atenção Básica em todos municípios foram significativas, mesmo para os municípios em gestão Plena do Sistema Municipal. Em Resende, esses recursos nunca foram inferiores a 24%; em Assis, a 18% e em Jacareí, a 21%. Para se ter uma idéia do comportamento do crescimento dessas transferências federais, destacam-se três movimentos: 1) elevação expressiva de 402,0% em Natividade; 2) aumento médio em torno de 20%, sendo 26,9% em Jacareí e 20,3% em Resende; 3) crescimento modesto de 7,6% em Ipaussu e 2,2% em Assis. O município de Lindolfo Collor começou a receber recursos apenas a partir de 2000. Mesmo assim, registrou, entre 2000 e 2001, aumento de 6%, o que o coloca no terceiro tipo de crescimento.

Nos municípios de gestão Plena da Atenção Básica, as transferências federais destinadas para o PAB-fixo apresentaram queda quando se compara a situação de 2001 àquela de 1998. Surpreende que em Natividade o movimento de decréscimo tenha sido contínuo ao longo de todo o período analisado; enquanto que em Ipaussu, a redução foi localizada somente no ano de 2001. Por sua vez Lindolfo Collor, por ter se habilitado em 2000, já apresenta, desde esse ano, percentual de 34,6% (Tabela 1).

**Tabela 1**

**SUS: Distribuição percentual, por componente do PAB, das transferências do Ministério da Saúde destinadas à atenção básica em três municípios sob Gestão Plena da Atenção Básica. 1998 - 2001**

|  | em % e R\$ dez/2001, sem centavos |         |                 |
|--|-----------------------------------|---------|-----------------|
|  | Natividade                        | Ipaussu | Lindolfo Collor |

<sup>7</sup> A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o Art. 77 do ADCT, tem como base de cálculo: as receitas dos Impostos ISS, IPTU, ITBI e Imposto de Renda Retido na Fonte (servidores municipais), as receitas de transferências da União Quota-Parte do FPM, Quota-Parte do ITR e Quota-Parte da Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir); as receitas de transferências do Estado Quota-Parte do ICMS, Quota-Parte do IPVA, Quota-Parte do IPI – Exportação; e a Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

| ATENÇÃO BÁSICA              | 1998    | 1999    | 2000    | 2001    | 1998    | 1999    | 2000    | 2001    | 1998 | 1999 | 2000    | 2001    |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|------|---------|---------|
| PAB – Fixo                  | 83,1    | 76,1    | 52,3    | 28,8    | 94,3    | 93,0    | 93,1    | 81,3    | -    | -    | 34,6    | 37,5    |
| PACS                        | 9,3     | 13,1    | 12,4    | 9,7     | -       | -       | -       | -       | -    | -    | 10,1    | 12,2    |
| PSF                         | -       | -       | -       | 30,2    | -       | -       | -       | -       | -    | -    | 51,6    | 43,2    |
| Vig. Sanitária              | 2,1     | 1,9     | 1,3     | 0,7     | 2,4     | 2,3     | 2,3     | 2,2     | -    | -    | 0,9     | 0,9     |
| Comb. Carências Nutric.     | 5,5     | 6,3     | 4,3     | 2,4     | 3,3     | 4,7     | 4,6     | 4,4     | -    | -    | -       | 1,8     |
| Farmácia Básica - Municipal | -       | 2,6     | -       | -       | -       | -       | -       | -       | -    | -    | 2,4     | 3,7     |
| Epidem.e Contr de Doenças   | -       | -       | 29,7    | 28,1    | -       | -       | -       | 11,7    | -    | -    | -       | -       |
| Medicamentos Saúde Mental   | -       | -       | -       | -       | -       | -       | -       | -       | -    | -    | 0,4     | 0,5     |
| C.Nac.de Usuários do SUS    | -       | -       | -       | 0,1     | -       | -       | -       | 0,4     | -    | -    | -       | 0,1     |
| Total %                     | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | 100,0   | -    | -    | 100,0   | 100,0   |
| Total                       | 112.058 | 265.966 | 342.723 | 563.332 | 155.152 | 196.064 | 176.823 | 167.019 | -    | -    | 113.191 | 119.934 |

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) - acesso direto em 10/09/2002

Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

A perda de importância do PAB-fixo nas transferências federais resultou no crescimento dos componentes do PAB-variável. Em 2001, a situação encontrada foi: em Natividade, 30,2% para o PSF e 28,1% em Epidemiologia e Controle de Doenças; em Ipaussu, 11,7% em Epidemiologia e Controle de Doenças. Já em Lindolfo Collor, que adere à gestão Plena da Atenção Básica em 2001, quando o PSF já se destacava enquanto estratégia prioritária do governo federal, a participação do PAB-fixo sempre foi, por consequência, relativamente modesta. Em seu lugar, destaca-se o peso atribuído ao PSF: 51,6% em 2000 e 43,2% em 2001 (Tabela 1).

No caso dos municípios em gestão Plena do Sistema Municipal – Resende, Assis e Jacareí -, percebe-se que, no interior da Atenção Básica, o PAB-variável também assume crescente importância (Tabela 2). O grande destaque no decorrer do período foi o aumento do PSF em Resende (3,4 pontos percentuais) e em Assis (3,09 pontos percentuais). Já em Jacareí, o principal componente do PAB-variável foi o incentivo à Vigilância Sanitária. Neste município, os recursos dirigidos ao PSF podem ser considerados baixos quando comparados aos dos demais. A inclusão da transferência federal ao PSF em Jacareí ocorreu apenas em 2000.

