



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Alves dos Santos Neto, João; Nogueira Mendes, Áquилас; Pereira, Antônio Carlos;
Paranhos, Luiz Renato

Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região
de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1269-1280

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551022>

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

Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil

Analysis of the Unified Health System funding and expenditure in the municipalities of the “Rota dos Bandeirantes” health region, State of São Paulo, Brazil

João Alves dos Santos Neto ¹

Áquiles Nogueira Mendes ²

Antônio Carlos Pereira ¹

Luiz Renato Paranhos ³

Abstract The national scenario of lack of resources in the Brazilian Unified Health System (SUS) has led to major differences in the municipalities funding models. Thus, this study aims to analyze SUS funding and expenditure in seven cities of the Rota dos Bandeirantes health region, State of São Paulo, SP, Brazil, from 2009 to 2012. Settled expenditure indicators were collected from the Public Health Budgets Information System (SIOPS) for analysis, showing descriptive data with absolute and relative frequency calculations. We identified that the per capita income available for the city of Barueri is almost tenfold that of the city of Carapicuíba, and that Barueri's health expenditure per capita is more than double that of the regional average and almost fivefold that of Carapicuíba. The Federal Government is responsible for 95.4% of all funding to municipalities. Most of the available income of the municipalities in the region include their own taxes and state transfers. All the municipalities showed a significant positive trend, both for available income and health expenditure. The regional average of own revenue spent on health is 27.3%. Carapicuíba achieved a level of 37.5%, which is much higher than the minimum of 15% required by the Federal Constitution.

Key words Health care funding, Health expenditure, Unified Health System

Resumo Diante do cenário nacional da falta de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), há diferenças importantes nos modelos de financiamento dos municípios. Desta forma, este estudo tem por objetivo analisar o financiamento e o gasto do SUS dos sete municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo no período de 2009 a 2012. Para a análise foram coletados indicadores de despesa liquidada, disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, apresentando dados descritivos com cálculos de frequências absoluta e relativa. Identificou-se que a receita disponível per capita de Barueri é quase dez vezes maior que a de Carapicuíba, e Barueri gasta em saúde, por habitante, mais que o dobro da média regional, e quase cinco vezes mais que Carapicuíba. A União, responde por 95,4% de todos os repasses realizados para os municípios. Grande parte da receita disponível dos municípios da região é composta por impostos próprios e repasses estaduais. Todos os municípios apresentaram uma evolução positiva significativa tanto da receita disponível quanto dos gastos em saúde. A média regional das receitas próprias aplicadas em saúde é de 27,3%, sendo que em Carapicuíba chegou a 37,5%, muito acima do mínimo exigido pela Constituição Federal que é de 15%.

Palavras-chave Financiamento da assistência à saúde, Gastos em saúde, Sistema Único de Saúde

¹ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. Av. Limeira 901, Areeão, 13414-018 Piracicaba SP Brasil. drjoaoalves@yahoo.com.br

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Sergipe. Lagarto SE Brasil.

Introdução

Desde o processo da Reforma Sanitária, empreendida no Brasil em plena crise econômica e política na década de 1970 e 1980, os idealizadores desse movimento já se deparavam com o dilema do financiamento^{1,2}. O movimento da Reforma Sanitária culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 e, vinte e oito anos depois da criação do SUS, ainda não está claro de que forma será o seu financiamento¹⁻¹⁰.

Pode-se dizer que grande parte dos problemas estruturais que hoje assolam o SUS tem relação com a questão do financiamento^{5,7,8,11,12}. A dificuldade de encontrar a forma ideal de se financiar o sistema de saúde é tão grande que nos anos 1990 e 2000 este foi um dos temas mais debatidos e problemáticos para a implementação do SUS e, recentemente, tem aparecido nas agendas de pesquisa, quase com a mesma frequência dos estudos de modelo de atenção^{1,5,8,11}.

Embora se reconheça que há problemas de gestão dos gastos, é evidente que o sistema que pretende ser “universal” e “integral” funciona com um financiamento muito aquém do necessário^{2,5}. Tal situação vem prejudicando diretamente a prioridade que a política de atenção primária à saúde, sob a perspectiva de implantar um novo modelo de atenção no País, passou a ter com os gestores em nível municipal do SUS. Essa política foi especialmente desenvolvida nos anos 1990, quando se começou a fazer grandes esforços no sentido da universalização da atenção básica, e tal processo se desenvolveu ao longo dos anos 2000. Em 2011, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) passou a reforçar a defesa da qualificação da atenção básica nesse sistema, de forma que ela passasse a assumir o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção¹³. Contudo, a concretização dessa diretriz tem encontrado obstáculos por meio do problemático financiamento do SUS.

