



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Souza Teles, Andrei; Bahia Coelho, Thereza Christina; da Silva Ferreira, Milla Pauline
Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades
Saúde em Debate, vol. 41, núm. 113, abril-junio, 2017, pp. 457-470
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406352165010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades

Public Expenditure on Health in Bahia: exploring evidence of inequalities

Andrei Souza Teles¹, Thereza Christina Bahia Coelho², Milla Pauline da Silva Ferreira³

RESUMO O artigo analisa os gastos públicos com o Sistema Único de Saúde em municípios, regiões e macrorregiões da Bahia, de 2009 a 2012. Os dados foram analisados com o auxílio do modelo de Contas Nacionais de Saúde. Verificou-se um crescimento de 28% nos gastos declarados pelos municípios, no quadriênio. Os gastos concentraram-se nas macrorregiões de maior capacidade instalada. Todavia, frente às populações dessas localidades, os aportes mostraram-se ainda insuficientes. Metade das regiões de saúde não atingiu a média de gasto per capita do estado. A distribuição dos recursos de forma justa e eficaz exige conhecimento das necessidades de saúde da população, fiscalização e uso racional.

PALAVRAS-CHAVE Gastos em saúde. Financiamento da assistência à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The article analyzes the public expenditures on the Unified Health System in municipalities, regions and macro-regions of Bahia, from 2009 to 2012. Data were analyzed with the aid of National Health Accounts model. It was verified an increase of 28% in the expenses declared by the municipalities, in the quadrennium. The expenditures were concentrated in the macro-regions with the highest installed capacity. However, compared to the population of these localities, inputs proved to be still insufficient. Half of the health regions did not reach the average per capita spending of the state. The distribution of resources fairly and effectively requires knowledge of the health needs of the population, monitoring and rational use.

KEYWORDS Health expenditures. Healthcare financing. Unified Health System.

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Feira de Santana (BA), Brasil. stdrei@hotmail.com

² Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Feira de Santana (BA), Brasil. tcuide@yahoo.com.br

³ Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Feira de Santana (BA), Brasil. millapsf@gmail.com

Introdução

A Constituição Federal de 1988, no ato das disposições transitórias, definiu que 30% dos recursos da Seguridade Social, provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, deveriam ser aplicados na saúde. Não havia, entretanto, a delimitação de como seria a participação das esferas de governo no financiamento da Seguridade Social e tampouco a definição de fontes específicas, resultando em irregularidades dos aportes financeiros, o que ensejou a minimização dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde o seu nascimento (MENDES; MARQUES, 2009).

Passados quase 30 anos, o financiamento mantém-se como importante limitação do sistema de saúde brasileiro, uma vez que a necessidade de ampliação e melhoria da qualidade e da capacidade assistencial encontra-se relacionada aos níveis de investimentos na área da saúde, em especial, na rede pública. São apontadas como consequências do subfinanciamento: o desinvestimento em edificações, equipamentos e tecnologias; a limitação de pessoal e a precarização dos vínculos de trabalho em saúde; a ampliação da participação dos serviços privados, contratados e conveniados, no âmbito do SUS; além do distanciamento do sistema do padrão de modelos universais de saúde (SANTOS, 2013).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o gasto total (público e privado) em saúde no Brasil, em 2010, foi de 9,0% do Produto Interno Bruto (PIB), o que corresponde a um baixo percentual se comparado ao dos Estados Unidos (17,6%) e, também, embora em menor proporção, ao de outros países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como Canadá (11,4%), Dinamarca (11,1%) e Espanha (9,6%), os quais se utilizam de sistemas universais de saúde. Nesses países, o gasto público tem sido maior que o privado no financiamento total da saúde, em geral, acima de 65%. No Brasil, o gasto privado

chegou a 53% do total, percentual similar ao dos Estados Unidos, porém, bastante inferior ao de países como Argentina e Uruguai, onde, respectivamente, 64,4% e 65,3% das despesas com saúde foram custeadas com recursos públicos (WHO, 2013; MARQUES; PIOLA, 2014). Em 2013, o gasto total em saúde do Brasil subiu para 9,7% do PIB, mas, por outro lado, o Gasto Público em Saúde passou de 10,7% do gasto total do governo (federal, estadual e municipal), em 2010, para 6,9%, em 2013 (WHO, 2015).

Apesar de o arcabouço jurídico-institucional do SUS encontrar-se bem fundamentado, não é capaz de, por si só, promover o acesso à saúde, pois não bastam leis e normas, é preciso que o financiamento de um sistema universal seja realmente adequado e esteja ajustado às demandas, às necessidades e aos direitos de saúde da população. Acirrando os embates acerca dos recursos necessários para o financiamento do SUS, foi aprovada a Lei Complementar nº 141, de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29/2000) (BRASIL, 2012) e ratificou a obrigação dos estados e municípios de destinar, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas ao setor da saúde. Para a União, manteve-se a norma já adotada na aplicação do valor do ano antecedente acrescido da variação nominal do PIB, frustrando mais uma vez as expectativas em torno da ampliação da participação do âmbito federal no financiamento da saúde. A LC 141, na verdade, preparou o terreno legal para a redução do orçamento da saúde. A partir de 2010, que foi o ano de maior gasto de todos os tempos, houve redução para 9,3%, em 2011, 7,9%, em 2012, e 6,9%, em 2013 (WHO, 2015).

É válido ressaltar que, em 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015), que alterou o cálculo para o estabelecimento do valor mínimo da Receita Corrente Líquida a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde. O novo método para a destinação de recursos federais para o SUS prevê aumento progressivo de percentuais entre 2016 e 2020, de 13,2%

a 15%, o que não significa dizer, necessariamente, ‘aumento progressivo de recursos’, já que a EC 86/2015 criou um orçamento impositivo que beneficia as emendas parlamentares, podendo gerar constrangimentos ainda maiores ao orçamento da seguridade social (COELHO; TELES; FERREIRA, 2016).