**Tabela 2 – SUS: Distribuição percentual, por componente do PAB, das transferências do Ministério da Saúde destinadas à Atenção Básica e aos demais níveis de atenção em três municípios sob Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde 1998 - 2001**

| em % e R\$ mil de dez/2001      |         |       |       |       |       |       |       |       |         |       |       |       |
|---------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|
|                                 | Resende |       |       |       | Assis |       |       |       | Jacareí |       |       |       |
| TIPO DE DESPESA                 | 1998    | 1999  | 2000  | 2001  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 1998    | 1999  | 2000  | 2001  |
| <b>ATENÇÃO BÁSICA</b>           | 26,0    | 24,1  | 28,8  | 31,3  | 21,9  | 18,2  | 21,5  | 22,4  | 21,4    | 23,7  | 26,8  | 27,2  |
| PAB - Fixo                      | 23,5    | 19,7  | 17,4  | 17,0  | 17,5  | 13,1  | 13,0  | 11,6  | 20,8    | 23,2  | 23,5  | 21,9  |
| PACS                            | 1,4     | 1,7   | 2,0   | 2,0   | 0,7   | 1,0   | 1,2   | 1,2   | 0,1     | -     | 0,1   | 0,2   |
| PSF                             | 0,4     | 0,6   | 3,0   | 3,9   | 3,0   | 3,3   | 4,8   | 6,1   | -       | -     | 0,4   | 0,4   |
| Vig. Sanitária                  | 0,5     | 0,5   | 0,4   | 0,4   | 0,3   | 0,3   | 0,3   | 0,3   | 0,5     | 0,6   | 0,6   | 0,6   |
| Comb. Carências Nutric.         | 0,2     | 1,0   | 0,9   | 0,8   | 0,4   | 0,5   | 0,5   | 0,4   | -       | -     | -     | 0,7   |
| Farmácia Básica - Municipal     | -       | 0,7   | 1,7   | 1,7   | -     | -     | -     | -     | -       | -     | -     | -     |
| Epidemiologia e Contr.Doenças   | -       | -     | 3,3   | 5,3   | -     | -     | 1,7   | 2,5   | -       | -     | 2,1   | 3,3   |
| C.Nacional de Usuários do SUS   | -       | -     | -     | 0,1   | -     | -     | -     | 0,0   | -       | -     | -     | 0,2   |
| Incentivo Saúde Bucal           | -       | -     | -     | -     | -     | -     | -     | 0,1   | -       | -     | -     | -     |
| Medicamentos Saúde Mental       | -       | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -       | -     | -     | -     |
| <b>DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO</b> | 74,0    | 75,9  | 71,3  | 68,8  | 78,1  | 81,8  | 78,5  | 77,6  | 78,6    | 76,3  | 73,2  | 72,9  |
| <b>TOTAL %</b>                  | 100,0   | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0   | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| <b>TOTAL</b>                    | 5.498   | 6.677 | 6.685 | 6.382 | 6.736 | 8.943 | 7.898 | 8.077 | 7.913   | 9.822 | 8.580 | 8.640 |

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/09/2002

Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

O quadro 3 apresenta os componentes do PAB-variável dos municípios analisados para o ano de 2001. Nele se verifica que: a) o incentivo do Programa de Saúde da Família aparece em primeiro lugar para Natividade, Lindolfo Collor e Assis, em segundo lugar para Resende e, em quarto lugar para Jacareí; b) o incentivo Epidemiologia e Controle de Doenças aparece em primeiro lugar para Ipaussu, Resende e Jacareí, em segundo lugar para Natividade e Assis. Apenas Lindolfo Collor não dispõe desse incentivo (Quadro 3).

**Quadro 3 - Ranking dos componentes do PAB-variável nos municípios, por ordem de importância (2001)**

| Plena Básica             |                        |                          |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Natividade               | Ipaussu                | Lindolfo Collor          |
| PSF                      | Ep.e Controle Doenças  | PSF                      |
| Ep.e Controle Doenças    | Comb.Carências Nutric. | Farmácia Básica - Munic. |
| Comb.Carências Nutric.   | Vig.Sanitária          | Comb.Carências Nutric.   |
| Vig.Sanitária            | -                      | Vig.Sanitária            |
| Plena Sistema Municipal  |                        |                          |
| Resende                  | Assis                  | Jacareí                  |
| Ep.e Controle Doenças    | PSF                    | Ep.e Controle Doenças    |
| PSF                      | Ep.e Controle Doenças  | Comb.Carências Nutric.   |
| PACS                     | PACS                   | Vig.Sanitária            |
| Farmácia Básica - Munic. | Comb.Carências Nutric. | PSF                      |
| Comb.Carências Nutric.   | -                      | PACS                     |

Obs: Elaboração própria.

A análise das transferências federais para a Média e Alta Complexidade, nos municípios em gestão Plena do Sistema, revela que sua participação relativa no total das transferências foi



decrecente, em que pese representarem cerca de 70% desse total. Registre-se que no período a queda foi de: -8,2% em Resende; -2,3% em Assis e -10,3% em Jacareí. Isso se deveu ao aumento de importância atribuído pelo governo federal à Atenção Básica ao longo da segunda metade dos anos 90 (Tabela 3).

Analisando-se os componentes que integram as transferências para a Média e Alta Complexidade, observa-se que, para os três municípios, o maior componente é o da “Assistência Hospitalar e Ambulatorial (MAC)”. Contudo, chama atenção que, a partir de 1998, ocorre o “desdobramento” dessa transferência (sem que desapareça como item específico) em diferentes itens “carimbados” pelas campanhas do Ministério da Saúde. Já em 2001, por conta da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS, foram criados dois itens: “Gestão Plena do sistema municipal média complexidade” que absorve, do total das transferências, 42,2% em Resende; 36,6% em Assis e 30,64% em Jacareí; e, “Gestão Plena do sistema municipal alta complexidade”, sendo 0,8%, 7,5% e 9,9%, respectivamente nesses municípios (Tabela 3).