A grande diferença do poder de arrecadação municipal e da disponibilização de recursos para a saúde, associada a outros fatores, fizeram com que os sistemas públicos de saúde dos municípios sejam totalmente heterogêneos^{1,7,14}, produzindo regiões de saúde igualmente heterogêneas¹⁵. Graças à municipalização e à descentralização da saúde, seguido pelo tardio, e ainda não efetivo, empenho no fortalecimento das regiões de saúde^{14,16-20}, vivemos hoje uma realidade onde o município é considerado o núcleo básico organi-

zacional do sistema¹⁶. Esta situação produziu uma segmentação do sistema de saúde em subsistemas nacionais, fator que influencia a fragmentação do SUS em nome da autonomia municipal^{16,19,20}. A fragmentação do SUS tem gerado iniquidades locais¹⁵⁻¹⁷ que ficam evidentes quando se analisa o financiamento e o gasto do SUS nos municípios.

Diante disso, este estudo faz uma análise do financiamento e do gasto do SUS mostrando os diferentes padrões de financiamento e os diferentes modelos de gastos em saúde pública dos sete municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo no período de 2009 a 2012.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de natureza analítica, retrospectiva e transversal, utilizando-se de dados secundários de domínio público, envolvendo os sete municípios que formam a região de saúde Rota dos Bandeirantes nos anos de 2009 a 2012.

A região de saúde Rota dos Bandeirantes é formada pelos municípios de Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba. A caracterização destes municípios foi obtida por meio do Mapa da Saúde da Região da Rota dos Bandeirantes – 2014²¹.

Para a análise do financiamento e do gasto em saúde destes municípios, seguiu-se a metodologia de compilação e análise dos dados, semelhante a outros estudos^{22,23}, utilizando-se os resultados dos indicadores do período de 2009 a 2012 oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no Portal da Saúde. Os indicadores utilizados foram os seguintes: receita de impostos e transferências constitucionais legais *per capita*; percentual da receita de impostos próprios sobre a receita de impostos e transferências constitucionais legais; percentual da receita do FPM sobre a receita de impostos e transferências constitucionais legais; percentual da receita do ICMS sobre a receita de impostos e transferências constitucionais legais; percentual das transferências da união para o SUS sobre o total de transferências SUS; receita *per capita* de transferências SUS; despesa total com saúde por habitante; percentual de recursos próprios aplicados em saúde; percentual de despesa com pessoal sobre a des-

pesa total em saúde; percentual da despesa com serviços de terceiros – pessoas jurídicas sobre a despesa total em saúde e percentual de despesas de investimentos sobre a despesa total em saúde.

Os indicadores utilizados para a análise do financiamento e do gasto dos municípios foram coletados pelo SIOPS²⁴.

Para obter estes dados, foi acessado primeiramente o site <http://portalsauda.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops> e, subsequentemente, foi selecionado “indicadores”, depois “municípios”, “consulta por fase da despesa” e, em seguida, selecionou-se “2002 em diante anual” e “Despesa Liquidadá”.

Os dados orçamentários (receitas e despesas) apresentados nas tabelas e gráficos foram deflacionados, utilizando-se o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, convertidos a valores de dezembro de 2012.

Resultados

A região de saúde Rota dos Bandeirantes é formada pelos municípios de Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba, que estão localizados a oeste da região metropolitana de São Paulo, numa região contígua e de municípios próximos geograficamente, mas com profundas diferenças, inclusive demográficas, variando, de 16.238 habitantes em Pirapora do Bom Jesus, 110.842 habitantes em Jandira, 113.945 em Santana de Parnaíba, 206.558 habitantes em Itapevi, para 373.358 habitantes em Carapicuíba e 668.877 habitantes em Osasco.

Os municípios da Rota dos Bandeirantes apresentam também diferenças na construção dos seus processos políticos e econômicos, porém mostram convergência de interesses em relação aos serviços, comércio e empregos, que transcende os limites dos municípios, criando uma rede dinâmica de convivência. Alguns municípios, por características próprias, continuam ainda bastante dependentes em relação a empregos, saúde e serviços em geral. A produção das riquezas geradas pela região não se distribuiu igualmente entre os municípios, com áreas de grande poder aquisitivo convivendo com áreas de pobreza extrema.

A heterogeneidade dos municípios da Rota dos Bandeirantes fica evidente também quando observado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010. O município de Pirapora do

Bom Jesus apresenta o IDH mais baixo da região (0,727) ficando em 418º no ranking dos municípios do estado de São Paulo; seguido pelo de Itapevi (0,735) - 345º no ranking; Carapicuíba (0,749) - 236º no ranking; Jandira (0,760) - 164º no ranking, bem distantes de Barueri e Santana de Parnaíba que apresentam IDH de 0,786 e 0,814, respectivamente, e colocação de 47º e 9º no ranking dos municípios do estado de São Paulo.

Quando se avalia a receita disponível *per capita* de cada município (Tabela 1), que é o recurso disponível para executar as ações e os serviços públicos para a população do seu território, identifica-se uma desigualdade muito grande entre a receita de Barueri, que é quase dez vezes maior que a de Carapicuíba, que possui a menor disponível da região. O município de Santana de Parnaíba também possui uma receita disponível *per capita* acima da média regional, sendo mais que o dobro de Osasco que é o terceiro colocado na região neste quesito. A receita disponível apresentou uma evolução crescente em, praticamente, todos os anos, e em todos os municípios avaliados, com uma ampliação média, em torno de 30%, quando comparado o primeiro ano avaliado (2009) com o último da avaliação (2012). No município de Pirapora do Bom Jesus esta evolução da receita disponível foi de 64,27%, e em Itapevi, de 46,69%. O município que obteve menor aumento da receita disponível foi Jandira, com 12,10%.