O processo de descentralização da gestão para estados e municípios representou um grande avanço para as políticas públicas de saúde, que combinaram o financiamento das três esferas de governo para a execução das ações e dos serviços do SUS. Em que pese o fato de a participação relativa da União nos gastos com a saúde diminuir paulatinamente a partir da promulgação da EC 29, em 2000, ao contrário da dos estados e municípios, reconhece-se que essa medida tenha incentivado a expansão de serviços de saúde, ainda que a equidade tenha sido pouco valorizada, uma vez que a redução das desigualdades exige o aumento da participação do financiamento da União nos gastos em saúde, sobretudo nas regiões mais pobres da federação (BRASIL, 2011; PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016).

Por meio da evolução das formas de financiamento delineadas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios obtiveram acesso de modo regular e automático aos recursos da União, de acordo com as condições de gestão estabelecidas pelas Normas Operacionais Básicas do SUS. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde, de 2001 e de 2002, e, posteriormente, o Pacto pela Saúde, de 2006, buscaram majorar a participação dos estados na gestão do SUS, substanciando a proposta de regionalização das redes de serviços para ampliar o acesso da população. Mais recentemente, o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, enfatizou a constituição das regiões de saúde com o intuito de diminuir as desigualdades socioespaciais de universalização da saúde e superar os limites da descentralização municipalista da saúde (BRASIL, 2011). As redes regionalizadas referem-se a estruturas integradas, com diferentes níveis de atenção à saúde, circunscritas em

um determinado espaço regional que visam a possibilitar a efetivação da integralidade das ações e dos serviços, bem como a otimização dos recursos. Contudo, o subfinanciamento vem sendo apontado como fator obstaculizador para conformação dessas redes (SILVA, 2011).

Na XV Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2015, o subfinanciamento da saúde foi o tema que unificou todos os discursos, pois inviabiliza, de fato, o fortalecimento do SUS público e de qualidade. O financiamento da saúde, definido por Coelho e Scatena (2014, p. 285) como “elemento estrutural e estruturante que alicerça economicamente as práticas sociais que cuidam da vida humana”, tem sido motivo de preocupação em todo mundo, pois os serviços de saúde, geralmente, são dispendiosos, exigindo eficiência no planejamento do gasto e uma distribuição não somente igualitária, mas também equitativa dos recursos (BRASIL, 2006). Garantir acesso universal e integral aos serviços de saúde para mais de 206 milhões de habitantes é, certamente, um grande desafio, sobretudo tendo em vista o aumento constante dos gastos, decorrente da crescente demanda por mais e melhores serviços, do envelhecimento da população e do incremento de tecnologias cada vez mais sofisticadas.

A relevância deste estudo está na exploração que realiza dos fenômenos financeiros da saúde e na possibilidade que desperta a desagregação das informações para uma maior e melhor compreensão do financiamento nos níveis subnacionais. A complexidade das operações de movimentação do financiamento do SUS, portanto, requer avanços metodológicos que permitam a análise do gasto de forma a respaldar as decisões da gestão e o controle social. Nesse sentido, diante do grande impacto e da influência que exercem as políticas de financiamento sobre a estrutura dos serviços de saúde, foi realizado um estudo amplo, que teve como objetivo analisar os gastos públicos com o SUS em municípios, regiões e macrorregiões de saúde do estado da Bahia, no período de 2009 a 2012.

Métodos

O estudo abrangeu todos os 417 municípios da Bahia, o maior estado da região Nordeste e o quarto mais populoso do País (BAHIA, 2012). Esses municípios encontram-se dispostos, de acordo com a última atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado (BRASIL, 2013), em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões (Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul). O PDR é o instrumento que organiza a assistência e ordena o processo de regionalização da saúde, a fim de promover maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Trata-se de um estudo quantitativo, que teve como fontes de dados, disponíveis na internet, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops) e o Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a obtenção de informações acerca do financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde das esferas governamentais; além do sistema de informação populacional mantido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Siops é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS que reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde dos municípios, estados e da União, sendo obrigatório o registro e a atualização dos dados, o que viabiliza a fiscalização e a avaliação do financiamento da saúde no Brasil. O FNS, por sua vez, disponibiliza informações complementares acerca da gestão financeira dos recursos do SUS, sendo possível acessar programas, convênios, consulta de pagamentos, entre outros dados (BRASIL, 2011).

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2013 e setembro de 2014, período em que 99% do total de municípios haviam transmitido suas informações financeiras referentes aos anos de 2009 a 2012. Em 2010, todos os municípios informaram os dados ao Siops; em 2009 e 2011, 99,8%; e, por fim, em 2012, 96,4%. Para os municípios que não haviam declarado suas informações financeiras ao Siops

durante a coleta de dados, foram utilizados, complementarmente, os dados do FNS.

Os dados informados pelos municípios acerca dos recursos financeiros destinados à execução das ações e dos serviços de saúde foram coletados e organizados com base no modelo de Contas Nacionais de Saúde (CNS) – National Health Accounts (NHA) –, desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos e aperfeiçoado pela Organização Mundial da Saúde (ROSA; COELHO, 2011). Esse modelo possibilita o acompanhamento das mudanças nos padrões de alocação de recursos em determinada série temporal e a avaliação da importância conferida pelo governo a determinados programas estratégicos e do próprio sistema de atenção em saúde, como um todo, adotado a partir dos incentivos financeiros (WHO, 2003).