**Tabela 3 – SUS: Distribuição percentual, por item específico, das transferências do Ministério da Saúde destinadas à Média e Alta Complexidade em três municípios sob gestão Plena do Sistema - 1998 - 2001**

|                                  | em % e R\$ mil de dez/2001 |       |       |       |       |       |       |       |         |       |       |       |
|----------------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|
|                                  | Resende                    |       |       |       | Assis |       |       |       | Jacareí |       |       |       |
| TIPO DE DESPESA                  | 1998                       | 1999  | 2000  | 2001  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 1998    | 1999  | 2000  | 2001  |
| <b>MÉD.ALTA COMPLEXIDADE</b>     | 74,02                      | 75,90 | 71,25 | 68,00 | 78,08 | 81,78 | 78,48 | 76,25 | 78,61   | 76,27 | 73,23 | 70,55 |
| Assist.Hosp.e Amb.(MAC)          | 70,86                      | 75,37 | 70,90 | 24,47 | 76,22 | 80,9  | 77,71 | 31,59 | 76,66   | 74,58 | 71,10 | 28,69 |
| Prog.Comb.Câncer Colo Uterino    | -                          | 0,07  | 0,07  | 0,04  | -     | 0,34  | 0,47  | 0,16  | -       | 0,96  | 1,90  | 0,85  |
| Transplantes                     | -                          | -     | -     | -     | -     | -     | 0,02  | 0,01  | -       | -     | 0,01  | -     |
| Camp.Cirurgia de Catarata        | -                          | 0,03  | 0,01  | -     | -     | 0,54  | 0,26  | 0,16  | -       | 0,17  | -     | 0,31  |
| P.Nac.Controle da Tuberculose    | -                          | 0,06  | 0,11  | 0,11  | -     | -     | 0,01  | -     | -       | -     | -     | 0,01  |
| Camp.Cirurgia de Próstata        | -                          | -     | 0,13  | 0,35  | -     | -     | -     | 0,07  | -       | 0,08  | 0,06  | 0,06  |
| Camp.Cirurgia de Varizes         | -                          | 0,02  | 0,01  | 0,06  | -     | -     | -     | -     | -       | 0,18  | 0,06  | 0,01  |
| Camp.Retinopatia Diabética       | -                          | -     | 0,02  | 0,03  | -     | -     | -     | -     | -       | -     | -     | -     |
| Gestantes de A.Risco/ExtraTeto   | -                          | 0,35  | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -       | 0,18  | -     | -     |
| Co-financ.Custeio Un.Próprias    | -                          | -     | -     | -     | -     | -     | -     | 0,16  | -       | -     | -     | -     |
| G.P.Sistema - Média Complex.     | -                          | -     | -     | 42,17 | -     | -     | -     | 36,62 | -       | -     | -     | 30,64 |
| G.P.Sistema - Alta Complex.      | -                          | -     | -     | 0,77  | -     | -     | -     | 7,46  | -       | -     | -     | 9,98  |
| Fator Recomp.25% (Plena)         | 3,16                       | -     | -     | -     | 1,86  | -     | -     | -     | 1,95    | -     | -     | -     |
| Impacto da Psiquiatria           | -                          | -     | -     | -     | -     | -     | -     | 0,02  | -       | -     | -     | -     |
| Antígeno HLA                     | -                          | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -       | -     | 0,07  | -     |
| Neurocirurgia - Extra Teto       | -                          | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -       | 0,04  | -     | -     |
| Leitos UTI - Extra Teto          | -                          | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -       | 0,06  | -     | -     |
| Camp.Cirurgia de Hérnia Inguinal | -                          | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -       | 0,02  | -     | -     |
| Cirurgia Oncológica              | -                          | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -     | -       | -     | 0,03  | 0,02  |
| <b>DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO</b>  | 25,98                      | 24,10 | 28,75 | 32,00 | 21,92 | 18,22 | 21,52 | 23,75 | 21,39   | 23,73 | 26,77 | 29,45 |
| <b>TOTAL %</b>                   | 100,0                      | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0   | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| <b>TOTAL</b>                     | 5.498                      | 6.677 | 6.685 | 6.382 | 6.736 | 8.943 | 7.898 | 8.077 | 7.913   | 9.822 | 8.580 | 8.640 |

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) - acesso direto em 10/092002

Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

É significativo o crescimento das transferências federais “carimbadas” – campanhas – a partir de 1999. Em 2001, a principal transferência “carimbada” para Assis e Jacareí foi ao “Programa Combate ao Câncer de Colo Uterino”, seguida da “Campanha de Cirurgia de Catarata”. Já em Resende, os principais itens foram a “Campanha de Cirurgia de Próstata” e o “Programa Nacional de Controle de Tuberculose”. Embora as participações relativas dessas transferências em relação ao total dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde possam ser consideradas pequenas nos três municípios de gestão Plena do Sistema Municipal, verifica-se que é crescente a política de “prática de carimbos” assumida pelo governo federal.

Ainda, nesta perspectiva, destaca-se que, no ano de 2001, foram criados 16 itens como “desdobramento” das transferências federais para Ações Estratégicas nos três municípios de gestão Plena do Sistema Municipal. Os recursos repassados para esse conjunto de ações representaram, do total das transferências federais, 2,3% em Jacareí; 1,34% em Assis e 0,75% em Resende. Essas Ações Estratégicas referem-se a, entre outras, Campanhas de Oftalmologia e Câncer de Colo Uterino (ambas em Jacareí), Próstata, Tuberculose e Varizes (Resende) (Tabela 4).

**Tabela 4 – SUS: Distribuição percentual, por item específico, das transferências do Ministério da Saúde destinadas às Ações Estratégicas em três municípios sob Gestão Plena do Sistema Municipal – 2001**

|                                 | em % e R\$ mil de dez/2001 |       |         |
|---------------------------------|----------------------------|-------|---------|
| TIPO DE DESPESA                 | Resende                    | Assis | Jacareí |
| <b>AÇÕES ESTRATÉGICAS</b>       | 0,75                       | 1,34  | 2,30    |
| Acompanhamento a Def. Auditivo  | 0,01                       | 0,01  | -       |
| Campanha de Oftalmologia        | 0,05                       | 0,72  | 0,58    |
| Câncer de Colo Uterino          | 0,05                       | 0,48  | 1,40    |
| Humanização do Parto            | 0,01                       | -     | -       |
| Próstata                        | 0,26                       | 0,12  | 0,10    |
| Queimados                       | 0,02                       | 0,01  | -       |
| Tuberculose                     | 0,10                       | -     | 0,06    |
| Varizes                         | 0,24                       | 0,01  | 0,12    |
| Cirurgias de Alta Frequência    | -                          | -     | -       |
| Pré-Natal                       | -                          | -     | -       |
| Neonatal - SIA                  | 0,01                       | -     | -       |
| Transplantes                    | -                          | -     | 0,03    |
| Deformidade Crânio-Facial - SIA | -                          | -     | 0,01    |
| <b>DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO</b> | 99,25                      | 98,66 | 97,7    |
| <b>TOTAL %</b>                  | 100,0                      | 100,0 | 100,0   |
| <b>TOTAL</b>                    | 6,382                      | 8,077 | 8,640   |

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) - acesso direto em 10/09/2002

Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

### 3. O desempenho do gasto em saúde realizado pelos municípios por categoria econômica, subprograma, projetos e atividades.