A composição da receita disponível dos municípios da região, no período estudado, considerando os impostos recolhidos pelo próprio município, as transferências constitucionais estaduais do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e as transferências constitucionais federais do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) são demonstradas na Tabela 2. Observa-se que, na média, e em todos os anos estudados, a grande dependência dos municípios da região é de impostos próprios e ICMS e o único município com grande dependência do FPM é Pirapora do bom Jesus.

O percentual da participação da União e do estado nas transferências para o SUS dos municípios da região mostra a importância destes repasses no financiamento da saúde dos municípios. De acordo com informações disponibilizadas pelo SIOPS, na média dos quatro anos estudados, o percentual de transferência SUS pela União foi de 95,40% em comparação a 4,60% de transfe-

Tabela 1. Receita disponível per capita oriunda de impostos e transferências constitucionais e legais, segundo município e região de saúde, no período de 2009 a 2012 (em reais de dez/2012*).

Municípios / Região de Saúde	2009	2010	2011	2012	Média Municipal 2009 a 2012
Barueri	4.986,35	4.872,90	6.038,65	6.228,29	5.531,55
Carapicuíba	526,05	556,78	638,25	675,63	599,18
Itapevi	878,33	879,57	1.172,68	1.288,38	1.054,74
Jandira	1.013,81	1.067,49	1.190,16	1.136,46	1.101,98
Osasco	1.203,37	1.376,43	1.580,30	1.641,96	1.450,51
Pirapora do Bom Jesus	976,13	1.237,17	1.518,73	1.603,51	1.333,89
Santana de Parnaíba	2.809,16	2.707,02	3.113,18	3.479,95	3.027,33
Média da Região	1.666,82	1.723,93	2.032,04	2.129,20	1.888,00

* Deflator IGP-DI – FGV.

Fonte: SIOPS.

Tabela 2. Grau de dependência, em percentagem, da receita disponível dos municípios em relação aos impostos recolhidos pelo próprio município, às transferências constitucionais estaduais do ICMS e às transferências constitucionais federais do FPM segundo município e região de saúde, no período de 2009 a 2012.

Municípios Região de Saúde	Período				Média Municipal 2009 a 2012
	2009	2010	2011	2012	
Barueri					
Impostos Próprios	43,21	46,37	46,93	48,99	46,38
ICMS	49,55	45,93	46,12	43,52	46,28
FPM	3,45	3,23	2,93	3,50	3,28
Carapicuíba					
Impostos Próprios	29,77	31,77	35,55	37,93	33,76
ICMS	32,97	31,15	32,73	30,81	31,91
FPM	25,64	23,51	17,04	18,49	21,17
Itapevi					
Impostos Próprios	29,85	29,15	28,99	26,81	28,70
ICMS	36,72	39,20	43,54	50,18	42,41
FPM	29,17	25,87	22,44	18,12	23,90
Jandira					
Impostos Próprios	23,78	29,62	27,53	27,04	26,99
ICMS	39,06	39,73	38,36	40,31	39,36
FPM	29,96	22,89	26,61	27,55	26,75
Osasco					
Impostos Próprios	56,08	55,57	53,73	52,37	54,44
ICMS	35,14	31,90	32,37	34,68	33,52
FPM	5,58	4,76	5,45	4,85	5,16
Pirapora do Bom Jesus					
Impostos Próprios	40,69	22,82	21,89	23,90	27,33
ICMS	24,68	26,87	35,73	26,27	28,39
FPM	29,83	47,32	47,26	46,17	42,64
Santana de Parnaíba					
Impostos Próprios	59,14	58,18	55,69	52,83	56,46
ICMS	23,56	23,84	28,18	28,75	26,08
FPM	9,23	9,30	7,91	8,89	8,83
Média da Região					
Impostos Próprios	46,10	47,63	46,96	47,13	46,95
ICMS	40,33	37,60	38,76	38,69	38,84
FPM	8,81	8,03	7,66	7,68	8,04

Fonte: SIOPS.

rências realizadas pelo estado, aos municípios da região. No município de Barueri esta relação foi de 98,20% da União e 1,80% do estado; em Carapicuíba, foi de 90,80% da União e 9,20% do estado; em Itapevi, foi de 86,40% da União e 13,60% do estado; em Jandira foi de 99,00% da União e 1,00% do estado; em Osasco, foi de 97,40% da União e 2,60% do estado; em Pirapora do Bom Jesus, foi de 89,00% da União e 11,00% do estado e, em Santana de Parnaíba, foi de 99,00% da União e 1,00% do estado.

A média das transferências *per capita*, realizadas pela União e pelo estado para o SUS dos municípios da região, nos anos de 2009 a 2012, possibilita uma melhor compreensão do impacto das transferências federais e estaduais, diretamente no atendimento aos moradores dos municípios.