Para fins de padronização dos conceitos utilizados, o modelo CNS adota os princípios básicos do System of Health Accounts (SHA), da Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), contidos no Manual de Classificação do SHA, o International Classification for Health Accounts (ICHA) (WHO, 2003). Como o SHA é mais útil para sistemas de saúde com uma única fonte de recursos, o CNS desagrega as categorias, tornando-as mais flexíveis e adequadas à complexidade de países como o Brasil, tendo sido adaptado para nossos sistemas de informação (ROSA; COELHO, 2011).

As CNS mensuram os gastos em saúde na forma de quatro tabelas básicas. Neste estudo, foi utilizada a primeira das quatro tabelas básicas do modelo: Fontes de Financiamento *versus* Agentes de Financiamento. As fontes representam as entidades responsáveis por fornecer as verbas para o setor da saúde, enquanto os agentes são considerados os receptores intermediários dessas verbas, que as usam para pagar serviços de saúde e produtos (COELHO; CHAGAS, 2006). Essas categorias orientaram a montagem das tabelas e guiaram, estruturalmente, a análise. A identificação detalhada desse fluxo de recursos permite saber como o serviço é financiado

(quem gasta em saúde, como e quando), ampliando, desse modo, a visão de toda a estrutura do financiamento da saúde.

O modelo de CNS utilizado foi adaptado à realidade do financiamento e dos sistemas de informação brasileiros de modo a contemplar as mudanças das fontes de financiamento do SUS a cada ano. A expectativa é de que o modelo forneça informações mais acessíveis para os gestores e o controle social, levando-se em conta seu potencial e sua facilidade de uso (COELHO; CHAGAS, 2006).

Conforme define o manual do tesouro nacional (BRASIL, 2004), receitas referem-se aos ingressos de recursos financeiros nos cofres das esferas governamentais para cobertura das despesas públicas. Na perspectiva orçamentária, as receitas cumprem alguns estágios, e, quando a transação já foi efetuada, considera-se a receita como realizada. Esse tipo de receita consiste em uma *proxy* utilizada para medir os gastos em saúde, entendidos como os recursos despendidos por determinado agente, com dada finalidade: o financiamento das ações e dos serviços de saúde. Assim, os gastos federal e estadual se constituem em receitas transferidas aos municípios, enquanto o gasto municipal é representado pelos recursos próprios declarados ao Siops (TELES, 2015).

A montagem das tabelas foi realizada em diferentes etapas que contemplaram a construção de instrumentos operacionais, nos quais foram acomodados os valores financeiros. Ao final da construção-alimentação, conseguiu-se obter as fontes de financiamento utilizadas por todos os municípios, agrupados em macrorregiões e regiões de saúde (eixo horizontal), e a totalidade dos agentes ou gestores do financiamento (eixo vertical), em uma única tabela. Os dados foram tabulados em um nível máximo de desagregação para as fontes, conforme detalhamento dos sistemas de informação utilizados e por ano de ingresso nos Fundos Municipais de Saúde.

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas a partir da elaboração de *rankings*, médias e percentagens, além da

construção de indicadores de financiamento, como o Gasto Público com Saúde (GPS), o GPS per capita, o GPS como proporção do PIB do estado da Bahia, entre outras medidas da relação entre o financiamento e a produção dos serviços de saúde. O GPS refere-se à soma dos gastos federais, estaduais e municipais executados no âmbito do SUS, declarados pelos municípios, enquanto o GPS per capita é originado a partir da divisão do gasto total anual de saúde pela população do estado de cada ano.

A fim de analisar a evolução dos gastos no estado e para que a comparação entre os anos pudesse se dar através de valores reais, valores nominais foram deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA), tendo por base o mês de dezembro de 2012. Quando o interesse estava na distribuição de recursos entre municípios e regiões de saúde, manteve-se o valor nominal dos recursos financeiros.

Este estudo utilizou dados de domínio público, ainda assim, o projeto do qual ele se origina foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer de nº 558.940/2014.

Resultados e discussão

No estado da Bahia, incluindo-se recursos despendidos pelas três esferas de governo, no período de 2009 a 2012, o total do GPS, considerando-se a inflação acumulada do período, foi de, aproximadamente, R\$ 19,59 bilhões. O gasto passou de R\$ 4.174.876.056,72, em 2009, para R\$ 5.343.000.775,05, em 2012, o que corresponde a um crescimento da ordem de 28%. A trajetória do GPS, de 2009 a 2011, apresentou-se de forma linear. De 2009 para 2010, o aumento foi de cerca de 13%, e de 2010 para 2011, de 14%. Entre os anos 2011 e 2012, no entanto, houve um decréscimo de R\$ 23.587.999,16, ou seja, o GPS diminuiu 0,44%, conforme demonstra a *tabela 1*.

Tabela 1. Gasto Público em Saúde (GPS), gasto per capita e proporção do PIB da Bahia, 2009-2012

Ano	GPS Deflacionado* (milhões R\$)	GPS (milhões R\$)	Crescimento do GPS (%)	GPS per capita (R\$)	Crescimento do GPS per capita (%)	Participação GPS/PIB (%)
2009	4.174,88	3.352,60	-	229,04	-	2,45
2010	4.708,13	3.943,77	17,63%	281,36	22,84%	2,56
2011	5.366,59	4.761,01	20,72%	337,72	20,03%	2,98
2012	5.343,00	5.048,19	6,03%	356,12	5,45%	3,01

Fonte: Siops/IBGE/Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI).

* Valores deflacionados para dezembro de 2012, conforme o Índice de Preço do Consumidor Amplo (IPCA).

Vale ressaltar que esses valores não levam em conta os recursos geridos pela Secretaria da Saúde do Estado (Sesab). Somando-se os recursos administrados pela Sesab (próprios do tesouro estadual e transferidos pela União) aos movimentados pelos municípios, o gasto público com o SUS, no estado da Bahia, acumulado nos quatro anos de estudo, em reais, de dezembro de 2012, foi de cerca de R\$ 30,94 bilhões (TELES, 2015). Entretanto, como esses recursos não podem ser desagregados, eles não foram contabilizados na distribuição dos recursos por município, região e macrorregião de saúde.