Quanto à *categoria econômica* do gasto em saúde realizado pelos municípios, no período 1998 a 2001, Despesas Correntes sempre absorveram mais de 90% do total, chegando em todos os municípios, em alguns momentos, a atingir 98%. Isso, mais do que refletir a pouca preocupação dos

municípios estudados em ampliar a capacidade instalada em saúde, em promover reformas, em reequipar, adquirir veículos, etc; expressa a realidade geral dos municípios brasileiros, cuja “rigidez” das despesas em saúde (pessoal, convênios, etc.) restringe-os a realização, em maior parte, das despesas de custeio. A exceção ocorreu em Lindolfo Collor que, por ser um município novo (desmembrado de Ivoti em 1992) e de habilitação recente ao SUS, gastou em Despesas Correntes apenas 66,61% em 1998. Esse percentual, no entanto, se elevou para os patamares “normais” dos municípios, atingindo, 94,6% em 2000.

Dessa forma, o nível da participação de Despesas Correntes no total do gasto em saúde dos municípios analisados não apresentou relação com o tipo de gestão (Plena de Assistência Básica ou Plena do Sistema Municipal) e com o porte do município.

Em todos os municípios analisados, os principais itens de Despesas Correntes são, nesta ordem, Pessoal, Serviços de Terceiros e Material de Consumo. Em alguns municípios, tal como em Ipaussu, o gasto com Pessoal chegou a 91,6% do total da despesa com saúde, em 1998. Os municípios em gestão Plena do Sistema Municipal mantiveram, ao longo do período, o nível de comprometimento com o gasto de Pessoal. Os municípios em gestão Plena da Assistência Básica, com exceção de Lindolfo Collor (atente-se para o fato de as informações de 2001 não terem sido disponibilizadas), reduziram significativamente a participação do gasto com Pessoal, de maneira que, em 2001, essa participação representava um pouco mais do que 50% do total do gasto com saúde. Esse percentual, como pode ser visto na Tabela 5, é igual àquele praticado pelos demais municípios, com exceção de Resende que sempre alocou entre 31% a 34% dos recursos em Pessoal, bem abaixo dos demais.

**Tabela 5 - Percentual do gasto com Pessoal no total da despesa com saúde nos municípios - 1998 – 2001**

| MUNICÍPIOS      | 1998 | 1999  | 2000  | 2001 |
|-----------------|------|-------|-------|------|
| RESENDE         | 31,0 | 34,2  | 31,6  | 33,9 |
| ASSIS           | 50,8 | 53,9  | 51,2  | 51,2 |
| JACAREÍ         | 54,3 | 51,7  | 56,0  | 53,5 |
| NATIVIDADE      | 70,1 | 65,4  | 62,2  | 52,2 |
| IPAUSSU         | 91,6 | 53,2  | 64,0  | 55,0 |
| LINDOLFO COLLOR | 36,8 | 33,29 | 38,82 | -    |

Fonte: SIOPS/MS

Obs: Elaboração própria

No tocante ao *gasto em saúde por subprograma, projeto/atividade*, Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor não apresentaram as informações do Anexo 6 do Balanço Municipal, de modo que não foi possível analisar o registro das despesas por esse tipo de classificação. Isso reforça a idéia de que municípios de pequeno porte e com pouca estrutura administrativa apresentam dificuldades em dar conta dos registros mais específicos.

Já os municípios de Resende, Assis e Jacareí, todos de grande porte e em gestão Plena do Sistema, destinaram a maior parte dos recursos para o subprograma Assistência Médica e Sanitária, ao longo do período analisado. Em Resende, aparentemente esse percentual é bem mais baixo, mas somente porque esse município apresenta a totalidade do subprograma sob a unidade orçamentária Departamento de Administração da Saúde, onde o subprograma de Administração Geral absorve nível significativo dos recursos (Tabela 6).

**Tabela 6**  
**Percentual do subprograma Assistência Médica e**  
**Sanitária nos municípios de Plena do Sistema - 1998 – 2001**

| MUNICÍPIOS                           | 1998  | 1999  | 2000   | 2001  |
|--------------------------------------|-------|-------|--------|-------|
| <b>RESENDE</b>                       | 35,25 | 33,99 | 36,61  | 32,90 |
| <b>Dep de Administração em Saúde</b> | 69,46 | 72,57 | 74,72  | 72,31 |
| <b>ASSIS</b>                         | 84,98 | 85,84 | 86,96  | 84,52 |
| <b>JACAREÍ</b>                       | 99,83 | 99,69 | 100,00 |       |

Fonte: Balanços Gerais dos Municípios

Obs: Elaboração própria

Dito de outra maneira, Resende preocupa-se em separar o gasto meio da despesa fim. Também esse município, ao detalhar as atividades, permite transparência do gasto, muito embora não apresente a despesa com saúde, a partir de 2001, tal como determinado pela portaria 42/99 do Tesouro Nacional, isto é, em Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

O detalhamento apresentado por Resende permite o acompanhamento da importância relativa dos programas incentivados pelo governo federal e daqueles definidos a partir do planejamento local. Para se ter uma idéia, apesar de a despesa dos subprogramas Epidemiologia e Controle de Doenças, e Combate às Carências Nutricionais corresponderem somente a 0,95% e 0,37% do total do gasto de Resende em 2001, seu registro a partir deste ano é importante, pois tratam-se de atividades consideradas prioritárias para o governo federal na luta pela ampliação da Atenção Básica no país. Essas atividades são fundamentalmente financiadas através de recursos federais.