O município de Barueri recebeu, na média dos quatro anos avaliados, R\$ 130,90 da União e R\$ 2,29 do estado por habitante; Carapicuíba recebeu R\$ 64,40 da União e R\$ 6,43 do estado; Itapevi recebeu R\$ 70,00 da União e R\$ 11,59 do estado; Jandira recebeu R\$ 129,20 da União e R\$ 1,33 do estado; Osasco recebeu R\$ 98,40 da União e R\$ 2,63 do estado; Pirapora do Bom Jesus recebeu R\$ 127,70 da União e R\$ 18,80 do estado; Santana de Parnaíba recebeu R\$ 75,90 da União e R\$ 0,69 do estado. Na média regional, os municípios receberam R\$ 93,30 da união e R\$ 4,34 do estado. Lembrando que a fonte é SIOPS e que todos estes valores foram deflacionados para dezembro de 2012 para facilitar a comparação entre eles.

O gasto total municipal em saúde, compreende os recursos do poder público municipal, dire-

tamente aplicados pela Secretaria Municipal de Saúde, e abrangem, além dos recursos próprios municipais, as transferências dos governos federal e estadual, uma vez que elas são contabilizadas no orçamento municipal. A Tabela 3 mostra os gastos totais em saúde realizados pelos municípios, por habitante em cada ano, e a média dos quatro anos estudados. Nota-se a diferença do município de Barueri e Santana de Parnaíba em relação à média regional e aos demais municípios e nota-se também que, com exceção de Jandira e Pirapora do Bom Jesus, houve uma evolução crescente, do gasto total *per capita* SUS em todos os demais municípios analisados.

Na análise dos gastos em saúde com recursos próprios (Tabela 4), foi avaliado o gasto do SUS sem considerar as transferências SUS dos outros entes federados, apenas com os recursos próprios municipais, ou seja, os oriundos dos impostos municipais e das transferências constitucionais e legais, apresentado tanto por meio do valor *per capita* quanto por meio de percentual que demonstra o cumprimento do estabelecido na Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012²⁵, que determina que os municípios devem aplicar no mínimo 15% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais.

Na Tabela 4 é possível verificar a evolução crescente do gasto em saúde com recursos próprios em todos os municípios avaliados e o percentual aplicado em saúde por meio da receita própria dos municípios, demonstrando quanto o município está comprometendo com ações e serviços de saúde. Nota-se que a média regional é quase o dobro do mínimo exigido pela legislação e nota-se, também, a diferença do valor *per capita*

Tabela 3. Gasto total per capita do SUS realizado pelos municípios, segundo municípios e região de saúde no período de 2009 a 2012(em reais de dez/2012*).

Municípios Região de Saúde	2009	2010	2011	2012	Média Municipal 2009 a 2012
Barueri	1.179,97	1.171,85	1.507,73	1.557,47	1.354,25
Carapicuíba	247,65	267,12	286,45	364,74	291,49
Itapevi	383,17	396,48	503,91	573,79	464,34
Jandira	395,67	313,88	350,59	385,64	361,44
Osasco	501,40	554,38	674,88	668,66	599,83
Pirapora do Bom Jesus	625,99	502,58	569,89	555,98	563,61
Santana de Parnaíba	592,91	681,55	931,72	1.033,10	809,82
Média da Região	534,14	558,90	683,49	722,59	624,78

* Deflator IGP-DI – FGV.

Fonte: SIOPS.

Tabela 4. Gasto per capita do SUS realizado com recursos próprios municipais e o percentual da receita própria do município aplicada em saúde segundo municípios e região de saúde no período de 2005 a 2012(em reais de dez/2012*).

Período	2009		2010		2011		2012		Média Municipal 2009 a 2012	
	Municípios Região de Saúde	Per capita	%	Per capita	%	Per capita	%	Per capita	%	Per capita
Barueri	1.046,42	20,99	1.062,98	21,81	1.370,33	22,69	1.387,48	22,28	1.216,80	21,94
Carapicuíba	181,60	34,52	204,38	36,71	223,98	35,09	295,24	43,70	226,30	37,51
Itapevi	312,55	35,59	307,13	34,92	392,31	33,45	471,05	36,56	370,76	35,13
Jandira	255,05	25,16	177,19	16,6	224,29	18,85	265,72	23,38	230,56	21,00
Osasco	411,97	34,23	437,56	31,79	536,52	33,95	527,67	32,14	478,43	33,03
Pirapora do Bom Jesus	420,37	43,06	406,28	32,84	388,02	25,55	412,21	25,71	406,72	31,79
Santana de Parnaíba	522,08	18,59	603,62	22,3	845,38	27,15	920,53	26,45	722,9	23,62
Média da Região	534,14	26,54	558,90	26,65	683,49	27,98	722,59	28,21	624,78	27,35

* Deflator IGP-DI – FGV.

Fonte: SIOPS.

de Barueri e de Santana de Parnaíba em relação aos demais municípios da região, e o grande percentual de comprometimento da receita própria de Carapicuíba, Itapevi, Osasco e Pirapora do Bom Jesus.