Um estudo que utilizou a mesma metodologia de CNS, porém, incluindo os recursos próprios estaduais não repassados ao município, encontrou um gasto com saúde para o estado da Bahia, em 2002, de R\$ 2.299.710.019,00. Corrigindo-se a inflação do período, obtém-se o valor de R\$ 4.570.295.104,00, bem abaixo do valor real de 2012, que totalizou R\$ 7,68 bilhões com a adição dos recursos próprios deflacionados da Sesab, o que expressa aumento considerável e real de 68,12% (COELHO; TELES; FERREIRA, 2016).

O GPS per capita aumentou de R\$ 285,22, em 2009, para R\$ 376,92, em 2012, apresentando um crescimento de 32,15% no período. O fato de a população do estado da Bahia ter se mantido sem grandes alterações resultou em um padrão de comportamento do gasto per capita similar ao do GPS – crescimento de 2009 a 2011 e redução em 2012, em relação ao ano anterior –, com a ressalva

de que, de 2009 para 2010, foi observado o maior crescimento do valor per capita de todo o período, em torno de 17,77%.

O gasto como proporção do PIB consiste em um importante indicador do grau de comprometimento do governo com os direitos assegurados constitucionalmente. A participação do GPS no PIB do estado passou de 3,05%, em 2009, para 3,19%, em 2012, o que ratifica, também, a tendência crescente dos gastos com ações e serviços de saúde.

A descentralização de recursos financeiros e da gestão dos serviços e das ações de saúde para estados e municípios é uma diretriz organizativa do SUS estreitamente relacionada, nos planos conceitual e operativo, com os demais princípios. Não por acaso, assume um papel de eixo estruturante na articulação e na cooperação entre os níveis de governo. Entre os principais propósitos da inclusão da descentralização entre os preceitos constitucionais do SUS estava a possibilidade de se produzir um maior equilíbrio entre as regiões do País, diminuindo, assim, as desigualdades regionais em saúde em termos de distribuição de recursos e ampliação de acesso ao nível local (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Assim, tão ou mais importante que o volume total de recursos destinado ao SUS em um estado é observar como se dá a distribuição desses gastos entre suas macrorregiões, regiões de saúde e municípios. A *tabela 2* mostra a distribuição do GPS e de sua variação per capita nas macrorregiões do estado, no quadriênio em análise.

Tabela 2. Distribuição do Gasto Público em Saúde (GPS) e de sua variação per capita no estado da Bahia, 2009-2012

Macrorregiões	GPS (milhões de R\$)				GPS Per Capita (R\$)			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Leste	1.252,65	1.499,02	1.727,77	1.685,72	268,85	344,30	393,29	380,35
Centro-Leste	607,66	674,20	745,71	773,18	279,36	321,29	353,57	364,81
Sudoeste	533,31	586,33	636,50	689,24	304,89	343,98	372,50	402,34
Sul	459,74	496,64	605,06	467,13	268,84	306,23	373,31	288,61
Norte	319,32	340,27	391,19	409,29	296,83	334,65	382,49	397,95
Oeste	287,52	327,38	389,84	403,34	321,70	373,36	440,64	452,03
Extremo-Sul	258,74	289,52	327,04	334,95	346,46	380,84	426,09	432,42
Centro-Norte	229,38	262,45	289,66	306,00	285,62	340,29	374,37	394,27
Nordeste	226,56	232,32	253,81	274,14	274,84	285,66	310,62	333,97
Total	4.174,88	4.708,13	5.366,59	5.343,00	285,22	335,89	380,68	376,92

Fonte: Siops/IBGE.

Nota: Valores deflacionados para dezembro de 2012, conforme o Índice de Preço do Consumidor Amplo (IPCA).

Nota-se uma situação de desequilíbrio e desigualdade, no que concerne à distribuição do GPS na perspectiva macrorregional. A macrorregião Leste chama atenção pelo grande volume de gastos, ultrapassando a cifra de R\$ 1 bilhão em todos os anos evidenciados no estudo, com um aumento de mais de 34%, seguida da macrorregião Centro-Leste, onde o GPS variou entre R\$ 607,66 milhões, em 2009, e R\$ 773,18, em 2012, revelando um crescimento percentual de cerca de 27%. Por outro lado, a macrorregião Nordeste exibe os menores valores em todo o quadriênio.

Indubitavelmente, a quantidade de leitos por habitante fornece uma ideia acerca da capacidade instalada em termos de serviços de saúde em uma região. Sede da capital do estado, a macrorregião Leste é a que realiza mais procedimentos de alta complexidade e possui o maior número de leitos por habitante, seguida das macrorregiões Sul, Sudoeste e Centro-Leste, enquanto as macrorregiões Nordeste e Norte apresentam a menor quantidade de leitos. Cabe assinalar que prevalece no Brasil uma cultura alocativa, que prioriza regiões com maior capacidade instalada de serviços de saúde, as quais possuem as

melhores condições sanitárias e socioeconômicas (BAHIA, 2012; TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

Analizando-se a distribuição per capita do GPS, encontra-se um quadro crescente para a grande maioria das macrorregiões, em todo o quadriênio, com exceção das macrorregiões Leste e Sul, onde os valores per capita de 2012 (R\$ 380,35 e R\$ 288,61, respectivamente) sofreram quedas em relação aos de 2011 (R\$ 393,29 e R\$ 373,31). No caso da macrorregião Sul, essa diminuição foi bastante expressiva, em torno de 23%, o que resultou, no comparativo entre as macrorregiões, no menor gasto per capita, em 2012. Apesar de totalizar, de 2009 a 2012, uma variação percentual positiva de 7,35%, esse crescimento não foi suficiente para mudar a sua posição no *ranking* dos gastos regionais de saúde.