O município de Jacareí apresenta a despesa com saúde do ponto de vista dos subprogramas / projetos / atividades considerando, para o período 1998 a 2000, os seguintes subprogramas: Assistência Médica e Sanitária; e Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis. Em 2001, essa forma de apresentação é substituída por: Atenção Básica; e Assistência Hospitalar e Ambulatorial, em consonância com a determinação da portaria 42/1999 do Tesouro Nacional. Nos anos 1998 a 2000, Assistência Médica e Sanitária absorveu 99,83%, 99,69% e 100,00% dos recursos gastos em saúde no município de Jacareí. Nesse período, a principal atividade foi a de Manutenção do Gabinete do Secretário, a qual, em 2000, representou 62,4% do total da despesa com saúde. Em 1998 e 1999, Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis absorveu somente 0,17% e 0,31%, respectivamente. Em 2000, esse subprograma deixou de existir como rubrica.

No caso de Assis, o demonstrativo do gasto por subprograma e projeto/atividade dificulta o real acompanhamento da alocação do gasto em saúde. Isto é perceptível quando se verifica o caso do principal programa da Assistência Médica e Sanitária: em 1998 e 1999 quase 80% está alocado em Departamento em Saúde e, em 2000 e 2001, Operação de Manutenção do Departamento de Saúde. Vale destacar, também, a Vigilância Sanitária, que teve seus recursos diminuídos em 50,8%, entre 1998 e 2001, passando de R\$ 458,903 mil para R\$ 225,858 mil, respectivamente. Essa redução ocorreu especialmente em Erradicação da Dengue, que ora aparece como desdobramento do subprograma Operação de Manutenção do Fundo Municipal de Saúde, ora como subprograma à parte. Em suma, a classificação do gasto com saúde por subprograma, projeto/ atividade em Assis utiliza nomenclatura genérica, pouco ou nada auto-explicativa.

#### **4. Gestão e Planejamento da Política de Saúde nos Municípios**

A análise dos instrumentos de Gestão e Planejamento – Agenda, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão - revela que, com exceção de Resende e Jacareí (apenas 2001), a comparação entre as ações planejadas e as realizadas nos municípios, independentemente da condição de gestão e porte populacional, foi difícil de ser realizada. Isto porque, se de um lado o Plano Municipal foi escrito com grande detalhamento das ações a serem executadas, destacando objetivos, estratégias, metas e indicadores, por outro, o Relatório de Gestão não o foi. Ao contrário, neste último instrumento, foram priorizadas realizações em termos preferencialmente quantitativos. Contudo, mesmo assim verificou-se relação entre as prioridades definidas pelos municípios - sejam elas em termos de ações planejadas ou ações realizadas - e os recursos repassados pelo Ministério da Saúde através dos incentivos.

No tocante às ações em saúde consideradas prioritárias no planejamento local pelos municípios em gestão Plena da Atenção Básica, que recebem incentivos federais para a sua implantação, observou-se que: a) em Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor há ênfase nos programas relacionados ao PSF, PACS e às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. Nesta última, é dado destaque aos programas de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose. Particularmente dentre todos esses programas, Ipaussu foi o único município que não relacionou o PSF como prioridade; b) Natividade e Lindolfo Collor indicam também prioridade para as ações relacionadas à atenção ao parto, à gestante e ao recém-nascido, através de programas constituídos em Saúde da Criança e Saúde da Mulher; c) dentre outros programas voltados para a Atenção Básica e Vigilância à saúde, Ipaussu – com maior ênfase – e Lindolfo Collor – com menor - enfatizam ações relacionadas ao combate da desnutrição das crianças, através do Plano de Combate às Carências Nutricionais.

Nesses municípios de gestão Plena da Atenção Básica, observa-se que é pequeno o número de ações prioritárias, assim definidas pelos municípios, que não contam com incentivos federais. Dentre as principais, destacam-se: em *Natividade* - Assistência Farmacêutica / Plantas Medicinais, Programa Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde Mental e Promoção, Informação e Educação em Saúde, e Urgências e Emergências; em *Ipaussu* – Saúde Bucal e Saúde Mental; em *Lindolfo Collor* – Saúde do Trabalhador. Em Natividade, chama atenção a incorporação das ações de média e alta complexidade no Plano Municipal, com ênfase na Urgência e Emergência, Reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção em Hematologia e Hemoterapia. O curioso é notar que, sendo um município em gestão Plena da Atenção básica, Natividade apenas recebe recursos federais para a Atenção Básica. Ainda, cabe destacar o fato de Lindolfo Collor dispor de um programa voltado à saúde do trabalhador, que não conta com recursos federais. Essa especificidade tem a ver com a sua realidade econômica. Lindolfo Collor fornece aos municípios vizinhos, carvão vegetal, originado da grande quantidade de acácia negra plantada em seu território e também couro e calçados. Sua população ocupada se distribui 70% na indústria e madeireiras, 15% no comércio e nos serviços e o restante na agricultura, pecuária e silvicultura. Este quadro econômico responde por si próprio a necessidade do município em realizar um programa de saúde do trabalhador.

No campo da Atenção Básica, as ações locais de saúde consideradas prioritárias pelos municípios em Plena do Sistema (planejadas e realizadas) são similares às ações dos municípios em Plena da Atenção Básica. Em Resende e Assis verificou-se ênfase às ações relacionadas ao PSF. Principalmente no primeiro município, os Planos e os Relatórios atribuem a esse programa, juntamente ao PACS, a responsabilidade de reorientação do modelo de atenção. No entanto, não foi possível observar registro que comprovasse o alcance dessa ação considerada prioritária. Em Jacareí, o PSF não é destacado como programa prioritário nos documentos de planejamento, muito

embora esse município tenha iniciado este programa e recebido incentivo financeiro federal a partir de 2000.

Todos os três municípios em Plena do Sistema indicam, nos Planos e Relatórios de Gestão, a necessidade de intensificarem as ações que recebem transferências federais. São elas: a) assistência ao parto, à gestante e ao recém-nascido. Isto é perceptível através da menção, feita em caráter geral, às ações com vista a garantir o atendimento a crianças e a gestantes (Resende e Jacareí), e, em caráter específico, àquelas desenvolvidas pelos Programas de Saúde da Mulher e da Criança (Assis); b) vigilância epidemiológica e sanitária, com maior ênfase nas ações de prevenção de doenças de notificação compulsória (destaque ao controle da tuberculose e ao combate a dengue) e de orientação, fiscalização e controle sobre os estabelecimentos (inspeção sanitária, campanhas e vacinação em massa).