Na Tabela 5 observa-se em qual finalidade foram gastos os recursos da saúde nos municípios da região nos anos estudados. Foi possível observar que na média regional, e em todos os anos estudados, a maior parte dos recursos foi direcionada para gastos com pessoal.

Discussão

O subfinanciamento do SUS acontece desde sua criação, e esta situação se agrava em momentos de crise, pela não definição de uma fonte de financiamento adequada e sistemática, e por cortes drásticos que não pouparam a saúde quando as contas ficam justas. Analisar o financiamento e o gasto do SUS nos municípios é uma forma de demonstrar a real situação do financiamento público na ponta, onde as coisas acontecem, e onde a população realmente sente a dificuldade de acessar os serviços públicos de saúde e, assim, expor as dificuldades, as diferenças e os modelos adotados, propondo soluções que possam contribuir para a consolidação do SUS.

O motivo da escolha da região de saúde Rota dos Bandeirantes para ser estudada foi justamente pelo fato de haver uma grande heterogeneidade nos municípios que a compõe, e pela diferença de padrões de arrecadação bem como a existência de diferentes modelos de gestão de gastos em saúde pública, e o período de 2009 a 2012 foi definido para o estudo por ser o último período concluído de gestão de governo municipal.

Analizando-se a receita disponível municipal (Tabela 1) e os gastos públicos com saúde (Tabela 3) percebe-se uma relação direta entre ambos, ou seja, quanto maior a receita disponível, maiores os gastos públicos em saúde, corroborando o estudo de Ferreira²⁶, percebe-se também uma grande diferença na receita disponível dos municípios, produzindo uma heterogeneidade na forma como são oferecidos serviços à população, tanto na saúde como em outras áreas, refletindo diretamente na qualidade das ações e serviços públicos oferecidos, inclusive na saúde, e fazendo com que se produzam ilhas de prosperidade cercadas de miséria por todos os lados. Esta heterogeneidade e fragmentação do sistema público de saúde brasileiro, causadas pela centralização do município como núcleo básico organizacional do sistema¹⁶ e pela demora em reconhecer e efetivar a regionalização como a única forma de integrar um sistema que se segmenta em 5.570 sistemas

Tabela 5. Participação percentual da despesa com pessoal, da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica e da despesa com investimentos na despesa total com saúde, segundo municípios e região de saúde no período de 2009 a 2012.

Municípios Região de Saúde	Período				
	2009	2010	2011	2012	Média Municipal 2009 a 2012
Barueri					
Pessoal	29,39	38,39	38,64	41,89	37,08
Terceiros	59,93	51,71	49,28	46,86	51,95
Investimentos	1,34	0,70	2,47	2,14	1,66
Carapicuíba					
Pessoal	59,42	60,27	71,60	60,01	62,83
Terceiros	9,99	7,00	7,72	9,48	8,55
Investimentos	2,79	1,58	4,67	8,77	4,45
Itapevi					
Pessoal	68,02	67,18	62,83	68,55	66,65
Terceiros	13,47	11,92	13,27	11,85	12,63
Investimentos	1,90	3,29	5,84	2,68	3,43
Jandira					
Pessoal	42,90	67,80	62,74	49,92	55,84
Terceiros	15,44	12,44	16,97	14,02	14,72
Investimentos	4,14	2,35	1,57	2,77	2,71
Osasco					
Pessoal	61,29	57,04	60,04	60,62	59,75
Terceiros	18,90	18,67	13,68	16,03	16,82
Investimentos	1,37	3,50	2,74	3,44	2,76
Pirapora do Bom Jesus					
Pessoal	54,47	53,99	57,88	62,08	57,11
Terceiros	11,41	27,21	28,97	14,69	20,57
Investimentos	1,37	0,95	0,95	0,31	0,90
Santana de Parnaíba					
Pessoal	70,65	69,93	67,41	55,87	65,97
Terceiros	14,44	15,99	17,46	24,84	18,18
Investimentos	1,24	2,06	5,38	8,58	4,32
Média da Região					
Pessoal	50,99	53,74	55,39	54,79	53,73
Terceiros	30,42	26,81	24,75	25,08	26,77
Investimentos	1,66	2,25	3,28	3,99	2,80

Fonte: SIOPS.

municipais e 27 sistemas estaduais^{14,16-19}, provocou uma iniquidade tão grande entre municípios e entre regiões de saúde que o SUS de um município ou de uma região, definitivamente, não é o mesmo SUS de outros municípios ou região.

Quando se analisa o grau de dependência da receita disponível dos municípios que compõem a região de saúde Rota dos Bandeirantes (Tabela 2), também se observa outra grande diferença

na composição da receita disponível. Na região observa-se municípios com grande autonomia financeira na geração de suas receitas, portanto com maior possibilidade de implementação das políticas públicas, como é o caso de Santana de Parnaíba, Osasco e Barueri, em que aproximadamente metade das receitas é composta por impostos próprios, enquanto nos demais municípios esta composição da receita com impostos

próprios fica em torno de 30%, apresentando, portanto, menor possibilidade de executar políticas públicas.