As macrorregiões Oeste e Extremo-Sul apresentaram os maiores valores per capita em todos os anos, exibindo crescimento de, respectivamente, 40,51% e 24,81% no período. Em 2009, as macrorregiões Leste (R\$ 268,85) e Sul (R\$ 268,84), por sinal, as mais populosas da Bahia, obtiveram os menores valores per capita. Em 2010 e 2011, foi a vez da macrorregião Nordeste se destacar com os valores mais

baixos de gasto per capita, respectivamente, R\$ 285,66 e R\$ 310,62.

A situação da macrorregião Nordeste se apresenta aqui duplamente representada em termos de desigualdade, já que a referida macrorregião apresenta baixos gastos, em todos os anos do estudo, tanto em termos absolutos quanto no per capita. Esse dado torna-se, então, importante, pois evidencia diferenças significativas na distribuição de recursos, a despeito de a regionalização se apresentar como uma estratégia para o alcance da integralidade, da ampliação do acesso e da equidade no SUS.

O forte processo de descentralização, com ênfase na municipalização, acabou por reiterar as desigualdades regionais, principalmente no que diz respeito ao financiamento da média e da alta complexidades, além de ocasionar uma grande dependência de estados e de muitos municípios com relação à União. Nesse contexto, a regionalização, prevista desde a Constituição Federal e nas leis e portarias posteriores como mecanismo de descentralização, consistiu em uma tentativa de superar a incapacidade de grande parte dos municípios de financiar suas próprias ações e serviços de saúde (RODRIGUES, 2010; MARTINELLI; VIANA; SCATENA, 2015).

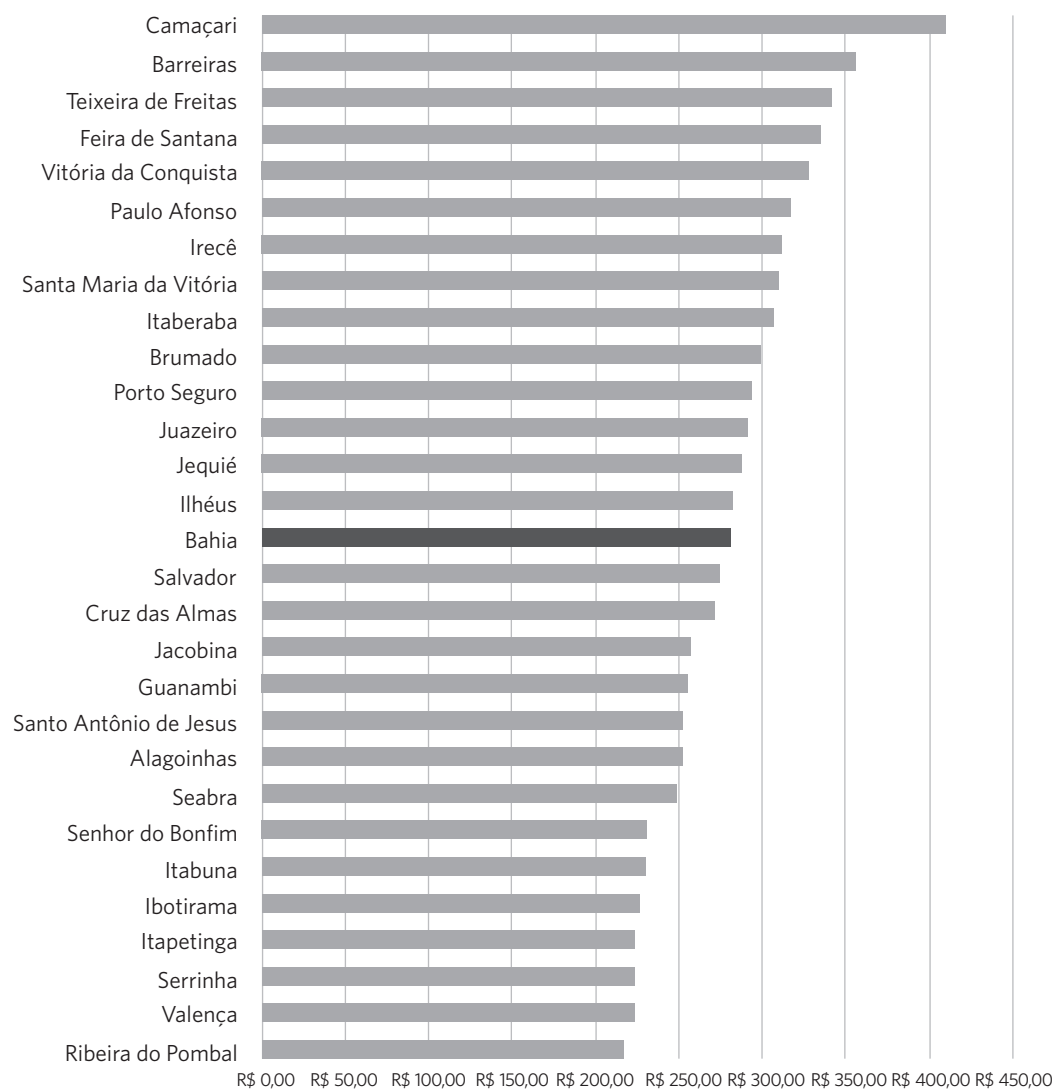
A macrorregião Leste, segundo o PDR do estado da Bahia, é composta por 48 municípios dispostos em quatro regiões de saúde: Camaçari, Cruz das Almas, Salvador e Santo

Antônio de Jesus. Duas dessas regiões estiveram, de 2009 a 2012, no ápice do ranking de GPS: Salvador liderou nos quatro anos com respectivos R\$ 654.528.252,00, R\$ 862.708.359,00, R\$ 1.089.613.935,00 e R\$ 1.088.590.018,00; e Camaçari variou entre a terceira e a quarta posições com a região de Vitória da Conquista, da macrorregião Sudoeste, com os seguintes valores: R\$ 190.042.858,00, R\$ 214.356.948,00, R\$ 230.186.284,00 e R\$ 246.532.727,00.