Considerando-se as ações prioritárias no campo da média e alta complexidade, nota-se predominância de: em Resende – da ampliação de Leitos SUS em geral, contemplando leitos de UTI neonatal e adulto, principalmente na Fundação Hospitalar de Resende; implantação do Centro de Atenção Psicossocial; em Assis - da necessidade de mudança do perfil da assistência hospitalar; ampliação do Ambulatório de Especialidades; programa de Urgência e Emergência; e em Jacareí – da ampliação dos exames do Laboratório Municipal; atendimentos de Urgência e Emergência.

Percebeu-se, pela análise dos documentos de planejamento e gestão da política local de saúde, que os três municípios de gestão plena do Sistema Municipal, ainda que menor parte, comprometem-se com programas que não contam com recursos específicos repassados pelo Ministério da Saúde. Foram encontrados: em Assis - insistência no âmbito do planejamento para a implantação de um programa de Saúde do Trabalhador; em Resende e Jacareí – atenção à saúde específica ao adolescente. Ambos municípios dispõem em sua rede de serviços de saúde de Centros Especializados em Saúde do Adolescente (Ver Quadro 2). Particularmente, nos documentos de Resende, é destacada a atuação do Centro de Assistência ao Adolescente e, ainda, o funcionamento do Programa de Atenção à Dependência Química.

Observou-se que não foram encontradas citações nos documentos dos três municípios acerca das “campanhas” incentivadas financeiramente pelo Ministério da Saúde. Em que pese os municípios de Assis e Jacareí receberem recursos para o “Programa Combate ao Câncer de Colo Uterino” e para a “Campanha de Cirurgia de Catarata”, e Resende para a “Campanha de Cirurgia de Próstata” e o “Programa Nacional de Controle de Tuberculose”, não são citados como ações de saúde consideradas prioritárias por eles. Contudo, deve ser feita uma ressalva ao Programa Nacional de Controle de Tuberculose” de Resende, pois conforme já mencionado, esse município relacionou ações de controle a tuberculose nos seus documentos.

## **5. Os incentivos financeiros federais sob a opinião dos gestores municipais de saúde**

### **• Os Secretários Municipais de Saúde**

Surpreendentemente, todos os municípios, com exceção de Resende, afirmaram não poder relacionar os programas / ações prioritários dos exercícios 1998 a 2000 devido ao fato de não disporem de informações a respeito. Esse tipo de “constrangimento” parece estar relacionado à alternância de poder nos municípios, isto é, ao fato de a gestão 2001-2004 ter partido político diferente daquele da gestão anterior. No caso de *Resende*, a permanência do Partido Socialista Brasileiro na prefeitura, e da mesma pessoa como responsável pela secretaria municipal de saúde, corrobora essa percepção.

Os programas integrantes do PAB-variável aparecem em todos os municípios como prioritários nos anos 2002 a 2004. O primeiro deles em destaque é o PSF que, com exceção de Ipaussu – por não ter adotado o programa -, é mencionado por todos os secretários de saúde. Em Resende, este programa, bem como o PACS, já havia sido considerado pela gestão anterior como reorientador da Atenção Básica. Entre os programas contemplados pelo PAB-variável, destacam-se, ainda, Vigilância e Saúde Bucal (Natividade) e Tuberculose e Hanseníase (Ipaussu).

Todos os programas e ações prioritários da gestão atual integram a Agenda Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde dos exercícios 2001 e 2002. A exceção fica por conta de Assis, que apontou o PSF, a implementação do Centro Integrado de Apoio Psico-social (CIAPS), a readequação do Pronto Socorro Municipal e a implantação dos conselhos gestores como não constantes da Agenda e do Plano de Assis. Também os secretários de saúde, com exceção de Natividade que não respondeu à questão, afirmaram que os programas e ações prioritários na gestão atual foram discutidos e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Quanto à importância das fontes de financiamento nos programas ou ações prioritários, de forma resumida, destaca-se que:

- a) em sua maioria, a extrema importância da participação dos recursos federais para sua realização;
- b) a existência de “contrapartida” dos recursos municipais, principalmente naqueles programas que assumem caráter de incentivo;
- c) não há recursos estaduais nos municípios paulistas. Em Resende está associado à Treinamento, em Natividade à Assistência Farmacêutica Básica e em Lindolfo Collor aos programas Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Trabalhador.
- d) a fonte “outros recursos” somente é registrada em Natividade, para Urgência e Emergência, em Média e Alta Complexidade.
- e) os percentuais da “contrapartida” dos recursos municipais são diferenciados entre os municípios. Em Resende, eles são maiores que os federais para a Atenção Básica e menores para a Média e Alta Complexidade. Em Natividade, com exceção da Assistência Farmacêutica Básica, a participação dos recursos federais é maior do que a municipal na Atenção Básica e, na Média e Alta Complexidade, os recursos federais são maiores em Implantação de Unidade Transfusional e ausentes no Controle e Avaliação. Em Lindolfo Collor, somente no PSF a participação dos recursos federais é maior do que a municipal. Em Assis, que apenas respondeu para o PSF, os recursos municipais contribuem mais do que os federais;
- f) a diversidade de situações no tocante à distribuição das fontes de financiamento nos municípios analisados indica que, aparentemente, o tipo de inserção ao SUS e o tamanho do município não influenciam na determinação de sua composição.

Segundo os secretários de saúde dos municípios, alguns dos programas ou ações desses municípios foram alçados a prioritários devido aos incentivos do Ministério da Saúde. Exemplos: Resende – onde os incentivos do PACS e PSF contribuíram para que a alocação de recursos fosse realizada primeiro nestes programas; Natividade - onde a Vigilância, a Educação em Saúde e o Programa de Saúde da Família “com certeza não figurariam entre as prioridades” não fossem os incentivos. O contraponto ficou para Assis - onde o secretário da saúde considera que os programas ou ações foram alçados a prioritários em função da avaliação dos indicadores do município realizada pelos gerentes das unidades de saúde. Ainda, houve quem considerasse que a ênfase do governo

federal no PSF constitui uma estratégia para constituir um novo modelo de Atenção Básica em nível dos municípios.