Há também municípios como Pirapora do Bom Jesus, cuja receita é formada em mais de 42% por recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Há estudos^{22,23} que apontam que a dependência do FPM é mais significativa em municípios com baixo número de habitantes devido ao critério de distribuição do FPM estar baseado em faixas populacionais.

A dependência do repasse estadual do ICMS nos municípios da região é considerada alta (acima de 25%), em todos os anos avaliados e em todos municípios, inclusive em Pirapora do bom Jesus, cuja população não chega a vinte mil habitantes. As transferências do ICMS tendem a beneficiar os municípios populosos, que dispõem de uma base econômica mais sólida e com maior atividade comercial e de produção de serviços²², porém, neste trabalho, identificaram-se percentuais de composição da receita disponível pelos repasses do ICMS abaixo da média regional no município de Osasco, que é o mais populoso da região, com uma base econômica bastante sólida e com grande atividade comercial e de serviços. Esta discrepância se justifica pela grande capacidade de arrecadação com impostos próprios que, por si só, é mais da metade da composição da receita disponível de Osasco tornando o repasse do ICMS percentualmente menor que a média regional.

A União, depois do próprio município, é o grande financiador da saúde pública dos municípios estudados, no qual mais de 95% das transferências para o SUS destes municípios são provenientes de recursos federais e menos de 5% provenientes de recursos estaduais. As transferências realizadas diretamente pelo Fundo Estadual de Saúde (FES) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) são pouco significativas nos municípios da região, em alguns anos e para alguns municípios da região não houve repasse nenhum do estado. O trabalho realizado por Mendes et al.²³ em toda a região metropolitana de São Paulo chegou à mesma conclusão, ficando evidente que não é política do governo do estado de São Paulo, por meio da sua Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), realizar transferências fundo a fundo para o SUS dos municípios. Estes achados são também corroborados por Leite et al.²⁷ em um estudo envolvendo 14 municípios do estado do Rio Grande do Norte, o qual também apontou para o aumento da participação dos municípios na composição dos recursos, enquanto que a participação do estado é insignificante.

É importante levar em consideração que a SES-SP possui uma grande estrutura de serviços gerenciados diretamente ou por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS), que atendem a população da região de saúde da Rota dos Bandeirantes. Todavia não foi possível apurar neste estudo os gastos indiretos da SES-SP nos municípios, sendo considerados apenas aqueles realizados diretamente pelo FMS.

As transferências para o SUS dos municípios também representam diferentes graus de participação do estado e da União quando analisados de forma *per capita*. A média *per capita* das transferências do SUS para os municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes nos anos de 2009 a 2012 demonstra que o município que mais recebeu recursos proporcionalmente à sua população foi Barueri, seguido por Jandira. Segundo Ferreira²⁶ as transferências SUS por habitante são proporcionais ao tamanho do município com exceção daqueles com menos de dez mil habitantes e que, com base nisso, grandes aglomerados urbanos tendem a gastar mais em termos *per capita* em saúde. Embora Barueri não seja pequeno, Osasco é relativamente maior, tanto em população quanto em capacidade instalada e aparece em quarto lugar neste quesito. Jandira, que é o penúltimo em população, configura em segundo lugar em transferências *per capita*, seguido de Pirapora do Bom Jesus, cuja população não chega a vinte mil habitantes. É preciso considerar que a "adesão" dos municípios às políticas e programas que trazem incentivos federais é uma decisão autônoma e impacta diretamente no volume das transferências que a união realiza aos municípios.

Ainda na análise das transferências SUS de forma *per capita*, observa-se que os municípios que apresentam uma estrutura menor, como é o caso de Carapicuíba e Itapevi, são beneficiados com menores recursos, proporcionalmente à sua população, certamente pela capacidade instalada e pela sua série histórica de produção. Outros autores^{23,27} chegaram a conclusões semelhantes.

Em relação ao gasto total em saúde (Tabela 3), houve um aumento de mais de 35% nos gastos da região quando comparado o ano de 2009 com o de 2012. Um aumento expressivo considerando-se que, por ocasião do censo demográfico do IBGE de 2010, houve uma redução da população em todos os municípios da região. Este aumento nos gastos acontece na maioria dos municípios brasileiros, como já identificado em outro estudo²⁷.

Deve-se levar em consideração que o cálculo do gasto *per capita* considera apenas a população oficial, sem levar em conta os usuários da saúde

de outros municípios que acabam utilizando os serviços oferecidos. O município de Barueri, que apresentou o maior gasto total *per capita*, por ter uma grande estrutura de serviços implantados, acaba atendendo, principalmente, por meio de suas unidades de pronto atendimento, uma grande quantidade de usuários da saúde dos municípios vizinhos e esta população atendida não é computada no cálculo do seu gasto total *per capita*. O município de Carapicuíba, que apresentou o menor gasto *per capita* em saúde, possui na região e até mesmo dentro do seu próprio território, serviços estaduais implantados para o atendimento da sua população e este gasto indireto do estado com a população de Carapicuíba não aparece nesta conta. Estas considerações servem para todos os demais municípios, já que nenhum possui um sistema de saúde tão autossuficiente que não utilize nenhum serviço dos demais ou sob gestão do estado ou da União para o atendimento integral aos seus municípios.