A região de Feira de Santana, da macrorregião Centro-Leste, teve o segundo maior gasto em todos os anos (R\$ 275.726.806,00, R\$ 311.141.384,00, R\$ 370.346.887,00 e R\$ 405.985.232,00). Por outro lado, os menores valores foram observados pelo mesmo trio de regiões – Seabra, Ibotirama e Itapetinga –, cujo GPS variou entre R\$ 34.589.987,00 e R\$ 76.903.088,00. Apesar de algumas mudanças de posições no *ranking* de gastos, percebe-se que, ao longo dos anos, foi mantido um padrão de gasto, especialmente entre as regiões que gastaram mais e menos recursos com ações e serviços públicos de saúde.

Quando se analisa a distribuição dos aportes financeiros por habitante, a situação altera-se consideravelmente, mas as desigualdades continuam a se reproduzir. No *gráfico 1*, tem-se o GPS per capita das regiões de saúde, no ano de 2010, que apresentou uma variação de até 88,76%.

Gráfico 1. Gasto Público em Saúde per capita nas regiões de saúde do estado da Bahia, em 2010



Fonte: Siops/IBGE.

Observa-se que metade das regiões não conseguiu atingir a média de gasto per capita do estado (R\$ 280,36). A região de Salvador, que havia apresentado o maior GPS, ficou abaixo da média (R\$ 274,75). Apenas duas regiões de saúde, Camaçari e Barreiras, despenderam mais de R\$ 350,00 por hab./ano. Esse é um fato interessante, uma vez que o município de Camaçari abriga o maior polo industrial da Bahia, enquanto Barreiras é um dos maiores polos agropecuários baianos,

o que dinamiza e influencia a economia de suas regiões de saúde. Em 2010, situavam-se entre os municípios com os maiores PIB per capita da Bahia, respectivamente, R\$ 53.464,89 e R\$ 13.649,55 (IBGE, 2010).

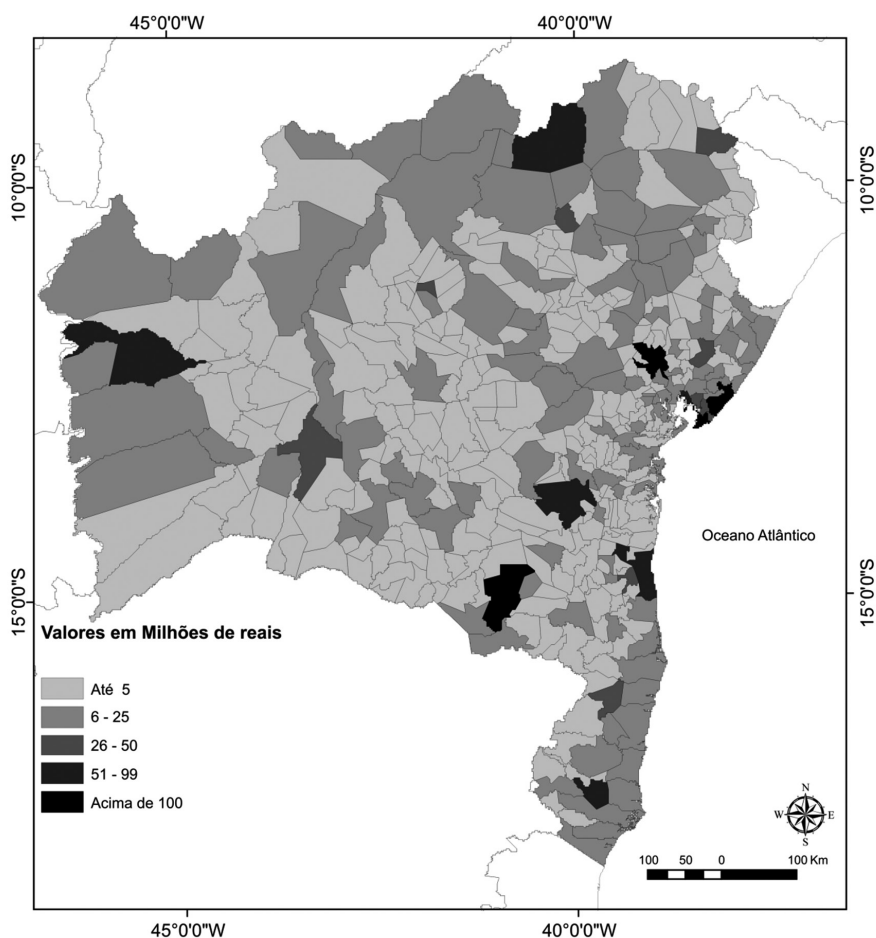
Ao ordenar o GPS dos 417 municípios da Bahia de forma decrescente, no período de 2009 a 2012, observou-se que os cinco municípios com os mais altos valores mantiveram-se na mesma posição durante os quatro anos estudados, na seguinte ordem: Salvador, Feira

de Santana, Vitória da Conquista, Camaçari e Juazeiro, variando entre R\$ 68.774.537,00 e R\$ 864.469.915,00. A partir daí, os municípios passaram a ocupar, cada vez mais, diferentes colocações, como foi o caso de Anguera, que saiu da última posição (417º), em 2009, com o valor de R\$ 1.102.078,00, para a posição 390º (R\$ 2.098.147,00), em 2010, e da posição 362º (R\$ 2.831.784,00), em 2011, para a colocação 371º (R\$ 3.090.808,00), em 2012. De qualquer modo, Anguera, assim como outros municípios menores, permaneceram no pior quadrante, ou entre os cem municípios com menor gasto em saúde.