Quanto às vantagens do PSF, todos os secretários consideram que esse programa permite que os municípios de pequeno porte alcancem, com poucas equipes, elevada cobertura. Já no tocante às desvantagens, há distintas opiniões. Segundo Resende, em cidades médias e grandes são necessárias muitas equipes de atendimento e supervisão, além de seu funcionamento requerer aumento de serviços na média complexidade em função da ampliação do acesso aos serviços de Saúde. Assis agrega o fato de a elevação do custo com pessoal ser mais marcante em cidades desse porte. Natividade afirma que a desconsideração do tamanho da população no cálculo de cobertura prejudica os municípios maiores. Todos os municípios salientaram que os recursos são insuficientes. Especificamente, Lindolfo Collor destaca que o volume dos recursos é baixo.

Quanto à possibilidade de a priorização da Atenção Básica pelo governo federal estar comprometendo o preceito da integralidade, a opinião dos secretários de saúde é bastante diferenciada. Assim entendem Resende e Natividade. Assis considera que não compromete.

Especificamente, sobre se as “campanhas” facilitam ou não a execução da política de saúde local, os secretários de saúde ponderaram diversos aspectos. Para Resende, não facilitam, devido às pressões dos setores interessados em respeitar as prioridades e necessidades locais. Para Assis, o fato de as campanhas serem bem divulgadas, auxilia do ponto de vista epidemiológico”. Para Natividade, o fracionamento e o direcionamento excessivo dos recursos comprometem a autonomia dos gestores locais e desconsideram as especificidades locais e regionais. Para Lindolfo Collor, as campanhas facilitam a execução da política de saúde.

#### *Crítérios para definição dos repasses*

Dentre as várias sugestões dos secretários municipais, destacam-se:

a) Resende considera que deveria ser levado em conta o quanto das receitas próprias o município aloca em saúde – considerando sua população; se o município atende as necessidades locais; os indicadores sócio-econômicos, o perfil epidemiológico, a capacidade instalada, entre outros. Além disso, Resende defende que o repasse seja global, para a Atenção à Saúde da população;

b) Assis atribui ênfase à necessidade de estabelecer discussões através de fóruns entre as duas esferas de governo como forma de definição dos critérios e da sistemática das transferências de recursos federais para os municípios;

c) Natividade sugere a elevação dos valores *per capita* fundo a fundo e a definição de pactos e metas que levassem em consideração as especificidades dos municípios;

d) Lindolfo Collor defende que o critério pode ser o populacional, mas que o valor deve ser majorado. Além disso, refletindo sua realidade, defende a diferenciação dos municípios que não dispõem de rede hospitalar.

#### **• Os Gestores dos Fundos Municipais de Saúde**

Sobre se os incentivos financeiros reorientam os programas/ações da secretaria municipal de saúde, as interpretações dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde são diferenciadas. Resende acredita que os incentivos financeiros estimulam a implantação de alguns programas, mas que seus valores são ainda insuficientes para que os mesmos se fortaleçam. Para Jacareí, o fato de os valores



serem “irrisórios” determina que as transferências de recursos federais através dos incentivos não tenham capacidade para re-orientar a política de saúde local. Natividade considera que, além de limitar a autonomia do gestor local, cria dificuldades para as prestações de contas que devem ser feitas em separado para cada um dos recursos e desconsidera a realidade e o perfil epidemiológico de cada cidade ou região. Para Ipaussu “os repasses federais, embora pequenos frente às necessidades, facilitam a programação dos gastos, auxiliam o setor de compras, a abertura das licitações, além de equiparem as áreas necessárias, favorecendo as atuações da Secretaria Municipal de Saúde”,

No que se refere ao acompanhamento e a gestão local dos recursos, Resende e Jacareí entendem que não sofreram modificações depois da criação da sistemática de incentivos. Ipaussu enfatizou que o Conselho Municipal de Saúde tem acesso a todas as contas e participa da definição da aplicação dos recursos e que são realizadas audiências públicas. Lindolfo Collor agregou que, além da prestação de contas para o Conselho, há o acompanhamento pela secretaria estadual de saúde e pelo Ministério.

#### *Problemas na execução financeira das transferências de recursos*

Resende e Ipaussu consideram que a execução financeira é prejudicada tanto na atenção básica quanto na média complexidade, pois os recursos estão vinculados a programas e ações e não podem ser remanejados. O mesmo afirma Jacareí, com outras palavras. Natividade destaca que, em nível da Atenção Básica, há falta de clareza sobre que gastos podem ser realizados com cada um dos recursos e há insuficiência dos mesmos para o desenvolvimento das ações, em especial para a aquisição de medicamentos e, na média e alta complexidade, os recursos são insuficientes.

#### *Sobre as transferências de recursos federais, as ações planejadas e o orçamento*

As respostas dos gestores dos Fundos foram bastante diferenciadas. Resende ponderou que raramente as prioridades do Ministério da Saúde vão ao encontro daquelas definidas pela gestão municipal através de seu planejamento e orçamento. Natividade colocou que a realidade dos incentivos acaba definindo as prioridades do município e, neste sentido, são as ações planejadas e o orçamento é que se adaptam às transferências federais. Para o município de Ipaussu essa questão não se coloca, pois o gestor afirmou que o atendimento à população tem sido realizado apenas com recursos dos incentivos.

#### *Das contas separadas*

Resende considera que a manutenção de contas bancárias separadas garante aquilo que o Ministério considera prioritário. Isso não permite o remanejamento com vista às necessidades locais de saúde, além do que aumenta o volume de trabalho contábil, financeiro e fiscal e requer a ampliação da equipe técnica e treinamento e capacitação profissional com maior frequência. Para Jacareí as contas bancárias separadas são benéficas do ponto de vista do controle de gasto do programa e para a prestação de contas. Entretanto, não atende a quantidade necessária para a implementação dos programas de saúde, determinando que os recursos do município financiem 70% do gasto. Já Natividade pondera que, de um lado, as contas separadas estimulam a implantação de determinadas ações e garantem a aplicação dos recursos aos fins a que foram destinados, além de propiciarem clareza na prestação de contas e facilitarem seu acompanhamento e controle social, e por outro lado, essas contas desconsideram a realidade e as prioridades locais e limitam a autonomia do gestor local. Já Ipaussu comenta que as contas separadas facilitam o município saber onde e quanto pode gastar; valor nem sempre suficiente.