Quando se avalia o percentual de gastos com receitas próprias, isto é, sem considerar aqueles com receitas vinculadas à saúde, percebe-se o quanto de esforço os municípios estão empenhando para manter o seu sistema de saúde (Tabela 4). A média regional é de 27,35%, porém a média dos quatro anos estudados chega a 37,51% em Carapicuíba; 35,13% em Itapevi; 33,03% em Osasco e 31,79% em Pirapora do Bom Jesus, enquanto os municípios que apresentaram o maior gasto *per capita* em saúde, como Barueri, comprometeram, em média, 21,94% das suas receitas próprias e, Santana de Parnaíba, que apresenta o segundo maior gasto *per capita* em saúde da região, comprometeu 23,62% da sua receita própria.

Gastos em saúde em níveis acima de 30% da receita própria tornam impraticável a administração do município, o qual acaba não possuindo recursos para investimentos em outras áreas como manutenção das vias públicas, segurança, meio ambiente e outras, já que a área da educação consome minimamente outros 25% das suas receitas de impostos e transferências constitucionais. Serviços amparados em gastos exorbitantes a ponto de prejudicar o desenvolvimento de outros serviços essenciais deve ser uma preocupação constante do gestor público²⁸. Desta forma, recomenda-se que políticas públicas sejam elaboradas a ponto de reduzir esta grande pressão sobre os orçamentos dos municípios que apresentam uma arrecadação mais baixa. Esta pressão sobre os orçamentos dos municípios pode ser reduzida pelo aumento dos gastos em saúde por parte do Ministério da Saúde, que é a esfera

de governo que precisa, por compromisso constitucional, ampliar seu percentual de gastos em saúde cumprindo uma dívida histórica de quem, proporcionalmente, já aplicou mais recursos em saúde²⁹. Cabe lembrar que tramitam no Congresso Nacional duas Propostas de Emenda Constitucional, a nº 143 (PEC 143) e a nº 241 (PEC 241), que, se aprovadas, reduzirão mais ainda os gastos da União em saúde.

Este estudo mostra que na média regional dos quatro anos estudados, mais da metade dos gastos com a saúde (53,73%) são utilizados para pagamento de pessoal e 26,77% são gastos com terceiros e, no período estudado, houve um ligeiro aumento da participação das despesas com pessoal entre os anos de 2009 a 2012 e uma ligeira queda nas despesas com terceiros (Tabela 5). Por meio desta análise da direção do gasto em saúde, segundo sua finalidade, é possível identificar o modelo de gestão adotado pelos governos municipais quanto aos recursos humanos, se próprio ou terceirizado. Maior o percentual de gastos com pessoal indica que a opção do município foi por contratação direta de pessoal por meio de cargos ou empregos públicos e quanto maior o percentual de serviços com terceiros, indica que o município optou por não utilizar contratações diretas de pessoal, e sim, contratação de empresas terceirizadas e/ou parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos.

Pode-se dizer que com exceção do município de Barueri, que adotou um modelo de terceirização de serviços de apoio e de parcerias por meio de convênios e contratos de gestão com entidades privadas que gerenciam alguns serviços municipais, os demais municípios, pelo menos no período analisado, adotaram um modelo eminentemente tradicional por meio de criação e provimento de cargos e empregos públicos, corroborando outros estudos^{22,23}. O motivo do município de Barueri adotar um modelo de terceirização, possivelmente, é o mesmo da maioria dos municípios brasileiros que se veem preocupados em não infringir a Lei Complementar Nº 101/2000³⁰, denominada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita as despesas com pessoal nos municípios em 54% da receita corrente líquida, sob risco de cometer crime em finanças públicas. Há no Congresso Nacional propostas de Projetos de Lei para flexibilizar os limites da LRF e até de excluir do limite de despesas de pessoal os recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde³¹.

Os gastos com investimentos neste período foram muito baixos nos municípios da região, o que demonstra que a gestão municipal está di-

reconhendo poucos recursos para a aquisição de bens permanentes como equipamentos médico-hospitalares, de informática, mobiliário e etc., bem como para a construção de novas unidades ou ampliação das unidades instaladas em imóveis próprios. Curiosamente, o município que mais gastou recursos da saúde para novos investimentos neste período foi Carapicuíba com 4,45%, seguido de perto por Santana de Parnaíba com 4,32%. Outros estudos^{22,23} também apuraram este pequeno percentual de investimentos nos municípios analisados.

Considerações finais

No campo da avaliação da política de saúde, o município deve estar vigilante para o seu padrão de financiamento e gasto da saúde. Considera-se essencial esse tipo de avaliação do gestor municipal, a fim de poder se responsabilizar por todas as ações e serviços públicos de saúde no âmbito de seu território, especialmente a política de atenção primária. Nesse sentido, seria importante os gestores municipais se apoderarem dessa dimensão para assegurarem uma avaliação do SUS municipal com objetivos de melhoria de seus resultados. Foi com esse sentido que este artigo buscou avaliar o financiamento e o gasto dos municípios, considerando a importante ferramenta do SIOPS, muito pouco utilizada para tanto. Este sistema, como instrumento de gestão, garante suporte para a tomada de decisão do gestor municipal em relação aos recursos a serem alocados e gastos, de maneira a melhor responderem às necessidades de saúde da população local.