Na *figura 1*, tem-se a distribuição

geográfica do GPS por municípios do estado da Bahia, em 2010. A análise por porte de gasto revela que, aproximadamente, 70% (290) dos municípios baianos não ultrapassaram o patamar dos R\$ 5 milhões. Cerca de 26% (107) encontraram-se na faixa de R\$ 6 a 25 milhões, 2,4% (10) no porte de gasto entre R\$ 26 a 50 milhões, 1,44% (6) de R\$ 51 a 99 milhões e, por fim, os que ultrapassaram a cifra dos R\$ 100 milhões representaram apenas 0,96% (4) do total de municípios, são eles: Salvador (R\$ 667.190.609,00), Feira de Santana (R\$ 185.361.146,00), Vitória da Conquista (R\$ 118.908.234,00) e Camaçari (R\$ 114.701.239,00).

Figura 1. Distribuição geográfica do Gasto Público em Saúde dos municípios do estado da Bahia, em 2010



Fonte: Siops.

Aproximadamente 60% dos municípios baianos são considerados de pequeno porte, com menos de 20.000 habitantes. Fato que exige, sem dúvida, uma maior efetividade na formação da rede de serviços de saúde, sobretudo para média e alta complexidades, uma vez que esses municípios pequenos apresentam dificuldades para desenvolver esses tipos de serviços, devido aos aportes insuficientes de recursos, e até mesmo para desenvolver a atenção básica (BAHIA, 2009).

Estudo realizado por Rosa e Coelho (2011) trouxe à tona uma reflexão importante sobre o financiamento federal do Programa Saúde da Família (PSF), no ano de 2005 (antes da vigência do Pacto pela Saúde e dos blocos de financiamento), em um município de médio porte da Bahia. O fato foi que o gasto médio de uma unidade do PSF era de R\$ 17.302,00 mensais, mas o governo federal repassava apenas 16,4% desse valor (R\$ 2.834,00), ficando claro o subfinanciamento desse programa por parte do governo federal, bem como seu papel indutor no desenvolvimento da política, já que o município precisava realizar grande esforço para cumprir as normas e diretrizes postuladas e aumentar o acesso a esse tipo de serviço.

A *figura 1* revela, ainda, que os maiores gastos foram evidenciados na macrorregião Leste, da qual fazem parte os municípios de Salvador e Camaçari. Vale ressaltar que os municípios na maior faixa de gasto (acima de 100 milhões) possuíam, no ano de 2010, as maiores populações da Bahia, acima de 240.000 habitantes. Sendo assim, o gasto em saúde, além de concentrar-se na região mais rica do estado, relacionou-se com porte populacional dos municípios.

Em termos de GPS, o município de Salvador merece destaque. Analisando-se a evolução do gasto ano a ano da capital baiana, cuja população diminuiu de 2.998.058 habitantes, em 2009, para 2.710.968, em 2012, tem-se a seguinte sequência de valores: R\$ 472.145.804,00, R\$ 667.190.609,00, R\$ 864.469.915,00 e R\$ 834.285.786,00. Em

comparação com o município de Feira de Santana, que apresentou o segundo maior gasto no período, o GPS de Salvador chegou a ser quase quatro vezes maior, em 2011. A seguir, os valores anuais, respectivamente, de 2009 a 2012, de Feira de Santana: R\$ 171.573.668,00, R\$ 185.361.146,00, R\$ 218.780.752,00 e R\$ 224.621.098,00.

Coelho e Chagas (2006), com o objetivo de descrever o fluxo de recursos em saúde do município de Feira de Santana para o ano de 2002, mensuraram os gastos no setor com dados do Siops a partir do modelo CNS, mesma metodologia utilizada neste estudo. Como resultado, encontraram o gasto em saúde, incluindo as três esferas de governo, de cerca de R\$ 75 milhões. Numa análise comparativa com os achados do ano de 2010, é possível estimar um aumento de quase 150% no período.

Ao observar a distribuição do gasto em saúde per capita, a posição dos municípios muda drasticamente. O município de Salvador que assumiu durante o quadriênio a primeira colocação na ordenação do gasto absoluto, no ano de 2009, encontrou-se na posição 377º, com o GPS per capita de apenas R\$ 157,48. Em seguida, no ano de 2010, alcançou a 246º colocação, com R\$ 249,36 hab./ano, e, em 2011, foi para a posição 168º (R\$ 320,93). Finalmente, subiu novamente no *ranking*, em 2012, para a 284º colocação, com R\$ 307,74 hab./ano. Em contrapartida, municípios de menor porte se destacaram mais, como é o caso de Madre de Deus, São Félix, Irecê, São Francisco do Conde, entre muitos outros. Este último chama atenção. Com uma população média de 33 mil habitantes, no período, apresentou os maiores gastos per capita do estado em todos os anos: R\$ 1.699,49, em 2009; R\$ 1.844,54, em 2010; R\$ 2.004,09, em 2011; e R\$ 2.198,92, em 2012.

Estudo realizado por Rodrigues (2010) encontrou, em nível nacional, alguns resultados semelhantes e outros distintos desta pesquisa, pois tanto o gasto total em saúde quanto

o per capita foram menores nos municípios menos populosos, sobretudo nas regiões do Norte e do Nordeste do País, sendo maior o gasto realizado no Sudoeste, principalmente para os municípios com população superior a 500 mil habitantes. Em síntese, gastou-se mais nas regiões mais ricas e nos municípios mais populosos do Brasil. O detalhe é que 90,6% das localidades brasileiras possuem menos de 50 mil habitantes.