### *CrITÉRIOS e sistemática do repasse dos recursos federais*

No caso dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde, as sugestões de critérios de repasses dos recursos federais foram pontuais. Resende chama atenção para a utilização de indicadores epidemiológicos nacionais, respeitadas as especificidades e o planejamento locais. Natividade sugere a elevação dos valores *per capita* dos repasses fundo a fundo e a definição de meta e resultados a serem definidos em pactuação. Ipaussu comenta que os critérios atuais não se adequam à realidade local; dessa forma propõe um ajuste dinâmico, com critérios de avaliação através da utilização de parâmetros da consulta pública e de adequação à realidade do município.

### **Conclusões**

A pesquisa revelou, em primeiro lugar, que o aumento de seu comprometimento com o gasto com saúde não apresentou correlação à forma de habilitação ao SUS. Revelou também que foram priorizadas as transferências de incentivos financeiros, particularmente as referentes ao PAB-variável e que foram expandidas as transferências Fundo a Fundo no campo da Média e Alta Complexidade e as relacionadas às campanhas-desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

Percebeu-se que as ações em saúde apontadas como prioritárias no planejamento local, tanto pelos municípios em gestão Plena da Atenção Básica como em Plena do Sistema, são exatamente aquelas que recebem incentivos federais para a sua implantação. Nos municípios estudados verificou-se: a) ênfase nos programas relacionados ao PSF, PACS e às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica; b) prioridade para as ações relacionadas à atenção ao parto, à gestante e ao recém-nascido, através de programas constituídos em Saúde da Criança e Saúde da Mulher; c) importância às ações relacionadas ao combate da desnutrição das crianças, através do Plano de Combate às Carências Nutricionais, particularmente nos municípios de pequeno porte. Como visto, essa concordância não significa necessariamente que o desenvolvimento desses programas esteja respondendo a necessidades sentidas como prioritárias pelos gestores, expressando, por isso, uma forma de orientação da política local de saúde por parte do governo federal. Segundo alguns secretários de saúde dos municípios, há programas e ações alçados a prioritários diante dos incentivos do Ministério da Saúde. Esse comentário se refere, principalmente, aos incentivos do PACS e PSF; à Vigilância, à Educação em Saúde.

Quanto às ações prioritárias no nível de atenção à saúde de média e alta complexidade, nota-se que os três municípios de gestão plena do Sistema Municipal, ainda que em menor parte, comprometem-se com programas que não contam com recursos específicos repassados pelo Ministério da Saúde. A existência de tais programas tem a ver com os serviços disponibilizados historicamente na sua rede de serviços de saúde.

Observou-se, ainda, que as “campanhas” incentivadas financeiramente pelo Ministério da Saúde apresentam, nos documentos de Gestão e Planejamento Local dos municípios, ainda que de forma indireta, relação com as ações no campo da vigilância epidemiológica, particularmente, nas ações de controle a tuberculose. Os secretários, quando indagados sobre o papel das “campanhas” na execução da política de saúde local, apresentaram opiniões diferentes: alguns afirmaram que a proliferação de incentivos federais através de “campanhas” compromete a autonomia dos gestores locais, desconsiderando as especificidades locais e regionais; e outros argumentaram que as “campanhas” facilitam a execução da política de saúde, auxiliando inclusive no âmbito epidemiológico.

Apesar disso, não faltaram sugestões desses gestores municipais quanto a novos critérios para definição dos repasses. Dentre os mencionados, salientam-se: a utilização de critérios epidemiológicos, respeitando as especificidades e o planejamento local; elevação dos valores *per capita* dos repasses fundo a fundo; e a definição de metas e resultados a serem definidos em pactuação. Ainda que possa haver muita polêmica sobre os mecanismos de transferências de recursos, merecem destaque esses pontos levantados pelos gestores uma vez que contribuem para uma alocação de recursos mais equitativa em área pública fundamental como é a da saúde.

As ponderações dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde quanto à operacionalização das atuais formas de transferências constituem aspectos importantes a serem considerados para a futura agenda de revisão da sistemática de repasses aos municípios, quais sejam: a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade é prejudicada, uma vez que os recursos estão vinculados a programas e ações, não podendo ser remanejados conforme as necessidades em saúde; e, a proliferação de contas bancárias individuais vinculadas a cada forma de incentivo aumenta o volume de trabalho contábil, incompatível com o número disponível de técnicos na área financeira, bem com o conhecimento técnico específico, necessário à melhor gestão dos recursos.

Por fim, nunca é demais reafirmar que essas são considerações decorrentes da análise dos questionários respondidos pelos gestores municipais realizados nos municípios estudados para os fins particulares dessa pesquisa. Qualquer generalização deve ser muito cuidadosa, embora a pesquisa tenha se preocupado em estudar casos representativos das diversas realidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Mesmo assim, os resultados apontam para a necessidade de uma maior preocupação com os atuais instrumentos de transferência de recursos do Ministério da Saúde aos municípios. A reversão das atuais sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde requer uma ampla reforma, de maneira a garantir o avanço do processo de municipalização do SUS e de uma política de saúde universal definida localmente.

### Referências Bibliográficas

FAVERET, A. C *et al.*. “Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000” In *Cadernos de Economia da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; 1 / Série J. Cadernos, n. 4, 2001.

MARQUES, R..M. & MENDES, A. N., “O financiamento da atenção à saúde no Brasil”. *Pesquisa Debate*, SP, volume 12, n.1(1), p. 65-91, 2001.

MARQUES, R..M. & MENDES, A. N., “A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde – SUS” In Sousa, M.F (org.) *Sinais Vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, pp. 71 – 101, 2002.

PIOLA, S. & BIASOTO JR, G. “Financiamento do SUS nos anos 90”. In Negri, Barjas & Giovanni, G.(org.) *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001.

SOUSA, M.F. “Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades” In: *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, Cebes, nº 21, dezembro de 2000.