A partir da análise dos sete municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes, é possível concluir que existem grandes diferenças no fi-

nanciamento e gasto em saúde, com uma discrepância importante da receita disponível *per capita* e do gasto *per capita* em saúde realizado pelos municípios da região. Estas diferenças mostram que além da insuficiência, há má distribuição dos recursos disponíveis, tornando o sistema heterogêneo e fragmentado.

O SUS, que foi idealizado pelos líderes do movimento da Reforma Sanitária, era de um sistema público de saúde universal, e não apenas para moradores de municípios com alta capacidade de arrecadação de recursos. A regionalização e a organização em redes estavam presentes desde a sua idealização, na Reforma Sanitária, e está previsto na Constituição Federal, porém sua implantação, de fato, ainda não aconteceu.

No modelo federativo brasileiro, onde o município é um ente federado autônomo, do mesmo modo que o estado e a União, torna-se impossível pensar em autonomia regional, sem que esta região de saúde possua, de fato, instrumentos para a exercer na integração do sistema. A regionalização, de fato, do sistema, por meio do fortalecimento das regiões de saúde, com poder de integrar em rede os serviços existentes na região, de forma mais eficiente, com economia de escala e escopo, facilitando o acesso e atingindo o máximo de integralidade dentro da região, parece ser o único caminho para um SUS realmente nacional.

Sugere-se a necessidade de políticas públicas para eliminar ou minimizar as discrepâncias existentes entre os municípios brasileiros, visando suprir suas necessidades, tanto em recursos financeiros para as ações de saúde, como em tecnologias de aperfeiçoamento da gestão para utilizar melhor os recursos disponíveis. Recomenda-se, ainda, aperfeiçoar os sistemas de informações, principalmente em relação aos gastos indiretos do estado nos municípios.

Colaboradores

JA Santos Neto contribuiu no levantamento e análise dos dados. AN Mendes contribuiu na concepção do estudo e na redação final. AC Pereira contribuiu na redação final. LR Paranhos contribuiu na organização dos dados coletados e na redação final.

Referências

1. Espírito Santo ACG, Tanaka OY. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1875-1885.
2. Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc.* 2013; 22(4):987-993.
3. Benevides RPS. *Financiamento do SUS na região metropolitana do Rio de Janeiro nos anos 2000* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
4. Gonçalves RF, Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Sousa IMC, Duarte-Neto PJ, Brito e Silva KS. Confidabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2612-2620.
5. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):841-850.
6. Mendes A, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc.* 2011; 20(3):673-690.
7. Espírito Santo ACG, Fernando VCN, Bezerra AFB. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):861-871.
8. Marques RM, Mendes A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Econ Soc.* 2012; 21(45):345-362.
9. Pinheiro Filho FP, Sarti FM. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2981-2990.
10. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av.* 2013; 27(78):27-34.
11. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituïnte e a busca de saídas. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):273-280.
12. Rosa MRR, Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1863-1873.
13. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). *A Atenção Básica que queremos*. Brasília: Editora Conasems; 2011.
14. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, Carvalheiro JR, Cortizo CT, Ribeiro EAW. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):472-485.
15. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):413-422.
16. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):438-446.
17. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2307-2316.

18. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, Duarte L, Weiller JAB, Lara NCC, Botelho LAM, Almeida CAL. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):423-437.
19. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis* 2013; 23(4):1101-1122.
20. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2753-2762.
21. Rede Regional de Atenção à Saúde 05 (RRAS 05). *Mapa da Saúde da Região da Rota dos Bandeirantes*. Osasco: RRAS 05; 2014.
22. Mendes A. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995- 2001)* [tese]. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
23. Mendes A, Kudzielicz E, Dimitrov P, Moriya R, organizadores. *Financiamento e Gasto do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de São Paulo, 2002-2008*. São Paulo: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, FUNDAP; 2010.
24. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Dotação atualizada. [acessado em 2015 fev 7]. Disponível em: http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/siops_indic/municipio/anual/prv_index.htm
25. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis números 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* 2012; 16 jan.
26. Ferreira SG. Municípios: despesa com saúde e transferências federais. *Informe-se* 2002; 38(fev.):1-8.
27. Leite VR, Lima KC, Vasconcelos CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1849-1856.
28. Greiling D. Performance measurement: a remedy for increasing the efficiency of public services. 2006. *Int J Product Performance Manag* 2006; 55(6):448-465.
29. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud. Av.* 2013; 27(78):7-26.
30. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 5 maio.
31. Mendes A. Limite de Gasto com Pessoal na Saúde pela LRF: uma barreira à construção do SUS público, integral e de qualidade. *Domingueira da Saúde do Idisa* 2015; 5(1):1-4.

Artigo apresentado em 23/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 19/11/2016