Conclusões

Importa assinalar que os recursos movimentados pelos municípios do estado da Bahia, de 2009 a 2012, revelaram um crescimento dos gastos com ações e serviços públicos de saúde. Todavia, houve a diminuição do GPS no último ano do quadriênio em relação ao ano anterior.

Analisando-se a distribuição dos gastos entre as macrorregiões, constatou-se grande desequilíbrio em favor daquelas que, sabidamente, possuíam maior capacidade instalada, como a Leste e a Centro-Leste. Frente à grande população dessas regiões, esses aportes não se mostraram ainda suficientes, uma vez que os respectivos gastos per capita estiveram entre os menores do estado.

Com relação aos indicadores utilizados, o GPS parece estar intrinsecamente relacionado ao porte populacional dos municípios. O gasto de, aproximadamente, 70% dos municípios foi inferior a R\$ 5 milhões, em 2010. Apenas quatro municípios gastaram mais de R\$ 100 milhões em saúde, não por acaso, os mais populosos da Bahia, o que traduz uma política de financiamento fortemente baseada no critério populacional, mas que não consegue ser suficiente na redução das desigualdades.

A respeito dos mecanismos de alocação dos recursos empregados pelas esferas de governo, cabe salientar que as transferências de recursos precisam seguir não apenas critérios de igualdade, como os

repasse per capita, mas também devem ser reajustados com base nas condições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada município ou região. Esse mecanismo ainda é incipiente na gestão dos recursos do SUS.

Um dos principais desafios na investigação dos gastos públicos são as dificuldades de acesso às informações sobre o orçamento da saúde. Embora o Siops, principal sistema de informação sobre o financiamento das ações e dos serviços de saúde, já esteja consolidado há mais de uma década, algumas informações ainda são de difícil acesso, especialmente no que se refere ao detalhamento dos gastos da esfera estadual. Ademais, alguns municípios ainda não transmitem de forma adequada e periódica as informações sobre o detalhamento dos seus recursos, sendo necessário, por vezes, recorrer a outros sistemas de informações, como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e o FNS, a fim de evitar distorções nos resultados.

Na maior parte do período analisado, os recursos para a saúde aumentaram. Mas é importante frisar que a demanda pelos serviços também aumentou bastante nesses últimos anos, em todo Brasil, sobretudo com a ampliação do acesso a partir da expansão da Atenção Básica. Assim, diante das dificuldades que a população enfrenta, principalmente quando necessita dos serviços de média e alta complexidades, esse aumento dos gastos não se torna tão visível no cotidiano dos usuários e trabalhadores de saúde do SUS, que seguem se queixando da precariedade dos serviços.

De certo que não basta ter o recurso, pois sua distribuição de forma justa e eficaz exige conhecimento acerca das necessidades de saúde da população de referência, fiscalização e uso racional para evitar desperdícios. De qualquer modo, se o aumento observado pode indicar um importante avanço na política de financiamento das ações do SUS, o Brasil permanece, por outro lado, com

um Gasto Público de Saúde ainda pequeno em relação aos países do mesmo porte, em especial, na América Latina, o que aponta na direção de que se fortaleça cada vez mais a consciência cidadã em torno desse fundamental elemento da gestão, que é o financiamento, em todos os seus níveis administrativos.

Colaboradores

Andrei Souza Teles, Thereza Christina Bahia Coelho e Milla Pauline da Silva Ferreira contribuíram substancialmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2007-2010. *Rev. Baiana de Saúde Publ.*, v. 33, n. supl., p. 13-87, nov. 2009.
- _____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. *Rev. Baiana de Saúde Publ.*, Salvador, v. 36, n. supl., p. 1- 166, dez. 2012.
- BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 12 maio 2017.
- _____. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Receitas públicas: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios*. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Financiamento da Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília, DF: CONASS, 2006.
- _____. Resolução da CIB nº 164, de 27 de maio de 2013. Aprova a transferência do município de Maraú, da região de saúde de Valença para a região de saúde de Itabuna. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 28 maio 2013. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/4.a%20-%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20CIB-BA%20N%C2%BA%20164.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.
- COELHO, T. C. B.; CHAGAS, F. L. O fluxo dos recursos públicos de saúde em 2002 no município de Feira de Santana-BA: das fontes de financiamento até as atividades. *Bahia Anál Dados*, Salvador, v. 16, n. 2, p. 303-313, jul./set. 2006.
- COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. *Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta*. Feira de Santana: UEFS, 2016.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. A. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 307-352.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades: Bahia*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=290570>>. Acesso em: 6 set. 2012.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O financiamento da Saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M. (Org.). *25 anos do direito universal à saúde*. Rio de Janeiro: Cebes. 2014. p. 177-94.

MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L. A.; SCATENA, J. H. G. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 76-90, dez. 2015.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-421, 2016.

RODRIGUES, R. Federalismo, relação público-privado e gasto em saúde no Brasil. *Rev Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, v. 1, n. 1, p. 141-156, 2010.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um

município da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SILVA, F. S. Organização das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

TELES, A. S. *Financiamento do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia*. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 786-799, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Health Observatory (GHO) data*. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/en/>>. Acesso em: 8 maio 2015.

———. *Guide to producing national health accounts: with special applications for low income e middle-income countries*. Geneva: Switzerland, 2003.

———. *World health statistics*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/>. Acesso em: 15 abr. 2015.

Recebido para publicação em outubro de 2016
Versão final em abril de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fapesb (Edital Temático 65/2004 e 06 Bolsas IC) e CNPq (Bolsa de Mestrado)